

**Le Moniteur des Pharmacies**  
**Health initiative**

**Auteurs/Coordinateurs**

## Déclaration publique d'intérêts 2020

La présente déclaration publique d'intérêt (DPI) a pour objectif d'assurer la transparence nécessaire à l'élaboration des contenus des cahiers Formation du *Moniteur des Pharmacies* et des rubriques scientifiques du *Moniteur des Pharmacies* cahier 1.

Les auteurs et coordinateurs des cahiers Formation du *Moniteur des Pharmacies* et des rubriques scientifiques du *Moniteur des Pharmacies* cahier 1 sont des médecins et des pharmaciens qui rédigent le contenu ou en supervisent l'élaboration.

Je soussigné(e) **Mme Florence Piussan** .....collaborant à l'élaboration des cahiers Formation du *Moniteur des Pharmacies* et/ou des rubriques scientifiques du *Moniteur des Pharmacies* (cahier 1) 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.

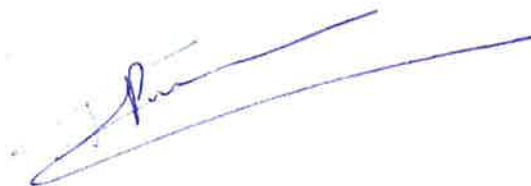
Je m'engage à actualiser ma DPI si une modification intervenait sur mes liens d'intérêts directs ou indirects, et à l'actualiser annuellement même s'il n'y a pas eu de modifications.

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@newsmed.fr](mailto:contact@newsmed.fr)

Votre déclaration sera publiée sur le site internet du Moniteur des Pharmacies [www.lemoniteurdespharmacies.fr](http://www.lemoniteurdespharmacies.fr)

Date ...12/12/2019

Signature ...



## 1 VOTRE ACTIVITE PRINCIPALE

Sur les 5 dernières années

Activité principale	type d'activité : libérale/salariée/ autre (bénévole/retraité)	Nom de l'employeur	Date de début	Date de fin (ou « en cours »)
Pharmacien formateur en CFA	Salariée	ACPPAV Juvisy sur Orge	10/2018	En cours
Pharmacien militaire de réserve	Réserviste	1 <sup>er</sup> Centre Médicale des Armées Paris	06/2018	En cours
Pharmacien Pigiste	Pigiste	Newsmed La Revue Pharma	11/2015 10/2018	En cours
Pharmacien humanitaire	Bénévole	Médecin du Monde	06/2015	En cours

## 2 VOS AUTRES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

<b>2.1 Activités de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme lié au médicament ou à la santé.</b> - Actuellement et dans les 5 dernières années - 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.				<input checked="" type="checkbox"/> <b>Néant</b>
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
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Vous/Institution		
<b>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</b> - Actuellement et dans les 5 dernières années - Les interventions sont à déclarer dans la mesure où les frais de déplacement/hébergement sont pris en charge et/ou rémunérés. S'il n'y a pas de prise en charge, ni rémunération, elles sont exclues de la déclaration				<input checked="" type="checkbox"/> <b>Néant</b>
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="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Vous/Institution		

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

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

Néant

- 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...

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 SALARIES OU POSSEDANT DES INTERETS FINANCIERS DANS UNE STRUCTURE EN LIEN AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Néant

- 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)

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

Fait à Paris

Le 12/12/2019



Signature