

**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 soussigne(e):	- Hill for	1.U.C.C	~ ~ ~ * * * * * * * * * * * * * * * * *
Reconnais avoir pris connaissance de l'ob interposée avec les entreprises, établisser produits entrent dans le champ de compét l'organisme au sein duquel j'exerce mes conseil, du groupe de travail, dont je suis sociétés ou organismes de conseil interver	ments ou organismes dont ence, en matière de santé p fonctions ou de l'instance membre ou invité à appor	les activités, le publique et de se e collégiale, de ter mon expertis	es techniques et les écurité sanitaire, de la commission, du
Je renseigne cette déclaration en qualité :			
de personnels de direction et d'encadre	ement de l'ONIAM.		
Préciser la fonction :		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
d'agent de l'ONIAM ou des comm désignation des experts mentionnés aux a 3122-3 et R. 3131-3-1  de membre ou conseil d'une instance de l'ONIAM ou des comm désignation des experts mentionnés aux a 3122-3 et R. 3131-3-1	articles L. 1142-9, L. 1142	2-24-4, R. 1221-	71, R. 3111-29, R
travail au sein de l'ONIAM :			
INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	Date de la 1 <sup>ère</sup> désignation dans ce mandat
Conseil d'administration de l'ONIAM		OUI NON	
Conseil d'orientation de l'ONIAM		OUI NON	
de membre ou conseil d'une instance of travail visés aux articles L. 1142-5, R. 11  INSTANCE			ou d'un groupe de  Date de la 1ère  désignation dans ce mandat
Collège d'experts benfluorex		OUI NON	
Commissions do consiliation et		-	•
Commissions de conciliation et d'indemnisation	Régions: PACAL-	☑ OUI □ NON	2004

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 délibération.

<sup>1</sup> Conformément aux dispositions de la loi nº 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative a 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.	Vot	re	activ	⁄ité	pr	in	cipa	ale
----	-----	----	-------	------	----	----	------	-----

	é principale				
1.1. Votre activ	ité principale	exercée actuellement			
Activité libérale					
	ACTIVIT	É LIEU D'EXERCI	CE DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)	The state of the s
X Autre (activité bé	névole retraité)			1	·
		É LIEU D'EXERCI	CE DÉBUT	FIN	The state of the s
	Crés Z	+ Commission	(mois/année)	(mois/annee)	TO THE CONTRACT OF THE CONTRAC
	Efect	maisseille			
	let me	intoe Commission	4	1	
Activité salariée Remplir le tableau ci-	dessous.				
		1985 (dal 1987) (dal lati Calif Cali	FONCTION		
EMPLOY PRINCIE	1	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
	1		OCCUPÉE dans	5	
i	1		OCCUPÉE dans	5	
i .	1		OCCUPÉE dans	5	
i .	1		OCCUPÉE dans	5	
PRINCIE	PAL		OCCUPÉE dans l'organisme	(mois/année)	
PRINCIE  1.2. Vos activité	PAL és exercées à (	L'EMPLOYEUR	OCCUPÉE dans l'organisme	(mois/année)	
PRINCIE  1.2. Vos activité	PAL és exercées à (	L'EMPLOYEUR	OCCUPÉE dans l'organisme	(mois/année)	
1.2. Vos activité A ne remplir que si di	es exercées à tifférentes de celles	L'EMPLOYEUR	OCCUPÉE dans l'organisme es cinq dernières ann	(mois/année) ées	
1.2. Vos activité A ne remplir que si di	es exercées à tifférentes de celles	L'EMPLOYEUR  titre principal au cours de remplies dans la rubrique 1.1.	OCCUPÉE dans l'organisme es cinq dernières ann	(mois/année) ées	

Autre (activité bénévole	, retraité)					
AC	CTIVITÉ	LIEU	D'EXERCIC	E DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)	
and the second s		}				
Activité salariée Remplir le tableau ci-dessou	ıs.					
EMPLOYEUI PRINCIPAL	Į.		SE DE OYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
	}			1 At Switzer		<u>}</u>
		and the same of th		arasi muuta sinankai, miseny, siimmin kali jak muun masii-iimi ausi		
To the second sec			1			
publique et de séc Sont notamment concernés à réseaux de santé, CNPS), les  Je n'ai pas de lien d'intér Actuellement ou au cours de	les établissement s associations de rêt à déclarer dar	is de santé, e patients. us cette rubr	les entreprises et les c			
ORGANISME (société, établissement, association)	FONCT OCCU dan l'organ	TION PÉE s	(montar	ÉRATION nt à porter leau A.1)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
			☐ Aucune ☐ Au déclara ☐ A un orgar êtes membre ( (préciser):	nisme dont vous		
		, rat	☐ Aucune ☐ Au déclara	nt		
	1	1	etes membre (préciser) :	nisme dont vous		

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) :		
		☐ 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     Etude     Etude     Etude     multicentrique     Investigateur     Investigateur     Coordonnateur     Expérimentateur     Co-investigateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     On principal	Aucune Au déclarant Au n organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):		
			Type d'étude :    Etude     Etude     Etude     Etude     Etude     Investigateur     Investigateur     Investigateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     O-investigateur     Expérimentateur	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
			Type d'étude :    Etude     Etude     Etude     Etude     Multicentrique     Investigateur     Investigateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur     Expérimentateur	☐ 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.

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)
			□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	A TO	And with the first seasons are sent and the
			□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		ANTHONY ON THE CONTRACT OF THE
	The state of the s		□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		A Company of the Comp
			□ 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

De 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) :		-
	4	□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		The second secon
		□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		and profile any specimen of the two float
		□ Oui □ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont /ous êtes membre ou alarié (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	ORGANISME à but	DÉBUT	FIN
bénéficiaires du financement	lucratif financeur (*)	(mois/année)	(mois/année)
		1	
A STATE OF THE PARTY OF T			
	Marrier sprage, a Mallacom compression of Mallacom typy a mallacom property of the Control of th		
	·	The state of the s	
		The state of the s	
(*) Le pourcentage du montant des fina montant versé par le financeur sont à po	ncements par rapport au budge orter au tableau B.1.	et de fonctionnement d	e la structure et le
4. Participations financières dans le compétence, en matière de santé pub	e capital d'une société don lique et de sécurité sanitaire,	l'objet social entre de l'organisme objet	dans le champ de de la déclaration
🖄 Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette i	ubrique.		
Actuellement :			
Actucinement.			
Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un : limite de votre connaissance immédiate et attendue. des valeurs ou pourcentage du capital détenu.	non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligation secteur concerné, une de ses filiales ou Il est demandé d'indiquer le nom de l'éu	s ou d'autres avoirs financier une société dont elle détient u sblissement, entreprise ou org	s en fonds propres ; doiven ne partie du capital dans le anisme, le type et la qualit
Les fonds d'investissement en produits collectifs de t a déclaration.)	type SICAV ou FCP - dont la personne n	e contrôle ni la gestion ni la c	composition - sont exclus de
STRUCTURE CONCERN	NÉE TYPE	D'INVESTISSEN	TENT (*)
The state of the s	The state of the s	the federal agency (A* 4 Tableson des 2014, Williams of the second of th	
	The same a second residually as some resistance are a particular and a second residual a		The state of the s
To produce the former the first street decreases the street of the stree			Manager July Manager St. J. St. St. St. St. St. St. St. St. St. St
the same and the s			
		-	
*) Le pourcentage de l'investisser porter au tableau C.1.	ment dans le capital de la	structure et le mor	tant détenu sont
CONTRACTOR			
. Proches parents salariés et/ou posso ntre dans le champ de compétence, e bjet de la déclaration	édant des intérêts financiers n matière de santé publique	dans toute structure et de sécurité sanita	dont l'objet social ire, de l'organisme
es personnes concernées sont :			
le conjoint (époux[se], ou concubin[e], ou les enfants ; les parents (père et mère).	pacsé[e]), parents (père et mère) et enfa	ints de ce dernier ;	
ette rubrique doit être renseignée si le déclarant a co	nnaissance des activités de ses proches j	oarents.	
Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rub			
rtuellement ou, si les activités sont connues, au cours	des cinq années précédentes :		

\* \* . . . .

		Comments of the Comments of th			ANISME CERNÉ	
Proche(s) parent(s) aya (Le lien de parenté e	suivants	_		a Bandara and Mariana and Mariana	gay programguyang programpayanan i, iar disabbble	
Autres liens d'intérêt que éclaration		ez devoir p	orter à la connaissance	e de l'o	organisme (	objet de l
Fie n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer e	dans cette rubrique.					
ctuellement, au cours des cinq années pr	récédentes :		J.			
ÉLÉMENT OU FAIT C	CONCERNÉ	(le mont	OMMENTAIRES ant des sommes per oorter au tableau E.	çues	ANNÉE de début	
						E STATE STAT
			/-			
		l ,	<u>/</u>			
récisions apportées par l'On  1. Les litiges <sup>2</sup> éventuels  1.1. En qualité de partie a ctuellement, au cours des cinq années p	de la compéten	ce de l'ON	IAM			COLUMN TO THE PROPERTY AND A STATE OF THE PROPERTY AND A S
JURIDICTION OU INSTANCE saisie	FONDEM recou		STATUT		i	RIODE cernée
			☐ En cours ☐ Clos (décision ayant au chose jugée / insusceptible recours)		e la	
And an extension of the second se			☐ En cours ☐ Clos (décision ayant au chose jugée / insusceptible recours)		e la	The second districts of the se
1		de Philade au mandal de 2	☐ En cours ☐ Clos (décision ayant au chose jugée / insusceptible recours)		e la	
1			En cours Clos (décision ayant au chose jugée / insusceptible		e la	

recours)

 $<sup>^{\</sup>rm 2}$  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 :

5.2 Vous ou l'organisme que hamp du dispositif releva Actuellement, au cours des cinq anné INSTANC Commission nationale de médicaux Autre 6.3 Vous exercez des fonct	es précédentes :	ence de l'ON	Close chose jurecours)  En Close chose jurecours)  En Close chose jurecours)  En Close chose jurecours)  A Close jurecours)  A Close jurecours)	cours s (décision ayant gée / insusceptil ) cours s (décision ayant gée / insusceptil ) cours s (décision ayant gée / insusceptil )	t autorité de la ble de t autorité de la ble de t autorité de la ble de	ces entrant dans PERIODE concernée
Actuellement, au cours des cinq anné INSTANC Commission nationale e médicaux Autre	es précédentes :	ence de l'ON	Close chose ju recours)  En Close chose ju recours)  Close chose ju recours)  Avez été	s (décision ayamagée / insusceptil) cours s (décision ayamagée / insusceptil) cours s (décision ayamagée / insusceptil) r membre d'un	t autorité de la ble de	PERIODE
ctuellement, au cours des cinq anné INSTANC Commission nationale e médicaux	es précédentes :	ence de l'ON	Close jurecours)  En Close jurecours)  avez été	s (décision ayan ngée / insusceptil ) cours s (décision ayan ngée / insusceptil )	de de la	PERIODE
tuellement, au cours des cinq anné INSTANC Commission nationale enédicaux	es précédentes :	ence de l'ON	chose ju recours) avez été	s (décision ayan ngée / insusceptil ) • membre d'ur	QUI est	PERIODE
ctuellement, au cours des cinq anné INSTANC Commission nationale e médicaux	es précédentes :	ence de l'ON	ILAM		QUI est concerné par le	PERIODE
Médicaux  Autre					, CONSTRUCTION OF THE PROPERTY OF	
Medicaux  Autre	7		,		☐ Vous	
	des accidents	With the same of t		□ OUI □ NON	☐ Votre organisme : Préciser :	
6.3 Vous exercez des fonct		Préciser :		□ OUI	☐ Vous ☐ Votre organisme: Préciser:	
ont concernées par cette rubriques ersonne ayant cotisé à cette ass	ue tous les membre sociation. écs précédentes	es de l'associati	ion, le Pré	sident, les memb	bres du Conseil	d'administration, et
	)bjet ocial		DES I	LIENS avec		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
in the controlling in the "experience Color-deportung value aggregation, Fig. 7 in year 7 in the Africa Africa and Africa		E PRODUCT COME DE LES ES AND PRODUCTION COME DE L'ARGE EN MONTÉ EST ESTABLE L'ARGE EN PRODUCTION EN PROPER L' L'ARGESTANT COMMENT L'ARGEST EN MONTÉ EN PRODUCTION EN L'ARGEST
per type and the first term of the term of	2 According to 19 (20 at 1	The Lawrence Way, Some , by the July more \$10.00 Feb. in which deaths to \$10.00 \$1000000 a.m.

	/	
7. Si vous n'avez renseigné au	un item après le 1, coche	z la case 🗌 : et signez en dernière page

Fait à NALVERS	Le: 04 Aon/ 25/5
Fait à M. T. L.	
Signature obligatoire	
6 P,	