ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e)Anne Bachelot

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :
☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées)
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de: (préciser l'intitulé)
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
x autre : (préciser) Endocrinologue – AP-HP, Groupe Hospitalier La Pitié-Salpêtrière. Co- rédactrice du PNDS Sd de Turner

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :10001458024

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 24/08/2021

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Sorbonne Université	91 boulevard de l'hôpital	Professeur des Universités	Endocrinologi e	09/2015	

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

☐ Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

 $\ \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
IFCAH	Membre conseil scientifique	X Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		01/2015	
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2.	Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un
	organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière
	de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou
	de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Merk Serono	Participation à un groupe de travail	Sclérose en plaque et fertilité	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	400	12/03/2021	12/03/2021
Merk Serono	construction d'un slide kit sur la prise en charge de patients SEP en désir de grossesse avec un trouble de la fertilité	Sclérose en plaque et fertilité	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	1590.59	06/2019	06/2019

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

		Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi		Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
I	1	1	1			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

24	1	R	shè	ctic	n d	'arti	icle	(0)
4.4		Γ	;uc	ICLIC	JII U	alu		3

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Edimark	participation à une édition Emission spéciale d'après le congrès de la SFE 2020	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	847.70	10/2020	10/2020
Edimark	Responsable éditoriale de l'opération pour le site de la SFE du rapport du congrès de l'ESE	X Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	847.70	25/05/2021	31/05/2021
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Oui Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5.	Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre
forme	de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de
comp	étence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de
l'orga	nisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s)
de la	déclaration

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts	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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Méthode de traitement et de prévention des torsades de pointes (19/04/16) PCT/EP2017/059097, BRV 119 - WO 2016-120	АРНР	o Oui xNon	xAucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement:

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

x Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple: invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

 ${\bf x}$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités (le cas échéant)		Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital

RIM

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées)
□ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
□ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre : (préciser) Assistante de rédaction
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 30/11/2021

professionnel de santé :

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	Hôpital Robert Debré 48 boulevard serrurier 75019 paris	Chargée mission		01/01/2021	28/02/2022

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

☐ Autre (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

- 2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire
- 2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Oui Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement:

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

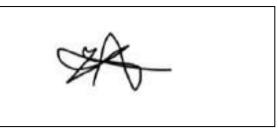
X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités	s (le cas échéant)	Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital



Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Dr Bruno Donadille	
------------------------------------	--

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

X d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) : Clinicien , Assistance-Publique Hôpîtaux de Paris, ☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre : (préciser)
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'abscence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 1/6/2021

professionnel de santé : 10001597938

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Assistance-Publique Hôpitaux de Paris	Avenue Victoria, 75004 Paris	Praticien Hospitalier	Endocrinologie	2006	En cours
Orphanet Inserm US14	Plateforme maladies rares, 75014 Paris	Annotation phénotypique HPO	Médecin	2015	2019
Collaboration HPO/Sanofi	Plateforme maladies rares, 75014 Paris	Traduction phénotypes HPO	Médecin	2019	2020

X Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Remplaçement Dr VESCO	75012	Endocrinologie	2009	2018

☐ Autre (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Aucune			
		□ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
				l	

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

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

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
NOVARTIS France SAS	Echanges cliniques en Endocrinologie Paris	Syndrome de Turner (pas de médicament)	Oui ✓ Non	☐ Aucune ✓ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	444 euros	9/10/2019	9/10/2019
LILLY France SAS	Webinaire Lilly: 24 Bd Vital Bouhot 92521 Neuilly-sur- Seine	Webinaire : Au cœur du syndrome de Turner	Oui ✓ Non	☐ Aucune ✓ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	1300 euros	15/12/2017	15/12/2017
LILLY France SAS	6° Rencontres Lilly en pédiatrie 18 av Suffren 75015 Paris	Au cœur du syndrome de Turner Syndrome de Turner et cancer	Oui ✓ Non	☐ Aucune ✓ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	1300 euros	28/6/2017	15/10/2017

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Congrès SFE ou ECE	IPSEN, NOVO, LILLY, MERCK, NOVARTIS	2016	2021

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités	s (le cas échéant)		Actionnariat (le cas échéant)
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital

Dr BRUNO DONADILLE, 2021

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

la aquaciamá/a\Dr Clámanaa Dalagur

Je soussigne(e)Dr Clemence Deicour
Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.
Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »
Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :
x d'agent de L'APHP et de l'Université de Paris : Cheffe de clinique assistante de gynécologie médicale à l'hôpital Robert Debré dans le service de gynécologie obstétrique
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
x de personne invitée à apporter mon expertise dans le cadre du groupe d'écriture du PNDS sur la maladie de Turner
□ autre : (préciser)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 8 10100988145

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 02/08/2021

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Assistance publique – Hôpitaux de Paris	3 avenue victoria 75004 paris Exercice à l'hôpital Robert Debré 48 boulevard serrurier 75019 paris	CCA	Gynécologie médicale	01/11/2018	
Université de Paris	45 rue des saint pères 75006 paris Exercice à l'hôpital Robert Debré 48 boulevard serrurier 75019 paris	CCA	Gynécologie médicale	01/11/2018	

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

☐ Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		□ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			D Augung			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

x Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		o Oui	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

x Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités (le cas échéant)			Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital	

Dr Clémence Delcour

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e)	br hear	SATIARA-NOI	VITM
-----------------	---------	-------------	------

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) High la Melle en cult l'alle en l'al
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre : (préciser)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 1000/1572/092

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 5/8/2021

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mêl à l'adresse suivante : xxxxxx

Les informations recueilles seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de **** L'****** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

do	Acti	vitė(s)	sal	arid	e(s)
Orc.		- inched			of my

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans Forganisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
supplied Nector	d first	Pratricien Hoggilalin	Pediato Fusioni	do	

☐ Activité libérale

Activéé	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

☐ Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour/facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mols/année)

- 2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire
- 2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

A Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Cl Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

Ø	e n'ai	pas	de lier	d'intérêt	s à déclarer	dans cette	rubrique	
---	--------	-----	---------	-----------	--------------	------------	----------	--

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif) mois/année)
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarie (préciser)			
	(4)		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous étes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmaceutiques, ou texicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (sociéfé, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif J/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
APIAP	1	things of drividg our de Conned FORTALAHAM	Type d'étude : Etude monocentrique Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal Expérimentateur Principal Cipérmentateur non	Aucune Au déclarant Au n organisme dont vous êtes membre ou satarié (préciser)			
	,	2044895	principal El Membre d'un comité de				
		20.001358	surveillance et de suivi				
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	Au déclarant Au déclarant Aun organisme dant vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : Etude monocentrique Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal Expérimentateur principal Expérimentateur principal Expérimentateur non principal Membre d'un comité de survellance et de suivi	☐ Audune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

De n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)	
		Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)				
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)				
		Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)				

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1	Rédaction d'articles	s	ļ
-------	----------------------	---	---

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultalif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif), mois/année)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Au déclarant Aun organisme don't vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mols/année)	Fin (jour(facultalif)/ mois/année)
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarté (préciser)			
				☐ Aucune ☐ Au déclarant			
				☐ A un organisme			
			o Oui o Non	dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		a Oui a Nan	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous étes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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. Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations

et de sociétés savantes.

∬ Je n'al pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure
			anager are as as accord

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financières en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

a	5 Je	n'ai	pas	de	lien	d'intérêts	à	déclarer	dans	cette	rubrique
-1	2000	1111111	100		1000				With the	000000	1000000000

Actuellement:

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure e montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

vos parents (père et mère)

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

∬ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants		О	а
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		0	0
		0	В

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

A Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/armée)	Fin (jour(facultabl)/ mois/année)

Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

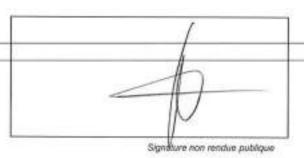
V Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

	Actività	a fie eas echeant		Actionnariat (le cas échéant)
Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
	Lien de parenté	Lien de parenté et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste	Lien de parenté Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité) Début jour(facultatif)/ mois/année)	Lien de parenté et position dans la structure (indiquer, le cas (jour(facultatif)/ jour(facultatif)/ mois/année) mois/année) à responsabilité)



ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussignée FIOT Elodie

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

x d'agent de l'APHP : Praticien hospitalier contractuel 60%
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
autre : (préciser)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10101337029

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 31/08/2021

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxxx

Les informations recueilles seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'****** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

 Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) mois/année)
APHP	Höpital Robert Debré	PHC 60%	Pédiatrie	Octobre 2017	
Höpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (Bruxelles)	Avenue Crocq 15 - 1020 Bruxelles	Assistante spécialiste	Pédiatrie	Avril 2016	Octobre 2017

X Activité libérale

Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif) mais/année)
Institut Parisien d'Endocrinologie 3 rue Francisque Sarcey 75016 Paris	Pédiatrie	Novembre 2020	
Cabinet du Dr Gelwane Paris 9	Pédiatrie	Janvier 2018	Mars 2018
	Institut Parisien d'Endocrinologie 3 rue Francisque Sarcey 75016 Paris Cabinet du Dr Gelwane	Institut Parisien d'Endocrinologie Pédiatrie 3 rue Francisque Sarcey 75016 Paris Cabinet du Dr Gelwane	Lieu d'exercice Spécialité ou discipline, le cas échéant (jour(facultatif)/mois/année) Institut Parisien d'Endocrinologie Pédiatrie Novembre 2020 3 rue Francisque Sarcey 75016 Paris Cabinet du Dr Gelwane Padiatrie Janvier 2018

☐ Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

	Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont										
	l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en										
	matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes										
	ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultablf)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif) mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Audune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			



	Activité(s)	de	consul	tant, de	conseil	ou	d'expertise	exercée(s)	auprès	d	un
	organisme	pub	lic ou p	privé ent	rant dans	le c	hamp de co	mpétence,	en mati	ère	de
	santé publ	ique	et de	sécurite	sanitaire	, de	l'organism	e/des orga	nismes	ou	de
	l'instance/d	les i	nstance	s collégi	ale(s), obj	et(s)	de la déclara	ation			

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif), mais/année)
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacelogiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si different du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Type d'étude : □ Etude monocentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salané (préciser)	
Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Experimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	

2.3.2 Autres travaux scientifiques

 \Box Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (sociéfé, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas- échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
---	--	--------------	--	--	--

☐ Aucune ☐ Au déclarant	
☐ A un organisme dant vous êtes membre ou satarié (préciser)	
☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	
☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou satarié (préciser)	

2.4.	Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en
	matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes
	ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s)	et les	interventions	doivent	être de	clarées	iorsqu'elle	s ont	ete r	émunérées	ou ont	donné	lieu á	une	prise	en
charge.															

2.4.1 Rédaction d'article(s)

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

	(préciser, le cas échéant, la périodicité)	(jour(facultatif)/ mois/année)	(jour(fecultatif), mais/ennée)
☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
	☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	□ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	□ Au déclarant □ Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)

2.4.2 Intervention(s)

☐ Je n'ai p	as de	lien d	'intérêts	à	déclarer	dans	cette	rubria	ue
THE RESERVE	Jas uc	men u	THE PROPERTY OF	œ	OCCIONO:	MBITTO	Service.	1 GDING	-

Entreprise ou organisme privé invitant (sociéfé, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif) mois/année)
Merck			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou sa/arié (préciser)			
Sanofi			a Oui a Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

x Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mais/année)	Fin (jour(facultatif) mois/année)
		o Oui	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dant vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		a Oui o Non	Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salané (préciser)			

3. [Direction d'acti	vités qui ont l	énéficié d'un fin	ancement par un o	rganisme à but lucratif
708	dont l'objet publique et	social entre t de sécurit	dans le champ é sanitaire, de	de compétence,	en matière de santé organismes ou de

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure



4.	Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social ent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécur sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instance	itė
	collégiale(s), objet(s) de la déclaration	

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement :



5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

			Actionnariat
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		п	п
		D	п

n	п
	(146)

Je n'ai pas de fonctions ou mandats éle	ectifs à déclarer			
Fonction ou mandat électif	(préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour/faculta mois/anné	
7. Autre lien, dont vous	avez connaissance, qui es	st de nature à	à faire n	aître des
7. Autre lien, dont vous situations de conflits d'i	avez connaissance, qui es ntérêts	st de nature à	à faire na	aître des
situations de conflits d'i	ntérêts	st de nature à	å faire n	aître des
situations de conflits d'i Seules doivent être mentionnées les somm	ntérêts es perçues par le déclarant.			
situations de conflits d'i	ntérêts es perçues par le déclarant.			
situations de conflits d'i Seules doivent être mentionnées les somm	ntérêts es perçues par le déclarant. evention avec prise en charge des frais d			
situations de conflits d'i Seules doivent être mentionnées les somm Exemple : invitation à un colloque sans inte	ntérêts es perçues par le déclarant. evention avec prise en charge des frais d			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activité	is (le cas échéant)	Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital

		1	

-		WETTS	THOUSE TO	
	SELECTION SET CO	LOGIE PE	Napelle	
DOGRANOLDO	CI SECO	es U		125
	tr Electry		1,115	· 325
- m to 2 - 5 fb	-	SPANIE	94.29	1 110
AD 53 507	artist SA - I	27.01.01	10 IZ	1
RV 01 40	ga - and abi	WELLS TO	(4) 13/17/11/20	
2017/17	THE PERSON NAMED IN	M. len		

Signature non rendue publique





Déclaration Publique d'Intérêts

Le 29/07/2021 09:23:20

Je soussigné(e) **DEFILIPPO GIANPAOLO** né(e) **DEFILIPPO GIANPAOLO**

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organismes/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), comseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité(e), soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10001409589

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

Activité(s) salariée(s)

ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS

Adresse: 3, Avenue Victoria 750 Paris France

Fonction : Praticien Hospitalier **Période :** 01/06/2013 - 31/08/2019

Spécialité : Pédiatrie

Lieu d'exercice : CHU Bicêtre 94275 LE KREMLIN BICETRE FRANCE

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Adresse: 3, Avenue Victoria 75004 PARIS 04 FRANCE

Fonction: Praticien Hospitalier **Période**: 01/09/2019 à aujourd'hui

Spécialité : Pédiatrie (Endocrinologie Pédiatrique)

Lieu d'exercice : Hôpital Universitaire Robert Debré 75019 PARIS FRANCE

MINISTÈRE DES ARMÉES

Adresse: 60, Boulevard du Général Martial Valin 75015 PARIS 15 FRANCE

Fonction : Réserviste (Médecin des Armées)

Période : 10/06/2016 à aujourd'hui Spécialité : Médecine Interne

Lieu d'exercice : Hôpital d'Instruction des Armées Percy 92140 CLAMART FRANCE

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES (CPP) PARIS 7

Fonction occupée : Membre titulaire, Pédiatre

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Mensuel 100 euros

Période: 01/06/2018 à aujourd'hui

GROUPE D'ETUDE EN THÉRAPIE DIABÈTE/OBÉSITÉ/CROISSANCE (GET-DOC)

Fonction occupée : Membre Rémunération : aucune

Période: 01/01/2019 à aujourd'hui

GROUPE DE RECHERCHE DE MÉDECINE ET SANTÉ DE L'ADOLESCENT (GRMSA)

Fonction occupée : Vice-président

Rémunération : aucune

Période: 30/01/2018 à aujourd'hui

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des

instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

HAS

Fonction occupée : Expert

Sujet: PNDS Déficit Hypophysaire Congénital

Rémunération: aucune **Période**: 11/2020 à aujourd'hui

HAS

Fonction occupée : Expert Sujet : PNDS Syndrome de Turner

Rémunération: aucune **Période**: 01/2020 à aujourd'hui

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

APHP, DIRECTION DE LA RECHERCHE CLINIQUE ET DU DÉVELOPPEMENT

Sujet : TOBI - Topiramate et obésité sévère de l'enfant et de l'adolescent

Type d'étude : Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : aucune

Période: 01/06/2016 - 23/01/2018

ELI - LILLY

Sujet: H9X-MC-GBGC

Type d'étude : Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : À l'organisme (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris)

Montant perçu (Organisme): Je ne sais pas

Période: 11/10/2017 - 31/08/2019

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

2.4.2 Intervention(s)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

Lieu et intitulé de la réunion : Congrès des Sociétés de Pédiatrie

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : L'hypertension artérielle de l'enfant obèse.

Aucun produit visé

Prise en charge des frais : Oui Rémunération : aucune

Période: 25/05/2018 - 25/05/2018

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

4. Participations financières directes, sous forme d'actions ou d'obligations détenues et gérées directement ou de capitaux propres dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

6. Fonctions et mandats électifs exercés actuellement

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

ALEXION PHARMA FRANCE, HOSPITALITÉ

Période: 20/12/2017 - 20/12/2017 **IPSEN PHARMA, CONSEIL**

Période: 11/12/2015 - 11/12/2015

NOVO NORDISK CONGRÈS (ESPE 2018)

Commentaire : Prise en charge de l'inscription, du transport, de l'hébergement, des repas

Période: 27/09/2018 - 29/09/2018

MERCK SERONO, REPAS

Période: 02/12/2016 - 02/12/2016

MERCK SERONO, HOSPITALITÉ

Période: 02/12/2016 - 02/12/2016

SANDOZ, REPAS

Période: 08/11/2016 - 08/11/2016

MERCK SERONO, REPAS

Période: 02/12/2016 - 02/12/2016

LILLY FRANCE, PARTICIPATION RENCONTRE SCIENTIFIQUE

Période : 10/09/2016 - 12/09/2016

NOVARTIS PHARMA SAS

Période: 11/07/2017 - 11/07/2017

LILLY FRANCE, INSCRIPTION CONGRÈS SCIENTIFIQUE

Période: 10/09/2016 - 10/09/2016

SANDOZ, HOSPITALITÉ

Commentaire : Prise en charge **Période :** 17/03/2017 - 17/03/2017

SANDOZ, CONTRAT À TITRE GRACIEUX

Période: 08/11/2016 - 08/11/2016

SANDOZ, CONGRÈS/SYMPOSIUM

Commentaire : Prise en charge Période : 08/11/2016 - 08/11/2016

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussignée Professeure Irène Netchine

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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions 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 :

Porteur de projet pour la rédaction d'un protocole national de diagnostic et de soins (PNDS)

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 de 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.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : deontologie@inpes.sante.fr

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'institution ou des institutions mentionnée(s) dans la déclaration et/ou sur le site du ministère chargé de la santé

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

1/8 Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/anné e)
Sorbonne Université Assistance Publique Hôpitaux de Paris	Hôpital Armand Trousseau, 26 avenue du Docteur Arnold Netter, 75012, Paris, France	Professeur des universités, Praticien Hospitalier	Septembre 2002	En cours

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1 : Non applicable

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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme 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.

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (montant à porter au tableau A.1)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation	Membre du CNU de Physiologie (section 4402)	* Aucune en dehors de l'activité principale	Depuis Avril 2016	En cours
Sorbonne Université	Membre de la commission d'Habilitation à diriger les recherches, Santé	* Aucune en dehors de l'activité principale	Depuis 2014	En cours
Assistance-Publique Hôpitaux de Paris	Coordinatrice du centre constitutif de l'hôpital Trousseau du CRMR des maladies endocriniennes de la croissance et du développement	* Aucune en dehors de l'activité principale	Depuis 2014	En cours
Centre de référence européen des maladies rares (ENDO-ERN)	Coordinatrice régionale et coordinatrice européenne du groupe de travail « croissance »	* Aucune en dehors de l'activité principale	Depuis 2017	En cours
Société Française d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique	Présidente du conseil scientifique	* Aucune en dehors de l'activité principale	Depuis 2020	En cours

2.2.	Vous	exerc	ez ou	vous	avez e	exercé	une	activité	de co	nsulta	nt, de	cons	eil ou	d'expert	ise
auprès	d'un	organ	isme	entrai	nt dans	s le ch	amp	de con	npéten	ce, en	matiè	re de	santé	publique	et
de séc	urité	sanitai	re, de	l'orga	anisme	ou de	e l'ins	stance	collégi	ale ob	jet de l	a déc	laratio	n	

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.	

 $\hfill \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des 5 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)
APHP/INSERM/Sorbonne Université	Rédaction d'articles scientifique et de revues didactiques	Aucune	2002	En cours
ANSM	Avis d'expert autorisation de mise sur le marché pour un analogue du GnRH (formule semestrielle)	Aucune	2018	

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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme 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.

Organisme (société, établissement, association)	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques : précisez :	Rémunération (montant à porter au tableau A.3)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
АРНР	PHRC	Efficacité et Tolérance d'un Traitement par Inhibiteur de l'Aromatase (Anastrozolepou r limiter l'avance de maturation osseuse des enfants ayantun syndrome de Silver Russell ou de PraderWilli	Type d'étude : □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal	☐ Aucune	2010	En cours de finalisation (analyse des résultats)

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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, le Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplace- ment	Rémunération (montant à porter au tableau A.4)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Merck KGaA	Endocrine Society, Boston, Etats Unis	Anomalies génétiques et épigénétique dans les retards de croissance	o Oui	☐ Au déclarant	31/3/2016	1/4/2016
Sandoz (Novartis)	4 th annual Endocrinology Debate and Global Exchange, Bilbao Espagne	Nouveau consensus sur le Syndrome de Silver Russell	o Oui	☐ Au déclarant	23/6/2017	24/6/2017
Sandoz (Novartis)	10th International Meeting of Pediatric Endocrinology (IMPE), Washington,	Comprendre les causes de retard de croissance, axe somatotrope et système IGF	o Oui	☐ Au déclarant	14/09/201 7	14/09/2017
	Etats Unis European Society of	Diagnostic et prise en charge des pathologies			27/9/2018	
Merck KGaA	pediatric Endocrinology, Athènes ,Grèce	d'empreinte entrainant une petite taille pour l'âge gestationnel	o Non	☐ Au déclarant		27/09/2018
Merck KGaA	3rd 360°Eur Meeting in Growth and Endocrine disorders in Pedaitrics,	Diagnostic et traitement du syndrome de Silver Russell	o Oui	☐ Au déclarant	16/2/2018	17/02/2018
	Rome, italie					
Merck KGaA	XXVII Latin American Congress of Pediatric Endocrinology	Bases génétiques et épigénétiques de la resistance à l'IGF1	o Non	☐ Au déclarant	25/10/201 8	25/10/2018
	Cuzco, Perou					
Merck KGaA	4Th 360°Eur Meeting in Growth and Endocrine disorders in Pedaitrics, Bruxelles,	Diagnostic des causes épigénétiques de petite taille	o O ui	☐ Au déclarant	15/2/2019	16/2/2019
	Belgique					

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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

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, en matière de santé publique et de
	sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration

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

 $\hfill \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur (*)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

^(*) Le % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1

4.	Participations	financières	dans	le cap	oital	d'une	société	dont	l'objet
soc	ial entre dans	le champ de	comp	étence	e, en	matiè	re de sa	nté pu	ablique
et c	le sécurité sani	taire, de l'org	ganism	e obje	t de	la déc	laration		

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

5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, 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.

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

6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration

Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document-type

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

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

Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration ».

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1

Organisme	Montant perçu

Organisme	Montant perçu

Organisme	Montant perçu

Entreprise ou organisme	Montant perçu
Merk	1800 +1500+2000+1000
Sandoz (Novartis)	1125 +1125

Structure	Montant perçu

Organisme	% du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur

Tableau C.1

Structure	% 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

Elément ou fait concerné	précisez le cas échéant les sommes perçues

Fait à	Paris	 	 	 	
Le 25	/9/2021				

Trolesseur Irine MATCHINE - RPPS 10001454296 explorations Fonctionnelles Endocriniennes Hopital ARMAND TROUSSEAU - Finess 750100109 26 av. du Dr.A. Netter - 75571 PARIS CEDEX 12 Tél.: 01 44 73 66 31 - Fax: 01 44 73 61 27 E-mail: lab.endoc@trs.aphp.fr

Signature obligatoire (mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de l'Inpes. L'Inpes est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'Inpes.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : deontologie@inpes.sante.fr

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Juliane LEGER

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

occupées) Professeur des universités, Praticien hospitalier
□ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
□ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre : (préciser)
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un
professionnel de santé : N° RPPS: 10000373364

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 20 octobre 2021

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'****** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
APHP Nord, Université de Paris, Hôpital Robert Debré		Professeur des Universités , Praticien Hospitalier	Pediatrie	2003	En cours

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

□ Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

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

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Assistance-Publique Hôpitaux de Paris	Coordinatrice du centre cordinnateur de l'hôpital Robert Debré du CRMR des maladies endocriniennes de la croissance et du développement	X Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2005	En cours
Centre de référence européen des maladies rares (ENDO-ERN)	Coordinatrice européenne du groupe de travail « Thyroide »	X Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2019	En cours
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2.	Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme
	public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique
	et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des
	instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

 $\hfill \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
	Expertise		X Aucune		Fevrier 2017	
HAS			☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			□ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			□ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
.Investigat rice dans un essai clinique sponsorisé par Laboratoire Novo- Nordisk		Hormone de croissance Esai randomisé dans l'anorexie mentale de l'enfant	Type d'étude : X Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)Hopital Robert DEbré		2014	2020
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

241	Rédaction	d'article(s)

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Colloque Ipsen	Insuffisance somatotrope au moment de la transition	X Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		16/11/2018	17/11/2018
Sanofi Aventis France	Cas cliniques d'anomalies de la croissance	X Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		03/2020	03/2020
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts	à déclarer dans cette rubrique
----------------------------------	--------------------------------

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Laboratoires Mercks,	Société française d'endocrinolo gie Poitiers, oct 2017	HYperthyroidie de l'enfant	X Oui Non	X Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Oct 2017	
Laboratoires Ipsen pharma	Chine, Mai 2018	Puberté précoce	X Oui Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Mai 2018	
Laboratoires Mercks,	Marseilles, oct 2018	Pathologie thyroïde Chez l'enfant	X Oui Non	X Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Oct 2018	

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		Oui Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement:

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

 $\hfill \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
.Support pour voyage dans congres nationaux et internationaux par des laboratoires pharmaceutiques (Ipsen, Mercks, Novo-Nordisk, Lilly)		2016	2019

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités	Actionnariat (le cas échéant)		
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début Fin (jour(facultatif)/ mois/année) mois/année)		Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital

ten

Professeur Juliane Léger

Fait à Paris

Le 20 Octobre 2021

Signature non rendue publique



Déclaration Publique d'Intérêts

Le 16/09/2021 20:34:58

Je soussigné(e) CAREL Jean-Claude

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), comseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité(e), soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10000443142

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

Activité(s) salariée(s)

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT

Adresse: UFR de médecine Paris Diderot 75013 PARIS 13 FRANCE

Fonction: Professeur des Université Praticien Hospitalier

Période: 09/2007 à aujourd'hui

Spécialité : Pédiatrie

Lieu d'exercice : Hopital Robert-Debré 75019 PARIS 19 FRANCE

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Fonction occupée : Président CMEL / Membre de la CME et du directoire Le salaire déclaré est mon salaire hospitalier principal approximatif.

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Mensuel 5 000 euros

Période: 12/2011 à aujourd'hui

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

IPSEN

Sujet : Utilisation de la triptoreline dans les pubertés précoces

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Coordonnateur

Rémunération : À l'organisme (Naturalia Biologia) **Montant perçu (Organisme) :** Total 5 000 euros

Période : 07/2008 - 02/2012

IPSEN

Sujet : Utilisation de la triptoreline dans les pubertés précoces

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Coordonnateur

Rémunération : À l'organisme (Naturalia Biologia)

Montant perçu (Organisme): Total 5 000 euros

Période: 03/2008 - 12/2011

2.3.2 Autres travaux scientifiques

IPSEN

Sujet : Puberté précoce Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 934 euros

Période: 15/10/2021 - 15/10/2021

IPSEN

Sujet : Puberté précoce Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 1 500 euros

Période: 15/10/2021 - 15/10/2021

IPSEN

Sujet : Puberté précoce Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 1 100 euros

Période: 27/11/2021 - 27/11/2021

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

2.4.2 Intervention(s)

SANOFI AVENTIS

Lieu et intitulé de la réunion : Séminaire endocrino Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Puberté

Prise en charge des frais : Non Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 500 euros

Période: 02/2018 - 02/2018

IPSEN

Lieu et intitulé de la réunion : Vienne ESPE

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Pubertés précoces

Prise en charge des frais : Oui Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 1 300 euros

Période: 09/2019 - 09/2019

ASTRA ZENECA

Lieu et intitulé de la réunion : Séminaire puberté Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Puberté

Prise en charge des frais : Non Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 564 euros

Période: 05/2017 - 05/2017

SPRINGER HEALTH CARE

Lieu et intitulé de la réunion : Diabetes Roadshow Paris

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Diabète de l'enfant. Insuline

Prise en charge des frais : Non Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 2 000 euros

Période: 09/2018 - 09/2018

AMRYT PHARMA

Lieu et intitulé de la réunion : Vienne

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Lipodystrophies

Prise en charge des frais : Oui Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 2 000 euros

Période: 09/2019 - 09/2019

NOVO NORDISK

Lieu et intitulé de la réunion : Stockholm - Risk of growth hormone Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Growth hormone

Prise en charge des frais : Oui Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant): Total 1 200 euros

Période : 05/2015 - 05/2015

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

4. Participations financières directes, sous forme d'actions ou d'obligations détenues et gérées directement ou de capitaux propres dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de

l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

6. Fonctions et mandats électifs exercés actuellement

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

INVITATION CONGRÈS INTERNATIONAL DUBLIN

Commentaire : Laboratoire Ipsen
Montant perçu : Total 1 700 null
Période : 09/2014 - 09/2014

CONGRÈS INTERNATIONAL WASHINGTON

Commentaire : Prise en charge financière laboratoire Pfizer

Montant perçu : Total 3 000 euros **Période :** 09/2017 - 09/2017

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'Intérêts

Je soussigné(e) Muriel Konstant (G.
Raconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout llen d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq demières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les tachniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.
Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au l'et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

professionnel de santé: Notoco 603 +9 (

Magent de [nom de l'institution] / préciser les fonctions occupées) Mula un Colon Colon Anthony - Institution - I
Li de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre . (préciser)
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 03.08.21

Conformément aux dispositions de la lai n° 78-17 du 6 yanver 1978 modifiée relative à l'informatique, aux lichiers et aux libertes, vous disposair d'un droit d'accès no de modification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en érivoyant un mêt à l'adresse survaire : voxos

Les informations recupities seront informatisées et voire déclaration (à l'exception des membres non rendues au biques) aers publies sur le site internet de met l'extreme des responsables du tratement ayant pour finaîte la prévention des conflits d'intérêts en conflortent les liens pactairés sux objectifs de la mission envisagée eu sein de l'extrement de l'extreme

 Activité(s) principale(s des 5 dernières années, à t 					tuellement :	et au cours
ৰ্ম Activité(s) salariée(s)						
Employeuris) principaliaux)	Adresse de l'employeur el lin alaxero de, si différent	en occi Fai	ondlen "pås dans ganisme	Spécialité du désciplina, le cas échéant	De bul jjow(feculfal/) Anniwamise)	Fin (jour/face/lat/f/ (nais/face/e)
nopotal Arman Trousseau APH	1 76 760 P An Net	ter Vai	7 <i>H</i>	Pedia	tuie Anoro 93	
		İ			: 	
□ Astivilė Ilbėralo						
Activité	Lieu a'exercu	29		ou discipline échéant	Dábul (jour/fecallalifly mois/arvida)	Fin (jear(fleostetif)/ mais/ennée)
	İ			i		
				!		
□ Autre (actività bérévo s retreite) 1					
Activité		Leud	'exercice. le	: cas śchéam	Début /jour/feculistif/ mais/pande/	Fin (jour(/acu/tafit)/ mois/enn da)
					'	

- Activité(s) exercée(s) à titre secondaire
- 2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de samé, les entreprises et les organismes de conseit, les organismes professionnels (sociétés saventes, récesux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

प्रि Je n'a- pas de llen d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cirgenisme (société, élablissemant, ássociation)	Fanction cocupée pans Lorganisme	Rémunération	Montant de la rémonération (préciser, le das éphéant, la périssocié)	Děbuk (jour/lacuhalif)/ mois/ps/pap)	Fin (jaun(facultalif)/ mous/proving)
		i 🗅 Allcune			
		☐ Au dèclarani			
		☐ A un digerieme dont vous étes mombre du salané apréciser)			
	· · ·	·			
		□ Aucune		l .	
		□ Au ti€c sirant			
		☐ A un prograisme dont yous files membre ou salarié (préciser)			
!					i
		□ Aucune			
		□ Au déclaren:	•	•	
		☐ A un organisme dant vous êtes membre ou selarié (préciser)			

2.2.	Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès «	d'un
	organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière	ab e
	santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou	ı de
	l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration	

Sont notamment visées per cette robrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapporte d'expertise.

ĸ	I∎-r	n'al	p 24	da	leen	d'ın	léréts	ė	déclarer	dares	cetta	rubdei	ᄱ
**			P	_				-					~~

Organisme (spoéfé, érabilssement ossocyation)	Міхкоп ежисте	Sujet inom de l'étude, du produit, de la lechnique ou de l'indication thérapeolitoir)	Remi.nérabos	Marcant da la l'éliturélation (précise), le ces achéent la pénedicité)	Détuit (yrun/fectératé/ mots/anyee)	Fiii (หางๆรัลดะพัฒน์ให้ movs/syvuse)
			☐ Accure ☐ Au dectarant ☐ A un orgensore : cont vous éles membre ou salane (préciser)			i
			I I Aurone Au déclarent Aun organisme don; vous étos mambre ou salané (préciser)			
		I	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous étes membre ou salarié (préciser)		<u> </u>	

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Object dire mentionnées cans cette rubdique les participations à la résissation d'essals du d'études d'iniques, non chriques et préchinques (études méthodologiques, essais ensigtiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques es productions des productions de production de productions de productions de productions de production

La qualté de membre d'un comité de aurvaillance et de au vi d'une élude cfinique don être déclarée dans cette rubique.

Sont considéres comms « investigaleurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordainnateur d'une étude muit centrique hallonale ou internationale. Cette célérition substitut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de :ôle de poordination - même s'ils peuvent par aité uns être denormés » principaux » ils sont désignés chaptes » investigateurs ».

🗇 Je n'ai pas de tien d'entérêts à déclarer dans cette rubrique

	Organisme promoteur (soc!éfé, établismanneur, essociation)	Organisma(s) financeur(s) (si cullément di. promosuriet si vous en avez connessance)	Sujet (nom de 'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thé apeutique)	Si essals do études diriques qu paédiriques, précisez	Re-runé ation	Montent de la rémunération (préciser, le cas écheant, la périodicile)	Débui (neuffacutauf (/mois/année)	Fin (your/laceMahfy mois/srviee)
	Pr. T. Egod DRCI CUV Toulow	Purc re	RAS747	Type d'élude C Brude monocentrique 13 Phade multicentrique 13 Phade multicentrique Vaire réla : C Expérimentation principal Whitestigateur U Expérimentation ron principal I Memore d'un commè de serve altance et de susur	Aucure C Au déclarant C Aun organisme dont vous étes membre ou salané ipraciser)		9 <u>8</u> Sel)
2	DRCI HUL	Pré)ex PUR.C		Time d'équile Ci Bludo monoceronque Ci tude multicentrque Votre rôle Ci investigateur principal Dispermentateur principal Shimestigateur Copérmentateur principal Vortro d'un comilé de surverlanco et ce suivi	Accurse Acc		24/10/	2016
	İ			Type d'éluce C Stude monocontricuo Stude multicentrique Votre role: C nveségateur principa C Espérimentateur principal C investigaçour C Espérimentateur non principal Viennibre d'un comme de şurvertainse et de suon	Aucure Au déclarant Aur angansarie durit vous äles membre uu saland Ipréciser)	İ		

2.3.2 Autres travaux scientifiques

🗇 Je n'ai pas de lein d'Intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisma (sociáta, étstylesement, essecriation)	Sujet (nom de fétuda du graceut, de la technique ou de l'indication j l'hérapeutique)		Rémunérator	Montant do la remuneration (préciser, re cas échéom, la oériodicté)	: (jour(feculiel/f) /atois/article)	En (jour/facultatif) Impisfatht 6a)
		_	Aucune			
			Au déclaism			
		0	A un organisme dont vous dies menutre ou salerié (préciser)			
	:					I
		_	Aucure			
			Au dó:daram			
		j	A un organisme dorf vous êtes mambre ou salarié (précisor)			
	•			i		
			Aucone			
		מ	Au déclarant		i	
		''	A un organisme dunt voca étea mentora du salarté (précisia)			
	1	ļ		ı	!	

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La récardion d'article(s) et les interventions doivent être déclarees lorsqu'elles ont éte rémunérées ou ont donne lieu à une priss an charge

2.4.1 Rédaction d'article(s)	
√Je n'ai pas de lien d'Intérêts à déclarer dans cette rutariq	ua
Articulament of cours des 5 sendes précédentes	

Entreprise ou organisme privá (sociátiá, esxocyation)	Sujet de l'article	!	Montant de la rémunération (préciser, le cas écheant, le périod céé)	Débul (yumfasutad) mois/arnse)	Fin (issr(factatatif/ mos/angee)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous èles membre au soloné (préciser)		<u> </u>	. –
		☐ At dédarant ☐ A un arganisme dont vous êtes mombre ou salane (préciser)			
<u> </u>		□ Au déctarons □ A un organisme dont votes éles mombre ou sélairé (préciser)			

2.4.2 hiterverilionia)

XI de n'al pas de ben d'intérêts à déclarer dans cette subrique

Entreprise ou organismo privo rivident (300.648, association)	Liau et iMfulé de a l'éunion	Sujet de l'intervention, nom du produit Vi8é	Prise en I charge des Irais	Rémunération	Momant de la rémunération ' (piéciser le cas óchéans, la périodiolé)	fin (jourffacultabl)/ meis/année)
			c Oal e Non	Accome Accome Accome Accome organisms domi words étes mambre out salané (précisar)		
			o Oui o Nam	Aucume Aucume		
	· ·	; ··· - ···— ··	c Oui c Non	11 App.me Di An declaram Di A un dryanisme dont vota internitra cu salari é (préciser)		

2.6. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

4						
⊤gi_Je n'ai i	pas de llen	orimerets a	GBC IBFBF	dene	certe	Fulbridue

Nature de l'activité et nom du brevet, product.	Simuture qui met à d'appartion le brevet, produit, .	Percapilon ritinessement	Remuneration	Montent de la rémunération (préciser le cas écnéant, a périodicité)	Débus (your/souklairly/ mois/sonée)	Fin (jnunffanulfalft/ mois/arves)
		υ Oui υ Ven	☐ Autorie ☐ Au declarani ☐ A un organismo dont volus âtes membre du ça and (préciser)			
		G Oui	□ Aboune □ Au desterant □ A un organisme com vous êtes membre bu selens (preciser)	İ		
		o Cu o Yon	Aucure Au declarent Au nicrgenisma dont vous éles membre du salarié upréciser;			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

Le 1yps de versement peut prendre la forme da subventions du contrata apur éludes du replierches, bourses du parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels.

Sont notamment concernés les presidents, tresoners et membres des bureaux et conseile d'administration, y compre d'associations et de sociétée savantes.

'E de n'al pas de lleu d'intérêts à déclarer dans cette nubrique

Structure et activité bénéliciaires du linancement	Debui (com/asultent)/habis/ annse)	Fin (jour/facutatit//mois/ aun de)	Organisme(s) à but lucretif financeur(s) et montaint versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage ou montaint ces financements par rapport su budget de la structure
		İ	
•			· ··· - · · ·
<u> </u>			<u> </u>

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanifaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubinque los participations financières sous forme de valeurs mobiléres potées ou non, quil s'agisso d'actions, d'obligations ou d'autres avoire financières en fonds propres dans une autreprise ou un éexteur concerné, une de ses illiales ou une société dont elle délitant une partie du capital dans la limite de votre connaissance minée alle et affendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement entreparise ou organisme le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcantage ou capital detenu

Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV où FCP - contifs personne ne contrôte in la gestion, ni la composition - sunt exclus de la déclaration

🔨 e n'al pas de lien d'intérèts à déclarer dans cette rubrique

Ac	Actualisment :					
_ 	Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement cans le capital de la suucture et incontant détenu			
!						
			İ			

5. Proches parents ayant des activités ou des Intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont.

- vas carents (pâre et mête)
 - vos enfants
- volta compina(s), condubin(e) ou pacaéte) anse que les parents (pèra et mèrer et enfants de ce deriver

Dans dalle fubrique, vous devez renseigner si vous en avez connaixxanca.

- fonte actività (au sens files riburques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée échiellement ou au cours des 5 années précedentes par vos proches parents.
- touts participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubilloue 4 du présent document) subérieure à un incultant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos prontes parants;

Vollis devez identifiar le hers concarne par la seule mercion de votre fian de parenté.

🔏 je n'ai pas do tion d'intérête à déclarer dans cette rytorque

Cochez lelles | case(s), le cas échéent :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actualiament ou au cours des 5 années précédentes	Actionnerief Actus lemen: Part opallor financière directe supérieure à un montant de 5 300 éuros ou à 5% du câpital [Lo montant est à indiquer au tableau A}		
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants					
i lLe ien de parenté ost à indiquer au tableau A;		<u>-</u>	.l .		
'			П		

Fonction ou mandats electris à déclarer Fonction ou mandat électri préciser la circonstribition) Fin (pourfocollority moistainée) 7. Autrè lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts Seules doivent être menbonnées les sommes perques par le déclarent. Exemple: invitation à un colloque sans intervention avec prase en charge des fres de déplacement/hébergement ou rémunéret on 1 de n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Fonctions et mandats électifs' exercés actuellement

'Entendus comma les mandats relevant des dispositions du code électural.

Elément au	rfait concerné	Gornmerdaires :	Début (nov/facutaté)/ mas/annes/	Fin (jaur/fanufaff), mas/sanes)
		<u> </u>		<u> </u>
			1	

Mentions non rendues publiques 8.

Tableau A

ļ		Activités	s (le cas échéant)	Actionnamat (le cas échéent)			
Organisme	Lier de paraclé	Fonction e) absil on dans la structure undiquer, le cas écheert, s'i s'agit d'un poste à responsabilité)	Octual En (jour/incutality/ (jour/incutality/ moss/konike) mors/année;		Montant des participat une financières détenues par un proche parent et > 8 500		
	i				- · · · - · - · · · · · · · · · · · · ·		
	1						

.1.; c).உ **ஈடுகும்வில் கீ**ன்கையைய

1.1. CCC. 1.7 The appearance of the common o

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) E	BOURCIGAUX Nathalie
-------------------	---------------------

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées)
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
X□ de personne invitée à apporter mon expertise à HAS pour le PNDS Turner
□ autre : (préciser)
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un

professionnel de santé :10001480465

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 3/09/2021

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☐ Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
APHP Hôpital St Antoine		Praticien hospitalier Temps plein	Endocrinologi e		

☐ Activité libérale

Activité	Activité Lieu d'exercice		Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

☐ Autre (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

Activité(s) exercée(s) à titre secon	daire
--	-------

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

x□ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Aucune			
		□ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2.	Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un
	organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de
	santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de
	l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

 $x\square$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			□ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

		1					
Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
APHP	APHP Pr COSSON	ACARB-GDM Acarbose versus insuline dans le traitement du diabète gestationnel en cours	Type d'étude : □ Etude monocentrique x□ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal x□ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ xAucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
APHP		INDAO NCT01731431 Glyburide versus insuline dans le traitement du diabète gestationnel Publiée en 2018	Type d'étude : □ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal X Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	X Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

x□ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2 4 4	Dáda	-4:	d'artic	10/01
2.4.1	Reua	Cuon	u aruc	iers

x□ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

$x\Box$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5.	Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme
de pro	priété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en
matièr	e de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de
l'insta	nce/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

x□ Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un or	rganisme à but lucratif
dont l'objet social entre dans le champ de compétence,	en matière de santé
publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des	organismes ou de
l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration	-

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

x□ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4.	Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre
	dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité
	sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instance
	collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

Actuellement :

x□ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

x□ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

 $x\Box$ Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

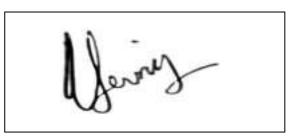
 $\ \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Prise en charge inscription à la SFE 2017,2018,2020 Par des laboratoires pharmaceutiques IPSEN, NOVARTIS, VITALAIRE			

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités	(le cas échéant)		Actionnariat (le cas échéant)
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital



Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Pr Philippe	Touraine

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

x d'agent de [l'APHP] : (préciser les fonctions occupées) Chef du service d'endocrinologie et m2decine de la reproduction
□ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre : (préciser)
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :10000490739

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 23/08/2021

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'****** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☐ Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
APHP SITE PITIE SALPETRIERE		CHEF DE SERVICE	ENDOCRINO LOGIE	1991	
SORBONNE UNIVERSITE		PROFESSEUR	ENDOCRINO LOGIE	2006	

XActivité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
CONSULTATION	HOPITL PITIE SALPETRIERE	ENDOCRINOLOGIE	2007	EN COURS

□ Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

- 2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire
- 2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune			
		□ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2.	Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme
	public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique
	et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des
	instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

 $\hfill \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
	CONSULTANT		☐ Aucune	12000	2021	
			☐ Au déclarant			
PFIZER			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
	FORMATION		☐ Aucune	5000	2021	
			☐ Au déclarant			
NOVO NORDISK			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
	FORMATION		☐ Aucune	6000	2021	
			☐ Au déclarant			
SANDOZ			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

	I		T				
Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
DIURNAL			Type d'étude : □ Etude monocentrique X Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal X Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ XA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2016	
SPRUCEBIO			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : X Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ XA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2021	
NEUROCRINE			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal X Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ XA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Oui Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités	s (le cas échéant)	Actionnariat (le cas échéant)		
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital	

		_	1
Value	00	way	de.
	_	~	+

Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Sophie CHRISTIN-MAITRE	
--	--

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

x d'agent de Sorbonne Université : (préciser les fonctions occupées) PU-PH, cheffe de service, Hôpital St Antoine, APHP, Paris
□ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
□ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre : (préciser)
u ,
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10000533744

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 26/09/2021

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'****** est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Sorbonne Université		PU-PH	Endocrinologie	2003	
AP-HP	Hôpital St Antoine	PU-PH, cheffe de service	Endocrinologie	2012	

□ Activité	libéral	е
------------	---------	---

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

☐ Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

- 2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire
- 2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		□ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune ☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

	IJ	le n'a	i pas	de	lien	d'intérêts	à	déclarer	dans	cette	rubrio	ıue
--	----	--------	-------	----	------	------------	---	----------	------	-------	--------	-----

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Laboratoire Theramex	Zoom Réunion ponctuelle	Risque thromboemboliqu e avec les nouvelles pilules à l'estradiol	Oui X Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	800 euros	Mai 2021	Mai 2021
Laboratoire Merck	Lyon Septembre 2021	Prise en charge des femmes déficitaires en LH	X Oui Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

x Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités (le cas échéant)		Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital



Signature non rendue publique

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Dr DA COSTA Sabrina	l
-------------------------------------	---

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

٠.

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10101055951

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: Le 13/09/21

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

XActivité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
APHP		Assistant spécialiste	Gynécologie médicale	Novembre 2017	Octobre 2019
АРНР		PH-TP	Gynécologie médicale	Novembre 2019	En cours

X Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Gynécologie médicale	Paris 11e	Gynécologie médicale	Décembre 2019	En cours

□ Autre (activité bénévole, retraité…)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		□ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		□ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			☐ Aucune			
			☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			□ Aucune			
			□ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			☐ Aucune			
			□ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Aucune			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

 \square Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Médecine thérapeutique pédiatrique	Coordination Coordination de la rédaction du Médecine Thérapeutique Pédiatrique « Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente », volume 21, numéro 2, Avril, Mai, Juin 2018 Editorial, Bidet M, Da Costa S des lieux, Marchand M, Da Costa S suivi gynécologique de l'adolescente : l'exemple de la mucoviscidose, Cartault A, Tournier A, Ernoult P, Da Costa S, Pienkowski C	X Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2018	2018

2.4.2 Intervention(s)

 $\hfill \square$ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Entreprise ou organisme privé invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
IPSEN	Colloque IPSEN	Prise en charge de l'hirsutisme	o Non	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Novembre 2018	Novembre 2018
INFOGYN	Congrès INFOGYN	Prise en charge des saignements des maladies hémorragique s rares	Prise en charge des frais de déplacement et logement	Aucune		Octobre 2018	Octobre 2018
JNMG	JNMG	Réaliser et interpréter un frottis cervicovaginal Poser et surveiller DIU et implants contraceptifs	Non	Au déclarant		1 intervention annuelle de 2015 à 2018	
TAKEDA	Ad Board Cercle Willebrand	Prise en charge des ménorragies dans le cas d'une maladie de Wilebrand	Non	Au déclarant		Décembre 2020	Décembre 2020

TAkeda	Symposium Takeda	Prise en charge gynécologique dans le cadre de la maladie de Willebrand	Non	Au déclarant	Mai 2021	Mai 2021
Lilly- France	RLP	Dysménorrhé es SOPK Contraception	Non	Au déclarant	Une intervention annuelle en 2018, 2019 et 2020	

2.5. Invention ou détention d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X Je n'ai pas de lien d'intérêts 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Oui Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin (jour(facultatif)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu
	_	

5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce demier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

X Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités	s (le cas échéant)	Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme	Lien de parenté	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital

please) .

Signature non rendue publique