



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

La présente déclaration d'intérêts a pour objectif la prévention des conflits d'intérêts au sein de la Haute Autorité de Santé. Elle est **rendue publique sur le site Internet de la HAS** à l'exclusion de la rubrique « coordonnées du déclarant » et de certaines mentions relatives aux proches parents.

Les déclarations publiques d'intérêts (DPI) doivent être actualisées chaque année, à l'initiative des déclarants et, en tout état de cause dès qu'un fait nouveau intervient dans leur situation professionnelle ou personnelle.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

- membre postulant à la Commission de la Transparence

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

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

### 1. Votre activité principale

#### 1.2 Votre activité principale exercée actuellement

##### Activité libérale

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

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



## HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Autre** (activité bénévole, retraité...)

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

### Activité salariée

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

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

#### Activité libérale

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

**Autre** (activité bénévole, retraité...)

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

#### Activité salariée

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





Je n'ai pas d'activité à déclarer dans cette rubrique



## 2. Vos activités exercées à titre secondaire

### HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

#### 2.1 Vous participez ou avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié :		
		<input type="checkbox"/> Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié :		
		<input type="checkbox"/> Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié :		

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

#### 2.2 Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	SUJET OU THÈME TRAITÉ	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant		
		<input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aucune		

		<input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		

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

**2.3 Vous participez ou avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS**

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

**Actuellement et au cours des 5 années précédentes :**

ORGANISME DOMAINE NOM DU PRODUIT	SI ESSAIS OU ÉTUDES cliniques ou pré-cliniques	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
<u>Organisme (société, établissement, association) :</u>  <u>Domaine et type de travaux :</u>  <u>Nom du produit de santé ou sujet traité :</u>	<u>Type d'étude :</u>  <u>Votre rôle :</u>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<u>Organisme (société, établissement, association) :</u>  <u>Domaine et type de travaux :</u>  <u>Nom du produit de santé ou sujet traité :</u>	<u>Type d'étude :</u>  <u>Votre rôle :</u>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<u>Organisme (société, établissement, association) :</u>  <u>Domaine et type de travaux :</u>  <u>Nom du produit de santé ou sujet traité :</u>	<u>Type d'étude :</u>  <u>Votre rôle :</u>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		

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

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

**2.4 Vous avez rédigé un article, vous intervenez ou êtes intervenu à 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 la HAS**

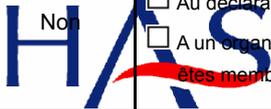
Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

ENTREPRISE OU ORGANISME INVITANT LIEU ET INTITULÉ DE LA RÉUNION SUJET DE L'INTERVENTION, NOM DU PRODUIT VISÉ	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
<u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u>  <u>Lieu et intitulé de la réunion :</u>  <u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u>		<input type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u>  <u>Lieu et intitulé de la réunion :</u>  <u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u>		<input type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u>  <u>Lieu et intitulé de la réunion :</u>  <u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u>		<input type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		

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

**2.5 Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS**

NATURE DE L'ACTIVITÉ ET NOM DU BREVET, PRODUIT STRUCTURE QUI MET À DISPOSITION LE BREVET, PRODUIT	PERCEPTION intéressement	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
<u>Nature de l'activité et nom du brevet, produit :</u> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant		

<u>Nature de l'activité et nom du brevet, produit :</u> <input type="checkbox"/>	 Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<u>Structure qui met à disposition le brevet, produit :</u>				
<u>Nature de l'activité et nom du brevet, produit :</u>	Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<u>Structure qui met à disposition le brevet, produit :</u>				
<u>Nature de l'activité et nom du brevet, produit :</u>	Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		
<u>Structure qui met à disposition le brevet, produit :</u>				

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

### 3. Les activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS

*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, taxe d'apprentissage...  
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres de bureaux et conseils d'administration.*

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ BÉNÉFICIAIRES DU FINANCEMENT ORGANISME À BUT LUCRATIF FINANCEUR	MONTANT VERSÉ par le financeur	PART APPROXIMATIVE en % de ce montant par rapport au budget de fonctionnement de la structure	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
<u>Structure et activité bénéficiaires du financement :</u>  <u>Organisme à but lucratif financeur :</u>		%		
<u>Structure et activité bénéficiaires du financement :</u>  <u>Organisme à but lucratif financeur :</u>		%		
<u>Structure et activité bénéficiaires du financement :</u>  <u>Organisme à but lucratif financeur :</u>		%		

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

### 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

#### 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 la HAS

Actuellement :

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu.  
(Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition - sont exclus de la déclaration)

STRUCTURE CONCERNÉE	TYPE D'INVESTISSEMENT	MONTANT DÉTENU	% DE L'INVESTISSEMENT dans le capital de la structure
			%
			%
			%

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

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

Les personnes concernées sont :

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

(2) les enfants ;

(3) les parents (père et mère).

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

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des 5 années précédentes :

ORGANISME	LIEN DE PARENTÉ SALARIAT ACTIONNARIAT	DÉBUT	FIN
	<p><u>Lien de parenté :</u></p> <p><u>SALARIAT :</u> Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)</p> <p><u>ACTIONNARIAT :</u> Montant si supérieur à 5000 euros ou 5% du capital</p>		
	<p><u>Lien de parenté :</u></p> <p><u>SALARIAT :</u> Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)</p> <p><u>ACTIONNARIAT :</u> Montant si supérieur à 5000 euros ou 5% du capital</p>		

<input type="checkbox"/>	<u>ACTIONNARIAT :</u> Montant si supérieur à 5000 euros ou 5% du capital			
	<u>Lien de parenté :</u>  <u>SALARIAT :</u> Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ		
	<u>ACTIONNARIAT :</u> Montant si supérieur à 5000 euros ou 5% du capital			

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

## 6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir porter à la connaissance de la HAS

*Autres éléments ou faits susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à votre indépendance.  
Exemple : consultation pour un laboratoire pharmaceutique qui débutera après le démarrage des travaux pour lesquels la HAS vous a sollicité.*

**Actuellement, au cours des 5 années précédentes**

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	COMMENTAIRE	ANNÉE de début	ANNÉE de fin

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

Saisie effectuée dans le :

\_\_/\_\_/\_\_

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

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait, pour les personnes mentionnées aux 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. »

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. »

*Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relativement à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.*

## **Coordonnées du déclarant**

*Pour des raisons de protection de la vie privée, la rubrique ci-dessous ne sera pas publiée.*

<b>Employeur principal</b>	
<b>Adresse professionnelle</b>	
<b>Adresse personnelle</b>	
<b>Téléphone professionnel</b>	
<b>Téléphone personnel</b>	
<b>Télécopie</b>	
<b>Adresse électronique</b>	