

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique

**document-type de la déclaration publique d'intérêts**

Je soussigné(e) **BELLANGER-MAUFFRET Claire-Lise**.....

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, la commission, le conseil, le 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 :

d'agent de [nom de l'institution] **PARS IDF**

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de [nom de l'institution] :.....

de personne invitée à apporter mon expertise à .....

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 de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts 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 conflit d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entraîner 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.

## 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)
Agence Régionale de Santé Île-de-France	15 rue de la gare, 75019 Paris cedex	Responsable du Département Pilotage Financier des Établissements de santé - DOSMS	Septembre 2012	NA

## 1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles complies dans la rubrique 1.1

### Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Conseil Indépendant	France	2011	2012

### Autre (activité bénévole, retraite...)

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)
Astra Zeneca	Rue de Malmoulin	Responsable marketing - Centre généraliste cardi- vasculaire	Décembre 2010	Juillet 2011

## 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.*

X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction exercée dans l'organisme	Rémunération (montant à entrer au tableau A.1)	Début (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.*

X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (montant précisé 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 pré-cliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuallement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Domaine et type de travaux	Nom du produit, de service ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques précisez :	Rémunération (mentionner le montant à partir de 1000€ HT A.S.)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
			<b>Type d'étude :</b> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <b>Votre rôle :</b> <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) ..... ..... .....		
			<b>Type d'étude :</b> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <b>Votre rôle :</b> <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) ..... ..... .....		
			<b>Type d'étude :</b> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <b>Votre rôle :</b> <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**

X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Objet de l'intervention, le Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération (montant à porter à l'actif, A.C)	Début (mois/année)	F.P. (mois/année)
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au décastré <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au décastré <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au décastré <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

#### **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**

X 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 tout 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 et pourcentage du capital obtenu.  
(Les fonds d'investissement, en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne connaît ni la gestion, ni la composition - sont exclus de la déclaration)

Sujets concernés	Type d'investissement (*)

(\*) Le % 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 (s) ou passé(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 5 années précédentes :

	Organismes concernés
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (ce lien de parenté est indiqué au tableau D.1)	Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph

## 6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'organisme, objet de la déclaration

Si besoin, ou vu des précisions apportées par l'organisme au présent document-type

X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Élément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau F.1)	Année de début	Année de fin

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case :   
et signez en dernière page

### Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au 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 ».

## 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



Structure	% de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

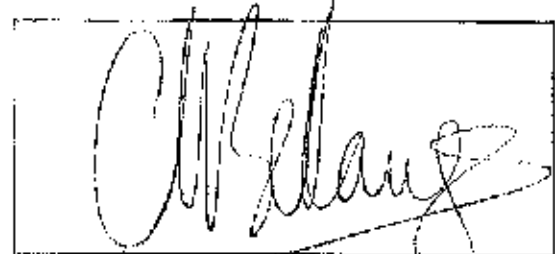
Tableau D.1

Organisme	Salariat	Actionariat	Lien de parenté	Débit (maternité, ...)	Titre (maternité, ...)
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si ≥ 5000 euros et 5 % de capital			
Groupes Hospitalier Paris Saint-Joseph	Médecin chef de service des Urgences		Sœur	ND	

Elément ou fait concerné	préciser le cas échéant les sommes perçues

Fait à Paris

Le 12 juillet 2016



Signature obligatoire  
 (mention non rendue publique)

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 de l'ARS-IDF. Le DGARS est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les déclarations aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'ARS-IDF.

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 mail, selon votre situation, soit à l'adresse du secrétaire de la commission dont vous dépendez, soit à celle du secrétaire de votre direction au siège ou à celle de votre délégation territoriale.

