

**DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS**

Je soussigné(e)...**Jean-Philippe NABOULET**

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 :

D'agent de : **ARS Lorraine – Direction de la Performance et de la Gestion du Risque – Service Produits de Santé et Biologie**

De membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail : *[précisez]*.....  
au sein de : *[nom de l'institution]*.....

De personne invitée à apporter mon expertise à : .....

Je m'engage à actualiser ma D.P.I. 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 recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.**

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 : <http://www.ars.lorraine.sante.fr>

## 1. Votre activité principale

### 1.1 Votre activité principale exercée actuellement

#### Activité libérale :

ACTIVITE	LIEU D'EXERCICE	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
Néant			

#### Autres (activité bénévole, retraité, ...) :

ACTIVITE	LIEU D'EXERCICE	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
Néant			

#### Activité salariée :

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPEE DANS L'ORGANISME	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
ARS Lorraine	Immeuble "Les Thiers" 4 rue Piroux F-54036 NANCY	Pharmacien Inspecteur de Santé Publique	01/10/2013	En cours

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

*A ne remplir qu'en cas d'activités différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1*

#### Activité libérale :

ACTIVITE	LIEU D'EXERCICE	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
néant			

#### Autres (activité bénévole, retraité, ...) :

ACTIVITE	LIEU D'EXERCICE	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
néant			

#### Activité salariée :

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPEE DANS L'ORGANISME	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
DRJSCS Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	av Prof Léon Bernard, F-35043 Rennes	Pharmacien Inspecteur en Santé Publique stagiaire	Oct. 2012	Sept. 2013
Menicon Pharma SAS	163 bd Sébastien Brant, F-67400 Illkirch	Pharmacien Responsable Directeur Général	Avr. 2010	Sept. 2012

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPEE DANS L'ORGANISME	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
Sunstar Suisse SA	15 Route de Pallatex, CH-1163 Etoy	EMA Regulatory and clinical affairs Manager (Responsable Affaires Réglementaires et Cliniques pour l'Europe et le Moyen-Orient)	Avr. 2009	Mars 2010
Laboratoires Weleda SA	9, rue Eugène Jung, F-68331 Huningue	Responsable des Affaires pharmaceutiques et cosmétiques Responsable Pharmacovigilance et Cosmétovigilance Responsable Assurance et Contrôle Qualité	Nov. 1997	Mars 2009

## 2. Vos activités secondaires

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'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPEE	REMUNERATION	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
AFERPA (Association française d'étude et de recherche sur la pharmacie anthroposophique)	membre	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)..... .....	Déc. 2003	En cours

**2.2 Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'une 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 et de rapports d'expertise.*

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPEE	REMUNERATION	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement)	Consultant Qualité et Affaires réglementaires	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)..... .....	Sept 2009	Sept 2010

**2.3 Vous participez ou 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 micro-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.*

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	DOMAINE et type de travaux	NOM DU PRODUIT DE SANTE ou du sujet traité	SI ESSAIS OU ETUDES cliniques et précliniques (préciser)	REMUNERATION (montant à porter au tableau A.3)	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
Néant			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude mono centrique <input type="checkbox"/> Etude multi centrique 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'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ENTREPRISE ou organisme invitant (société, association)	LIEU ET INTITULE de la réunion	SUJET de l'intervention, le nom du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	REMUNERATION (montant à porter au tableau A.4)	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
Néant			<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'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

NATURE DE L'ACTIVITE	STRUCTURE qui met à disposition le brevet, produit	PERCEPTION Intéressement	REMUNERATION (montant à porter au tableau A.5)	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
Néant		<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, taxe d'apprentissage... Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration.*

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITE Bénéficiaires du financement	ORGANISME à but lucratif financeur (*)	DEBUT (mois / année)	FIN (mois / année)
Néant			

(\*) Le pourcentage du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure & 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'intérêts 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 CONCERNEE	TYPE D'INVESTISSEMENT (*)
Néant	
(*) 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 enfant 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'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq années précédentes :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1.)	ORGANISMES CONCERNES
Corinne Naboulet	Messer Medical Home Care France

**6. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration.**

*Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document type.*

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq années précédentes :

ELEMENT OU FAIT CONCERNE	COMMENTAIRES (le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	ANNEE de début	ANNEE de fin
Néant			