FORMULAIRE DE DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

DU LABORATOIRE DE RECHERCHE OU DU BUREAU D’ÉTUDES

Conformément à l'arrêté du 17 juillet 2017 relatif au référentiel déterminant les critères de confidentialité, d'expertise et d'indépendance pour les laboratoires de recherche et bureaux d’études, ces derniers doivent déclarer leurs intérêts selon le modèle ci-dessous dès lors qu’ils interviennent dans le cadre d'une recherche nécessitant d'accéder aux données du SNDS et commanditée par une structure commercialisant des produits de santé ou exerçant une activité d’assurance.

Laboratoire de recherche

Bureau d’études

Nom : Statut  :

Siège social :

Numéro d’immatriculation au registre du commerce et des sociétés ...............................

Représentée par ........................................................................ en sa qualité de ........................................

Dénomination de la recherche, étude ou évaluation

Nom et coordonnées du responsable de la mise en œuvre du traitement :

Finalité principale du traitement de données à caractère personnel :

Description de l’objet du traitement :

Liste des personnes impliquées dans le cadre de la recherche, de l’étude ou de l’évaluation et organisme d’appartenance

Nom, prénom, organisme d’appartenance :

Nom, prénom, organisme d’appartenance :

Nom, prénom, organisme d’appartenance :

Etc.

**Modèle type de déclaration des intérêts à compléter par le responsable du laboratoire de recherche ou du bureau d’études et par chacune des personnes impliquées dans la recherche, étude ou évaluation**

*Les liens d’intérêts à déclarer ne couvrent pas le lien commercial qui est établi entre le responsable du traitement et le laboratoire de recherche ou bureau d’études dans le cadre de la présente étude, recherche ou évaluation*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne n°1 impliquée dans la mise en œuvre de la recherche, étude ou évaluation** | | |
| **Coordonnées** | | |
| Nom |  | |
| Prénom |  | |
| J’interviens en qualité de responsable/Salarié/Prestataire/autre |  | |
| Rôle dans la mise en œuvre de la recherche, étude ou évaluation |  | |
| **Déclaration des liens d’intérêts en rapport avec l’objet du traitement** | | |
| Vos activités exercées à titre principal au cours des trois dernières années  ☐ *Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique* | **Activité libérale**  *(Précisez l’activité, le lieu d’exercice, les dates de début et de fin)* |  |
| **Activité salariée**  *(Précisez le nom de l’employeur, la fonction exercée, l’adresse de l’employeur, les dates de début et de fin)* |  |
| **Autre** (activité bénévole, autre…)  *(Précisez l’activité, le lieu d’exercice, les dates de début et de fin)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vos activités exercées à titre secondaire au cours des trois dernières années  ☐ *Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique* | **Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d’une entreprise, établissement ou organisme dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de l’objet du traitement dans lequel vous êtes impliqué.**  *(Précisez le nom de l’entreprise, de l’établissement ou de l’organisme, les fonctions occupées, la rémunération /intérêt financier direct ou indirect, les dates de début et de fin)* |  |
| **Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d’expertise auprès d’une entreprise, établissement ou organisme dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de l’objet du traitement dans lequel vous êtes impliqué.**  *(Précisez le nom de l’entreprise, de l’établissement ou de l’organisme, les fonctions occupées, la rémunération/intérêt financier direct ou indirect, les dates de début et de fin)* |  |
| **Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifi- ques et études pour une entreprise, établissement ou organisme dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de l’objet du traitement dans lequel vous êtes impliqué.**  *(Précisez le nom de l’entreprise, de l’établissement ou de l’organisme, le domaine et type de travaux, le nom du produit de santé ou du sujet traité, les fonctions exercées, la rémunération/intérêt financier direct ou indirect, les dates de début et de fin)* |  |
| **Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financière- ment par une entreprise, établissement ou organisme dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de l’objet du traitement dans lequel vous êtes impliqué.**  *(Précisez le nom de l’entreprise, de l’établissement ou de l’organisme, le domaine et type de travaux, le lieu et l’intitulé de la réunion, le sujet de l’intervention, le nom du produit visé, prise en charge des frais de déplacement, la rémuné- ration/ intérêt financier direct ou indirect, les dates de début et de fin)* |  |
|  | **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 d’une entreprise, établissement ou organisme dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de l’objet du traitement dans lequel vous êtes impliqué.**  *(Précisez le nom de l’activité et du brevet, produit…, le nom de la structure qui met à disposition le brevet, produit…, la perception d’un éventuel intéressement, la rémunération/in- térêt financier direct ou indirect, les dates de début et de fin)* |  |
| Les activités que vous dirigez ou avez dirigées durant les trois dernières années et qui ont bénéficié d’un financement par un organisme à but lucratif dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de l’objet du traitement dans lequel vous êtes impliqué.  ☐ Je n’ai pas de lien d’intérêt à déclarer dans cette rubrique | *(Précisez la structure et activités bénéficiaires, l’organisme à but lucratif financeur, les dates de début et de fin)* |  |

|  |
| --- |
| **Attestation d’absence de conflit d’intérêt** |
| J’atteste de l’absence de conflit d’intérêt de toute nature, direct ou par personne interposée, actuel ou sur les trois années précédant la date de soumission de la demande d’autorisation à la Commission nationale de l’informatique et des libertés avec des entreprises, des établissements ou des organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de l’objet du traitement.  Je m’engage à actualiser ma déclaration d’intérêt dès lors qu’une modification interviendrait pendant toute la durée de l’étude, de la recherche ou de l’évaluation.  Fait le .............................................................. à ..................................................................................................................................  Signature : |

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Plateforme des données de santé à des fins de publication par ce dernier.*

*Ces informations sont nécessaires afin de s’assurer du respect des critères de confidentialité, d’expertise et d’indépendance des laboratoires de recherche et bureaux d’études accédant au Système national des données de santé (SNDS), conformément à l’article L. 1461-3 du code de la santé publique.*

*Leur transmission au laboratoire de recherche ou bureau d’études auprès duquel vous collaborez est obligatoire pour qu’il soumette une demande d’autorisation de recherche, étude ou évaluation dans le domaine de la santé à la Plateforme des données de santé.*

*Ces informations sont conservées 10 ans à compter de leur transmission à la Plateforme des données de santé.*

*Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le délégué à la protection des données la Plateforme des données de santé par courriel (dpd@health-data-hub.fr). Vous disposez également du droit d’introduire une réclamation devant la CNIL.*

*Il vous est également possible de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès en vous adressant directement au délégué à la protection des données de la Plateforme des données de santé pour les directives particulières ou à tout prestataire tiers de confiance numérique certifié par la CNIL et inscrit dans un registre unique dont les modalités et l’accès seront fixés par décret en Conseil d’Etat pour les directives générales.*