

## Déclaration publique d'intérêts

---

Je soussigné(e) Anne-Sophie Debue

**Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des dernières cinq années, 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 la SRLF au sein de laquelle j'exerce mes fonctions de membre ou mes missions dans le cadre des commission(s), formations(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise..**

Le fait pour un membre de la SRLF omettant sciemment 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 pourra être suspendu de ses missions par le conseil d'administration.

**Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :**

Membre d'une commission ou du CA ou Candidat à une commission ou au CA de la SRLF

Expert mandaté

Orateur à une formation

**Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu de vérifier ma DPI au minimum annuellement.**

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise ou de la formation que la SRLF souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise ou à cette formation.

En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de la SRLF. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références, ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date: 01/02/2023



Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, vous trouverez les informations nécessaires et des exemples à l'adresse :

<https://www.srlf.org/srlf/declaration-conflits-dinterets>

La SRLF s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données, effectués à partir du site <https://www.srlf.org/> soient conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés.

Lire nos Mentions Légales et notre politique RGPD.

## 1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années

Aucune activité à déclarer sur les 5 dernières années

Activité(s) salariée(s) ou libérale, autre activité (activité bénévole, retraité...)

Etablissement/Entreprise :	Fonds de Dotation 101
Préciser l'adresse :	11 rue Cacheux, 92100 Boulogne-Billancourt
Service :	Mieux Accompagner
Fonction :	Infirmière-chef de projet
Etablissement/Entreprise :	Fédération Nationale des Infirmiers de Réanimation
Préciser l'adresse :	31 avenue Alexandre Dumas, 13008 Marseille
Service :	Conseil d'Administration
Fonction :	Membre du CA

Ajouter une activité

## 2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation rémunérée à une instance décisionnelle d'un organisme public ou participation rémunérée ou non rémunérée à une instance privée dans le domaine de la santé

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes autres que la SRLF, réseaux de santé, CNPS) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Année : 2 0 2 2 X

Organisme: Panacéa Fonction occupée: Chargée de cours + -

Aucune rémunération  Rémunération cumulée sur l'année

Montant: 900 €  versée à vous-même  versée à un organisme dont vous êtes membre

Année : 2 0 2 1 X

Organisme: Panacéa Fonction occupée: Chargée de cours + -

Aucune rémunération  Rémunération cumulée sur l'année

Montant: 900 €  versée à vous-même  versée à un organisme dont vous êtes membre

Année : 2 0 2 0 X

**Organisme:** Panacéa **Fonction occupée:** Chargée de cours

Aucune rémunération  Rémunération cumulée sur l'année

Montant : 300 €  versée à vous-même  versée à un organisme dont vous êtes membre

Année : 2 0 1 9

**Organisme:** Panacéa **Fonction occupée:** Chargée de cours

Aucune rémunération  Rémunération cumulée sur l'année

Montant : 600 €  versée à vous-même  versée à un organisme dont vous êtes membre

Année : 2 0 1 8

**Organisme:** Panacéa **Fonction occupée:** Chargée de cours

Aucune rémunération  Rémunération cumulée sur l'année

Montant : 600 €  versée à vous-même  versée à un organisme dont vous êtes membre

[Ajouter une année](#)

## 2.2. Activité de **consultant, de conseil ou d'expertise** exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé dans le domaine de la santé

*Sont notamment visés par cette rubrique les activités de conseil (incluant les enquêtes) ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.*

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

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

## 2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés dans le domaine de la santé

**Participation à des études en tant qu'investigateur, premier ou dernier auteur de la publication scientifique ou membre d'un comité de surveillance**

Rôle dans l'étude : Cela vous concerne si vous êtes :

- investigateur principal d'une étude monocentrique,
- investigateur coordinateur d'une étude multicentrique,
- membre d'un comité de surveillance et de suivi,
- premier ou dernier auteur de(s) publication(s).

Si vous êtes premier ou dernier auteur d'une étude ancillaire, merci d'indiquer le financement de l'étude principale si vous le connaissez.

Organisme financeur :

- Indiquez le type de financement public (PHRC...) ou privé.
- Les organismes privés mettant à disposition des produits de santé pour la réalisation du travail scientifique doivent être mentionnés comme financeurs

Montant : indiquez quels ont été les destinataires des financements (vous-même, une association de recherche, votre DRCI...)

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Nom de l'étude ou titre de l'article :

Un autre regard

Année:     Votre rôle dans l'étude :

Organisme financeur :

Pas de financement mais mise à disposition d'un produit de santé  Financement

Montant :  €  versé à vous-même  versé à un organisme dont vous êtes membre  
 DRC

Organisme financeur :

Pas de financement mais mise à disposition d'un produit de santé  Financement

Montant :  €  versé à vous-même  versé à un organisme dont vous êtes membre  
 DRC

[Ajouter une étude](#)

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) rémunérées dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations entrant dans le domaine de la santé

2.4.1 Rédaction d'article(s) rémunéré(s)

Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

**2.4.2 Intervention(s) rémunérées dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations entrant dans le domaine de la santé**

- Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**
- Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

**2.5. Invention ou détention d'un brevet ou toute autre forme de propriété intellectuelle dans le domaine de la santé**

- Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**
- Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

### 3. Direction d'activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dans le domaine de la santé

*Doivent être mentionnées les activités des groupes de recherche, réseaux de recherche, associations de service, organisation de congrès, journées de formation, DU. Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils scientifiques en dehors du cadre d'une société savante.*

*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.*

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

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

### 4. Participations financières dans le capital d'une société intervenant dans le domaine de la santé

*Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue ou en 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'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

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

## 5. Proches parents ayant des activités ou des intérêts financiers dans toute structure intervenant dans le domaine de la santé

Les personnes concernées sont :

- vos parents
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner les activités ou participation financières de vos proches parents, si vous en avez connaissance :

- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5000 euros ou à 5% du capital.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

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

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

## 6. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération.

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

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

Enregistrer