

# ONIAM

OFFICE  
NATIONAL  
D'INDEMNISATION  
DES ACCIDENTS  
MÉDICAUX

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

### *pour les membres de l'Observatoire des risques médicaux*

En application de l'article L.1451-1 du code de la santé publique, les membres de l'Observatoire des risques médicaux ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal (délit de prise illégale d'intérêts), traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect.

Ils ne peuvent avoir, par eux-mêmes, ou par personne interposée, dans les établissements ou entreprises intervenant dans les domaines de compétence de l'ONIAM ou de l'Observatoire, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance.

Ces personnes adressent au directeur de l'office, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration d'intérêts mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises, établissements, sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur de compétence de l'ONIAM visé à l'article L.1142-22 du code de la santé publique et de l'observatoire visé à l'article L.1142-29 du même code. Afin de faciliter cette déclaration d'intérêts, l'ONIAM a élaboré le présent formulaire.

En cas de manquement à ces dispositions, l'Observatoire des risques médicaux statuant à la majorité de ses membres peut mettre fin à leurs fonctions.

La présente déclaration d'intérêts a pour objectif la prévention des conflits d'intérêts au sein de l'ONIAM et de l'Observatoire. Elle est rendue publique sur le site Internet de l'ONIAM à l'exclusion de certaines mentions relatives aux proches parents.

Les déclarations publiques d'intérêts (DPI) doivent être actualisées chaque année, à l'initiative des déclarants, et en tout état de cause dès qu'un fait nouveau intervient dans leur situation professionnelle ou personnelle ayant un impact sur leur indépendance dans l'exercice de leur mandat.

Je soussigné(e) ..... Eliane PUECH .....  
Membre de l'Observatoire des risques médicaux

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises, établissements, sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur de compétence de l'ONIAM et de l'Observatoire.

Attention : si vous ne renseignez pas certains items, c'est que vous n'avez aucun lien à déclarer.

## 1. Les litiges\* éventuels de la compétence de l'ONIAM ou dirigé contre l'une des personnes ou instances représentées à l'Observatoire des risques médicaux

---

### 1.1. En qualité de partie au litige\*

Juridiction ou instance saisie	Fondement du recours	Statut	Période concernée
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o En cours</li> <li>o Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o En cours</li> <li>o Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o En cours</li> <li>o Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)</li> </ul>	

### 1.2. En qualité d'expert

Juridiction ou instance saisie	Fondement du recours	Statut	Période concernée
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o En cours</li> <li>o Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o En cours</li> <li>o Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>o En cours</li> <li>o Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)</li> </ul>	

\* Le litige peut concerner un recours contentieux ou une démarche de règlement amiable. La déclaration ne concerne que la personne physique membre de l'ORM et non l'instance qu'il représente.

---

## 2. Vos autres activités professionnelles

### 2.1. Vous êtes dirigeant, associé, ou participez à une instance dirigeante d'une structure entrant dans le champ de compétence de l'ONIAM ou de l'Observatoire des risques médicaux

Actuellement

Sont concernés les établissements de santé, les entreprises, les organismes de conseil intervenant dans les secteurs de santé, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, collèges de bonne pratique...).

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité	Rémunération	Période concernée
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <sup>1</sup> <input type="radio"/> Institution <sup>2</sup>	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution	

### 2.2. Vous intervenez de manière durable ou ponctuelle auprès d'une structure entrant dans le champ de compétence de l'ONIAM ou de l'Observatoire des risques médicaux

Il peut s'agir d'une activité de conseil, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise, d'actions de formations, à la demande d'une entreprise ou d'un organisme concernés par les domaines de compétence de l'ONIAM ou de l'Observatoire des risques médicaux

Actuellement

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité / Sujet traité	Activité ponctuelle (AP) ou activité régulière (AR)	Rémunération	Période concernée
AVIAM	Aide aux Victimes d'accidents Médicaux	<input type="radio"/> AP <input checked="" type="checkbox"/> AR	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	de 01.2006 à ce jour
CRCI Ile de France	Membre de la Commission	<input checked="" type="checkbox"/> AP <input checked="" type="checkbox"/> AR	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	2007 2008 2009 2010
AFSSAPS	GRUPE de TRAVAIL	<input checked="" type="checkbox"/> AP	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	2009 2010
IRSN	GRUPE de TRAVAIL PREVENTION	<input type="radio"/> AP	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	2010

<sup>1</sup> Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

<sup>2</sup> L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

**2.3. Vous participez à des travaux scientifiques entrant dans le champ de compétence de l'ONIAM**

Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques et précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions...etc. Doivent être mentionnées les études à financement privé et les études à financement public (PHRC, STIC).

Actuellement

Structure (société, établissement, organisme, association)	Domaine et Type d'études	Nom du produit de santé	Votre rôle		Période concernée
			investigateur principal ou investigateur coordonnateur ou expérimentateur principal	co-investigateur ou expérimentateur non principal	

**2.4. Vous intervenez dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses organisés par des entreprises ou organismes concernés par les domaines de compétence de l'ONIAM ou de l'Observatoire des risques médicaux**

Sont uniquement concernées les interventions rémunérées

Structure invitante (société, organisme, association)	Lieu et intitulé de la réunion Sujet de l'intervention Nom du produit de santé ou du sujet traité	Cadre promotionnel	Rémunération	Prise en charge des frais de déplacement	Période concernée
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

### 3. Vous avez des intérêts financiers dans une structure entrant dans le champ de compétence de l'ONIAM ou de l'Observatoire des risques médicaux

*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)*

Actuellement

Structure (société, établissement, organisme, association)	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital	Période concernée

### 4. 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

Instances	Précisions	Réponse	Qui est concerné par le mandat	Périodes concernées
Conseil d'administration de l'ONIAM	/	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Votre organisme	
Conseil d'orientation de l'ONIAM		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Votre organisme	
Commission nationale des accidents médicaux		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Votre organisme	
Commission régionale de conciliation et d'indemnisation	Région :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Votre organisme	
Autres	Précisez :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Votre organisme	

**5. Vous êtes responsable d'une institution qui reçoit des financements publics ou privés**

Sont concernées par cette rubrique :

- les personnes qui font partie des instances dirigeantes d'une structure (conseil d'administration, conseil de surveillance, directoire...)
- les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, association de recherche, association de patients...

(Exemple : le montant s'apprécie annuellement, d'une même source ; les versements peuvent prendre la forme de subventions pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versement en nature ou en numéraires, matériels, taxes d'apprentissage, divers...)

Actuellement

Structure bénéficiaire	Origine du financement	% du versement au regard du budget de l'institution	Objet du versement	Année(s) de versement

**6. 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 ainsi que les salariés de l'association.

Actuellement

Association	Objet	Fonction occupée	Période concernée
AVIAM	Aide aux victimes d'accidents Médicaux	Vice-Présidente	2006 à ce jour
Fédération des AVIAM de FRANCE	-	Secrétaire Générale	2007 à ce jour

**7. Vous avez des proches salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure entrant dans le champ de compétence de l'ONIAM ou de l'Observatoire des risque médicaux**

*Conjoint (époux (se) ou concubin(e) ou pacsé (e)), ascendants ou descendants jusqu'au second degré, collatéraux immédiats y compris leur conjoint. Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné.*

Actuellement

**Pour des raisons de protection de la vie privée, le tableau ci-dessous ne sera pas publié**

Structure (société, organisme, association)	Salariat	Actionnariat		Lien de parenté (conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beau-père, belle-mère)	Période concernée
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité et/ou dont l'activité est en relation avec un produit de santé)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital		

**S'agissant du point 7, seul sera publié le tableau ci-dessous que vous devez impérativement renseigner**

	Entreprises, établissements ou organismes concernés
Le déclarant a un ou plusieurs proche(s) parent(s) ayant un lien avec les entreprises, établissements ou organismes suivants	

**8. Autres éléments ou faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'ONIAM ou de l'Observatoire des risques médicaux**

*Autres éléments ou faits susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à votre indépendance.*

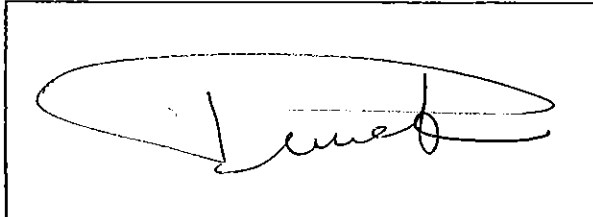
Actuellement

Elément ou fait concerné	Commentaire	Période concernée

Je m'engage à actualiser sans délai ma DPI en cas de modification des liens d'intérêts déclarés ci-dessus ou du fait de l'acquisition d'intérêts supplémentaires.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me déporter si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

Fait à Etoules  
 Le 2 Novembre 2010



Signature obligatoire

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 auprès de l'ONIAM, Tour Gallieni II, 36 avenue du Général de Gaulle - 93175 BAGNOLET Cedex