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 soussigne(e)	CLARKE Julia	 	

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)
x 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) Groupe de travail PNDS Anorexis mentale prépubère
□ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitule 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 : 10100529238

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: 22/11/2021

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

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)
GHU Psychiatrie et Neurosciences, Paris	1, rue Cabanis 75014 Paris	Praticien hospitaliser	Psychiatrie		

	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	A ativitá(a)	0404060/0	À 4:4-0	secondaire
Z .	ACTIVITETS	exerceers	ı a uue	Secondane

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)
Fédération française anorexie boulimie (association)	membre	X 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 ».

xJe 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)
		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)			

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)

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)	LEGEAS	Stepho	emile
		18	

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) :

L) ae	membre o	u conseil d	rune insta	ince c	ollegiale, d	a'ur	ne com	ımıs	sion, d'un coi	mite ou d	'un
de thème	personne /intitulé de	invitée à la mission d	apporter d'expertise	mon)	expertise	à	[nom	de	l'institution] :	(préciser	le
□ autr	e : (précise	er)					•••••		***************************************		
J'indiq	ue mon nu	méro RPPS	(répertoir	e parta	agé des pr	ofe	ssionne	els d	le 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:

23/08/2022

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 : xxxxxx

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'****.

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)	ealarión/e
F veriation?	adian locial

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)
	PH.	pedopsych	ichrie 2002	
	l'employeur et lieu d'exercice, si	l'employeur et lieu d'exercice, si	l'employeur et lieu d'exercice, si différent l'organisme Specialité ou discipline, le cas échéant	l'employeur et lieu d'exercice, si l'organisme dans l'organisme dans l'organisme des échéant (journalement)

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
				36.

Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif), mois/année)
Association Agodails		2018	- m manus

- 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 écheant, 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)			
	11111 14330	☐ 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)
			□ 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)			
			☐ 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)
			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 salarie (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

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 remunération (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	9
Ant-Tall	HOUGULUII	u al libitit	э,

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)
			o 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 âtes 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
1											

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.

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
			191.00

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.

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique	Je n'a	i 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 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)
- 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.

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)			п

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

Fonction ou mandat électif (préci	iser la circonscription)	Début (jour(facultatif mois/année)		tatif)/ ée)
Autre lien, dont vous avez situations de conflits d'intér	êts	t de nature	à faire n	naître des
	êts rçues par le déclarant. on avec prise en charge des frais de			
situations de conflits d'intér eules doivent être mentionnées les sommes per cemple : invitation à un colloque sans interventi	êts rçues par le déclarant. on avec prise en charge des frais de	déplacement/héb		

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités (le cas échéant)			A -N	
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)	Actionnariat (le cas échéant) Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital	

	Augusti - Laura - 152-11	

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 soussigne Selim Guessoum
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 l'AP-HP : Chef de clinique - assistant hospitalo-universitaire à l'hôpital Cochin et l'université 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 : groupe de travail PNDS Anorexie Mentale à début précoce
☐ 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: 23/11/2021

professionnel de santé : 10102017620

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)
AP-HP, Université de Paris	3 Av. Victoria, 75004 Paris	Interne, PHC, CCA	Psychiatrie	02/11/2015	Présent

☐ 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)
Conférencier conférences Khalifa	France	02/11/2020	12/12/2019

- 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)
		□ 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.

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

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

■ 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)

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 n (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		☐ Au déclarant☐ A un organisn dont vous êter membre ou salarié (précis	s		
		□ Au déclarant □ A un organism dont vous ête: membre ou salarié (précis	ser)		
		□ Au déclarant □ A un organism dont vous ête: membre ou salarié (précis	ser)		

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)
			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 pro	priété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en
matiè	re 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

Je n'ai	pas de	lien d'int	térêts à d	léclarer d	dans ce	ette rubri	aue

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 u	n organisme à but lucrati
dont l'objet social entre dans le champ de compétend	ce, en matière de santé
publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/d	es organismes ou de
l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclarati	on

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'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.

■ 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.

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)			

_			/ 1 . 1 . L	,	
~	Fonctions (at mandate	Alaatitex	AVAPAAC AC	stuallamant
U.	FULLUIUS (et illalluats	election	exerces at	, luenemen

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

■ 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)

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) Céline ANDRÉ-CARLETTI

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. »

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

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: 22 Novembre 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

☐ 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(facult atif)/mois/a nnée)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS HOPITAL ROBERT DEBRÉ	48 BVD SERRURIER PARIS	PSYCHO- LOGUE	PEDO- PSYCHIATRIE UNITÉ TCA	09/2015	03/2017
ADMISSIONS ÉTUDES ET PROJETS	4 PLACE LOUIS ARMAND PARIS	PSYCHOLOGUE CONSULTANTE	PSYCHO- SOCIOLOGIE	11/2014	19/11/2021

☐ X Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
PSYCHOLOGUE PSYCHOTHÉRAPEUTE	11 RUE PERRONET PARIS	TCA dont ANORXIE PRÉPUBÈRE	01/10/2014	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
4 .	ACTIVITED	CACICCCIO	, a uu c	3ccolluali c

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.

 $\hfill \square \ X$ 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

 $\hfill \square$ 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	Rά	dэ	ctio	n d	'arti	ماء	(e)
2.4		Re	ua	Cuo	nı u	aru	cie	151

☐ 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)

 $\hfill \square$ XJe 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)			
			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)			

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

 $\hfill \square$ 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)			
		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)			

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un or	ganisme 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)			

Début Fin Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription) (jour(facultatif)/ (jour(facultatif)/ , mois/année) 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 ☐ XJe n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique Début Fin (jour(facultatif)/ (jour(facultatif)/ Elément ou fait concerné Commentaires mois/année) mois/année)

Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

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

☐ XJe n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

6.

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

	Lien de parenté	Activités	s (le cas échéant)	Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme		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) Anaël AYROLLES.....

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) Chef de clinique- Assistant, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert Debré
☐ 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) co-rédacteur du PNDS Anorexie Mentale à début Précoce

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10102288767

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: 01/07/2022

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)
АРНР	Hôpital Robert Debré, Paris	CCA	Psychiatrie	Novembre 2020	

			/	
П	Activ	vità	lihài	ale

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

	ı	I	<u> </u>		ı	<u> </u>
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

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	PHRC	COTIDEA comparaison HTP et HDJ en relais de l'HTP dans l'anorexie mentale à début précoce	Type d'étude : X Etude monocentrique □ 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)		Avril 2021	

APHP	ETAMP Etude retrospective de recherche d'étiopathogénie des TCA à début précoce	Type d'étude: X Etude monocentrique Etude multicentrique Votre rôle: Investigateur principal Expérimentateur principal X Investigateur X 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)	Novembre 2020	
APHP	AMDP Etude du traitement cognitif des stimuli alimentaires et de l'image du corps dans l'anorexie mentale à début précoce	Type d'étude : X Etude monocentrique 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)	Novembre 2020	

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.

044	Dádastian	al? a	1-/-\
Z.4. I	Rédaction	a aruc	ie(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)			
			OuiNon	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			OuiNon	□ 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
matiè	re 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

I			1		1	
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			
		o Non	☐ Au déclarant			
			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui	☐ Aucune			
		o Non	☐ Au déclarant			
			A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oui	☐ Aucune			
		o Non	☐ Au déclarant			
			A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Di	rection d'a	ctivités	qui ont bé	néficié d	d'un fina	ncemen	t par un oi	rganisme	e à but	lucr	atif
	dont l'ob	jet socia	al entre d	lans le	champ	de com	pétence,	en mati	ière d	e sa	nté
	publique	et de	sécurité	sanitai	re, de	l'organ	isme/des	organis	smes	ou	de
	l'instance	des inst	ances col	légiales,	objet(s) de la dé	éclaration				

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				
s'agis: ses fil demai	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.				
	onds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la osition – 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 son	L	sont	concernées	personnes	Les
------------------------------	---	------	------------	-----------	-----

- 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 :

			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)			

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 situations de conflits d'intérêts	de nature à	a faire naître des
Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.		
Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de de	éplacement/héberç	gement 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)BARBEBLÉMENTINE

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 l et ll 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). Infumure diplomble de l'agent de l'institution du CHU de Novites
☐ 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 le 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: 12/01/2022

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

☑ 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(facultatii)/ mois/année)
CHU de Nantes	1 pl Alexie Ricoplean 44093 Nomited	IX	Rychialro	07/1019	1
CH Charles Perviens (Bordeaux)	121 Ave de la BECHODO 33076 BOLDON	100	Psychiatra	01/2019	06/2019
CH Cholet	1 Rue Marengo 49300 Chalet	106	Psychiatro	07/2017	12/2018

☐ 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.

्री 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.

🖫 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

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

		Timos pieced					
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 survell'ance 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)			
		1 1 1 1 1 1	Type d'étude : Etude monocentrique Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal Expérimentateur Investigateur Investigateur Expérimentateur non fincipal Membre d'un comité de urveillance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

💢 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)

🛱 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 déctarant 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)

⅓ 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 Qui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou satarié (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

💢 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, prodult	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.

∰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'un	ne 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.

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)
- 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.

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

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

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

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

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

🥦 Je п'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 Juil 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

Tabieau A

		Activit	és (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)	Actionnariat (le cas échéant) 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) BAT-PITAULT Flora	
-----------------------------------	--

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)
x 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) groupe de rédaction PNDS Anorexie mentale à début précoce
□ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
□ autre : (préciser)
— aa. a . (p. aa.a.)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10005184352

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: 20/06/2022

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(facultati f)/mois/anné e)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE MARSEILLE	Rue Brochier, 13005 Marseille / Hôpital Salvator, 13009 Marseille	Praticien Hospitalier	Pédopsychiatre	Janvier 2012	

☐ 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)
Secrétaire Fédération Française Anorexie Boulimie (Bénévole)		Octobre 2021	Octobre 2025

Activité(s) exercée(s) à titre secondair	ure
--	-----

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.

 $\hfill \square$ 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)
		☐ 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 ».

☐ 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)
Assistance Publique Hôpitaux de Marseille		Prise en charge de la Dysmophphobie de l'adolescente avec Anorexie Mentale par Réalité Virtuelle	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	X Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2018	
Institut Mutualiste Montsouris		therafambest	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 Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		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)			

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'ir	ntérêts 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)
BIOCODEX	Réunion du cercle des pédiatres Marseillais, Marseille	Troubles du sommeil chez les enfants avec Troubles du neurodéveloppe ment	○ Oui xNon	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	350 euros	2 décembre 2021	
			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 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 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)

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

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) BERGAGETTI FLORAGE
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 : (prêciser)
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :
Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes llens 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: 28 66/29 Conformement aux dispositions de la loi n' 78-17 du 6 janvier 1978 médities relative à l'informatique, aux fichiers et aux fibertés, vous disposition des données vous professer de l'un routet de contrait un mét à disposition des données vous professer de la loi n' restriction des données vous professer de la loi n' restriction des données vous professer de la loi n' restriction des données vous professer de la loi n' restriction des données vous professer de la loi n' restriction des données vous professer le la

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

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'inférêts 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)	XIAC	ivitė(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/arméa)	Fin (jour(facultalif)/ mois/annéa)
APHP Hophal R. Debrie	1861 Sourier John Pancis.	Detricero		1989	
	1				

C Activité libérale

Activitě	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échèant	Děbut (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/annéo)
	,	•		
	,		i.	

Autre (activité bénévole, retraité...)

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

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.

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

Organisma (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échèant, la périodicité)	Début (jour(faculteilf)/ mois/année)	Fin (jourflecultalif)/ mols/ennée)
		Auctine Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou sajarié (préciser)			
. *		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarie (préciser)			
,		Aucune Au déclarant Aun 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	llen	d'inté	réts à	déclarer	dans	cette	rubrio	que
٠,											

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'énde, 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(facultail)/ mois/année)
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous étas membre ou salarië (préciser)			
4			Aucune Au déclarant Aun organisme dont yous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membré 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

٠,

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 principat 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 (sociáté, établissement, association)	Organisma(s) financeur(s) (si différent du promoteur et sì 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 (pràciser, le cas échéant, la périodicité)	Děbut (jour(facultatií)/mois/année)	Fin (jour(facultalif)/ mois/année)
	**		Type d'étude: Etude monocentrique Etude multicentrique Yotre rôle: Investigateur principal Expérimentateur principal Investigateur Expérimentateur non principal Membre d'un comité de surveillance et de suivi	Aucune Au dêdarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'élude * C Etude monocentrique Etude multicentrique Yotre rôle : Investigateur principal Expérimentateur principal Investigateur Expérimentateur principal Membre-d'un comité de aurveitlance et de suivi	Aucure Au déclarant Aun organisme dont vous étes membre ou salarié (préciser)			
A SA			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 Aun organisme dont vous éles membre ou salarié (préciser)	*>		

2.3.2 Autres travaux scientifiques

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, essociation)	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)	Děbut (jour(facultalil) /mais/anněe)	Fin (jour(facultatif) Imois/année)
•		Aucune Au déclarant Au norganisme			
	:	dont vous êles membre ou salarié (préciser)			
		☐ Aucune			
		☐ Au dèclarant ☐ A un organisme			
		dont vous éles membre ou salarié (préciser)			
	<u> </u>	************			
		☐ 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)
-----------------	--------------

Le n'al 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 (jourflecullatif)/ mais/ennée)
٠		Au déclarant A un organisme dont vous êles membre ou salanté (préciser)	_		
	•	Au déclarant Aun organisme dont vous étes membre ou salarié (préciser)			
•		Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salanié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

Je n'ai pas de llen 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 visè	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mols/année)
			a Oul a Non	Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
J			c Oui c Non	Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous- étes membre ou salarié (préciser)			And the state of t

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 interessement	Rěmunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/ mols/année)	Fin (jour(facultátif)/ moïs/année)
		c Oui c Non	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous étas membre ou salarié (préciser)			
		O Oui	Aucune Audédarant Aun organisme dont vous êtes membra ou salarié (préciser)			
	1	o Qui o Non	Aucune Aurdéclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			7 7 7 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

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 versament peut prandre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versament en nature ou numéraires, matériels.

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

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

Structure et activité bénéficiaires du finançement	Début (jour(facultatif)/mois/ année)	Fin fjeur(lecultatil)/mois/ année)	Organisme(s) à but lucralif 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
	\$. \$		
	T	and the second s	

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 entraprise 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.

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 e montant détenu
7		
	2	

5. Proches parents avant 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 linancière 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 méntion de votre lien de parenté.

Le 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(\$) ayant un lien avec les organismes suivants		a	a
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		a	a
		D	O

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

"Entendus comma les mandats relevant des dispositions du code électoral.

le n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

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

7. Autre lien, dont vous avez connaîssance, 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 colleque sans intervențion avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération.

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

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour(facultatin)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mais/année)
· ·			
4	*		

l. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activités	: (le cas échéant)		Actionnariat (le cas échéant)
Organisma	Lien de parentê	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Děbut (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ majs/année)	Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		,			
	,				
i.e.	7				

•	

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) Valérie Bertrand

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)
Praticien Hospitalier Pédiatre, Groupe Hospitalier du Havre
x 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)
Groupe de Travail Anorexie Mentale à début précoce
☐ 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 : **10003137352**

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: 17/11/2021

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

☐ 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)
Groupe Hospitalier du Havre	29 avenue Pierre Mendes France 76290 Montivilliers	Praticien Hospitalier	Pédiatre spécialisé en Gastro- Hépato- Nutrition	Janvier 2009	NA

	A atis	ri+á	libéra	ماد	
ш	ACU	nιe	npera	ue	. NA

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)

2.1.	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 rubr

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 ».

 \square 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	☐ Aucune		
		Votre rôle: ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal	□ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi			
		Type d'étude : ☐ Etude monocentrique	☐ Aucune		
		☐ Etude multicentrique Votre rôle: ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal	☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		 ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi 	(preciser)		
2.3.2 Autres travaux	c scientifiques				

 \square 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'a	rticle(s)
---------------------	-----------

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

□ 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	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)
☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes			☐ A un organisme dont vous êtes membre ou			
membre ou salarié (préciser)			☐ Au déclarant☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2	Intervention(S	١

□ Je n'ai pas de li	n d'intérêts	à déclarer da	ans 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)
Laboratoire Abbvie	Le Havre « Actualités et prise en charge des Maladies autoimmunes de l'enfant et de l'adolescent (dermatologie, rhumatologie, gastroenterologie) ».	Maladies inflammatoires Chroniques intestinales de l'enfant	Oui X Non	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	(100 à 200 euros)	31 mai 2018	
			o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			OuiNon	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

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	d'intérêts à déclarer dan	s cette rubrique						
Actuellement et au cou	Actuellement et au cours des 5 années précédentes :							
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)					

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

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un oi	ganisme à bi	ut 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	□ x Je n'ai	oas 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.	dans le champ sanitaire, de l'	de compétence, e	capital d'une société dont l'objet social entre n matière de santé publique et de sécurité ganismes ou de l'instance/des instances n			
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						
Actue	llement :					
	Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu			

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.

\/	 	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) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants	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)
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral. □ x Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer Début Fin (jour(facultatif)/ Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription) (jour(facultatif)/ mois/année) 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 x Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique Début Fin (jour(facultatif)/ Elément ou fait concerné Commentaires (jour(facultatif)/ mois/année) mois/année)

Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

6.

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

Г				_

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) CRIMIE BUMCHET
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) :
APHA Articia Hospitalia Continue instance collégiale d'une commission d'un comité ou d'un
Type membre od comsen d'une instance conegiale, d'une commission, d'un comite od d'un
groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé) (FFAB)
A 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 : 10001619054

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 Août Loll

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 publièe 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	Naison de Solenn. Coctin	PH	Endución Nutrition	2005	
			:		

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
			5 5	

☐ 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

le 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)
RESEAU TEA	Secrétaire	Aucune			
		☐ Au déclarant			
FRANCILIEN		☐ 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.

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

€ 1. 1 de la communication de la com

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)
HAS		RECO BOULINIE HYPENPHAGE	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2017	2019
			☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		66 66 66 66 66 66 66 66 66 66 66 66 66	
			☐ 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)
			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

Sern'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)		i	
		***************************************		i	
		☐ 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.

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)

e 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 satarié (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

Je n'ai pas d	te lien d'intérêts	à déclarer d	lans cette r	ubrique
•				

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 Ouí o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarie (préciser)			
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Qui 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.

a jeun'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.

se n'ai pas de lien d'intérêt	s à déclarer	dans cette	rubrique
-------------------------------	--------------	------------	----------

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)
- 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.

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.

ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer فلري

	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

Le 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 Emmanuelle Caldagues

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 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 : 10002588407	

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: 28/06/2022

Conformément aux dispositions de la loi nº 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichters 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 mét à l'adresse suivante : xxxxx

Les informations requeilles 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)
CHU Nantes		РН	pédiatrie	2004	En cours

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
0				

□ Autre (activité bénévole, retraité...)

	Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
0				
<u> </u>				

- 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)
	· <u>.</u>	☐ Aucune☐ Au déclarant☐ A un organisme			
		dont vous êtes rnembre 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 saladé (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, essociation)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produft, 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

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

						I"	
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 préctiniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facuitatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
CHU Toulouse, centre de ri prader Willi		OBT3 et OBT3 follow up	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)		naus 2020	an Couns
APHP		Etude CARMAC	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 Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		nai 2022	en cans
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateurnon 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

·			COLUMN TOWNS THE COLUMN	1 "	
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			
•	i	☐ Au déclarant			l
		A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
·		401 144 814 914 149 140 141			
		101110111001010101			
		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant			
		A un organisme dont vous êtes (membre ou salarié (préciser)			
		Statute (process)			

		☐ Aucune			
		☐ Au déclarant		İ	-
		☐ 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)

Le n'aî 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 (ĵour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
		Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou safarié (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)/ mols/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
CHU Nantes DIU santé de l'enfant		Journée medecine de l'adolescent	o Oui K Non	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		purtipul	· .
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			o Oui o Non	Aucune Au déclarant Aun 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

💢 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 Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		o Oul 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'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
	1		

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.

🍕 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.

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

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

	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
Proche(s)	<u> </u>		tableau A)
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants		0	
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			
			. 🗆

Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

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

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)
			· .

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 50 euros ou à 5% du capital	
					·	
: :		<u>.</u> .				
		•				
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
·						

		· · · .
		l
		į
		- 1
		1

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

soussigné(e) DR CAQUARD

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou al 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)	ia hospitalier
☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un c groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)	comité ou d'un
thème/intitulé de la mission d'expertise)	CAQUARD MARYLENE N° RPPS: 10005177638
□ autre : (préciser)	N° RPPS : 10005177638 N° PINESS : 440000271
J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si	uua uff

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: 22/11/2021

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

☐ 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)
PH CHU de Nov	nhes 10 mais	ealo ne	adoles	opedio eent	lne.

□ 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)
		☐ 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	e n'al	pas	de li	en	d'intérêts	à	déclarer	dans	cette	rubriqu
9.		puo				_				

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

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 essals 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 Expérimentaleur 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 Expérimentaleur 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

d 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 salarlé (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)
-------	-----------	--------------

1	11-1				X -14 - 1	dans cette	
(4	Je n'ai	pas	de Hen	d'interets	a declarer	dans cette	ruprique

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)

le 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)			
			≎ Oui ≎ 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

િંગ્ 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 Qui 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			
	dont l'objet social entre dans le champ de compétence, publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des	en matière organismes	le sa ou	nté 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.

De 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.

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 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)
- 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.

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

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

Proche(s)	Organismės concernės	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.

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'al 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 pa	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/ann ée)	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 soussigne(e)	Danielle CASTELLOTIT
	pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec
	7. 10 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de declarer tout lien d'interets, 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)
g p
□ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)
1 /
x□ autre : (préciser) membre du groupe de travail pour l'élaboration du PNDS AMP et représentante de la FNA-TCA
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: 18 novembre 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

☐ 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)

☐ Activité libérale

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

□ X Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Présidente de la FNA-TCA	Île de France	Mars 2016-	Septembre 2021
Secrétaire de la FNA-TCA		Septembre 2021	
Présidente Fondation Sandrine Castellotti	Île de France	Juin 2001	

- 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

$X \ \Box x$ 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 Dá	daati	on d	artic	اماد
2.4.	ıne	uacıı	on a	aruc	ie(S

X □ e 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)

$X \ \square$ 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)
			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

 $X \ \Box \mbox{Je}$ 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. C	Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un orç	janisme à but lucrati	if
	dont l'objet social entre dans le champ de compétence, e	en matière de sante	é
	publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des	organismes ou de	е
	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.

Actuellement :

X □ e 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 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.

 $X \square$ 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 □ e 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)	LE FENEON LANDOU	

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), consell(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). Praticiée Hospitalies. Cheffe du Secui ce de Schichzie de Cajan et de Medeicent du Clu de Germont Ferenna □ 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 : 10003172623

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes llens 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 /06/22

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)
CHU Clermont-tornan	d	Cheffe de Service	Psychiatru Exfantel Addesse	nH	

☐ 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 (soclété, 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)/ mols/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 consell 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.

A Je n'al 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, pharmaceutiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, pharmaceutiques, d'études 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 rôte 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 connalssance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Sí essais ou études diniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Dėbut (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 sulvi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentaleur 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 salarlé (préciser)			
			Type d'étude : □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur non principal □ Membre d'un comité de survelliance et de suivi	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.3.2 Autres travaux scientifiques

∭ 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)

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

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'anticle	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la pérlodicité)	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'al 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 satarié (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

💢 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, prodult…	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 Qui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités qui ont à	enéficié d'un financ	ement par un orga	nisme à but lucratif
dont l'objet social entre	dans le champ de	e compétence, en	matière de santé
publique et de sécurit	é sanitaire, de l'	organisme/des or	rganismes ou de
l'instance/des instances c	ollégiales, objet(s) de	e 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'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.

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 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)
- 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

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.

Je n'al 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.

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

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

		Activité	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)	Priscille Gerardin	 	

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) CHU de Rouen, PUPH, cheffe de service en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
□x 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) Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB)
□ 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 : 10001960482

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: 01/07/2022

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

\Box	Activ	ritá/e\	colo	riée(s	٠١
ш	ACU	niersi	Sala	irieets	51

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)
CHU de Rouen	1 rue de Germont 76031 Rouen cedex	PUPH cheffe de service	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2008	
CH Rouvray		PUPH cheffe de pole		2002-2008 puis depuis 2014	

☐ 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	secondair
		\		•	,	

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☐ xAu déclarant			
HAS		Reco crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent	☐ 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 ».

□ xJe 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 principal □ Investigateur 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	41	Réc	lactio	nn d'	artic	اء/ما
۷.	4. I	nec	ıacıı	JII U	aı uc	1513

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)

 $\Box x$ 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)			
			○ 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)			

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
matiè	re 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

 $\Box x$ 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)			
		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)			

3. C	Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un orç	janisme à but lucrati	if
	dont l'objet social entre dans le champ de compétence, e	en matière de sant	é
	publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des	organismes ou de	е
	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)			

$\ \square$ xJe n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer Début Fin Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription) (jour(facultatif)/ (jour(facultatif)/ mois/année) 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 □ xJe n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique Début Fin (jour(facultatif)/ (jour(facultatif)/ Elément ou fait concerné Commentaires mois/année) mois/année)

Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

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

6.

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 Ludovic GICQUEL

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) chef du pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Hôpital Laborit – Poitiers
- " , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Hôpital Laborit – Poitiers
de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Hôpital Laborit – Poitiers
de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Hôpital Laborit – Poitiers
de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Hôpital Laborit – Poitiers

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10004038443

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: 1er juillet 2022

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

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

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)
CH Laborit	370, avenue Jacques Cœur 86000 Poitiers	Chef de pôle	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	01/09/2011	
Université de Poitiers – UFR Médecine et Pharmacie	6, rue de la milétrie 86000 Poitiers	PU-PH		01/09/2011	

۸atis	vitá	lihér	പം

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

☐ Autre	(activité	bénévole.	retraité)	١

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	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.

🗵 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

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

2.3.2 Autres travaux scientifiques

🗵 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.

044	Dádastian	al? a	1-/-\
Z.4. I	Rédaction	a aruc	ie(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)
		☐ 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)
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			OuiNon	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			OuiNon	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration							
⊠ Je n'ai pas de lien d	l'intérêts à déclarer dans	s cette rubrique					
Actuellement et au cou	rs des 5 années précéde	entes :					
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	□ 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)				

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

3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un or	rganisme à but lucrati
dont l'objet social entre dans le champ de compétence,	en matière de sante
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'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
s'ag ses dem	vent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il gisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est nandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur ntant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.
	fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la apposition – sont exclus de la déclaration.

Les	fonds	d'investissement	en	produits	collectifs	de	type	SICAV	ou	FCP -	dont	la	personne	ne	contrôle	ni	la	gestion,	ni I	а
com	oositio	n – sont exclus de	la d	déclaratio	n.															

☑ Je n'ai pas de lien d'intérêts	s 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 son	L	sont	concernées	personnes	Les
------------------------------	---	------	------------	-----------	-----

- 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.

☑ 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)				

_			/ 1 . 1 . L	,	
~	Fonctions (at mandate	Alaatitex	AVAPAAC AC	stuallamant
U.	FULLUIUS (et illalluats	election	exerces at	, luenemen

*Entendus comme les mandats relevant des	dispositions du code électoral.							
☐ Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer								
Fonction ou mandat électif (p	oréciser la circonscription)	Début (jour(facultatif, mois/année)	Fin // (jour(facul mois/ann					
Membre du conseil d'ad	ministration du CNUP	Décembre 2018						
Membre du CNU -	– section 49-04	Janvier 2022	2					
Vice-Président du Conseil scientifique de la SFPEADA Novembre 2021								
 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 Image: 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 pur(facultatif)/ nois/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

	de la decidiation publique à interets
Je soussigné(e) Laurence DRENO.	

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) praticien hospitalier
1 (1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
☐ 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)
J. (P. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10
☐ 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 :1000258157

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: 13/05/2022

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)
CHU de Nantes	9 quai moncousu Nantes	PH	pédopsy	10/09/2001	
ITEP la moricière	Rue de la moricière Nantes	vacataire	pédopsy	10/2019	
Université de Nantes		intervenant	Pédospsychia tre	2001	

☐ 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)
GNPP : Groupe Nantais de Pédopsychiatrie Nantais	Nantes Présidente	2010	

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.

un conseil scientifique, les activites à audit ou la redaction de rapports à 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.

211	Páda	ction	d'arti	cla/e)
2.4.1	Reua	Cuon	u aru	ciers

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	ı'ai pas	de lien	d'intérêts	à	déclarer	dans	cette	rubrig	lue
--------	----------	---------	------------	---	----------	------	-------	--------	-----

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)
DU TCA	nantes	TCA ado	o Oui o xNon	□ xAucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	0	2010	
DIU medecine préventive	Nantes	TCA ado	o Oui o xNon	□ xAucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	0		
			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)			
		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)			

3. D	Pirection d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un o	rganisme à bu	ut 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
parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants			tableau A)
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)			

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme	les mandats releva	ant 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) 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) :

X d'agent de la fonction publique, APHP Paris Nord, Université de Paris : (préciser les fonctions 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)

\square 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

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	
		□ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		П Aucune			
		☐ Au déclarant			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		П Ансире			
		☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Mission exercée I'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Mission exercée I'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique) Expertise X Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) 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 Aucune Au déclarant Au organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique) Rémunération (préciser, le casé échéant, la périodicité)	Pébut de la technique ou de l'indication thérapeutique) Rémunération Rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité) Fevrier 2017

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.

2	41	Réc	lactio	nn d'	artic	اء/ما
۷.	4. I	nec	ıacıı	JII U	aı uc	1513

☐ 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 rubric

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 A un 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)			
		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.

 $\hfill \square$ 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	(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

Professeur Juliane Léger

Fait à Paris

Le 20 Octobre 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

Je soussigné(e)	Luale NOEL

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) Psychologue → L! (tolital Logut DEKE	
☐ 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 hème/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 :

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: 10/01/2022

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)
Hopital Robert DEBE	48 BU Services 75015 PARIS	Psycholonue		01/2011	
ÉCOLE du PSYCHOLOUVES PRATICIENS	6 wedu Nortpa- nask 75006 PATEJ	Enjeignani	<u>:</u>	01/2011	

☐ 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	Activité Lieu d'exercice, le cas échéant		
	5		
	9		

- 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

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)			Sara
			1 m 3	
	***************************************			Te S
	□ Aucune			
	☐ Au déclarant			= =3
	☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			5.4
	☐ Aucune			
	☐ Au déclarant			-
	☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		Aucune	Fonction occupée dans l'organisme Rémunération Rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité) Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Aucune Fonction occupée dans l'organisme Rémunération Rémunérat	

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 ».

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)	F		
			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)		Α	

2.3.2 Autres travaux scientifiques

🕱 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'art	ic	e	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)
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			100 a
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		E E	
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			a., 854

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)
			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

√ 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)	al S	inc g	
		o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		W.D. W. HOU	
		o Oui o Non	□ Aucune □ Au déclarant □ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			X om a

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'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 montan 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.

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

ellement :		
Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu
		e å c ² °s o ac sac ¹ €
		x 2 Securit ment of the contract of the contra

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.

✓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)			
		п	В

Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

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

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)

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)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	Activités (le cas échéant)			
		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)	Actionnariat (le cas échéant) - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
2					

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) Anne Fjellestad - Paulsen
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 [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) Centre de référence Anorexie mentale prépubère. Thème : PNDS - AMP
□ autre : (préciser)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : **10001584753**

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: Paris le 29 novembre 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

☐ 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)
Hôpital Robert Debré Aphp	48 bd Serrurier 75019 Paris	PA	Pédiatre Endocrinolo- gue	1988	Juin 2019
Hôpital Robert Debré Aphp	48 bd Serrurier 75019 Paris	PA	Pédiatre- Endocrinolo- gue	Juin 2019	×

☐ 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)
	100000		☐ 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)			
					1 /	

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)
	Laboratoire LILY	Genotonome Et Decapeptyl	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)		28/08/2006	13/10/2015
АРНР	Laboratoire NOVO NORDISK	OREX Norditropine + Placebo	Type d'étude : IX Etude monocentrique 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)		13/12/2012	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)			

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	Dádaction	diaminla	1-1
4.4.1	Rédaction	a article	15

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)	10 4 5		
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

 $\hfill \Box$ 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)
Laboratoire IBSEN	ESPE Paris 10-12 sept 2016	Puberté Précoce Impact psycho social	o X Oui o Non	☐ X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		10/09/2016	12/09/2016
Laboratoire IBSEN	ESPE Athènes	Puberté précoce Centrale	o X Oui o Non	☐ X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		27/09/2018	30/09/2018
			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 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 fi	nancement par un o	rganism	ne à but lucratif
dont l'objet social entre dans le champ de et de sécurité sanitaire, de l'organism instances collégiales, objet(s) de la déclar	ne/des organismes	ou de	l'instance/des

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 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)
- 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)			ū

6.	Fonctions	et mandats	électifs*	exercés	actuelleme	nt
----	------------------	------------	-----------	---------	------------	----

*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

		Activité	és (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)	Actionnariat (le cas échéant) - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		140			

	Library and	

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) Anne Fjellestad - Paulsen
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 [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise) Centre de référence Anorexie mentale prépubère. Thème : PNDS - AMP
□ autre : (préciser)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : **10001584753**

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: Paris le 29 novembre 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

☐ 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)
Hôpital Robert Debré Aphp	48 bd Serrurier 75019 Paris	PA	Pédiatre Endocrinolo- gue	1988	Juin 2019
Hôpital Robert Debré Aphp	48 bd Serrurier 75019 Paris	PA	Pédiatre- Endocrinolo- gue	Juin 2019	×

☐ 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)
	100000		☐ 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)			
					1 /	

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)
	Laboratoire LILY	Genotonome Et Decapeptyl	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)		28/08/2006	13/10/2015
АРНР	Laboratoire NOVO NORDISK	OREX Norditropine + Placebo	Type d'étude : IX Etude monocentrique 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)		13/12/2012	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)			

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	Dádaction	diaminla	1-1
4.4.1	Rédaction	a article	15

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)	10 4 5		
		☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

 $\hfill \Box$ 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)
Laboratoire IBSEN	ESPE Paris 10-12 sept 2016	Puberté Précoce Impact psycho social	o X Oui o Non	☐ X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		10/09/2016	12/09/2016
Laboratoire IBSEN	ESPE Athènes	Puberté précoce Centrale	o X Oui o Non	☐ X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		27/09/2018	30/09/2018
			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 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'activité	s qui ont bér	néficié d'un finance	ment par un o	rgar	nism	ne à but lucratif
et de	sécurité	sanitaire, d	le champ de comp le l'organisme/des s) de la déclaration	organismes	tière ou	de	santé publique l'instance/des

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 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)
- 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)			ū

6.	Fonctions	et mandats	électifs*	exercés	actuelleme	nt
----	------------------	------------	-----------	---------	------------	----

*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)			
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)	Actionnariat (le cas échéant) - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		140			

	Library and	

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)	Hélène PONCET KALIFA
-----------------	----------------------

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 HU ROBERT DEBRE : Psychologue clinicienne
□ 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'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 23 décembre 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

☐ 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 - HU Robert Debré	48 bd Sérurier 75019 Paris	Psychologue	Pédopsychiat rie	1/02/2018	
Université Paris 8	2 rue de la Liberté 93526 Saint Denis Cedex 02	Chargée d'enseignement	Supervision stage M1 psycho du dvlpt	01/09/2021	31/07/2022
Saint Pierre Institut (école privée)	70 rue de Montgeron 91800 Brunoy	Psychologue		01/09/2016	31/08/2019

☐ Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
Psychologue clinicienne, psychothérapeute	Paris 75007	Thérapies Cognitives et Comportementales	01/10/2016	31/01/2018

☐ 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)			

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)			
			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)			

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 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)

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	Coline Stordeur	 	

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)Praticien Hospitalier Temps plein, Hôpital Robert Debré, AP-HP, 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)	
3· - F	
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise)	
1 /	
x autre : (préciser) Coordonnateur du PNDS Anorexie Mentale à début Précoce	
· · · · ·	

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :10100499903

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: 01/11/2021

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)
AP-HP, 3 av Victoria, 75004 Paris	Hôpital Robert Debré, 48 bd Sérurier, 75019 Paris	Praticien Hospitalier temps plein	Pédopsychiat re	01/07/217	En cours
AP-HP, 3 av Victoria, 75004 Paris	Hôpital Robert Debré, 48 bd Sérurier, 75019 Paris	Praticien Hospitalier Contractuel temps plein	Pédopsychiat re	01/11/2015	30/06/2017

☐ 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 ».

☐ 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)
AP-HP, Paris	Etat (PHRC)	COTIDEA	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	X Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Octobre 2019	En cours
AP-HP, Paris	Fondation de France	AMDP	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	X Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Octobre 2019	En cours
AP-HP, Paris		ETAMP	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	X Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Décembre 2020	En cours

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			
		☐ 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)			
			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)			

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 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)

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

	Lien de parenté	Activités (le cas échéant)			Actionnariat (le cas échéant)	
Organisme		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