



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

***Pour :***

***- les membres des commissions spécialisées,***

***- les membres du comité de validation des recommandations de bonne pratique,***

***- les experts,***

***- toute personne qui collabore occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité de santé, ou qui apporte son concours au Collège ou aux commissions spécialisées***

En application du code de la sécurité sociale, ces personnes ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal (délit de prise illégale d'intérêts), traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect (code de la sécurité sociale, articles L.161-44, R.161-85 et R.161-86).

Ces personnes adressent au Président du Collège, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration publique d'intérêts mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits ou les activités entrent dans le champ de compétence de la HAS, les organismes professionnels 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.

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 sur le site Internet de la HAS** à l'exclusion de la rubrique « coordonnées du déclarant » et de certaines mentions relatives aux proches parents.

**Les déclarations publiques d'intérêts (DPI) doivent être actualisées chaque année, à l'initiative des déclarants, et en tout état de cause dès qu'un fait nouveau intervient dans leur situation professionnelle ou personnelle.**

La non-actualisation de la déclaration d'intérêts est susceptible d'entraîner l'exclusion du membre ou de l'expert.

Je soussigné(e) **Jean-Arthur MICOULAUD-Franchi**.....

- membre d'un comité, d'une commission et/ou d'un groupe permanent de la HAS**

**Précisez le(s)quel(s)**.....

- collaborateur occasionnel**

membre d'un comité, précisez lequel.....

chargé de projet, précisez le cas échéant le groupe de travail.....

président d'un groupe de travail, précisez lequel.....

membre d'un groupe de travail, précisez lequel

expert rapporteur, précisez le domaine .....

expert-évaluateur / rapporteur de projet de recherche.....

- autre (à préciser)      **contributeur au groupe de travail SFMT / MEDSUBHYP**  
**« Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge en santé au travail des salariés exposés au risque hyperbare »**

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

**Si j'envisage une évolution de ma situation au cours de la durée prévue des travaux auxquels je suis invité à participer, et par conséquent la création de nouveaux liens d'intérêts, je m'engage :**

- **soit à le mentionner à la rubrique 7 (page 9) de la présente DPI ;**
- **soit à en informer de vive voix la HAS afin qu'elle soit en mesure d'apprécier l'existence d'éventuels conflits d'intérêts. Je m'engage ensuite à actualiser ma DPI en conséquence, dès que ma situation évoluera ;**
- **soit à renoncer à participer aux travaux pour lesquels je suis sollicité.**

**Attention : si vous ne renseignez pas certains items, c'est que vous n'avez aucun lien à déclarer.**

## 1. Votre activité principale

**Activité libérale**

Précisez l'activité et le lieu d'exercice.....

**Activité salariée**

remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal (Etablissement, société, organisme, association)	Adresse de l'employeur	Position dans la structure	Période concernée
CHU de Bordeaux	Place Amélie Raba-Leon, 33076 Bordeaux	Médecin (CCA)	Nov 2014-Nov 2016

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

Précisez.....

## 2. Vos autres activités professionnelles

### 2.1. Vous êtes (ou avez été) dirigeant, associé, ou participez (ou avez participé) à une instance dirigeante d'une structure entrant dans le champ de compétences de la HAS

*Sont concernés les établissements de santé, les entreprises, les organismes de conseil intervenant dans les secteurs de santé, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, collèges de bonne pratique...).*

**Actuellement ou au cours des 3 années précédentes**

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité	Rémunération	Période concernée
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous <sup>1</sup></li> <li>◦ Institution <sup>2</sup></li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous</li> <li>◦ Institution</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous</li> <li>◦ Institution</li> </ul>	

<sup>1</sup> Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

<sup>2</sup> L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

## 2.2. Vous intervenez (ou êtes intervenu) de manière durable ou ponctuelle auprès d'une structure entrant dans le champ de compétences de la HAS

*Il peut s'agir d'une activité de conseil, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise, d'actions de formations, à la demande d'une entreprise ou d'un organisme à caractère commercial,*

**Actuellement ou au cours des 3 années précédentes**

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité / Sujet / Nom du produit de santé ou du sujet traité	Activité ponctuelle (AP) ou activité régulière (AR) précisez	Rémunération	Période concernée
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ AP</li> <li>◦ AR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous<sup>1</sup></li> <li>◦ Organisme<sup>2</sup></li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ AP</li> <li>◦ AR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous</li> <li>◦ Organisme</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ AP</li> <li>◦ AR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous</li> <li>◦ Organisme</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ AP</li> <li>◦ AR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous</li> <li>◦ Organisme</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ AP</li> <li>◦ AR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aucune</li> <li>◦ Vous</li> <li>◦ Organisme</li> </ul>	

<sup>1</sup> Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

<sup>2</sup> L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

### 2.3. Vous participez (ou avez participé) à des travaux scientifiques

Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques et précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions...etc. Doivent être mentionnées les études à financement privé et les études à financement public (PHRC, STIC).

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Structure (société, établissement, organisme, association)	Domaine et Type d'études	Nom du produit de santé	Votre rôle		Période concernée
			investigateur principal ou investigateur coordonnateur ou expérimentateur principal	co-investigateur ou expérimentateur non principal	

### 2.4. Vous intervenez (ou êtes intervenu) ou assistez (ou avez assisté) à des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses organisés par des entreprises ou organismes à caractère commercial

#### 2.4.1 Interventions dans un cadre promotionnel

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Structure invitante (société, organisme, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention Nom du produit de santé ou du sujet traité	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération	Période concernée
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	

## 2.4.2 Interventions dans un cadre non promotionnel ou simple participation

### Actuellement ou cours de l'année précédente

Structure invitante (société, organisme, association)	Votre rôle (auditeur ou intervenant)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention Nom du produit de santé ou du sujet traité	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération	Période concernée
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	

## 2.5. Vous êtes détenteur d'un brevet

Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle en relation avec le champ de compétence de la HAS.

Structure qui commercialise le brevet	Nature de l'activité et nom du produit breveté	Période concernée

### 3. Vous avez des intérêts financiers dans une structure entrant dans le champ de compétences de la HAS

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)

#### Actuellement

Structure (société, établissement, organisme, association)	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital	Période concernée

### 4. Vous êtes ou avez été responsable d'une institution qui reçoit des financements privés

Sont concernées par cette rubrique :

- les personnes qui font partie des instances dirigeantes d'une structure (conseil d'administration, conseil de surveillance, directoire...)
- les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, association de recherche, association de patients...

(exemple : le montant s'apprécie annuellement, d'une même source ; les versements peuvent prendre la forme de subventions pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versement en nature ou en numéraires, matériels, taxes d'apprentissage, divers...)

#### Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Structure bénéficiaire	Origine du financement	% du versement au regard du budget de l'institution	Objet du versement	Année(s) de versement

## 5. Vous exercez des fonctions à responsabilité dans une association de patients ou d'usagers

---

*Sont concernées par cette rubrique le Président, les membres du Conseil d'administration, le trésorier, le Président du Conseil scientifique et le directeur scientifique*

### Actuellement

Association	Objet	Fonction occupée	Période concernée



## 6. Vous avez des proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure entrant dans le champ de compétences de la HAS

Conjoint [époux(se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], ascendants ou descendants jusqu'au second degré, collatéraux immédiats y compris leur conjoint. Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné.

Actuellement

**Pour des raisons de protection de la vie privée, le tableau ci-dessous ne sera pas publié**

Structure (société, organisme, association)	Salariat	Actionnariat		Lien de parenté (conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beau-père, belle-mère)	Période concernée
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité et/ou dont l'activité est en relation avec un produit de santé)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital		

**Seul sera publié le tableau ci-dessous que vous devez impérativement renseigner**

	Entreprises, établissements ou organismes concernés
Le déclarant a un ou plusieurs proche(s) parent(s) ayant un lien avec les entreprises, établissements ou organismes suivants	

## 7. Autres éléments ou faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance de la HAS

---

*Autres éléments ou faits susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à votre indépendance.*

*Exemple : consultation pour un laboratoire pharmaceutique qui débutera après le démarrage des travaux pour lesquels la HAS vous a sollicité.*

**Actuellement, au cours des 3 années précédentes, ou dans un futur proche**

Élément ou fait concerné	Commentaire	Période concernée

*Pour des raisons de protection de la vie privée, la rubrique ci-dessous ne sera pas publiée.*

### **Coordonnées du déclarant**

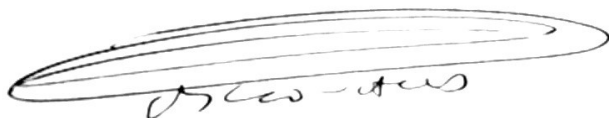
<b>Employeur principal</b>	CHU de Bordeaux
<b>Adresse professionnelle</b>	Place Amélie Raba-Leon, 33076 Bordeaux
<b>Adresse personnelle</b>	Res Palladine 3, 50 rue Nicot, 33000 Bordeaux
<b>Téléphone professionnel</b>	
<b>Téléphone personnel</b>	06 22 36 40 19
<b>Télécopie</b>	
<b>Adresse électronique</b>	jarthur.micoulaud@gmail.com

Pendant toute la durée des travaux pour lesquels la HAS m'a sollicité, je m'engage à actualiser sans délai ma DPI en cas de modification des liens d'intérêts déclarés ci-dessus ou du fait de l'acquisition d'intérêts supplémentaires.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me déporter si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

Fait à BORDEAUX.....

Le 07/09/15.....



*Signature obligatoire*

**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.web@has-sante.fr](mailto:contact.web@has-sante.fr)**