**DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)**

**Arrêté du 5 juillet 2012 portant fixation du document type de la déclaration publique d'intérêts mentionnée à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique**

**Je soussigné(e) GEORGES ANDREU**

**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 l'InVS**

☒ **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 l'InVS**

COMITE PILOTAGE SURVEILLANCE DES DONNEURS DE SANG

☐ **De personne invitée à apporter mon expertise à l'InVS**

☐ **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 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.

**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 : dpi-support@invs.sante.fr.**

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'institution ou des institutions mentionnées dans la déclaration et/ou sur le site du ministère chargé de la santé.

# 1. Votre activité principale

## 1.1 Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

☒ **Autre (activité bénévole, retraité, ...)**

| Activité | Lieu d'exercice | Début | Fin |
|---|---|---|---|
| retraité | Fontenay 76290 | 07/2013 | |

☐ **Activité salariée**

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

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

☐ **Activité libérale**

☐ **Autre (activité bénévole, retraité, ...)**

☒ **Activité salariée**

| Employeur principal | Adresse de l'employeur | Fonction occupée dans l'organisme | Début | Fin |
|---|---|---|---|---|
| INTITUT NATIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINE | 6 rue Alexandre Cabanel 75015 Paris | Chargé de mission auprès du Président | 12/2006 | 06/2013 |

## 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'InVS

*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'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

## 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'InVS

*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.*

☒ **Actuellement ou au cours des 5 années précédentes**

| Organisme (société, établissement, association) | Fonction occupée dans l'organisme | Rémunération | Début | Fin |
|---|---|---|---|---|
| FRESENIUS | Membre d'un comité consultatif d'experts | Au déclarant | 01/2011 | 11/2012 |
| CANADIAN BLOOD SERVICE | Membre du comité scientifique | Aucune | 03/2011 | |
| AGENCE NATIONATLE DE SECURITE DU MEDICAMENT | Membre du groupe d'experts PSL | Au déclarant | 09/2012 | |
| AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT | Membre du groupe d'experts receveurs de produits d'origine humaine | Aucune | 09/2012 | |
| HAUTE AUTORITE DE SANTE | membre du groupe de rédaction RBP transfusion de globules rouges | Au déclarant | 09/2012 | |
| HAUTE AUTORITE DE SANTE | membre du goupe de rédaction RBP transfusion de plaquettes | Aucune | 09/2013 | |
| HEMA-QUEBEC | Membre du comité pour la sécurité | Aucune | 03/1993 | |

## 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'InVS

*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.*

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

## 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'InVS

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

## 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'InVS

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

## 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'InVS

*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**

## 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'InVS

*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).*

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

## 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'InVS

*Les personnes concernées sont :*

*- le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(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**

## 6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l’InVS

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

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

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

☐ **Je n'ai renseigné aucun item après la section 1.**

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

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

Fait à Fontenay
Le 08/01/2015

*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'InVS. L'InVS est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'InVS.

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 : dpi-support@invs.sante.fr