

PROCÉDURE

TITRE : Procédure sur la déclaration, le signalement et la gestion
des conflits d'intérêts en milieu universitaire

ADOPTÉE PAR : Comité de direction de la faculté
de Médecine de Sfax

PRÉAMBULE

La présente procédure précise les démarches à suivre en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent, le processus de traitement ainsi que les ressources disponibles.

La prévention des conflits d'intérêts (CI) est de prime abord fondée sur l'obligation éthique de chacun de déclarer les liens d'intérêts susceptibles de déboucher sur des conflits avec la mission qui lui a été confiée.

La règles de gestion et de prévention des CI s'applique à tous les acteurs de la FMS : au Doyen, aux membres du conseil scientifique, aux membres et chefs de départements et comités, aux chefs des laboratoires et chercheurs, ainsi qu'aux enseignants et administrateurs de la FMS.

La présente politique s'applique à toutes les activités menées par les personnes visées, peu importe l'endroit où elles se déroulent.

Définitions

Aux fins de la présente politique, les expressions ou mots suivants signifient :

- **Conflit d'intérêts** : situation, qu'elle soit réelle, potentielle ou apparente, dans laquelle la personne visée a des intérêts personnels qui pourraient influencer sur l'exécution de ses fonctions et de ses responsabilités officielles ou par laquelle la personne visée utilise ses fonctions officielles à des fins personnelles

Un conflit d'intérêts peut survenir quand des activités ou des situations placent un individu ou une organisation à laquelle il est lié en présence d'intérêts (personnels, institutionnels ou autres) qui entrent en conflit avec les intérêts inhérents aux devoirs et responsabilités liés à son statut ou à sa fonction à la faculté risquant d'altérer l'intégrité des décisions prises et compromettre la confiance à l'égard de la faculté. Ces intérêts comprennent notamment des intérêts pécuniaires (commerciaux, financiers) ou non pécuniaires.

Les types de conflits d'intérêts sont les suivants :

- Conflit d'intérêts réel : un conflit d'intérêts réel risque d'altérer l'intégrité des décisions

prises et ainsi de causer des torts, compromettant la confiance du public à l'endroit de la faculté et de ses membres.

- Conflit d'intérêts potentiel : un conflit d'intérêts potentiel survient lorsque des intérêts personnels sont assez importants pour qu'une personne puisse être amenée à privilégier ceux-ci aux dépens de ses obligations professionnelles.

- Conflit d'intérêts apparent : un conflit d'intérêts apparent survient quand une personne suffisamment informée pourrait raisonnablement craindre la présence d'un conflit d'intérêts.

Les conflits d'intérêts peuvent prendre notamment les formes suivantes :

- Conflit d'engagements : un conflit d'obligations qui se produit notamment quand des activités extérieures entrent en conflit avec des activités professionnelles, par exemple quand une personne chercheuse utilise le matériel ou le personnel de la faculté pour ses projets personnels.

- Conflit de rôles : quand un membre doit intervenir en exerçant plus d'un rôle et que ces rôles ou leurs finalités sont conflictuels (à titre d'exemples : médecin chercheuse ou chercheur, professeure clinicienne ou professeur clinicien, membre entrepreneure ou entrepreneur ou chercheuse consultante ou chercheur consultant). Dans de tels cas, le membre doit clarifier les finalités de chacun de ses rôles et leurs implications auprès des personnes concernées. Il doit aussi s'assurer de prendre les moyens nécessaires pour éviter de porter préjudice à un tiers.

- Conflit institutionnel : quand l'acteur du conflit d'intérêts est une organisation. Ce type de conflit se manifeste, par exemple lorsqu'une faculté compromet ses engagements vis-à-vis des normes établies comme l'objectivité scientifique ou la liberté d'enseignement pour des intérêts financiers. La notion de conflit d'intérêts couvre de plus les situations où pourraient coexister une relation pédagogique ou d'autorité et une relation intime telle qu'amoureuse ou sexuelle.

- **Déclaration** : le fait pour une personne visée par la présente politique de révéler à une personne autorisée par la faculté un conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent la concernant.

- **Signalement** : le fait d'aviser une personne autorisée par la faculté d'un présumé conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent d'un membre de la communauté universitaire à l'égard de l'application de la présente politique.
- **Intérêts de nature pécuniaire et non pécuniaire** : le fait de recevoir ou de chercher à recevoir, à titre personnel, ou par personne interposée, une rétribution ayant une valeur monétaire pouvant prendre la forme non limitativement d'un salaire, d'honoraires ou autres, de titres de propriété, d'actions, de droits de propriété intellectuelle (brevets, droits d'auteur, redevances sur de tels droits). En revanche, si l'intérêt n'a pas en soi de valeur monétaire, tel celui relié à l'honneur et la réputation ou à la protection de la vie privée, il sera qualifié d'intérêt non pécuniaire.
- **Proche** : un proche est un membre de la famille immédiate ou une personne avec qui une personne visée par la présente politique est en relation personnelle ou d'affaires, ou avec qui elle partage directement ou indirectement un intérêt au sens de la présente politique.

1. Procédure de déclaration et traitement

En tout temps, tout individu relevant de la Faculté de Médecine de Sfax (enseignant, administrateur, personnel), doit remplir une déclaration si :

- elle se croit en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent;
- elle estime qu'une personne en autorité doit évaluer si une telle situation existe.

La déclaration d'intérêts impose de déclarer les intérêts actuels mais aussi ceux qui existaient pendant les cinq dernières années.

Cette déclaration doit être déposée au moyen du formulaire « Déclaration de conflits d'intérêts » (Annexe 1) au nom du président du comité éthique de la faculté. Le dépôt se fera au bureau d'ordre de la faculté, et acheminée par voie administrative au président du comité.

Par ailleurs, du fait de l'obligation légale : le doyen devra obligatoirement en début de mandat déquenal remplir le formulaire disponible au site de l'INLUCC.

Le comité éthique dispose d'un délai de 30 jours à partir du dépôt de la déclaration pour l'analyser.

Il est à noter que pour les enseignements qui vont assurer l'enseignement dans le cadre d'EPU et de masterclass, la déclaration des conflits d'intérêt se fait sur des formulaires spécifiques relevant de la direction DPC. Ces déclarations sont traitées dans un premier temps par le comité éthique de la Direction DPC, qui en cas d'éléments en faveur de conflit réel, potentiel ou apparent, transfère la déclaration au comité éthique de la FMS pour analyse et traitement.

1.1 Personnes autorisées à analyser la déclaration

Toute déclaration, quelle que soit l'identité du déclarant est traitée par le comité éthique de la FMS.

La déclaration d'un lien d'intérêts n'interdit pas, par elle-même, d'exercer une activité. Les intérêts déclarés doivent être analysés et évalués puis confrontés à l'activité exercée à la FMS pour déterminer s'ils sont susceptibles de conduire, pour cette activité, à un conflit d'intérêts.

1.2 Traitement de la déclaration

Dans tous les cas, le comité éthique peut donner au besoin à la personne qui a fait la déclaration l'occasion de présenter ses observations dans le cadre de cette analyse. Elle peut être convoquée au moment de la réunion pour fournir ces éclaircissements.

Le comité éthique traite la déclaration et informe le comité de direction de la faculté, ou responsable de la recherche, des mesures appropriées prises, notamment en vue de résoudre ou gérer le conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent, le cas échéant.

L'intensité du lien doit donc être analysée, avant d'apprécier son impact au regard de la mission exercée. On doit dès lors répondre successivement à deux questions :

- quelle est l'intensité du ou des liens d'intérêts déclarés de la personne

concernée, au regard des domaines d'activité de la faculté ?

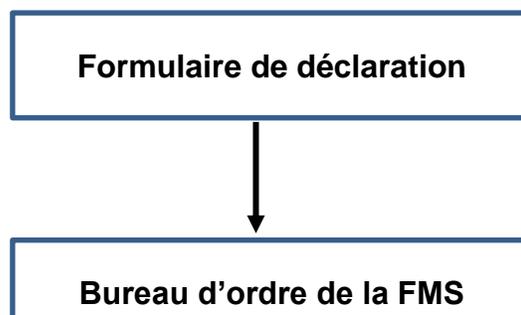
- les liens d'intérêt déclarés, tels qu'ils ont été ainsi évalués dans leur intensité, risquent-ils de compromettre l'indépendance, l'objectivité et l'impartialité de la personne qui va prêter son concours à la faculté pour une activité, une responsabilité ou une mission donnée ?

Dans cette analyse, les membres du comité éthique de la faculté se réfèrent au Guide de Déclarations d'intérêts et gestion des conflits d'intérêts de la HAS publié le 09 mars 2023.

Après analyse, la décision est rendue le plus tôt possible (sans dépasser un mois après réception de la déclaration, avec possibilité de prolonger ce délai de 15 jours supplémentaires si un complément d'informations est nécessaire) afin que des mesures soient prises, le cas échéant, pour éviter ou gérer le conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent. Dans ce cas, le comité éthique de la faculté notifie au sujet ayant effectué la déclaration et au doyen de la faculté par e-mail la décision, tout en explicitant les mesures de remédiation nécessaires.

La personne ayant fait une déclaration peut demander une révision du traitement de cette déclaration et des mesures exigées. La demande de révision est transmise, par écrit, au doyen, qui la soumet au comité de direction de la faculté pour révision. La décision du comité de direction est finale et sans appel.

Les déclarations d'intérêts sont conservées dans le dossier administratif de l'enseignant ou de l'agent. En cas de décision, celle-ci est conservée également dans le dossier de l'agent.



2. Procédure de signalement et traitement

Des signalements de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent peuvent provenir de diverses sources, de l'intérieur comme de l'extérieur de la faculté. Ils peuvent être fondés ou erronés. Quelles qu'en soient la source ou l'exactitude, les signalements doivent être traités avec diligence et dans le respect des droits des personnes concernées.

Un signalement doit être signé, doit identifier la personne visée et contenir suffisamment de faits à l'égard du conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent reproché pour en permettre l'évaluation et doit être accompagné, le cas échéant, des documents pertinents. Il est effectué par dépôt du formulaire (Annexe 3) dument rempli et dans une enveloppe fermée au nom du président du comité éthique de la FMS. Le dépôt se fera au bureau d'ordre de la faculté, et le formulaire est acheminé par voie administrative au président du comité.

Le comité éthique dispose d'un délai de 30 jours à partir du dépôt de la déclaration pour l'analyser.

Un signalement fait de façon anonyme sera examiné seulement s'il est accompagné de renseignements suffisants pour en permettre l'évaluation ainsi que des faits et des preuves sur lesquels il est fondé, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir des renseignements supplémentaires de la part de la personne ayant déposé le signalement.

2.1 Personnes autorisées à analyser le signalement

Tout signalement, quelle que soit l'identité du déclarant est traitée par le comité éthique de la FMS.

2.2 Traitement du signalement

Sur réception du signalement, le président du comité éthique l'examine sommairement afin d'écarter immédiatement tout signalement futile, abusif, de mauvaise foi ou manifestement mal fondé ou autrement irrecevable en vertu de la présente procédure.

Si le signalement est jugé irrecevable, la personne qui a fait le signalement en est informée par écrit par e-mail.

Si le signalement est jugé recevable, le président du comité éthique de la FMS informe la personne visée par le signalement de son contenu et du fait qu'une analyse préliminaire est en cours. Il s'assure de donner à cette personne l'occasion de présenter ses observations dans le cadre de cette analyse lors de la réunion du comité éthique. On s'assure également, que l'identité de la personne ayant déposé le signalement ne soit pas divulguée sans son consentement.

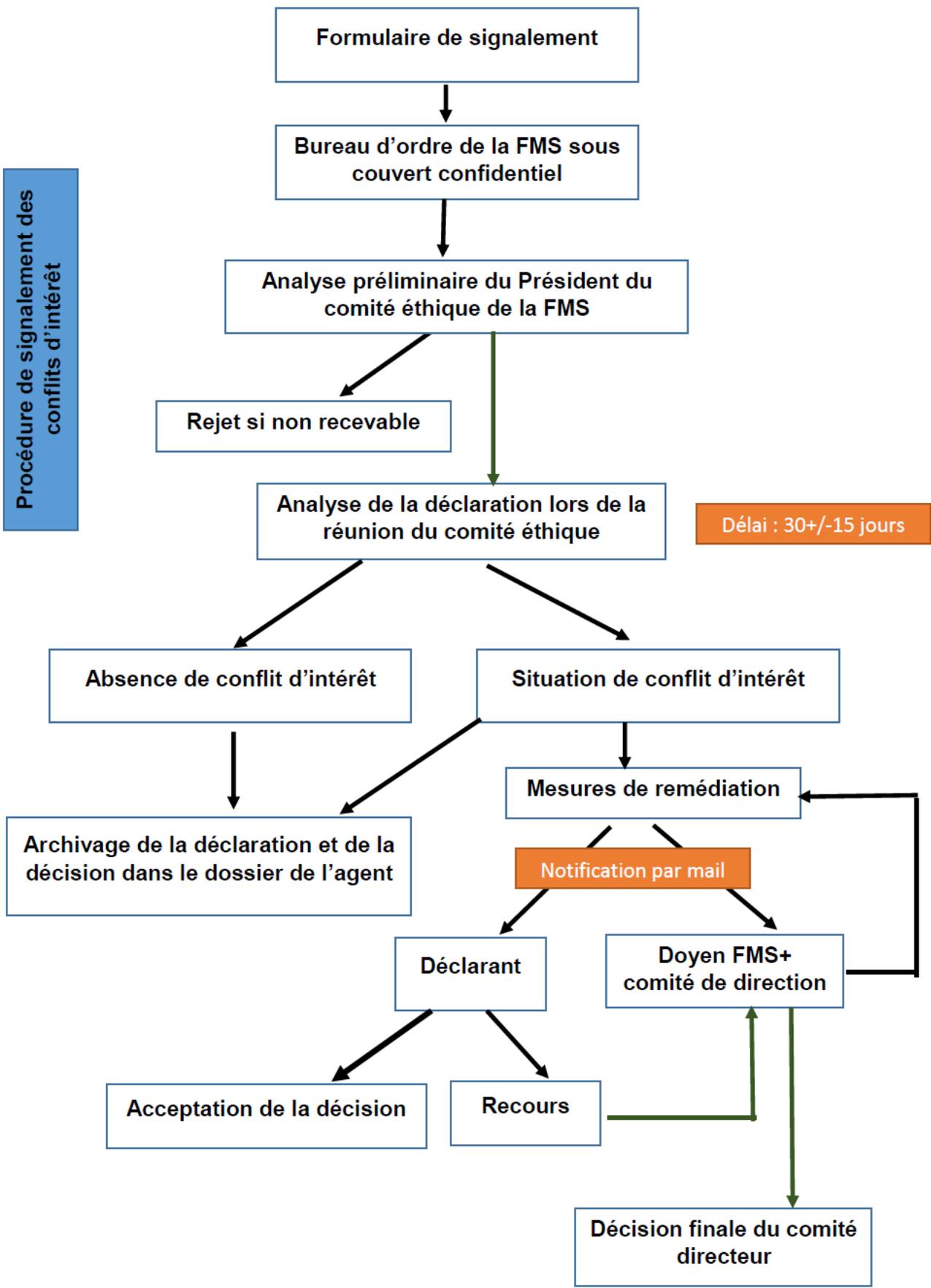
Le comité éthique de la FMS traite et définit des mesures appropriées prises, notamment en vue de résoudre le conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent, le cas échéant. Dans cette analyse, les membres du comité éthique de la faculté se réfèrent au Guide de Déclarations d'intérêts et gestion des conflits d'intérêts de la HAS publié le 09 mars 2023.

Après analyse, la décision est rendue le plus tôt possible (sans dépasser un mois après réception de la déclaration, avec possibilité de prolonger ce délai de 15 jours supplémentaires si un complément d'informations est nécessaire) afin que des mesures soient prises, le cas échéant, pour éviter ou gérer le conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent. Dans ce cas, le comité éthique de la faculté notifie au sujet ayant effectué le signalement, la personne objet du signalement et au doyen de la faculté par e-mail la décision, tout en explicitant les mesures de remédiation nécessaires.

La personne ayant fait l'objet d'un signalement peut demander une révision du traitement de ce signalement et des mesures exigées. La demande de révision est transmise, par écrit, au doyen, qui la soumet au comité de direction de la faculté pour révision. La décision du comité de direction est finale et sans appel.

Les signalements et les décisions sont conservées dans les archives du comité éthique de la FMS.

Procédure de signalement des conflits d'intérêt



3. Mesures et sanctions en situation de non-conformité

Si la personne ayant fait une déclaration ou ayant fait l'objet d'un signalement refuse de se conformer aux mesures exigées dans la décision finale, la faculté applique des mesures correctives ou les sanctions appropriées, dans le respect des politiques et règlements.

4. Responsabilité

Le membre du comité de direction de la faculté de qui relève le Service des ressources humaines et celui de qui relève la recherche sont responsables de la diffusion, de l'application et de la mise à jour de la présente procédure, ainsi que des outils visant son application.



ANNEXE 1
Déclaration de conflit d'intérêts

Déclarante ou déclarant : _____

Fonction administrative : _____

Email/tel _____

Date : _____

Je dépose (cocher la case appropriée) :

une déclaration de conflit d'intérêts.

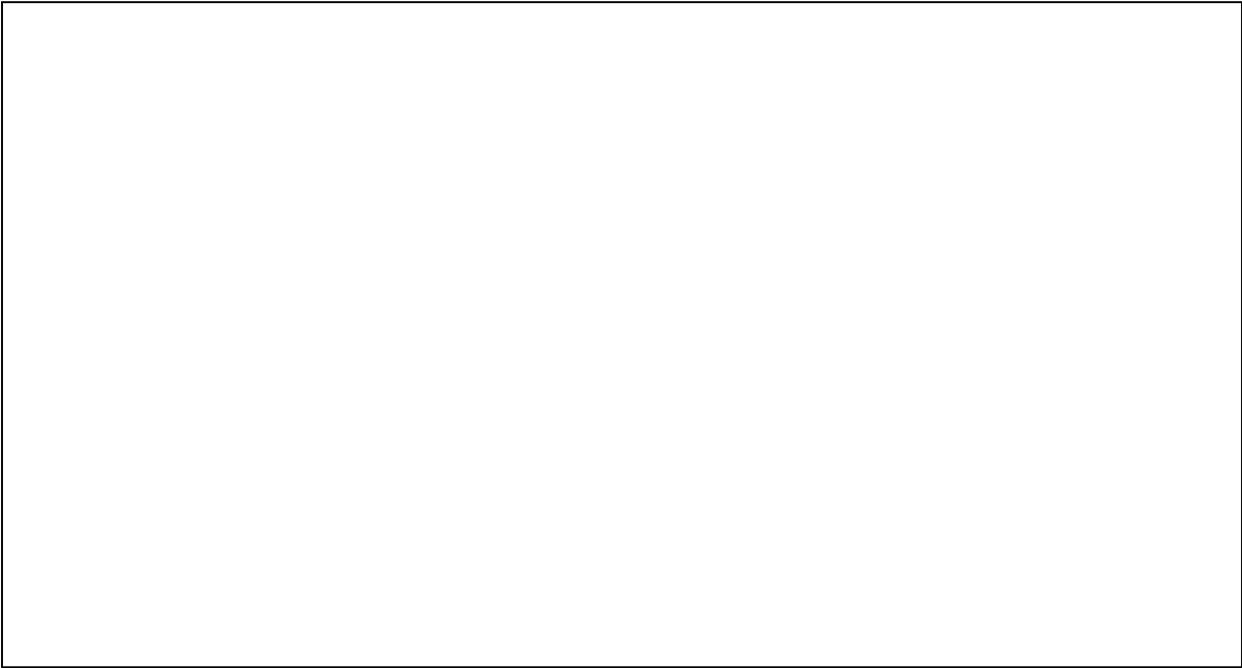
une mise à jour d'une déclaration de conflit d'intérêts déposée le _____

J'estime être en situation de conflit d'intérêts :

Réel Potentiel Apparent

Je désire déclarer l'absence de conflit d'intérêts.

Je, soussigné(e), déclare ce qui précède, pour les motifs suivants (si nécessaire, joindre des pages supplémentaires à ce formulaire) :



Signature de la personne proche

Année, mois, jour

Nom en lettres moulées

J'ai lu la *Politique sur les conflits d'intérêts*. Je comprends que les informations fournies dans la présente déclaration de conflit d'intérêts sont requises à des fins d'application de cette politique. Je consens donc à leur utilisation. Si, postérieurement à la présente déclaration, les circonstances changent et requièrent des réponses différentes, je m'engage à soumettre une déclaration révisée.

Signature de la personne déclarante

Année, mois, jour

Nom en lettres moulées

Le présent formulaire doit être déposé auprès du bureau d'ordre de la faculté de médecine.

DÉCISION RELATIVE À LA DÉCLARATION

Nous, soussigné(e)s

et

*Nom en lettres moulées*_____
Nom en lettres moulées

déclarons avoir pris connaissance de la présente déclaration de conflit d'intérêts en vertu de la [Politique sur les conflits d'intérêts](#).

À notre avis :**les faits décrits ne constituent pas une situation de conflit d'intérêts.****les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts réel.****les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts potentiel.****les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts apparent.**

Les mesures suivantes devraient être prises pour gérer cette situation (si nécessaire, joindre des pages supplémentaires à ce formulaire) :

*Signature*_____
*Année, mois, jour*_____
*Signature*_____
Année, mois, jour

DECLARATION D'INTERETS (1) (du patrimoine)

(Modèle règlementaire disponible sur le site de l'instance nationale de lutte contre la corruption l'INLUCC

[\(https://inlucc.tn/language/fr/declaration-des-biens-et-des-interets/\)](https://inlucc.tn/language/fr/declaration-des-biens-et-des-interets/)

Je soussigné(e)

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, 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/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

- d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées).....
- de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : (préciser l'intitulé).....
- de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....
- autre : (préciser)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa

tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)

Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)

Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

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

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultat if)/mois/ann ée)	Fin (jour(facultat if)/mois/ann ée)
		<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. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultat if)/mois/ann ée)	Fin (jour(facultat if)/mois/ann ée)
			<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. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)

			<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
			<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

			<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
--	--	--	--	---	--	--	--

2.3.2 Autres travaux scientifiques

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/a nnée)	Fin (jour(facultatif)/mois/an née)
		<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)			
--	--	--	--	--	--

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

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

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
		<input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

		<input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		<input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.4.2 Intervention(s)

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

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant (<i>société, association</i>)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (<i>jour(facultatif)/mois/année</i>)	Fin (<i>jour(facultatif)/mois/année</i>)
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <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 déclarant <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 déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

2.5. Invention ou détention 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit...	Structure qui met à disposition le brevet, produit...	Perception intéressément	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
		<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <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 déclarant <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 déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

3. Direction d'activités 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) 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.

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Début <i>(jour(facultatif)/ mois/année)</i>	Fin <i>(jour(facultatif)/ mois/année)</i>	Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure

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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

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

Actuellement :

Structure concernée	Type d'investissement	Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

5. Proches parents ayant des activités ou 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

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

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)	Organismes concernés	Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes	Actionnariat Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital (Le montant est à indiquer au tableau A)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer

Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription)	Début <i>(jour(facultatif)/mois/année)</i>	Fin <i>(jour(facultatif)/mois/année)</i>

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

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

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début <i>(jour(facultatif)/mois/année)</i>	Fin <i>(jour(facultatif)/mois/année)</i>

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

Organisme	Lien de parenté	Activités (le cas échéant)			Actionnariat (le cas échéant) - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5000 euros ou à 5% du capital
		Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Début <i>(jour(facultatif)/mois/année)</i>	Fin <i>(jour(facultatif)/mois/année)</i>	

Date :

ANNEXE 3

Signalement d'un conflit d'intérêts

Avant de remplir ce formulaire de signalement, veuillez lire attentivement la [Politique sur les conflits d'intérêts](#).

Nom de la personne qui fait le signalement :	
Lien avec la personne visée par le signalement :	
Fonction administrative de la personne qui a fait le signalement :	
Email/ Téléphone :	
Date :	
Personne visée par le signalement :	
Fonction administrative :	
Email/ Téléphone (si possible) :	

Je, soussigné(e), signale ce qui suit :

J'estime que la personne dont le nom apparaît ci-haut est possiblement en situation de conflit d'intérêts:

Réel Potentiel Apparent

en regard de la *Politique sur les conflits d'intérêts* pour les motifs suivants : (si nécessaire, joindre des pages supplémentaires à ce formulaire).

J'ai lu la *Politique sur les conflits d'intérêts*. Je comprends que les informations fournies dans le présent signalement sont requises à des fins d'application de cette politique et que les renseignements personnels qu'il contient sont protégés. Je consens donc à leur utilisation.

Signature

Année, mois, jour

**CONSENTEMENT DE DIVULGATION DE L'IDENTITÉ DE LA
PERSONNE QUI FAIT LE SIGNALEMENT**

Je consens à ce que mon identité soit divulguée à la personne visée par le signalement.

Oui

Non

Signature

Année, mois, jour

Le présent formulaire doit être déposé au
d'ordre de la faculté de médecine.

DÉCISION RELATIVE AU SIGNALEMENT

Nous, soussigné(e)s

Et

Nom en lettres moulées

Nom en lettres moulées

déclarons avoir pris connaissance du présent signalement de conflit d'intérêts en vertu de la [Politique sur les conflits d'intérêts](#).

À notre avis :

- les faits décrits ne constituent pas une situation de conflit d'intérêts.**
- les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts réel.**
- les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts potentiel.**
- les faits décrits constituent une situation de conflit d'intérêts apparent.**

Les mesures suivantes devraient être prises pour gérer cette situation : (si nécessaire, joindre des pages supplémentaires à ce formulaire)

Signature

Année, mois, jour

Signature

Année, mois, jour