DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Je soussigné(e) Dr Catherine GERMAN.....

Fonction auprès de VIDAL : **Responsable du département Rédaction médicale / Aide à la décision thérapeutique**.....

reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien, direct ou indirect, avec les entreprises ou établissements publics et privés dont les produits ou activités entrent dans les domaines suivants : évaluation, commercialisation, promotion et information sur les médicaments, dispositifs médicaux et techniques thérapeutiques diverses, ci-après dénommés « champ de la déclaration d'intérêt », 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 10) de la présente déclaration d'intérêt (DI) ;
- soit à en informer de vive voix VIDAL afin qu'elle soit en mesure d'apprécier l'existence d'éventuels conflits d'intérêts. Je m'engage ensuite à actualiser ma DI en conséquence, dès que ma situation évoluera ;
- soit à renoncer à participer aux travaux pour lesquels je suis sollicité.

VIDAL se réserve la faculté de communiquer tout ou partie des éléments de la présente déclaration d'intérêt à toute personne le sollicitant et de les diffuser sur tout support de son choix édité par ses soins ou avec son accord.

Le fait de ne pas renseigner certains items signifie que vous n'avez aucun lien à déclarer sur ces sujets

1. Votre activité principale

☐ **Activité libérale**
Précisez l'activité et le lieu d'exercice .....

X Activité salariée
remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal (Etablissement, société, organisme, association)	Adresse de l'employeur	Position dans la structure	Période concernée
Société VIDAL	21, rue Camille Desmoulins 92130 Issy-les-Moulineaux	Responsable d'équipe au sein de la Direction des Systèmes d'Information Médicale (N-2)	Depuis le 9 mai 2020 Contrat à durée indéterminée en cours

☐ **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 la déclaration d'intérêt

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
		o Aucune o Vous [1] o Institution [2]	
		o Aucune o Vous o Institution	
		o Aucune o Vous o Institution	

[1] Vous êtes rémunéré par la structure pour cette activité
[2] La structure 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 la déclaration d'intérêt

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 ou non.

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
		o AP o AR	o Aucune o Vous[1] o Organisme[2]	
		o AP o AR	o Aucune o Vous o Organisme	
		o AP o AR	o Aucune o Vous o Organisme	
		o AP o AR	o Aucune o Vous o Organisme	
		o AP o AR	o Aucune o Vous o Organisme	

[1] Vous êtes rémunéré par la structure pour cette activité
[2] La structure 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 intervenant dans le champ de la déclaration d'intérêt

2.4.1 Interventions dans un cadre promotionnel

Actuellement ou 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
			o Oui o Non	o Aucune o Vous o Organisme	
			o Oui o Non	o Aucune o Vous o Organisme	
			o Oui o Non	o Aucune o Vous o 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
	o Auditeur o Intervenant			o Oui o Non	o Aucune o Vous o Organisme	
	o Auditeur o Intervenant			o Oui o Non	o Aucune o Vous o Organisme	
	o Auditeur o Intervenant			o Oui o Non	o Aucune o Vous o Organisme	
	o Auditeur o Intervenant			o Oui o Non	o Aucune o Vous o Organisme	
	o Auditeur o Intervenant			o Oui o Non	o Aucune o Vous o 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 la déclaration d'intérêt

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 la déclaration d'intérêt

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 ou publics exerçant dans le champ de la déclaration d'intérêt

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 la déclaration d'intérêt

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 diffusé

	Salariat	**Actionnariat**			
Structure *(société, organisme, association)*	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	Lien de parenté *(conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beau-père, belle-mère)*	Période concernée

Seul pourra être diffusé le tableau ci-dessous

	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 VIDAL

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 VIDAL vous a sollicité.

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

Elément ou fait concerné	Commentaire	Période concernée

Pendant toute la durée des travaux pour lesquels VIDAL m'a sollicité, je m'engage à actualiser sans délai ma DI 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 Issy-les-Moulineaux .....

Le 26 mars 2025.....

Signature obligatoire