INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Observer, surveiller, alerter

FORMULAIRE DE DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

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

Je soussigné(e) Catherine QUANTIN

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, l**es 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 l'InVS**

X de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'InVS [veuillez préciser le(s) nom(s) de la (des) instance (s) …] :

Conseil scientifique de l'InVS

☐ **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'InVS 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.

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'InVS et/ou sur le site du ministère chargé de la santé

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)*

XActivité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
CHU Dijon et Université de Bourgogne (Faculté de Médecine)	Boulevard Jeanne d'Arc – 21034 DIJON CEDEX	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier	Sept 1998	Sept 2012

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**

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)*

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.

☐ **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 occupée dans l'organisme	Rémunération (montant à porter au tableau A.1)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Réseau Périnatal de Bourgogne	Responsable de la base de données	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2000	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être 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.

☐ **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 à porter au tableau A.2)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Centre d'accès sécurisé aux données confidentielles de la statistique publique	Membre du conseil scientifique	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	Sept 2012	/
DREES	Collaboration pour les indicateurs PERISTAT (convention avec le CHU)	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……	Sept 2012	/
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) …… ……		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être 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.

☐ **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)*	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques : précisez :	Rémunération (montant à porter au tableau A.3)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
INCA (Institut National du Cancer)	*Étude des trajectoires de prise en charge des cancers dans la région Bourgogne (TRAJCAN)*	néant	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) 374701 € Versement au CHU de Dijon	Août 2010	Août 2013
PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) Inter-régional	*Méthodologie d'évaluation du risque en pharmaco épidémiologie vaccinale du jeune enfant.*	néant	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) 170000 € Versement au CHU de Dijon	Février 2009	Février 2011
ANR (Agence Nationale de la Recherche)	*Méthodes d'Estimation de la Survie Relative (MESURE).*	néant	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☒ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) **378 000 € université de la méditerranée Aix-Marseille** versement au CHU de Dijon	Octobre 2009	Octobre 2012

ANR (Agence Nationale de la Recherche)	*Méthodologie d'évaluation du risque en pharmaco épidémiologie vaccinale (METHO VIRAC)*	néant	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☒ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) 119912 € (part pour l'équipe de Dijon) CHU de Dijon	Février 2011	Février 2014
PHRC National	*Evaluation de la qualité métrologique des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant les Accidents Vasculaires Cérébraux.*	néant	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☒ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) 300 000 € CHU de Dijon	Avril 2011	Avril 2013

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'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	Sujet de l'intervention, le Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplace-ment	Rémunération (montant à porter au tableau A.4)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
DII (development institute international	Paris	Dernières avancées et perspectives du DMP en 2013 : quelle exploitation statistique des données au niveau national ?	X Oui ○ Non	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	13 décembre 2012	14 décembre 2012
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
			○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ 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'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération (montant à porter au tableau A.5)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
Procédure d'identification de données relatives à des individus pour la réalisation de chaînages de ces données	Université de Bourgogne	○ Oui X Non	X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	Avril 2007	Sept 2010
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		
		○ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ 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, 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**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur (*)	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
ABASIM (Association Bourguignonne pour les Applications des Sciences de l'Information en Médecine) En tant que Président		1998	

ABASIM / Financements octroyés par des organismes à but lucratif sur les 5 dernières années

Organismes	2012	%	2011	%	2010	%	2009	%	2008	%
ETAP (Dr. BISSON)	37 638	75%	4 284	100%	12 642	59%	10 992	100%	33 160	81%
ROZAN (Fact 24)		0%		0%	2 448	11%		0%		0%
AVOS CONSULTING		0%		0%	167	1%		0%		0%
SPI BIO SAS		0%		0%	150	1%		0%		0%
CAZLO ERBA		0%		0%	500	2%		0%		0%
SAS IP SANTE		0%		0%	300	1%		0%		0%
ING BELGIUM		0%		0%	300	1%		0%		0%
CLINI SCIENCES		0%		0%	300	1%		0%		0%
ADCEF		0%		0%	1 500	7%		0%		0%
ROCHE SAS		0%		0%	2 500	12%		0%	7 000	17%
ACCURI CYTOMETERS		0%		0%	300	1%		0%		0%
SEPA SARL SARSTEDT		0%		0%	300	1%		0%		0%
ABBOTT		0%		0%		0%		0%	900	2%
WATER SAS	300	1%		0%		0%		0%		0%
NATURALIA ET BIOLOGIA	1 411	3%		0%		0%		0%		0%
BERTHIN PHARMA	500	1%		0%		0%		0%		0%
CLUB BOURGUIGNON DE RECH…	10 033	20%		0%		0%		0%		0%
		0%		0%		0%		0%		0%
TOTAL	**49 883**	**100%**	**4 284**	**100%**	**21 407**	**100%**	**10 992**	**100%**	**41 060**	**100%**

(*) Le % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et 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'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 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 concernée	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(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.

X **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 (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	

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

Si besoin, au 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 :

Elément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.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 ».

Fait à Dijon

Le 11-09-2012

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.