

87

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) : JEDRZEJEWSKI VALERY

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>ALPC</u> <u>ALC Limousin</u>	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<u>03/2014</u>
Observatoire des risques médicaux	Préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

	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 (le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	COMMENTAIRES		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'utilisateurs

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 Le :

Signature obligatoire

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.

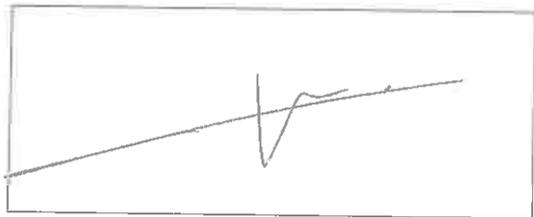
Organisme	SALARIAT	ACTIONNARIAT			
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si ≥ 5 000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Tableau E.1.

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	PRÉCISEZ le cas échéant les sommes perçues

Date le 28/04/2016

Signature obligatoire



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. "

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 www.oniam.fr. L'ONIAM 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'ONIAM.

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.

