

Nouvelle DPI Arrêté du 31 mars 2017 portant fixation du document type de la déclaration publique d'intérêts mentionnée à l'article L. 1451-1 du code de la santé 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

e avusaigile	e(e)
ou par perso les entreprise produits entr sécurité sani fonctions ou conseil(s), gr invité(e) à ap	voir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct onne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec es, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les rent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de taire, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), roupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis oporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil lans les mêmes secteurs.
pour les perso sciemment, d déclaration d'i	4-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait onnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, lans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »
Je renseigne	cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :
□ d'agent de l	[nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées)
groupe de trav	e ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un vail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé)
☐ de person thème/intitulé	nne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le de la mission d'expertise)
	numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un
	e à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.
sollicité, soit de mes liens réunion ou m'appartient le président susceptible d	nt, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis et d'entraîner leur annulation.

Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales Tour Galliéni II, 36 avenue du Général de Gaulle – 93175 BAGNOLET Cedex Tel. 01 49 93 89 00 – Fax. 01 49 93 89 46 – secretariat@oniam.fr – www.oniam.fr

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'intérets 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

	Adresse d	e	47-0-5	2000	22.00	
Employeur(s) principal(aux)	l'employeur et d'exercice, différent	lieu	Fonction ccupée dans 'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	(jour(facultatif)	Fin (jour(facultatif, mois/année)
□ Activité libérale					-	-
Activité  Activité	Lieu d'exen	Lieu d'exercice		Spécialité ou discipline, le cas échéant		Fin (jour(facultatif)/ mois/année)
⊐ <b>Autre</b> (activité bénévole, retr	aité)					
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.

sante.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

☐ 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'al pas de llen 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 ».

 $\square$  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 salariè (préciser)			
			Type d'étude :  □ Etude monocentrique □ Etude multicentrique  Votre rôle : □ Investigateur principal □ Expérimentateur principal □ Investigateur □ Expérimentateur □ 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'al 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.

☐ 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	Inter	vent	on	[5]

 $\square$  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 salarié (préciser)			
			o Oui o Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont ∨ous 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 c	ette 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 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 montar des financements par rapport au budget de la structure
			bage as a statute

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'al 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 ;
- 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		О	п
(Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		0	а
		ď	О

Fonction ou mandat électif (pr	éciser la circonscription)	Début (jour(facultatif)/ mois/année)	Fin (jour(facul mois/ann	
		mois/amieej	mois/am	
				_
			100	
		et de nature à	à faire r	naître des
situations de conflits d'int	érêts	et de nature à	à faire r	naître des
situations de conflits d'intre reules doivent être mentionnées les sommes exemple : invitation à un colloque sans interve	<b>érêts</b> perçues par le déclarant. ntion avec prise en charge des frais de			
	<b>érêts</b> perçues par le déclarant. ntion avec prise en charge des frais de			

# 8. Mentions non rendues publiques

## Tableau A

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

46.8.20	rendue publique