

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) : Christophe LAVERNE.....

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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Conseil d'orientation de l'ONIAM | | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

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 <input type="checkbox"/> NON | |
| Commissions de conciliation et d'indemnisation | Régions : <u>France Comte</u> | <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| Observatoire des risques médicaux | Préciser : | <input type="checkbox"/> OUI <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 télégramme 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) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
| / | | | |

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) |
|---------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------------|------------------|
| CHU Besançon | 2 place Saisaynes | PH | Octobre 1983 | |
| / | | | | |

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
Remplir le tableau ci-dessous.

| EMPLOYEUR PRINCIPAL | ADRESSE DE L'EMPLOYEUR | FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme | DÉBUT (mois/année) | FIN (mois/année) |
|---------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------------|------------------|
| CHU Besançon | 2 place St Jacques | PH | octobre 1983 | |
| | | | | |

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

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) |
|--|---|--|---|---|--|-------------------------|
| Rocite | Comité Scientifique | Journée innovation en Pharmacie Hospitaher | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | 4 réunions Telepharmaps + journée en privé 2013 - 2014, 2015 | |
| Nobrocil | La Rochelle 2014 le 13 mai | Moderateur d'un symposium Cibicides sur prescription lors d'AMM | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | le 13 mai 2014 | |
| Orléans | Reims le 19/5/2015 | Moderateur symposium sur prise en charge hospitalière | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : | le 19 mai 2015 | |
| | | | <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) : | | |

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

Date et Signature obligatoire

8 juillet 2015
