****

**Experts professionnels de l’ANAP**

**Projet « Accompagnement Hôpital Numérique »**

Déclaration publique d’intérêts

**Objet : Prévenir les éventuels conflits d’intérêts**

*Les experts professionnels (EP) de l’ANAP sont désignés par la Directrice Générale. Avant leur désignation définitive, les EP sélectionnés par l’ANAP établissent la déclaration de liens prévue par l’agence, destinée à prévenir tout risque de conflit d’intérêts ou d’absence d’accord de l’éventuel employeur habituel (article 4, délibération du Conseil d’Administration de l’ANAP, 13 octobre 2010)*

Ce formulaire est issu de l’arrêté du 5 juillet 2012 portant fixation du document type de la déclaration publique d'intérêts mentionnée à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique.

Il s’adresse aux experts professionnels de l’Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dans le cadre du projet « Accompagnement Hôpital Numérique ».

Cette déclaration constitue une garantie pour :

* les déclarants afin de répondre à d’éventuelles mises en cause sur le plan collectif ou personnel des travaux réalisés dans le cadre de leur participation aux activités de l’ANAP ;
* l’ANAP afin de se prémunir de risque potentiel de conflits d’intérêt.

Les experts professionnels (EP) de l’ANAP rassemblent des professionnels du secteur hospitalier public et privé ou toute autre personne susceptible d’apporter son expérience et compétence spécifique.

Des demandes de consultation des déclarations sont donc susceptibles d’être faites à l’Agence qui devra y répondre favorablement.

La déclaration publique d’intérêts doit être actualisée chaque année à l’initiative des déclarants, ou dès lors qu’un fait nouveau intervient dans leur situation professionnelle ou personnelle.

Les EP de l’ANAP l’adressent au Directeur général de l’ANAP à l’occasion de leur candidature en vue de mentionner les liens directs ou indirects avec les entreprises, sociétés de conseil, organismes et établissements concernés par les travaux de l’ANAP ou qui peuvent être concernées par son champ d’activités.

*Après signature, veuillez conserver une copie et retourner l’original à l’ANAP, à l’attention de Monsieur Christian Anastasy, Directeur Général de l’ANAP.*

Les informations recueillies sont informatisées. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification des données vous concernant.

**- DECLARATION PUBLIQUE D’INTERETS -**

Je soussigné(e) ......

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 :

☐ d’agent de [nom de l’institution]

☐ de membre ou conseil d’une instance collégiale, d’une commission, d’un comité ou d’un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de [nom de l’institution] : .....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à .....

☐ 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 délibération.

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 : Le présent formulaire sera publié sur le site de l’institution ou des institutions mentionnée(s) dans la déclaration et/ou sur le site du ministère chargé de la santé.

# 1. Votre activité principale

## 1.1. Votre activité principale exercée actuellement

**☐ Activité libérale**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTIVITÉ | LIEU D’EXERCICE | DÉBUT    (mois/année) | FIN    (mois/année) |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |

**☐ Autre (activité bénévole, retraité...)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTIVITÉ | LIEU D’EXERCICE | DÉBUT    (mois/année) | FIN    (mois/année) |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |

**☐ Activité salariée**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |

**☐ Autre (activité bénévole, retraité...)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTIVITÉ | LIEU D’EXERCICE | DÉBUT   (mois/année) | FIN   (mois/année) |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |

**☐ Activité salariée**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EMPLOYEUR PRINCIPAL | ADRESSE de l’employeur | FONCTION OCCUPÉE   dans l’organisme | DÉBUT   (mois/année) | FIN   (mois/année) |  |
| . |  |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |  |

# 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) |  |
|  |  | ☐ 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.

**☐ 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) |  |
|  |  | ☐ 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.**

**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 :**  ☐ 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 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 non principal | ☐ 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

**☐ Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) |  |
|  |  |  | ☐ 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) |  |  |  |

## 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) |  |  |  |

# 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

Si besoin, au vu des précisions apportées par l’organisme au présent document type.

**☐ 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 |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |

# 7. Si vous n’avez renseigné aucun item après le 1,

cochez la case : ☐ et signez en dernière page

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. “

# 8. Tableaux des mentions non rendues publiques

## Tableau A.1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANISME | MONTANT PERÇU |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |

## Tableau A.2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANISME | MONTANT PERÇU |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |

## Tableau A.3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANISME | MONTANT PERÇU |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |

## Tableau A.4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ENTREPRISE OU ORGANISME | MONTANT PERÇU |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |

## Tableau A.5.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STRUCTURE | MONTANT PERÇU |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |

## Tableau B.1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANISME | POURCENTAGE DU MONTANT DES FINANCEMENTS PAR RAPPORT  au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |

## Tableau C.1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| . |  |  |
| . |  |  |
| . |  |  |

Fait à .....

Le.....

Signature obligatoire

(mention non rendue publique)

*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 de l’ANAP. L’ANAP 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’ANAP.*

*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 :* [*accompagnement-hn@anap.fr*](mailto:accompagnement-hn@anap.fr)