

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 concernées 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.

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

Actuellement ou au cours des 6 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour/mois/année)	Fin (jour/mois/année)
		<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)			

1. Activité(s) principale(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)
CHSF	116 8 ⁰¹ Jean Jours	Pédicure	P. H.		31/12/2016

Activité libérale

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

Autre (activité bénévole, retraité ...)

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

2.2. Activités) 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

Si, et notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de l'accompagnement, la participation à un groupe de travail ou à un comité d'orientation, les activités de suivi ou le recensement de risques d'exposition

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

Actuellement et au cours des 3 années précédentes :

Organisme (société, collège, conseil, association, etc.)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou thématique)	Rémunération	Montant de la rémunération (en cas de participation pécuniaire)	Début (jour/mois/année)	Fin (jour/mois/année)
			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclinaire <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclinaire <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclinaire <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 cliniques pharmaco-toxicologiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...) d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles 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 ».

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur (service, établissement, association)	Organisme(s) financements (% 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/jour/année)	Fin (mois/jour/année)
INSERM		EPIRAGE	Type d'étude : <input checked="" type="checkbox"/> Étude monocentrique <input type="checkbox"/> Étude multicentrique Votre rôle : <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Épémeur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input type="checkbox"/> Épémeur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	616 € net par mois	octobre 2016	octobre 2017
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Étude monocentrique <input type="checkbox"/> Étude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Épémeur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input type="checkbox"/> Épémeur 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"/> Étude monocentrique <input type="checkbox"/> Étude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Épémeur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input type="checkbox"/> Épémeur 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

~~X~~ Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Objet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser le caractère, la périodicité)	Début (jour/mois/année)	Fin (jour/mois/année)
		<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) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés exerçant dans le champ de compétences, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organismes organisés ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'articles) 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

Autrement et cours des 5 années précédentes :

Titre(s) de l'article(s) ou organisme tenu (société, association)	Sujet de l'article	Motivations	Montant de la rémunération (premier, la ou les échéant la période(s))	Début (mois/jours/années)	Fin (mois/jours/années)
		<input type="checkbox"/> Au dessein <input type="checkbox"/> A un organisme dont je suis un membre ou salarié (préciser)			
		<input type="checkbox"/> Au dessein <input type="checkbox"/> A un organisme dont je suis un membre ou salarié (préciser)			
		<input type="checkbox"/> Au dessein <input type="checkbox"/> A un organisme dont je suis un membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

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

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé (y compris association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour/mois/année)	Fin (jour/mois/année)
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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

Arrondissement et au cas échéant à remplir précédentes :

Titre de l'activité et nom du brevet, produit, ...	Structure qui met à disposition le brevet, produit, ...	Perception intéressément	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la période)	Début (jour/mois/année)	Fin (jour/mois/année)
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au docteur <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au docteur <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au docteur <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction 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 pertinages, versements en nature ou numéraires, matériel.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et sociétés savantes.

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

Actualisation et au cours des 5 années précédentes :

Nom(s) et adresse(s) bénéficiaire(s) du financement	Début (jour/facultatif/mois/année)	Fin (jour/facultatif/mois/année)	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

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 organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Entrent 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, ou de sociétés 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.

Autrement :

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

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 collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire 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 indiquer, le cas échéant, le lien de parenté par la seule mention de votre lien de parenté.

Si il n'y a pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique

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

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnaire
			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)

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendu comme les mandats relevant des dispositions du code électoral

Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la date de prise de fonction)	Début (jour/facultatif/ mois/année)	Fin (jour/facultatif/ mois/année)

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

Les intérêts doivent être mentionnés les sommes perçues par le déclarant.

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

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

élément ou fait concerné	Commentaires	Début (jour/facultatif/ mois/année)	Fin (jour/facultatif/ mois/année)