

**DECLARATION PUBLIQUE**

**DE LIENS D’INTERÊTS**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la mission qui vous a été confiée par l’AFPPE, vous allez contribuer de façon directe ou indirecte à la formation des professionnels de santé, et par conséquent à la qualité des soins dispensés aux patients par ces mêmes professionnels.

Vous savez que des intérêts autres que ceux des patients peuvent parfois altérer les actions des professionnels de santé dans le cadre de leurs activités de soins, de formation ou de recherche : les plus fréquents sont des liens financiers avec des firmes, mais d’autres conflits d’intérêts sont possibles (relations personnelles, options philosophiques, etc..).

**Un conflit d’intérêts existe donc lorsque le jugement, les décisions ou les interventions d’un professionnel sur un sujet d’intérêt principal risquent d’être modifiés par un intérêt secondaire.** Par exemple si l’intérêt primaire du professionnel est la diffusion d’une information validée scientifiquement et de qualité sur un produit de santé, le fait d’avoir perçu une rémunération ou un avantage en nature de la part du fabricant ou du vendeur de ce produit constitue un intérêt secondaire qui peut altérer la diffusion de l’information.

**La déclaration de conflits d’intérêts** a donc pour but de **nous informer de tout « intérêt » éventuel**. Elle est rendue publique sur demande au secrétariat de l’association.

Il s’agit donc d’un outil de **transparence** qui participe directement à la qualité de l’information délivrée. Il ne peut constituer en aucune façon une forme de discrimination ou de stigmatisation des intervenants. C’est la raison pour laquelle cette déclaration n’est pas obligatoire, et se fait sur l’honneur. **Cette déclaration engage en effet la responsabilité du déclarant qui doit s’assurer qu’elle est sincère, à jour et exhaustive.**

Nous vous remercions de l’attention que vous aurez eu pour cette démarche.

**Je soussigné(e)** (Nom et Prénom) ……………………………………………………………...……………………………………………………………………

(Profession) ……………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………

**Intervenant au titre de** (cochez une case ci-dessous et complétez)

**☐ Session de formation :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

A : …………………………………………………………………………………… Le : ……………………………………………………………………

☐  **Revue professionnelle « Le Manipulateur d’imagerie médicale et de radiothérapie »**

**N°** …………………… De (mois et année) : ……………………………………………………………………………………………………………………………

☐  **Membre du CA, avec la fonction de …**…………………………………………………………………………………………………………………

Déclare avoir pris connaissance de l’obligation de déclarer les intérêts éventuels et leur nature et être donc en mesure de déclarer si, sur les cinq dernières années, j’ai reçu pour moi ou pour une association que j’anime, une rémunération quelle qu’elle soit (salaire, honoraire, rémunération boursière, etc.), ou un avantage financier (frais de déplacements, frais de congrès, etc.) ou en nature (cadeaux, matériel médical ou informatique, etc.) ou détenu des participations financières (actions, obligations, etc.) de la part d’un organisme privé, industriel ou commercial qui pourrait tirer profit ou désavantage de mes écrits, de ma prise de parole ou des documents diffusés ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Ne souhaite pas répondre

**Date :** …… / …… / ……….

**Signature :**

**Si vous avez répondu oui** à cette question, nous vous invitons à **déclarer ci-après** les éléments qui vous amènent à répondre positivement. Cette déclaration sera annexée au dossier « Auteur-intervenant AFPPE ».

**Si vous avez répondu non** à cette question, il sera mentionné : **« L’(es) auteur(s) déclare(n) ne pas avoir de liens d’intérêts ».**

**Si vous n’avez pas souhaité répondre,** il sera mentionné **« L’(es) auteur(s) n’a (ont) pas souhaité renseigner la déclaration publique de liens d’intérêts ».**

Si vous avez des doutes sur les conflits d’intérêts que vous voulez déclarer, ou si vous estimez que des situations autres que celles décrites ci-après pourraient être interprétées comme des conflits d'intérêt si elles devaient être connues, et que vous souhaitez les déclarer, nous vous invitons à vous rapprocher du Président de l’AFPPE.

Contact : [siege.asso@afppe.com](mailto:siege.asso@afppe.com) (Objet du mail : DPI)

Je déclare avoir pris connaissance de l’obligation de déclarer les intérêts éventuels et leur nature et être donc en mesure de déclarer sur les cinq dernières années :

1. **Activité principale :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité** | **Exercice**  *(Libéral, salarié, autre…)* | **Lieu d’exercice** | **Début**  *(Mois/année)* | **Fin**  (Mois/année) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Activités à titre secondaire :**

*(Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration, travaux ou études scientifiques, consultant, articles, congrès…)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structure ou organisme** | **Fonction ou activité** | **Rémunération**  (oui/non) | **Début**  *(Mois/année)* | **Fin**  (Mois/année) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Activités qui ont bénéficié** d’un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Structure et activité bénéficiant du financement | Organisme à but lucratif financeur | **Début**  *(Mois/année)* | **Fin**  (Mois/année) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Participations financières** dans le capital d’une société :

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure concernée** | **Type d’investissement** |
|  |  |
|  |  |

1. **Existence de proches** parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organismes concernés** | **Commentaire** | **Début**  *(Mois/année)* | **Fin**  (Mois/année) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Autres liens d’intérêts** que le déclarant choisit de faire connaître :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elément ou fait concerné** | **Commentaire** | **Début**  *(Mois/année)* | **Fin**  (Mois/année) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**