

**Le Moniteur des pharmacies**  
**Health initiative**

**Comité Scientifique**

**Déclaration publique d'intérêts 2019**

La présente déclaration publique d'intérêt (DPI) a pour objectif d'assurer la transparence nécessaire aux travaux du Comité scientifique du *Moniteur des pharmacies*.

Le Comité scientifique du *Moniteur des pharmacies* est composé de médecins et pharmaciens universitaires ou officinaux, et de professeurs associés. Il a comme vocation de réfléchir aux améliorations à porter sur le contenu des parties scientifiques du journal *Le Moniteur des pharmacies*, et sur les actions de formation proposées par *Le Moniteur des pharmacies*. Le Comité scientifique du *Moniteur des pharmacies* relit le contenu des Cahiers Formation avant parution et propose des modifications le cas échéant.

Je soussigné(e) .....Laurent LEFORT....., membre du Comité scientifique du *Moniteur des pharmacies* accepte de déclarer tout lien d'intérêt direct ou indirect (par personne interposée) avec les entreprises, établissements ou organismes en lien avec l'industrie pharmaceutique.

Je m'engage à actualiser ma DPI si une modification intervenait sur mes liens d'intérêts directs ou indirects.

Les informations recueillies sont informatisées. 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 :

[contact@lemoniteurdespharmacies.fr](mailto:contact@lemoniteurdespharmacies.fr)

Votre déclaration sera publiée sur le site internet du *Moniteur des pharmacies* :

[www.lemoniteurdespharmacies.fr](http://www.lemoniteurdespharmacies.fr)

fait à .....Eutaux....., le 19 01 / 19

Signature



## 1- VOTRE ACTIVITÉ PRINCIPALE

Sur les 5 dernières années

Activité principale	Préciser le type d'activité *	Nom de l'employeur	Date de début	Date de fin (ou « en cours »)
Rédacteur en chef	Salariée	Health Initiata	01/10/96	en cours

\* libérale, salariée, autre (bénévole, retraité)

## 2- VOS AUTRES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

2.1 Activités de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme lié au médicament ou à la santé.				
<p>- Actuellement et dans les 5 dernières années</p> <p>- 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 rapports d'expertise, d'actions de formation.</p>				<input checked="" type="checkbox"/> Néant
Organisme (société, établissement, association)	Nature de la prestation ou sujet/nom du produit, la substance active et l'indication si possible	Rémunération	Date de début	Date de fin
Pharmacie d'officine	Adjoint à temps partiel	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous/Institution	Jan 1996	en cours
2.2 Rédaction d'articles et interventions dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés liés au médicament ou à la santé				
<p>- Actuellement et dans les 5 dernières années</p> <p>- Les interventions sont à déclarer dans la mesure où les frais de déplacement/hébergement sont pris en charge et/ou rémunérées. S'il n'y a pas de prise en charge, ni rémunération, elles sont exclues de la déclaration</p>				<input checked="" type="checkbox"/> Néant
Entreprise ou organisme invitant (société, association...)	Lieu et intitulé de la réunion, le sujet de l'intervention et le nom du produit, la substance active et l'indication si possible	Rémunération	Date de début	Date de fin
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous/Institution		

		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution <input type="radio"/> Vous/Institution		
--	--	---	--	--

### 3. FINANCEMENTS VERSÉS PAR UN ORGANISME À BUT LUCRATIF À DES STRUCTURES DANS LESQUELLES VOUS EXERCEZ UNE RESPONSABILITÉ (VB)

- **Actuellement** et dans les 5 dernières années

- Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration

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...

Néant

Organisme à but lucratif financeur	Objet du versement/ Nature de l'activité financée le cas échéant	Institution bénéficiaire et montant versé par le financeur et part approximative en % de ce montant par rapport au budget de fonctionnement de la structure (telle qu'un laboratoire ou une association)	Date de début	Date de fin

### 4. PROCHES PARENTS SALARIÉS OU POSSÉDANT DES INTÉRÊTS FINANCIERS DANS UNE STRUCTURE EN LIEN AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

- S'ils sont connus, les intérêts financiers actuels  $\geq$  5000 € ou 5% du capital

- Si elles sont connues, les activités exercées actuellement et dans les 5 dernières années

Les personnes concernées sont :

- le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants du conjoint
- les enfants
- les parents (père et mère)

Néant

Proche parent ayant un lien avec les entreprises ou organismes en lien avec le médicament	Nom de l'entreprise ou de l'organisme	Période concernée

Fait à .....

Le .....

Signature

