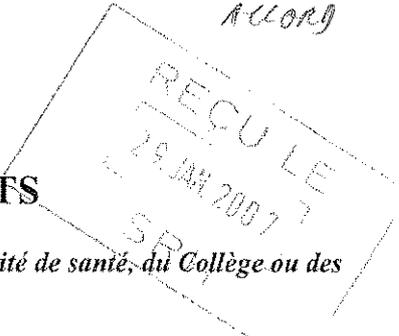


André
GRIMALDI
16/6/07



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

N 5
Pour
ACCORD
MD
Tine



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

à remplir par toute personne collaborant aux travaux de la Haute Autorité de santé, du Collège ou des commissions spécialisées, les experts

En application des articles L.161-44 et R.161-85 du code de la sécurité sociale, les personnes collaborant occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité de santé (HAS), les experts mentionnés à l'article L.1414-4 du code de la santé publique, les personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées de la Haute Autorité et les membres des commissions spécialisées ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal (délit de prise illégale d'intérêts puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende)¹, traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect.

Ces personnes adressent au président du collège, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration d'intérêts mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence de la HAS, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Afin de faciliter cette déclaration d'intérêts, la HAS a élaboré le présent formulaire (une notice explicative est disponible sur le site de la HAS pour vous aider, le cas échéant, à remplir votre déclaration).

En cas de manquement à ces dispositions, le collège statuant à la majorité de ses membres peut mettre fin à leurs fonctions.

La présente déclaration d'intérêts a pour objectif la prévention des conflits d'intérêts au sein de la Haute Autorité de santé. Elle est rendue publique. Elle doit être actualisée, à votre initiative, dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués avec le secteur considéré.

Je soussigné(e) Dr André Grimaldi

Fonctions auprès de la HAS : Président du Collège de la HAS

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence de la Haute Autorité de santé ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs.

1. Renseignements administratifs

1.1. Activité professionnelle principale

..... Chef de service de Médecinologie - Centre Hospitalier

¹ Le délit de prise illégale d'intérêts a un aspect essentiellement préventif, il fait obstacle à ce qu'une personne exerçant une mission de service public se place dans une situation où son propre intérêt entre en conflit avec l'intérêt général dont elle a la charge.

2.2.3 Interventions ponctuelles : essais cliniques et travaux scientifiques

SANOFI	Etude Alcanin
<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature des essais ou des travaux scientifiques</i>
	<i>Nom du produit (le cas échéant)</i>
	<i>Préciser si investigateur principal ou coordinateur</i>

2.2.4 Intervention(s) ponctuelle(s) : rapports d'expertise

/	/
<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature des essais ou travaux scientifiques</i>
	<i>Nom du produit (le cas échéant)</i>

2.2.5 Intervention(s) ponctuelle(s) : activités de conseil

- GSK	
- MSD	
- Novartis	
+ SANOFI	
<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Nature de l'activité de conseil</i>
	<i>Nom du produit (le cas échéant)</i>

2.2.6 Intervention(s) ponctuelle(s) : conférences, colloques, actions de formation

- GSK	- Stratégie Milet Lys 2
- MSD	- HTA
- Novartis	- Stratégie Milet Lys 2
- Lilly	- Stratégie Milet Lys 2
- Metanica	- Programme Interdisciplinaire
<i>Firme, société, organisme</i>	<i>Sujet des conférences, colloques ou actions de formation</i>
	<i>Nom du produit (le cas échéant)</i>
	<i>Intervenant ou invité</i>

2.2.7 Autres

Firme, société, organisme

*Nature de l'activité
Nom du produit (le cas échéant)*

2.3 Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une institution (par exemple, établissement de santé, université, association) dont dépend le déclarant ou dont il est responsable

Firme, société, organisme

Nature de l'activité

Institution bénéficiaire du versement

2.4 Autre(s) lien(s) sans rémunération

2.4.1 Lien de parenté avec les entreprises visées ci-dessus

Firme, société, organisme

Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur.

2.4.2 Autres

3. Pas d'intérêt à déclarer

Je ne suis pas en situation d'intérêt particulier

Je soussigné(e), Dr. Anne G. M. A. J. déclare par la présente que tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'indépendance dont je dois faire preuve dans le cadre de mes fonctions au sein de la Haute Autorité de santé sont énumérés ci-dessus.

Je m'engage, en outre, si je devais acquérir ou détenir des intérêts autres que ceux mentionnés ci-dessus, à les déclarer.

Fait à Paris le 16.1.07 Signature :