

Déclaration Publique d'Intérêt pour IHAB France

Je soussigné(e)....**Marc PILLIOT**

Reconnais avoir pris connaissance de la décision du Conseil d'Administration de IHAB France 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'Association IHAB France au sein de laquelle j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du 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 que l'Association IHAB France.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

le (date) : ...**25/01/2021**

- de membre du Conseil d'Administration
- de membre actif
- d'évaluateur
- de membre d'un groupe de travail
- de membre du comité d'attribution
- 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.

1.1. Votre activité principale exercée actuellement (En noter plusieurs si postes à temps partiel)

ACTIVITÉ LIBERALE

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

ACTIVITÉ SALARIEE

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée	Début	Fin
.				
.				

AUTRE (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
.			
. Pédiatre retraité		Fin 2013	

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des cinq dernières années A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1.

ACTIVITE LIBERALE

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

ACTIVITÉ SALARIEE

Employeur Principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée	Début	Fin
.				
.				

AUTRE (activité bénévole, retraité...)

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

2. Vos 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.

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

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

Organisme (société, association établissement,)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (<i>montant à porter au tableau A.1</i>)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une **activité de consultant, de conseil ou d'expertise ou d'évaluateur** 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 ou au cours des cinq années précédentes :

Organisme (société, association établissement,)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (<i>montant à porter au tableau A 2</i>)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant au Ministère de la Santé	Membre participant aux différentes réunions organisées par le Ministère	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2011	2018
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes 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.

5. Faculté de Médecine de la Timone à Marseille	Faculté DU Allaitement Maternel (1 ^{er} jour)	1. Le monde du bébé et sensorialité du nouveau-né 2. Du 1 ^{er} regard à la 1 ^{ère} tétée 3. AM : freins et déterminants psycho-sociaux	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération au déclarant	Chaque début de novembre depuis 2017 (sauf 2020)	Toujours prévu à l'avenir, chaque année
---	--	--	--	---------------------------	--	---

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 d'intéressement	Rémunération (montant à porter au tableau A.5)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 vous dirigez ou avez 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 cinq années précédentes :

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

(*) Le pourcentage du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1.

4. Participations financières dans le capital d'une société 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.

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

Actuellement :

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.)

Structure concernée	Type d'investissement (*)
.	
.	
.	

(*) Le pourcentage 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 cinq 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. Fonctions et mandats électifs déclarés actuellement

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

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

Fonctions et mandats électifs	Organismes concernés	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
.			
.			
.			

7. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter 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 cinq années précédentes :

Élément ou fait concerné	Commentaires <i>(le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)</i>	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
.			
.			
.			

Article L. 1454-2 du code de la santé publique. " Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées aux 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. "