

**DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)**  
conforme à l'arrêté prévu à l'article R.1451-1 du code de la santé publique  
(modèle issu de l'arrêté du 31 mars 2017 – JO n° 0079 du 02 avril 2017)

**Je soussigné(e) : Jeany GALLIOT**

**Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, 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/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.**

Article L.1452-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au 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. »

**Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :**

d'agent de [nom de l'institution] : .....  
préciser les fonctions occupées : .....  
.....

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : Représentant suppléant des usagers à la CCI  
préciser l'intitulé : Commission de Conciliation et d'Indemnisation

de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : .....  
préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise : .....

autre : (préciser).....

J'indique mon numéro de RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : .....

**Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.**

**Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité(e), soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avvertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entâcher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.**

Date : Clermont-Ferrand, le 14 mai 2018

**1. Activité(s) principales(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel**

Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
néant					

Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
néant				

Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Présidente du conseil syndical	Immeuble du 56, rue Anatole France 63000 CLERMONT-FERRAND	Janvier 2007	En cours
Cours d'informatique	Relais Amical du Puy-de-Dôme 15, place de Coubertin 63000 CLERMONT-FERRAND	Septembre 2007	En cours
Animation informatique en EHPAD	Les Sources 11, rue St Rames 63000 CLERMONT-FERRAND	Mars 2009	En cours
Déléguée départementale de l'ADMD pour le Puy-de-Dôme	56, rue Anatole France 63000 CLERMONT-FERRAND	Janvier 2013	En cours
Permanences au Kiosque Associatif du CHU à Estaing	CHU 1, rue Lucie Aubrac 63100 CLERMONT-FERRAND	Janvier 2013	En cours
Référente du Kiosque Associatif du CHU à Gabriel Montpied	CHU 58, rue Montalembert 63000 CLERMONT-FERRAND	Juin 2014	En cours
RU (membre titulaire) à l'Hôpital Privé La Châtaigneraie	59, rue de la châtaigneraie 63110 BEAUMONT	Novembre 2014	En cours
Trésorière de l'Association Espérance 63	39, avenue Albert et Elisabeth 63000 CLERMONT-FERRAND	Juin 2015	En cours
RU (membre suppléant) au CPP Sud-Est 6	CHU 58, rue Montalembert 63000 CLERMONT-FERRAND	Septembre 2015	En cours

<b>Activité</b>	<b>Lieu d'exercice</b>	<b>Début (mois/année)</b>	<b>Fin (mois/année)</b>
RU (membre suppléant) à la CCI Auvergne	ARS 60, avenue de l'Union Soviétique 63000 CLERMONT-FERRAND	Décembre 2015	En cours
RU (membre suppléant) au CHU	CHU 58, rue Montalembert 63000 CLERMONT-FERRAND	Novembre 2016	En cours
RU (membre titulaire) au CRLC Jean Perrin	58, rue Montalembert 63011 CLERMONT-FERRAND	Novembre 2016	En cours
RU (membre suppléant) à la CRSA	ARS 241, rue de Garibaldi 69003 LYON	Novembre 2016	En cours
RU (membre suppléant) au CTS	ARS 60, avenue de l'Union Soviétique 63000 CLERMONT-FERRAND	Janvier 2017	En cours
Membre de la Commission de déontologie de l'UFR de Médecine	28, place Henri Dunant 63000 CLERMONT-FERRAND	Mai 2018	En cours

## 2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

### 2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.*

**X** 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 de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant		<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. Activité de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

*Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction 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 :**

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant			<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. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

**2.3.1. Participation à des essais et études**

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études interventionnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination – même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur  <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : .....			
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur  <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : .....			

2.3.2. *Autres travaux scientifiques*

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant		<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) : .....			

**2.4. Rédaction d'article(s) et intervention's) 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

*La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.*

**2.4.1. Rédaction d'article(s)**

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

**Actuellement et au cours des 5 années précédentes :**

Entreprise ou organisme (société, établissement, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant		<input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : .....			
		<input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : .....			
		<input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : .....			

2.4.2. Intervention(s)

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé (société, établissement, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des tiers	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant			<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) : .....			

**2.5. Invention ou détention 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit...	Structure qui met à disposition le brevet, produit...	Perception, intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant		<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) :.....	:		

**3. Directon d'activités 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) 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.*

*Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'association et de sociétés savantes.*

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

**Actuellement et au cours des 5 années précédentes :**

<b>Structure et activité bénéficiaires du financement</b>	<b>Début (mois/année)</b>	<b>Fin (mois/année)</b>	<b>Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur ; avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure</b>
néant			

#### 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, /des oraganismes ou de l'instance/des instances, objet(s) de la déclaration

*Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières, cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en pourcentage du capital détenu.*

*(Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion ni la composition - sont exclus de la déclaration..*

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

**Actuellement :**

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu
néant		

**5. Proches parents ayant des activités ou 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/des organismes ou de l'instance/des instances, objet(s) de la déclaration**

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

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

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s) parent(s)	Organisme concerné	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (le montant est à indiquer au tableau A)
ayant un lien avec les organismes suivants  (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)	néant		

## 6. Fonctions et mandats électifs\* exercés actuellement

*\*Entendus comme les mandats électifs relevant des dispositions du code électoral*

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

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant		

## 7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

*Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant*

*Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération*

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

Élément ou fait concerné	Commentaires	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
néant			