

Déclaration de liens d'intérêt (formulaire)

1. COORDONNEES ET CATEGORIE :

Nom : TABURET

Prénoms : Anne-Marie

Membre (ou candidat) de l'AnP : <input type="checkbox"/> Section :	Membre titulaire <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/>	Membre correspondant X Honoraire <input type="checkbox"/>
Non membre : <input type="checkbox"/>	Adresse postale :	Courriel :

2. LIENS D'INTERET

Périmètre : activités ou participation financière, dans ou auprès d'organismes, de nature publique ou privée (sociétés industrielles ou commerciales, établissements, associations ...) dont les activités, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence de la santé publique et de la sécurité sanitaire.

2.1 ACTIVITE(S) PROFESSIONNELLE(S) DONNANT LIEU A REMUNERATION OU GRATIFICATION, ACTUELLE ET DANS LES QUATRE ANNEES PRECEDENTES (5 AU TOTAL) :

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Activités	Identification de l'organisme/entreprise employeur	Période : début -fin (Mois/année)
PH pharmacien hospitalier CS	AP/HP hôpital Bicêtre	Fin 31 oct 2017
UMR1184 (1 vac /semaine)	CEA	Mars 2018 à mars 2019

2.2 ACTIVITE(S) D'EXPERTISE, DE CONSEIL, OU DE CONSULTANT (y compris rédaction d'articles, interventions), ACTUELLE ET DANS LES QUATRE ANNEES PRECEDENTES (5 AU TOTAL), REMUNEREE OU NON :

OUI X (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Organisme (société/établissement/ association)	Activité exercée auprès de l'organisme	Rémunération	Période : début-fin (Mois/année)
ANRS	Essai clinique 3DICAM (Cambodge) expertise pharmacocinétique	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	En cours
Essai COVERAGE promoteur CHU Bordeaux	Participation au DSMB	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	En cours
CCNE GT médicaments	Membre invité	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	2019-2020
UNITAID	Expert membre du Proposal Review Committee	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	Depuis 2015, renouvelée 2018

2.3 PARTICIPATION A UNE INSTANCE DECISIONNELLE D'UN ORGANISME PUBLIC OU PRIVE INTERVENANT DANS LE CHAMP DE COMPETENCE CI-DESSUS, ACTUELLE ET DANS LES QUATRE ANNEES PRECEDENTES (5 AU TOTAL), REMUNEREE OU NON :

OUI X (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Organisme (société/établissement/ association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Période : début-fin (Mois/année)
CPPI dF VII	Membre collège 1 et présidente	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui indemnité	Membre >10 ans Présidence mai 2018 à ce jour En cours
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

2.4 PARTICIPATIONS FINANCIERES DIRECTES DANS LE CAPITAL D'UNE SOCIETE, SOUS FORME D' ACTIONS OU D'OBLIGATIONS DETENUES ET GERES DIRECTEMENT (SONT DONC EXCLUES LES PARTICIPATIONS GERES PAR UN INTERMEDIAIRE FINANCIER SPECIALISE) OU DE CAPITAUX PROPRES :

OUI (compléter le tableau ci-dessous et l'annexe ref 2.4)

NON X

Dénomination de la structure concernée	Période pendant laquelle la participation a eu lieu	Type d'investissement

2.5 DETENTION OU INVENTION D'UN BREVET OU INVENTION D'UN PRODUIT, PROCEDE OU TOUTE AUTRE FORME DE PROPRIETE INTELLECTUELLE NON BREVETEE, EN RELATION AVEC LE CHAMP DE COMPETENCE MENTIONNE CI-DESSUS.

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON X

Le déclarant précisera si des rémunérations ont été perçues soit à titre personnel, soit par un organisme dont il est membre ou salarié.

Nature de l'activité et nom du brevet/produit	Structure mettant à disposition le brevet, produit	Rémunération ou intéressement	Période début - fin (Mois/année)
		<input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui	
		<input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui	

2.6 LIENS FAMILIAUX POUVANT AVOIR UNE INTERFERENCE AVEC LES DOMAINES ENTRANT DANS LE CHAMP DE COMPETENCE DE L'ACADEMIE : Toute activité mentionnée ci-dessus, exercée ou dirigée sur la période de référence. Le déclarant identifie le tiers concerné par la seule mention de son lien de parenté (*la mention des liens de parenté et les montants des participations financières sont précisés en annexe ref 2.6*) :

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON X

Proches parents ayant un lien avec les organismes suivants	Organisme concerné et fonction exercée	Date début et date de fin

2.7 AUTRES LIENS, MANDATS ELECTIFS DONT LE DECLARANT A CONNAISSANCE ET QUI EST DE NATURE A FAIRE NAITRE DES SITUATIONS DE CONFLITS D'INTERETS (*l'existence d'éventuelles rémunérations sera précisée*) :

.....

Je soussigné(e),

Déclare sur l'honneur qu'à ma connaissance, tous les liens directs ou indirects de nature à porter atteinte à l'objectivité et à l'impartialité dont je dois faire preuve dans le cadre de mes activités à l'Académie ou auprès de l'Académie, mandats ou autre sont énumérés ci-dessus.

Je m'engage en outre, à notifier par écrit et immédiatement, tout changement de la situation établie ci-dessus ; je complèterai alors une nouvelle déclaration des liens d'intérêt indiquant les changements intervenus.

Je m'engage à participer aux travaux de l'Académie nationale de Pharmacie en respectant le degré de confidentialité requis pour les documents et discussions en amont de toute publication validée par le Conseil.

Fait à Paris

Date 24 juin 2021

Signature :

Annexes des mentions non rendues publiques :

Ref 2.4

Structure	% de l'investissement dans le capital de la structure

Ref 2.6

Lien de parenté : Ascendant, descendant, conjoint, concubin ou partenaire	Organisme concerné	Pour la fonction exercée : préciser si rémunération ou actionnariat