

SAISI LE 10 AVR. 2017

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)
visée aux articles L.1451-1 et R.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)

Je soussigné(e) : ...

Marie-Christine MALERGUE
.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée 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 au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

de personnels de direction et d'encadrement de l'ONIAM.

Préciser la fonction :

d'agent de l'ONIAM ou des commissions de conciliation et d'indemnisation collaborant à la désignation des experts mentionnés aux articles L. 1142-9, L. 1142-24-4, R. 1221-71, R. 3111-29, R. 3122-3 et R. 3131-3-1

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'ONIAM :

INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	Date de la 1 ^{ère} désignation dans ce mandat
Conseil d'administration de l'ONIAM		<input type="checkbox"/> NON	
Conseil d'orientation de l'ONIAM		<input type="checkbox"/> NON	

X de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail visés aux articles L. 1142-5, R. 1142-63-3 et D. 1142-70 :

INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	Date de la 1 ^{ère} désignation dans ce mandat
Collège d'experts benfluorex		<input type="checkbox"/> OUI	Septembre 2014
Commissions de conciliation et d'indemnisation	Régions :	<input type="checkbox"/> NON	

Observatoire des risques médicaux	Préciser :	<input type="checkbox"/> NON	
-----------------------------------	------------	------------------------------	--

de personne invitée à apporter mon expertise à l'ONIAM :

Préciser le cadre :

autre : Préciser :

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 délibération¹.

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)
cardiologue	Institut cœur effort santé	Septembre 2007	

Autre (activité bénévole, retraité...)

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)
Institut Mutualiste Montsouris	42 Bd Jourdan 75014 Paris	Cardiologue	Janvier 2013	Novembre 2016

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)
Cardiologie	Institut Cœur Effort Santé	09 2007	En activité

Autre (activité bénévole, retraité...)

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)
Institut Mutualiste Montsouris	46 Bld Jourdan	Cardiologue	Janvier 2013	Novembre 2016

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.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.1)	DÉBUT (mois/année)	FIN (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) :		
--	--	--	--	--

2.2. 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.

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

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.2)	DÉBUT (mois/année)	FIN (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) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	DOMAINE 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)
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<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"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<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"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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

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

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ENTREPRISE OU organisme invitant (société, association)	LIEU ET INTITULÉ 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)
E Coach	Paris Bordeaux Strasbourg Troyes	Atelier d'échocardiographie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Au déclarant	Oct 2012	Octobre 2016
Laboratoire Bayer	Rome	Congrès European society of cardiology	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Au déclarant	Aout 2015	Aout 2016
Laboratoire Daichi	Strasbourg		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Au déclarant	Juin 2016	
Laboratoire Bayer Laboratoire Daichi	Mulhouse Strasbourg	Réunion Cardiologique Organisation Dr MARECHAUX	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Au déclarant	Mars 2016 Juin 2016	Septembre 2016

Frais d'hospitalité et ensemble des manifestations auxquelles j'ai participé selon le site [transparence.santé.gouv](http://transparence.santé.gouv.fr) depuis 2012

MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	09/06/2012	HOSPITALITE	66 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ICOMED	26/02/2013	Autre: [Enquête]	30 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	09/09/2012	REPAS	60 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	06/07/2013	REPAS	60 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	31/08/2013	Hospitalité	2 462 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	PHILIPS FRANCE	17/09/2013	REPAS	100 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	16/03/2013	HOSPITALITE	50 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MERCK SERONO	16/10/2013	HEBERGEMENT	182 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MERCK SERONO	16/10/2013	HEBERGEMENT	182 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MERCK SERONO	16/10/2013	TRANSPORT	579 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	16/11/2013	REPAS	57 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	23/11/2013	Repas	25 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE	12/12/2013	HOSPITALITE	60 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	14/12/2013	Repas	18 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	14/12/2013	Hospitalité	140 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	14/12/2013	Transport	111 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MEDTRONIC France S.A.S	14/01/2014	REPAS	60 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MEDTRONIC France S.A.S	14/01/2014	REPAS	12 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ICOMED	12/03/2014	Autre: [Enquête]	27 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	28/03/2014	Hospitalité	6 767 €	Détail

MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ICOMED	12/03/2014	Autre: (Enquête)	27 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	28/03/2014	Hospitalité	6 767 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	05/04/2014	Repas	16 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	14/06/2014	REPAS	30 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	28/06/2014	Repas	17 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	30/06/2014	Hospitalité	2 362 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	18/10/2014	REPAS	44 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	23/10/2014	Hospitalité	1 067 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	22/11/2014	Repas	13 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	06/12/2014	Transport	132 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	06/12/2014	Hospitalité	159 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ICOMED	18/03/2015	Autre: (Enquête)	28 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	28/03/2015	Repas	41 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	18/04/2015	REPAS	37 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	27/06/2015	Repas	14 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	24/07/2015	Transport	136 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	24/07/2015	Hospitalité	138 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	29/08/2015	Hospitalité	2 514 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ASTRAZENECA	17/09/2015	Repas	20 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	03/10/2015	REPAS	37 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	03/10/2015	REPAS	37 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	03/10/2015	REPAS	37 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	28/11/2015	Repas	16 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	22/01/2016	Hospitalité	113 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	22/01/2016	Transport	145 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ICOMED	08/03/2016	Autre: (Enquête)	31 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	09/06/2016	HOSPITALITÉ	66 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	29/03/2016	Repas	20 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	09/06/2016	Hospitalité	192 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	18/06/2016	REPAS	26 €	Détail
MALERGUE MARIE-CHRISTINE	Médecin	EDWARDS LIFESCIENCES	28/07/2014	REPAS	60 €	Détail
MALERGUE MARIE-CHRISTINE	Médecin	LES LABORATOIRES SERVIER	25/09/2015	Repas	66 €	Détail

MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	03/10/2015	REPAS	37 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ASTRAZENECA	17/09/2015	Repas	20 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	28/03/2015	Repas	41 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	23/06/2016	Repas	20 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	24/07/2015	Hospitalité	138 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	24/07/2015	Transport	136 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ICOMED	08/03/2016	Autre: [Enquête]	31 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	20/06/2016	Transport	53 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	29/03/2016	Repas	20 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	12/03/2016	Hospitalité	273 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	18/06/2016	REPAS	26 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	22/01/2016	Hospitalité	113 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	22/01/2016	Transport	145 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	09/06/2016	Hospitalité	192 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MEDTRONIC France S.A.S	14/01/2014	REPAS	60 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	06/12/2014	Hospitalité	159 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	06/12/2014	Transport	132 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	06/07/2013	REPAS	60 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	05/04/2014	Repas	16 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	28/06/2014	Repas	17 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	28/11/2015	Repas	16 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	22/01/2016	Transport	145 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	22/01/2016	Hospitalité	113 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	ICOMED	08/03/2016	Autre: [Enquête]	31 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	12/03/2016	Hospitalité	273 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	Bayer HealthCare SAS	29/03/2016	Repas	20 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	09/06/2016	Hospitalité	192 €	Détail
MALERGUE MARIE CHRISTINE	Médecin	MSD France	18/06/2016	REPAS	26 €	Détail
MALERGUE MARIE-CHRISTINE	Médecin	LES LABORATOIRES SERVIER	25/09/2013	Repas	66 €	Détail
MALERGUE MARIE-CHRISTINE	Médecin	EDWARDS LIFESCIENCES	28/07/2014	REPAS	60 €	Détail

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)
		<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) :		
		<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. 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.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME à but lucratif financeur (*)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

(*) Le pourcentage du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1.

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.)

STRUCTURE CONCERNÉE	TYPE D'INVESTISSEMENT (*)

(*) Le pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau C.1.

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 :

	ORGANISMES CONCERNÉS
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	

6. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration

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

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	COMMENTAIRES (le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	ANNÉE de début	ANNÉE de fin

Précisions apportées par l'ONIAM :

6.1. Les litiges² éventuels de la compétence de l'ONIAM

6.1.1. En qualité de partie au litige

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

JURIDICTION OU INSTANCE saisie	FONDEMENT du recours	STATUT	PERIODE concernée
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	

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
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Votre organisme : Préciser :	
Autre	Préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Votre organisme : Préciser :	

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

Sont concernées 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.

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

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 responsabilité civile médicale

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.


Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

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

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : et signez en dernière page

Fait à Paris Le : 6 avril 2017

Signature obligatoire



X

Marie Christine MALERGUE
Docteur