

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS



**à remplir par les membres des commissions spécialisées, les experts ainsi que par toute personne qui collabore occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité de santé, ou qui apporte son concours au Collège ou aux commissions spécialisées**

En application des articles L.161-44 et R.161-85 du code de la sécurité sociale, les personnes collaborant occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité de santé (HAS), les experts mentionnés à l'article L.1414-4 du code de la santé publique, les personnes qui apportent leur concours au Collège ou aux commissions spécialisées de la Haute Autorité et les membres des commissions spécialisées ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal (délit de prise illégale d'intérêts), traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect.

Ces personnes adressent au Président du Collège, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration d'intérêts mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence de la HAS, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Afin de faciliter cette déclaration d'intérêts, la HAS a élaboré le présent formulaire.

En cas de manquement à ces dispositions, le Collège statuant à la majorité de ses membres peut mettre fin à leurs fonctions.

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 des mentions relatives aux proches parents. Les DI 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.

Le non-dépôt ou la non-actualisation de la déclaration d'intérêts est susceptible d'entraîner l'exclusion du membre ou de l'expert.

Je soussigné(e) ..... LETONBE Brigitte .....

Service ou commission ..... Département de l'enseignement supérieur, GT .....

Fonctions auprès de la HAS : .....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence de la Haute Autorité de santé ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs.

*Pour des raisons de protection de la vie privée, les pages 2 et 9 ne seront pas publiées.*

## 1. Intérêts financiers dans tout établissement, entreprise ou organisme entrant dans le champ des compétences 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 la société, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage de la fraction 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)

**Concerné**  
remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**  
passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital	Date de début	Date de fin

## 2. Activités exercées personnellement

Les activités de recherche, d'évaluation scientifique ou de conseil pour le compte ou au nom des entreprises concernées sont à déclarer dans ces rubriques. Dans le cas où ces activités concernent un produit spécifique, devront être mentionnés, en sus du nom de la société, le nom du produit ou du dispositif médical (dénomination commune (principe actif), ou nom de la spécialité (non commercial)) et le cadre et le sujet de l'activité, la date de début et la durée prévisible de l'activité.

### 2.1. Activité principale

Entreprise (société, établissement, organisme)	Position dans l'entreprise	Nature du contrat	Date de l'emploi ou du début des négociations	Date de fin

## 2.2. Liens durables ou permanents (autres que l'activité principale)

### 2.2.1. *Propriétaire, dirigeant, associé, employé, participation à un organe décisionnel d'un établissement, entreprise ou organisme entrant dans le champ de compétences de la HAS*

Actuellement, en négociation ou au cours des 5 années précédentes

Sont concernées les entreprises, les organismes professionnels ou organismes de conseil intervenant dans les secteurs de santé

**Concerné**  
remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**  
passer au point suivant

Entreprise ( <i>société, établissement, organisme</i> )	Position dans l'entreprise	Nature du contrat	Date de l'emploi ou du début des négociations	Date de fin

### 2.2.2. *Autres activités régulières*

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes

Consultant, membre d'un groupe d'experts ou équivalents...

**Concerné**  
remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**  
passer au point suivant

Entreprise ( <i>société, établissement, organisme</i> )	Nature de l'activité / Sujet / Nom du produit	Rémunération	Date de début	Date de fin
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <sup>1</sup> <input type="radio"/> Institution <sup>2</sup> <input type="radio"/> Vous et Institution <sup>3</sup>		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		

<sup>1</sup> Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

<sup>2</sup> L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

<sup>3</sup> Cumul des situations mentionnées *supra*

### 2.3. Interventions ponctuelles : essais cliniques, précliniques et travaux scientifiques

Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à la réalisation d'essais ou d'études non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études cliniques et d'études épidémiologiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions...

#### 2.3.1 En qualité d'investigateur principal d'une étude monocentrique, investigateur coordonnateur ou expérimentateur principal

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes

Participations à la réalisation d'essais ou d'études non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études cliniques et d'études épidémiologiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions

**Concerné**

remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**

passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Nature des activités / Nom du produit	Votre rôle (investigateur principal, investigateur coordonnateur, expérimentateur principal...)	Date de début	Date de fin
Orgeron	Implanon Neoio oragel	investigateur principal	2006	2009

#### 2.3.2 En qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Participations à la réalisation d'essais ou d'études non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études cliniques et d'études épidémiologiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions

**Concerné**

remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**

passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Nature des activités / Nom du produit	Votre rôle (co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude...)	Date de début	Date de fin
Boyer Selun pharma	petit volume VCS	collaborateur	2008	2010

## 2.4. Interventions ponctuelles : rapports d'expertise ou rédaction d'articles à caractère promotionnel

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

**Concerné**  
remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**  
passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Cadre du rapport d'expertise / Sujet / Nom du produit	Rémunération	Date de début	Date de fin
Boehringer Schering Belgium	Ainova	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <sup>1</sup> <input type="radio"/> Institution <sup>2</sup> <input type="radio"/> Vous et institution <sup>3</sup>		
-	glaxira	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
Daichy Sandoz	Enista	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
Procter Gamble	Artimura	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		

## 2.5. Interventions ponctuelles : activités de conseil

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

- Consultant ponctuel, participation à un groupe de travail, groupe de réflexion, activité d'audit dans le cadre d'un organisme professionnel d'accréditation...

**Concerné**  
remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**  
passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Nature de la prestation ou sujet / Nom du produit	Rémunération	Date de début	Date de fin
Novartis FHC GSK	Vaccination anti HPV.	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution	2008	
Intervac Famette Sano	Vaccination anti HPV	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution	2008	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution		

<sup>1</sup> Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

<sup>2</sup> L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

<sup>3</sup> Cumul des situations mentionnées supra

## 2.6. Participations ponctuelles : congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses, actions de formation en qualité d'intervenant

### 2.6.1. Invitations en qualité d'intervenant

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

**Concerné**  
remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**  
passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Lieu et intitulé de la réunion / Sujet de l'intervention / Nom du produit	Rémunération	Date
Desiris	THA, Utopia Bordeaux	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution	juin 2009
Solvay Pharma	THA, Diphaston Reynier	<input type="radio"/> Aucune <input checked="" type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution	juin 2009
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous et institution	

### 2.6.2. Invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)

Actuellement ou dans l'année précédente

**Concerné**  
remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**  
passer au point suivant

Entreprise	Lieu et intitulé de la réunion / Sujet / Nom du produit	Date
Heine Fabre	Ceyres THA	juin 2009
Solvay Pharma	Ceyres ENA Londres	juin 2009

**2.7. Autres**

Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle ; partie ou témoin dans une procédure en relation avec un produit de santé

 **Concerné**

remplir le tableau ci-dessous

 **Non concerné**

passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Nature de l'activité / Nom du produit	Date de début	Date de fin

**3. Versements au budget d'une institution dont vous êtes responsable**

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Sont concernées par cette rubrique les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, département, service, association de recherche, association de patients... (exemple : le montant s'apprécie annuellement, d'une même source ; les versements peuvent prendre la forme de subventions pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versement en nature ou en numéraires, matériels, taxes d'apprentissage, divers...)

 **Concerné**

remplir le tableau ci-dessous

 **Non concerné**

passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Objet du versement	% du versement au regard du budget de l'institution	Institution bénéficiaire	Date de début	Date de fin
Standards de labo			GUEA présidente	1995	
pour ceget			AGOAP secrétaire	1990	
			FNCC résidente	2007	

## 5. Autres

Autres faits ou intérêts qui pourraient être considérés comme préjudiciables à votre impartialité

Autres faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance de la HAS et du public

**Concerné**

remplir le tableau ci-dessous

**Non concerné**

passer au point suivant

Entreprise (société, établissement, organisme)	Nature de l'activité	Commentaire	Date de début	Date de fin
Senofi	Communication		juin 2009	

Je m'engage en cas de modification des liens ci-dessus ou du fait de l'acquisition d'intérêts supplémentaires devant être portés à la connaissance de la HAS, à en informer celle-ci et à procéder immédiatement à une nouvelle déclaration publique d'intérêts\*.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de rappeler les intérêts que je peux avoir au début de toute activité pour laquelle je suis sollicité(e).

Fait à Paris

Le 1/7/14

[

Les informations recueillies sont informatisées. 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.

\* L'actualisation de la déclaration initiale concerne les modifications des liens antérieurement déclarés et les nouveaux liens ; il n'est donc pas nécessaire de reporter dans cette mise à jour les intérêts préalablement déclarés (passés ou en cours) qui n'ont fait l'objet d'aucune modification