

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI) visée aux articles L.1451-1 et R.1451-2 du code de la santé publique (modèle issu de l'arrêté du 5 juillet 2012 – JO 10 août 2012)

	to date junior zorz te	10 4041 2012	,
Je soussigné(e): GUEFFET	Jean-Pierre		
Reconnais avoir pris connaissance de l'ob interposée avec les entreprises, établissen produits entrent dans le champ de compéte l'organisme au sein duquel j'exerce mes conseil, du groupe de travail, dont je suis sociétés ou organismes de conseil interven	nents ou organismes dont ence, en matière de santé fonctions ou de l'instance membre ou invité à appor	les activités, le publique et de s e collégiale, de ter mon experti	es techniques et les écurité sanitaire, de la commission, du
Je renseigne cette déclaration en qualité :			
de personnels de direction et d'encadre	ment de l'ONIAM.		
Préciser la fonction :			
d'agent de l'ONIAM ou des commidésignation des experts mentionnés aux a 3122-3 et R. 3131-3-1			
de membre ou conseil d'une instance de travail au sein de l'ONIAM :	collégiale, d'une commissi	ion, d'un comité	ou d'un groupe de
INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	Date de la 1 ^{ère} désignation dans ce mandat
Conseil d'administration de l'ONIAM		OUI NON	
Conseil d'orientation de l'ONIAM		OUI OUI	
de membre ou conseil d'une instance de travail visés aux articles L. 1142-5, R. 11			ou d'un groupe de
INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	Date de la 1 ^{ère} désignation dans ce mandat
Collège d'experts benfluorex		OUI NON	
Commissions de conciliation et d'indemnisation	Régions :	OUI NON	
Observatoire des risques médicaux	Préciser :	OUI NON	

de personne invitée à apporter mon expertise à l'ONIAM :
Préciser le cadre :
autre : Préciser :
In minness 2 actualization DDL 12

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 du jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt 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.

¹ 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 : secretariat@oniam.fr.

Le présent formulaire sera publié sur le site www.oniam.fr.

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
medecui	Nouvelles Clariques	09/2016	
cardiologie	Nouvelles clariques Nantaises		
,	I we fine Tabaly 44 200 Nauls		
	44 200 Nauls		

Autre (act			
Autra fast	invited L	Andrew In	

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

	Activité salariée
Ren	nnlir le tableau ci-dessous

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des cinq dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1.

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

$\overline{}$					
	Autre	Lactività	bénévole,	ratraità	í
$\overline{}$	Aunc	(activite	Delic voic,	icuaite	J

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

Activité salariée Remplir le tableau ci-dessous.

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CHU Nantes	Bd J-Mound	Protierry	07/2001	08/2016
Hopital Lacuree Service de Carolisto gr	44093 Nautes G		lèn	•

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.

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.1)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes 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.

1					
V	Je n'ai pas de	e lien d'intérêt	à déclarer	dans cette	rubrique.

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.2)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

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 précliniques, 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.

	ORGANISME (société, établissement, association)	et type de travaux	NOM du produit de santé ou du sujet traité	SI ESSAIS OU ÉTUDES cliniques ou précliniques préciser	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.3)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
0	participation MEDIAGEN (recharche de préclisposition de la foxicit con dona term	a (etudo E facteurd facteurd genetig du beng - chw BRI	e we luorex/ EST	Type d'étude : Etude monocentrique Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal Investigateur coordonnateur Expérimentateur principal Co-investigateur Expérimentateur non principal	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):		
				Type d'étude : Etude monocentrique Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal Investigateur coordonnateur Expérimentateur principal Co-investigateur Expérimentateur	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
				Type d'étude : Etude monocentrique Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal Investigateur coordonnateur Expérimentateur principal Co-investigateur Expérimentateur	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

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

	le n'ai	nas (de lien	d'intérêt	à	déclarer	dane	cette	rubria	10
ı	JC II al	pas (de Hell	a miletet	a	declarer	dans	cette	rubriqu	Ι¢

ENTREPRISE OU organisme invitant (société, association)	de la réunion	SUJET de l'intervention, le nom du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.4)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
participation , pleeneus as to propos du i) valvulær le with bey	, benfluor	er-	□ Oui □ Non	M Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
	ardiolos	. ihis. 2010	□ Oui ☑'Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):		
31 Drug und an undere Fort J.	chocardio luced and eognized a Carolist 2	graphy 2011 Le valve stemme utily 016	Oui Non	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):		
			□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

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

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

NATURE DE L'ACTIVITÉ et nom du brevet, produit	STRUCTURE QUI MET à disposition le brevet, produit	PERCEPTION intéressement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.5)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
		□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

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.

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

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME à but lucratif financeur (*)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
*) Le pourcentage du montant des fina			

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

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

Actuellement:

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts 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 et la qualité des valeurs ou 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.)

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.

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

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq années précédentes :

			GANISMI NCERNÉ	
	yant un lien avec les or suivants est à indiquer au tables			
léclaration A		porter à la connaissance de l'	organisme	objet de
Le n'ai pas de lien d'intérêt à déclare				
ÉLÉMENT OU FAIT (CONCERNÉ (le mon	COMMENTAIRES tant des sommes perçues porter au tableau E.1)	ANNÉE de début	
Précisions apportées par l'O 6.1. Les litiges² éventuels 6.1.1. En qualité de partie	de la compétence de l'Ol	NIAM		
JURIDICTION OU INSTANCE saisie	FONDEMENT du recours	STATUT		RIODE cernée
		☐ En cours ☐ Clos (décision ayant autorité d chose jugée / insusceptible de recours)		
		☐ En cours ☐ Clos (décision ayant autorité d chose jugée / insusceptible de recours)	le la	
		☐ En cours ☐ Clos (décision ayant autorité d chose jugée / insusceptible de	le la	

recours)

recours)

☐ En cours ☐ Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de

 $^{^{\}rm 2}$ Le litige peut concerner un recours contentieux ou une démarche de règlement amiable.

6.1.2. En qualité d'expert

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

JURIDICTION OU INSTANCE saisie	FONDEMENT du recours	STATUT	PERIODE concernée
Tribunal de Gravele juges GAND, Robins	Instance de laus	En cours Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	1 2011
	expertises "wediator"	☐ En cours ☐ Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		☐ En cours ☐ Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		☐ En cours ☐ Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	

6.2 Vous ou l'organisme que vous représentez êtes ou avez été membre d'une des instances entrant dans le champ du dispositif relevant de la compétence de l'ONIAM

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	QUI est concerné par le mandat	PERIODE concernée
Commission nationale des accidents médicaux		OUI NON	☐ Vous ☐ Votre organisme : Préciser :	
Autre	Préciser :	□ OUI □ NON	☐ Vous ☐ Votre organisme : Préciser :	

6.3 Vous exercez des fonctions à responsabilité dans une association de patients ou d'usagers

Sont concemées par cette rubrique tous les membres de l'association, le Président, les membres du Conseil d'administration, et toute personne ayant cotisé à cette association.

ASSOCIATION	Objet social	NATURE DES LIENS avec l'association	PERIODE concernée

6.4	Vous	exercez	des	fonctions	ou	avez	des	liens	avec	une	compagnie	d'assurance	exerçant	en
		ilité civile									8 85			

Sont concernées par cette rubrique les dirigeants de la compagnie d'assurance, les membres de son Conseil d'administration, et toute personne ayant des participations financières dans le capital de la société d'assurance.

COMPAGNIE d'assurance	NATURE DES LIENS avec la compagnie d'assurance	PERIODE concernée

7. Si vous n'avez rense	igné aucun iten	i après le	1, cochez la case		: et signez en dernière page
-------------------------	-----------------	------------	-------------------	--	------------------------------

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

		ORGANISME	MONTA	NT PERÇU		
u A.2.						
		ORGANISME	MONTA	NT PERÇU		
u A.3.						
		ORGANISME	MONTA	NT PERÇU		
u A.4.						
	ENTRE	PRISE OU ORG	ANISME	MONTANT	PERÇU	
u A.5.						
1 A.5.		STRUCTURE	MONTA	NT PERÇU		
ı A.5.		STRUCTURE	MONTA	NT PERÇU		
u A.5.		STRUCTURE	MONTAN	NT PERÇU		
u A.5.		STRUCTURE	MONTAN	NT PERÇU		
u A.5.		STRUCTURE	MONTAN	NT PERÇU		
u A.5. u B.1. ANISME	POU!	STRUCTURE RCENTAGE DU	J MONTA	NT des finan	icements protections	oar rapport

STRUCTURE	POURCENTAGE de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

Tableau D.1.

	SALARIAT	ACTIONNARIAT			
Organisme	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si ≥ 5 000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Tableau E.1.

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	PRÉCISEZ le cas échéant les sommes perçues

Signature obligatoire	6 21.1	1. 2016
Or	Jean. leve	Guffe

Article L. 1454-2 du code de la santé publique.

" Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées aux 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."

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet www.oniam.fr. L'ONIAM est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'ONIAM.

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 : secretariat@oniam.fr.