

Déclaration de liens d'intérêt (procédure)

1. OBJECTIFS

L'indépendance et l'impartialité sont les principes fondamentaux, imposés à toutes les institutions ou autorités publiques ainsi qu'à toute personne travaillant pour ces organismes, investies d'un devoir de santé publique.

L'impartialité de l'expertise en particulier est cruciale pour légitimer les prises de position de l'Académie nationale de Pharmacie (AnP) et son rôle de force de proposition, notamment quand elle accompagne voire anticipe les nouvelles exigences de la société et les mutations professionnelles inhérentes à leur évolution.

C'est pourquoi une déclaration de liens d'intérêt est requise.

2. RESPONSABILITES

En application de l'article 26 du règlement intérieur, et compte tenu des missions de l'Académie nationale de Pharmacie décrites dans l'article 1 de ses Statuts, des moyens d'action exposés dans l'article 2 et du respect des règles d'éthique et de déontologie prévues par l'article 3, une déclaration de liens d'intérêt est requise pour :

- Tous les membres correspondants nationaux et les membres titulaires, préalablement à leur élection ;
- Les personnalités, membres ou non de l'Académie, qui participent à l'élaboration de rapports et recommandations de l'Académie.

Une mise à jour sera requise, préalablement à son élection, pour tout membre proposant sa candidature en tant que membre du Conseil, président ou secrétaire de sections ou de commission ainsi que lors de sa candidature pour représenter l'AnP auprès d'institutions extérieures ou lors de la mise en place d'un groupe de travail.

Enfin, tout membre doit faire une mise à jour de sa déclaration si ses activités entraînent un changement notoire de ses liens d'intérêt.

3. MODALITES PRATIQUES

La déclaration doit se faire à l'aide du formulaire associé à cette procédure.

Le formulaire doit être entièrement rempli. En cas de besoin, indiquer la mention « NEANT », si vous n'êtes pas concerné.

Ne pas écrire de sigle. Mentionner le nom de l'Organisme, de la Société ou de l'Association intégralement.

Ce formulaire doit être daté et signé avant transmission au secrétariat général, avec le dossier de candidature.

Déclaration de liens d'intérêt (formulaire)

1. COORDONNEES ET CATEGORIE :

Nom : Aulagner Prénoms : Gilles

Membre (ou candidat) de l'AnP : <input type="checkbox"/> Section : <u>5eme</u>	Membre titulaire <input type="checkbox"/> Honoraire <input checked="" type="checkbox"/>	Membre correspondant <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/>
Non membre : <input type="checkbox"/>	Adresse postale : <u>1 Bd de la Croix Rousse 69004</u>	Courriel : <u>gilles-aulagner@chu-lyon.fr</u>

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)
<u>PH vacataire</u>	<u>HCL</u>	<u>2018 - 2021</u>
<u>membre commission</u>	<u>HIAS</u>	<u>2022 -</u>

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 (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Organisme (société/établissement/association)	Activité exercée auprès de l'organisme	Rémunération	Période : début-fin (Mois/année)
Astra Zeneca	conseil	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	26/10/19 } 28/2/19 } 2000€ 30/6/19 } 31/10/19 }
Leo	conseil	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	18/9/19 800€ 30/6/22 900€
Amgen	conférence		28/3/18 233€

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 (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Organisme (société/établissement/association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Période : début-fin (Mois/année)
HAS	membre, commission	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	06/21
		<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

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

2.5 DETENTION OU INVENTION D'UN BREVET OU INVENTION D'UN PRODUIT, PROCÉDE OU TOUTE AUTRE FORME DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE NON BREVETÉE, EN RELATION AVEC LE CHAMP DE COMPÉTENCE MENTIONNÉ CI-DESSUS.

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON

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)
Néant		<input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui	
		<input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui	

2.6 LIENS FAMILIAUX POUVANT AVOIR UNE INTERFÉRENCE AVEC LES DOMAINES ENTRANT DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ACADÉMIE : 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

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), G. Aulagner

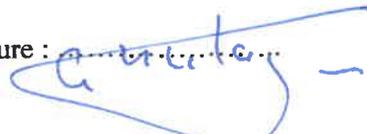
Déclare sur l'honneur qu'à ma connaissance, tous les liens directs ou indirects de nature à porter atteinte à l'objectivité et à l'impartialité dont je dois faire preuve dans le cadre de mes activités à l'Académie ou auprès de l'Académie, mandats ou autre sont énumérés ci-dessus.

Je m'engage en outre, à notifier par écrit et immédiatement, tout changement de la situation établie ci-dessus ; je compléterai 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 Lyon

Date 23/9/22

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