

## CURRICULUM VITAE

<b>ETAT CIVIL</b>
-------------------

MEYER Laurent, né le 23 juillet 1964

Obtention du diplôme du Baccalauréat "section C" en 1982, mention Assez bien.

Adresse personnelle :

4, rue du Temple neuf

67000 Strasbourg

Tel : 03 88 22.46.67

Adresse professionnelle principale :

Centre d'endocrinologie et maladies  
métaboliques, 24, Avenue de la Paix

67000 Strasbourg

Tél. : 03 88 22 01 58

Fax : 03 88 75 12 24

E mail : lmeyer002@rss.fr

Marié, 2 enfants

## TITRES ET FONCTIONS HOSPITALIERS

**FACULTE D'ORIGINE : Nancy**

**INTERNAT C en 1989**

- Service de Médecine Interne orientation gastro-entérologie - C.H.G. Maillot-Briey (Dr BRUCKER), 6 mois.
  
- Service de Cardiologie - C.H.G. Vitry le François (Dr MAYER), 6 mois.
  
- Service de Médecine Interne, Diabétologie, Maladies de la Nutrition - C.H.R. Robert Debré, Reims (Professeur LEUTENEGGER), 18 mois.
  
- Service National (12 mois) dans le service d'Endocrinologie - C.H. Begin St Mandé (Professeur GAUTIER).
  
- Service de Cytogénétique - C.H.R. Maison Blanche, Reims (Dr BAJOLLE), 6 mois.
  
- Service d'Endocrinologie - C.H.R. Maison Blanche (Professeur CARON), 12 mois.
  
- Service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Maladies de la Nutrition  
C.H.U. de Nancy - Hôpital Jeanne d' Arc (Professeur DROUIN), 6 mois (stage inter CHU).

**Assistant Chef de Clinique** : mai 1995-mai 1999 : Service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Maladies de la Nutrition - C.H.U. de Nancy (Professeur DROUIN)

**Praticien attaché des hôpitaux de Nancy** de mai à septembre 1999 au centre d'investigation clinique (CIC-INSERM dirigé par le Professeur DROUIN)

**Praticien Attaché des hôpitaux de Strasbourg**  
depuis octobre 1999

- Service d'endocrinologie du Professeur PINGET : prise en charge des patients traités par pompe à insuline implantée et recherche clinique centrée sur les nouvelles technologies dans le domaine du diabète
- Service de Médecine interne et Nutrition du Professeur SCHLIENGER : prise en charge des patients présentant une obésité sévère ou morbide dans le cadre d'une hospitalisation de jour, responsable du dépistage des troubles du sommeil dans le service, participation aux protocoles de recherche clinique

<b>DIPLOMES UNIVERSITAIRES</b>
--------------------------------

- Diplôme Universitaire Nutrition et Diététique pratique Reims 1993.
- Thèse de Doctorat en Médecine le 17 mai 1994 (Reims).
- Diplôme Universitaire Nutrition NANCY 1996.
- D.E.S. Endocrinologie - Maladies Métaboliques le 27 octobre 1994.  
Coordinateur : Pr REVILLE.
- DESC de Nutrition 1997.
- DEA de Microbiologie, Enzymologie, Nutrition 1997 (Nancy).  
Diminution de la sensibilité à l'insuline au cours de l'obésité : rôle  
des phospholipides membranaires de l'adipocyte.

<b>SOCIETES SAVANTES</b>
--------------------------

- Membre de l'Association des Diabétologues de Langue Française (A.L.F.E.D.I.A.M.).
- Membre de l'Evaluation dans le Diabète du Traitement par Implant Actif (E.V.A.D.I.A.C.)

## RECOMPENSES

- Lauréat du Prix ALFEDIAM SERVIER, 1997.

## TRAVAUX

### PUBLICATIONS PERIODIQUES INTERNATIONALES

- 1) Improvement of HbA1c and blood glucose stability in IDDM patients treated with Lispro insulin analogue in external pumps.

Diabetes care, 1998, 21, 977-982 (impact factor = 4,992)

V. MELKI, E. RENARD, V. LASSMANN-VAGUE, S. BOIVIN, B. GUERCI, H. HANAIRE-BROUTIN, J. BRINGER, P. BELICAR, N. JEANDIDIER, **L. MEYER**, P. BLIN, B. AUGENDRE-FERRANTE, J. P. TAUBER

- 2) Blood glucose control on Sunday in IDDM patients : intensified conventional insulin therapy versus continuous subcutaneous insulin infusion.

Diabetes Res. Clin. Pract., 1998, 40, 175-180 (impact factor = 0,982).

**B. GUERCI, L. MEYER, I. DELBACHIAN, M. KOLOPP, O. ZIEGLER, P. DROUIN**

- 3) Lipoatrophic diabetes mellitus treated by continuous subcutaneous insulin infusion.

Diabetes Metab., 1998, 23, 544-546 (impact factor = 1,464).

**L. MEYER, S. HADJADJ, B. GUERCI, I. DELBACHIAN, O. ZIEGLER, P. DROUIN**

- 4) Comparison of metabolic deterioration between insulin analog and regular insulin after a 5-hour interruption of a continuous subcutaneous insulin infusion in type 1 diabetic patients.

J. Clin. Endocrinol. Metab., 1999, 84- 2673-2678 (impact factor = 5,447).

**B. GUERCI, L. MEYER, A. SALLE, A. CHARRIE, B. DOUSSET, O. ZIEGLER, P. DROUIN**

5) Delayed changes in postprandial lipid in young normolipidemic men after a nocturnal vitamin A oral fat load test.

J. Nutr., 1999, 129, 1649-1655 (impact factor = 2,913).

S. HADJADJ, J.L. PAUL, **L. MEYER**, V. DURLACH, B. VERGES, O. ZIEGLER, P. DROUIN, B. GUERCI

6) Increased ability of LDL from normolipidemic type 2 diabetic women to generate peroxides

Clin. Chem., 1999, 45, 1439-1448 (impact factor = 4,261).

B. GUERCI, H. ANTEBI, **L. MEYER**, V. DURLACH, O. ZIEGLER, J.P. NICOLAS, L.G. ALCINDOR, P. DROUIN

7) Severity of diabetic retinopathy is linked to lipoprotein(a) in type 1 diabetic patients. Diabetes Metab., 1999, 25, 412-418 (impact factor = 1,464).

B. GUERCI, **L. MEYER**, S. SOMMER, J.L. GEORGE, O. ZIEGLER, P. DROUIN, K. ANGIOI-DUPREZ

8) A new missense mutation in the calcium-sensing receptor in familial benign hypercalcemia associated with partial lipomatrophy and insulin resistant diabetes Clin. Endocrinol, 2000, 53, 393-398 (impact factor = 2,922).

C. VIGOUROUX, C. BOURUT, B. GUERCI, O. ZIEGLER, J. MAGRE, J. CAPEAU, **L. MEYER**

9) The benefits of Metformin therapy during continuous subcutaneous insulin infusion treatment of type 1 diabetic patients. Diabetes Care, 2002, 25, 2153-2158 (impact factor = 4,992).

**L. MEYER**, P. BOHME, I. DELBACHIAN, P. LEHERT, N. CUGNARDEY, P. DROUIN, B. GUERCI

10) Metformin and insulin in type 1 diabetes : the first step

Diabetes care, 2003, 26, 1655-1656

**L. MEYER**, B. GUERCI

11) Short-term intensive insulin therapy in insulin-requiring diabetes : effectiveness and factors predicting success.

Diabetes & Metabolism, 1997, 23, 75-79.

**L. MEYER**, H. GRULET, B. GUERCI, A. GROSS, V. DURLACH, M. LEUTENEGGER

12) Protease inhibitors, diabetes mellitus and blood lipids.

**Diabetes & Metabolism, 1999, 24, 547-549**

**L. MEYER, C. RABAUD, O. ZIEGLER, T. MAY, P. DROUIN**

13) Lipoatrophic diabetes mellitus treated by continuous subcutaneous insulin infusion.  
Diabetes & Metabolism, 1998, 23 : 544-546.

**L. MEYER, S. HADJADJ, B. GUERCI, I. DELBACHIAN, O. ZIEGLER, P. DROUIN.**

**14) Adipocyte and erythrocyte plasma membrane phospholipid composition and hyperinsulinemia : a study in nondiabetic and diabetic obese women**

**Int J Obesity, 2000, 24, 1600-1607**

**N. ZEGHARI, M. YOUNSI, L. MEYER, M. DONNER, P. DROUIN and O. ZIEGLER**

**15) Comparison of blood glucose stability and HbA1c between implantable insulin pumps using U400 HOE 21 PH insulin and external pumps using lispro in type 1 diabetic patients : a pilot study**

**Diabetes & Metabolism, 2002, 28 : 133-137**

**B. CATARGI, L. MEYER, V. MELKI, E. RENARD, N. JEANDIDIER for the EVADIAC study group**

16) Increased sensitivity of a new assay for anti-thyroglobulin antibody detection in patients with autoimmune thyroid disease

Clinical Biochemistry, 2003, 36, 611-616

**R. SAPIN, M. d'HERBOMEZ, F. GASSER, L. MEYER, JL. SCHLIENGER**

17) Retrospective study of laparoscopic adjustable silicone gastric banding for the treatment of morbid obesity : results and complications in 127 patients.

Diabetes & Metabolism, 2004, 30, 53-60

L. MEYER, S. ROHR, J. BECKER, A. PRADIGNAC, C. MEYER, JL. SCHLIENGER, C SIMON

18) Gastroplasty : complications and their prevention

Diabetes & Metabolism, 2003, 29, 88-93

JL. SCHLIENGER, L. MEYER, S. ROHR, A. PRADIGNAC, AE. PERRIN, C. MEYER, C. SIMON

<b>ENSEIGNEMENT</b>
---------------------

- Chargé de cours à la faculté de Médecine de Strasbourg depuis 2004 dans le cadre du programme d'enseignement de l'endocrinologie et des maladies métaboliques (DCEM3)
- Enseignant dans le cadre des diplômes universitaires de Podologie depuis 2004 (responsable Professeur Laurence Kessler) et Diabétologie de la faculté de Médecine de Strasbourg depuis 2003 (responsable Professeur Nathalie Jeandidier)
- Enseignant à l'institut de soins infirmiers de la Robertsau (Strasbourg)

### Reuves générales d'enseignement

- Diététique du diabétique.



L. MEYER.

La lettre de l'Institut DANONE, 1996.

- Hyperlipoprotéinémies

L. MEYER, B. GUERCI, P. DROUIN

Enseignement de la nutrition, collège des enseignements de nutrition, 1996,  
TOME .02

- Anomalies des lipoprotéines au cours du diabète non insulino-dépendant :  
données physiopathologiques actuelles.

B. GUERCI, L. MEYER, O. ZIEGLER, P. DROUIN

Médecine thérapeutique 1996.

- L'insuline dans le traitement du diabète de type 2.

L. MEYER, B. GUERCI, O. ZIEGLER, P. DROUIN.

La Revue du Praticien, 1999, 49, 51-55.

- Epuisement de la cellule  $\beta$  au cours du diabète de type 2 : peut-on l'éviter ?

L. MEYER

Revue EQUILIBRE, 1999

- Des perspectives dans les traitements médicamenteux de l'obésité.

O. ZIEGLER, B. GUERCI, L. MEYER, P. DROUIN

Cah. Nutr. Diét., 33, 3, 1998.

# Direction de thèses et mémoires

## Directeur de thèse de médecine générale :

1) Jens Becker (faculté de médecine de Strasbourg), 02.2002

Sujet : Complications chirurgicales des gastroplasties par mise en place d'un anneau ajustable en silicone (Lapband) par voie coelioscopique

Président du jury : Professeur C Meyer (Strasbourg)

2) Jérôme Saugnier (faculté de médecine de Strasbourg), thèse de médecine générale en cours

Sujet : comportement alimentaire et phénotype de l'obésité

## Directeur de thèse de pharmacie :

Anik Sibonhaler (faculté de pharmacie de Strasbourg), 03.2003

Sujet : Intérêt du capteur de glucose sous-cutané (CGMS) dans l'évaluation de l'équilibre glycémique obtenu par différents traitements insuliniques au cours du diabète de type I

Président du jury : Professeur Bareitz (Strasbourg)

## Autres

- Président de l'association des Endocrinologues et diabétologues d'Alsace (ADELA) depuis 2000
- Président du réseau de soins optimisés de l'obésité (RESOO) depuis 2004 (Strasbourg et sa région)
- Orateur invité dans différents symposias :
  - Symposium satellite du congrès de l'ALFEDIAM 2001 (Montpellier) sur le système de mesure du glucose en continu : Les résultats Français  
  
Sujet : Le CGMS, des aspects théoriques aux applications pratiques : l'expérience strasbourgeoise
  - Symposium satellite de l'IDF 2003 (Paris) : Innovative Technologies for Insulin Delivery and Glucose Sensing (Aix en Provence)  
  
Sujet : Hypoglycemia during Type 1 Diabetes treated with intensive insulin therapy : The continuous Glucose Monitoring System (CGMS) experience
  - Journées de l'institut Roche de l'Obésité (JAIRO 2003, Paris)  
Sujet : Obésité et handicap fonctionnel (co-orateur : Docteur RM Javier, Strasbourg)

- Atelier pratique de la société Française d'endocrinologie (SFE 2004, Reims)  
Sujet : Chirurgie de l'obésité (co orateur : Professeur JM Chevallier, Paris)
  
- Réunion Grand Est de la France (Novembre 2005, Metz)  
Sujet : Evolution et perspectives dans la mesure en continu du glucose  
  
Orateurs présents : Pr GUERCI (Nancy), Pr BERTIN (Reims), Pr PINGET (Strasbourg), Dr PENFORNIS (Besançon), Dr BÖHME (Nancy)
  
- Investigateur régulier dans différents protocoles pharmaceutiques (phase 2, 3, 4)

## DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS

Je soussigné(e) Docteur Laurent Meyer.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée 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 l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, la commission, le conseil, le groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

d'agent de [nom de l'institution] .....

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail: ODPC endocrinologie (membre du conseil pédagogique) .....

de personne invitée à apporter mon expertise à .....

autre : préciser .....

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

J'ai connaissance qu'il m'appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts que j'ai déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avvertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et le cas échéant le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, j'ai suis informé du fait que je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant et que je peux exercer ce droit.

# 1. Mon activité principale

## 1.1. Mon activité principale exercée actuellement

### Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Endocrinologue- diabétologue	Centre d'endocrinologie et maladies métaboliques, 24 avenue de la Paix, 67000 Strasbourg	1999	

### • Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

### • Activité salariée

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
CHU Strasbourg		Praticien attaché à temps partiel	1999	

## 1.2. Mes activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1

- **Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

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

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

- **Activité salariée**

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

## 2. Mes activités exercées à titre secondaire

### 2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration ?

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (montant à porter au tableau A.1)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
PR éditions	Rédacteur d'articles d'actualités lipidologiques	<input type="checkbox"/> Aucune <b>Au déclarant</b> <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	2007	
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		



**2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration ?**

*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 la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.*

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

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

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (montant à porter au tableau A.2)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....		

**2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration ?**

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

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

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

Organisme (société, établissement, association)	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou précliniques :  précisez :	Rémunération (montant à porter au tableau A.3)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
			<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
			<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
			<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		

			<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
--	--	--	--	--	--	--

**2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration ?**

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

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, le Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération (montant à porter au tableau A.4)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		

			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		

**2.5. 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration ?**

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

Nature de l'activité et nom du brevet, produit...	Structure qui met à disposition le brevet, produit...	Perception intéressement	Rémunération (montant à porter au tableau A.5)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		

		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		

**3. Activités que je dirige ou j'ai dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration**

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, taxes d'apprentissage...

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration

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

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

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur (*)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)



(\*) Le % de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau C.1

## 5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme, objet de la déclaration

---

Les personnes concernées sont :

- le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants de ce dernier
- les enfants
- les parents (père et mère)

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

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

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des 5 années précédentes :

	Organismes concernés
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants  (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	

## 6. Autres liens d'intérêts que je considère devoir être portés à la connaissance de l'organisme, objet de la déclaration

---

*Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document-type*

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Elément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	Année de début	Année de fin

7. Si je n'ai renseigné aucun item après le 1, je coche la case :   
(signature en dernière page)

---

Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, 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 ».



## 8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1

Organisme	Montant perçu

Tableau A.2

Organisme	Montant perçu

Tableau A.3

Organisme	Montant perçu

--	--

**Tableau A.4**

Entreprise ou organisme	Montant perçu

**Tableau A.5**

Structure	Montant perçu

**Tableau B.1**

Organisme	% du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur

Structure	% de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

**Tableau C.1**


**Tableau D.1**

	<b>Salariat</b>	<b>Actionariat</b>			
Organisme	Fonction et position dans la structure <i>(indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)</i>	Montant si ≥ 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début <i>(mois/année)</i>	Fin <i>(mois/année)</i>


**Tableau E.1**

Élément ou fait concerné	précisez le cas échéant les sommes perçues

Fait à .....

Le .....

*Signature obligatoire*  
(mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et la déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de l'ARS Nord – Pas-de-Calais, dans l'attente de la mise en place d'un site national dédié. L'ARS Nord – Pas-de-Calais est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'ARS Nord – Pas-de-Calais.