

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS

Vous avez accepté d'apporter votre contribution à l'Inserm.

Conformément aux dispositions de sa Charte de l'Expertise, l'Institut veille au respect des principes d'impartialité et d'indépendance lorsqu'il sollicite des experts pour lui permettre d'accomplir ses missions. La transparence et la gestion des conflits d'intérêts est un devoir de l'Institut afin de préserver la crédibilité de ses experts, ainsi que la confiance du public dans la science et dans la communauté scientifique. Dès lors, tout expert agissant pour le compte de l'Inserm, doit, avant le début de sa mission, déclarer ses liens d'intérêts.

La notion de lien d'intérêt recouvre des liens professionnels et financiers unissant l'expert à une personne morale (entreprise, organisme, etc.) ou une personne physique ayant une activité entrant dans le champ de compétence de l'Inserm. Elle recouvre donc également les liens institutionnels, familiaux, intellectuels ou moraux. Ces liens sont de nature à influencer sur l'expertise.

La typologie des liens proposée dans la présente déclaration formalise les situations les plus courantes. La déclaration des liens d'intérêts a pour objet d'identifier ces liens et de permettre leur évaluation sur la base de critères objectifs et concrets conformément à la procédure de gestion des liens d'intérêts. Par ailleurs, et parce que cette typologie n'est pas exhaustive, vous devez en toute conscience examiner et signaler tout élément présent, passé ou prévu, non prévu dans la présente déclaration et pouvant biaiser votre jugement ou faire naître une suspicion de conflits d'intérêts entre votre mission pour l'Institut et vos activités extérieures.

Enfin, au cours de votre mission, il vous appartient de vous abstenir de porter un jugement ou de participer à une décision si vous estimez en conscience ne pouvoir apporter à l'examen du dossier en cause l'impartialité requise ou si vous craignez que votre impartialité ne soit mise en doute.

Le refus de déclaration a pour effet de vous exclure de l'expertise.

Les données collectées dans le cadre de cette déclaration des liens d'intérêts font l'objet d'un traitement dans le respect des dispositions de la loi n°78-17, modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Tout champ laissé vierge constitue une donnée signifiant que l'expert n'a rien à déclarer. Ce traitement a été enregistré auprès de la CNIL sous le numéro 1562716 v 1.

"Les déclarations sont accessibles dans leur intégralité aux personnes en charge de la gestion des conflits d'intérêts à l'Inserm et pour la gestion de ces conflits d'intérêts. Elles sont également accessibles aux autorités administratives ou judiciaires.

Des extractions de ces déclarations, limitées aux mentions pouvant être publiées (voir tableaux ci-après), sont diffusées, dans un souci de transparence, auprès du public à l'occasion notamment de la communication ou de la publication des résultats de l'expertise.

Les déclarations de liens d'intérêts sont conservées de manière confidentielle pendant quinze (15) ans après la fin de l'expertise, avant d'être détruites.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant et d'un droit de rectification desdites données qui peuvent être exercés

Par courrier, à l'adresse suivante :

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - Inserm
Président-directeur général
101, rue de Tolbiac
75654 Paris Cedex 13 – France.

Ou par courriel, à l'adresse suivante
teleassistance.dsi@inserm.fr

Pour des questions de preuve, il est précisé que la modification d'une déclaration constitue une nouvelle déclaration. Cette dernière n'a pas pour effet d'effacer la précédente déclaration qui est donc conservée puis détruite dans les conditions ci-avant exposées.

La méthode d'analyse des déclarations et de gestion des conflits d'intérêts est décrite dans un document annexe. Au regard des intérêts déclarés, l'Institut décidera si les experts pressentis peuvent participer aux travaux.

Il est rappelé que le faux et l'usage de faux constituent des infractions pénales.

Je soussigné(e) (nom et prénom)

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence de l'Inserm ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

- d'agent de l'Inserm

- de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de l'Inserm:

- de personne invitée à apporter mon expertise à

- autre : préciser

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Il vous appartient, à réception de l'ordre du jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

1 VOTRE ACTIVITÉ PRINCIPALE

1.1 Votre activité principale exercée actuellement

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
----------	-----------------	-----------------------	---------------------

Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
----------	-----------------	-----------------------	---------------------

Activité salariée

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
------------------------	---------------------------	--------------------------------------	-----------------------	---------------------

1.2 Vos activités exercées à titre principal au cours des cinq dernières années

 *A ne remplir que si différente de celles remplies dans la rubrique 1.1.*

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
----------	-----------------	-----------------------	---------------------

Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
----------	-----------------	-----------------------	---------------------

Activité salariée

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
------------------------	---------------------------	--------------------------------------	-----------------------	---------------------

2 VOS ACTIVITÉS EXERCÉES À TITRE SECONDAIRE

2.1 Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence de l'Inserm ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique. Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.1)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

2.2 Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, de l'Inserm ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.2)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
---	-----------------------------------	--	--------------------	------------------

2.3 Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, de l’Inserm ou de l’instance collégiale objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d’essais ou d’études cliniques ou précliniques, d’études épidémiologiques, d’études médico-économiques, d’études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique. Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement , association)	DOMAINE et type de travaux	NOM du produit de santé ou sujet traité	SI ESSAIS OU ÉTUDES cliniques ou précliniques préciser	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.3)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
---	-------------------------------------	--	--	--	---------------------------	-------------------------

2.4 Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, de l’Inserm ou de l’instance collégiale, objet de la déclaration

Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ENTREPRISE ou organisme invitant (<i>société, association</i>)	LIEU ET INTITULÉ de la réunion	SUJET de l’intervention, le nom du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A. 4)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
---	--------------------------------------	--	---	---	---------------------------	-------------------------

2.5 Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence de l'Inserm ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

NATURE DE L'ACTIVITÉ et nom du brevet, produit...	STRUCTURE QUI MET à disposition le brevet, produit...	PERCEPTION intéressement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A. 5)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

3 Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'Inserm

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage...
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique. Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME À BUT lucratif financeur (*)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
---	---	---------------------------	-------------------------

4 Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'Inserm

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement :

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu.

(Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP – dont la personne ne contrôle ni la gestion ni la composition – sont exclus de la déclaration.)

STRUCTURE CONCERNÉE	TYPE D'INVESTISSEMENT (*)
---------------------	---------------------------

- 5 Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'Inserm que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- le conjoint (époux [se], ou concubin [e], ou pacsé [e]), parents (père et mère) et enfants de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents (père et mère).

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq années précédentes :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	ORGANISMES CONCERNÉS
--	----------------------

6 - Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'Inserm

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique. Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	COMMENTAIRES (le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
--------------------------	--	---------------------------	-------------------------

7 Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : et signez en dernière page

8 Tableaux des mentions non rendues publiques

Adresse professionnelle :

Numéro(s) de téléphone professionnel :

Numéro(s) de télécopie professionnel :

Adresse électronique professionnelle :

Adresse personnelle :

Numéro(s) de téléphone personnel :

Numéro(s) de télécopie personnel :

Adresse électronique personnelle :

Tableau A.1.

ORGANISME	MONTANT PERÇU
-----------	---------------

Tableau A.2.

ORGANISME	MONTANT PERÇU
-----------	---------------

Tableau A.3.

ORGANISME	MONTANT PERÇU
-----------	---------------

Tableau A.4.

ENTREPRISE OU ORGANISME	MONTANT PERÇU
-------------------------	---------------

Tableau A.5.

STRUCTURE	MONTANT PERÇU
-----------	---------------

Tableau B.1.

ORGANISME	POURCENTAGE DU MONTANT des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur
-----------	---

Tableau C.1.

STRUCTURE	POURCENTAGE de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu
-----------	---

Tableau D.1.

	SALARIAT	ACTIONNARIAT			
Organisme	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si > 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Tableau E.1.

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	PRÉCISEZ le cas échéant les sommes perçues
--------------------------	--

Fait à

Le

Signature obligatoire
(mention non rendue publique)