

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

En application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, les personnes membres d'un comité de protection des personnes sont tenues, lors de leur prise de fonctions, d'établir une déclaration d'intérêts. Cette déclaration est remise au directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle le comité a son siège. Son contenu est fixé par l'article R. 1451-2 du code de la santé publique.

Je soussigné(e).....*Lucie Vettoretti*.....
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, 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 :

o d'agent de [nom de l'institution] :

☒ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de [nom de l'institution] :

.....*Comité de Protection des Personnes Est II*.....*CPP-Est II*.....

o de personne invitée à apporter mon expertise à :

.....

o autre : préciser.....

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 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.

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 : ARS-BFC-DSP-DIRECTION@ars.sante.fr

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'agence régionale de santé de Bourgogne Franche Comté.

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

o Activité libérale

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

o Autre (activité bénévole, retraité...)

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

o Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous.

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CHU de Besançon	3 bd Fleming 25 000 Besançon	Ingénieur de Recherche	10/2008	—

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

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

o Activité libérale

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

o Autre (activité bénévole, retraité...)

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

π Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous.

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	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.

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

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.1)	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 (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

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.

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

Actuellement et au cours des cinq 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

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 précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

π Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique. 2

Actuellement et au cours des cinq 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 précliniques préciser	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.3)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
			Type d'étude : πEtude mono centrique πEtude multicentrique Votre rôle : πInvestigateur principal πInvestigateur coordonnateur πExpérimentateur principal πCo-investigateur πExpérimentateur non principal	πAucune πAu déclarant πA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			Type d'étude : πEtude mono centrique πEtude multicentrique Votre rôle : πInvestigateur principal πInvestigateur coordonnateur πExpérimentateur principal πCo-investigateur πExpérimentateur non principal	πAucune πAu déclarant πA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			Type d'étude : πEtude mono centrique πEtude multicentrique Votre rôle : πInvestigateur principal πInvestigateur coordonnateur	πAucune πAu déclarant πA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

			<input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal			
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude mono centrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

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

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

Actuellement et au cours des cinq 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 déplacement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A. 4)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
			<input type="checkbox"/> Oui <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 (préciser)		
			<input type="checkbox"/> Oui <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 (préciser)		
			<input type="checkbox"/> Oui <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 (préciser)		
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant		

				o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
--	--	--	--	--	--	--

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

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

NATURE DE L'ACTIVITÉ et nom du brevet, produit...	STRUCTURE QUI MET à disposition le brevet, produit...	PERCEPTION d'intéressement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A. 5)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

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.

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

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME À BUT lucratif financeur (*)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

(*) Le pourcentage 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.

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

π 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 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.

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

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq 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)	

6. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration

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

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

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

ÉLÉMENT 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 la 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 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. "

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.

STRUCTURE	MONTANT PERÇU

Tableau B.1.

ORGANISME	POURCENTAGE DU MONTANT
-----------	------------------------

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

Tableau C.I.

STRUCTURE	POURCENTAGE de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

Tableau D.I

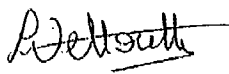
	SALARIAT	ACTIONNARIA T			
Organisme	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si $\geq 5\,000$ euros ou 5 % du capital	Lien de parent é	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Tableau E.1.

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	PRÉCISEZ
	le cas échéant les sommes perçues

Fait à Besançon

Le 02 / 11 / 2021

Signature 
(mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne Franche Comté. L'agence régionale de santé de Bourgogne Franche Comté 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 du comité de protection des personnes « Est II ».

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 : ARS-BFC-DSP-DIRECTION@ars.sante.fr.