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

Je soussigné Docteur François BRAUN .....

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 :

☐ **d'agent de [nom de l'institution]**

X 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] : .....

☐ **de personne invitée à apporter mon expertise à** .....

☐ **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 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.

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 : xxxxx

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'institution ou des institutions mentionnées dans la déclaration et/ou sur le site du ministère chargé de la santé

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

X Activité salariée
Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
CHR Metz Thionville	Hôpital de Mercy 1 allée du château CS 45001 57085 Metz cedex 3	Praticien Hospitalier	06/2009	

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**

☐ **Autre** (activité bénévole, retraité…)

☐ **Activité salariée**
Remplir le tableau ci-dessous

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**

Actuellement ou au cours des 5 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)*
Samu-Urgences de France	Président	**X** Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2014	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être 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.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

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.

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

Actuellement et 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)*
NOVARTIS	Recherche clinqiue	serelaxine	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	10/2014	

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 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)*
SFMU	Congrès urgences	Nombreuses interventions et modérations. Pas de travails un u produit particulier	X Oui ○ Non	**X** Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2009	
NOVARTIS	Board interrégional sur l'insuffisance cardiaque	Développement des filières de prise en charge de l'IC	**X** Oui ○ Non	☐ Aucune **X** Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2014	
Astra Zeneca	Board d'experts sur le SCA		**X** Oui ○ Non	☐ Aucune **X** Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2015	
Zoll	Réunion d'experts sur l'arrêt cardiaque		**X** Oui ○ Non	**X** Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2013	2013

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**

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**

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

X **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.

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 :

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-type

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :