



## Déclaration de liens d'intérêt (formulaire)

### 1. COORDONNEES ET CATEGORIE :

Nom : LE MEUR

Prénoms : NATHALIE

<b>Membre (ou candidat) de l'AnP :</b> ■ Section : 4	Membre titulaire <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/>	Membre correspondant ■ Honoraire <input type="checkbox"/>
<b>Non membre :</b> <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)
Pharmacien responsable /directeur général délégué	Société sanofi aventis france	2007 à juillet 2021

**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)
IFIS	Contributions/interventions/ lors de divers séminaires	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	2012 à 2021
Revue pharmaceutiques supplément 273, Jan 2020	Table ronde sur les pénuries de médicaments	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Octobre 2019
EM Formation Produits de Santé	Interventions dans le cadre de formations	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Depuis 2023

**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)
Conseil administration sanofi aventis france	Directeur général délégué	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	2007 à juillet 2021
Conseil administration LEEM	Représentant sanofi	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	2019 à juillet 2021
Conseil d'administration TULIPE	Personne qualifiée	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Depuis avril 2022
Conseil de gestion faculté de pharmacie de Paris	Représentant du LEEM	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Depuis sept 2021

**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
Société sanofi	Continu depuis 2007	Détention directe d'actions au titre de PEG- PERCO-

--	--	--

**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)
		<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
	Laboratoire HRA Pharma Maladies rares/Directeur AR, Qualité et PV et pharmacien responsable	Depuis juillet 2019

**2.7 AUTRES LIENS, MANDATS ÉLECTIFS DONT LE DÉCLARANT A CONNAISSANCE ET QUI EST DE NATURE A FAIRE NAÎTRE DES SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS (l'existence d'éventuelles rémunérations sera précisée) :**

.....  
 .....

Je soussigné(e) , Nathalie LE MEUR .....

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.