Modèle de déclaration d'intérêts pour les experts du GPMED

DECLARATION D'INTERETS[1]

Partie 1 destinée à être publiée sur le site Internet de l'ASN

Je soussigné(e) Barillot Isabelle .....

reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, la commission, le conseil, le 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 candidat en tant qu'expert au sein du groupe permanent d'experts en radioprotection dans le secteur médical (GPMED) au sein de l'Autorité de sûreté nucléaire.

En cas d'acceptation de ma candidature, je m'engage à actualiser ma déclaration publique d'intérêts dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Fait à Tours ..... , le 27/05/2016.....

Les dispositions introduites dans le code de la santé publique par le décret n° 2012-745du 9 mai 2012 ***relatif à la déclaration publique d'intérêts et à la transparence en matière de santé publique et de sécurité sanitaire*** **prévoient, pour l'ASN, que les intérêts à déclarer sont ceux entrant dans le champ de compétence de l'Autorité** ***« en matière de sécurité des produits de santé ».***

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

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **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)*

X Activité salariée

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Faculté de médecine de TOURS Université François Rabelais	10 Boulevard Tonnellé 37000 Tours	Professeur des Universités- Praticien Hospitalier dans le service de radiothérapie du CHRU de Tours	01/09/2007	

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

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

☐ **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	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*

2. Vos activités exercées à titre secondaire

2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale (**), objet de la déclaration

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

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

X Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée	Rémunération (montant à porter au tableau A.1)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
CHRU de Tours	Praticien hospitalier Membre de la CME Présidente de la sous commission du Développement Professionnel Continu	☐ Aucune ☐ Au déclarant **X**Autre* (préciser) pas de rémunération spécifique au titre de la CME	09/2007	
Société Française de Radiothérapie Oncologique	Présidente	**X** Aucune ☐ Au déclarant ☐Autre* (préciser)	01/2016	
Association de formation continue en Oncologie Radiothéraqpie	Membre du conseil d'administration	**X** Aucune ☐ Au déclarant ☐Autre* (préciser)	01/2009	

* Autre : notamment à un organisme dont vous êtes membre ou salarié
(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

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 l'organisme ou de l'instance collégiale (**), objet de la déclaration

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.

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

☐ **Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (montant à porter au tableau A.2)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		

* Autre : notamment à un organisme dont vous êtes membre ou salarié
(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

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

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

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

☐ **Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

Organisme *(société, établissement, association)*	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques : précisez :	Rémunération (montant à porter au tableau A.3)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐Investigateur principal ☐Investigateur coordonnateur ☐Expérimentateur principal ☐Co-investigateur ☐Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐Autre* (préciser)		
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐Investigateur principal ☐Investigateur coordonnateur ☐Expérimentateur principal ☐Co-investigateur ☐Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐Autre* (préciser)		
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐Investigateur principal ☐Investigateur coordonnateur ☐Expérimentateur principal ☐Co-investigateur ☐Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐Autre* (préciser)		
			Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐Investigateur principal ☐Investigateur coordonnateur ☐Expérimentateur principal ☐Co-investigateur ☐Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐Autre* (préciser)		

* Autre : notamment à un organisme dont vous êtes membre ou salarié

(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale (**), objet de la déclaration

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

☐ **Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

Entreprise ou organisme invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, le Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplace-ment	Rémunération (montant à porter au tableau A.4)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		

* Autre : notamment à un organisme dont vous êtes membre ou salarié
(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale (**), objet de la déclaration

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

☐ **Actuellement ou 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 à porter au tableau A.5)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ Autre* (préciser)		

* Autre : notamment à un organisme dont vous êtes membre ou salarié
(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

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

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage…
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration

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

☐**Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

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

(*) Le % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1
(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

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 (**), objet de la déclaration

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)

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

☐**Actuellement :**

Structure concernée	Type d'investissement (*)

(*) Le % de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau C.1
(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

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

Les personnes concernées sont :

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

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

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

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

	Organismes concernés
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	

(**) Champ de compétence concerné pour l'ASN : la sécurité des produits de santé

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

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

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

☐ **Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

Elément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	Année de début	Année de fin

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

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

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

NOM, prénom :…BARILLOT Isabelle……

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1

Organisme	Montant perçu

Tableau A.2

Organisme	Montant perçu

Tableau A.3

Organisme	Montant perçu

Tableau A.4

Entreprise ou organisme	Montant perçu

Tableau A.5

Entreprise ou organisme	Montant perçu

Tableau B.1

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

Tableau C.1

Organisme	% de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu