

## **ANNEXE**

**à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique**

**document-type de la déclaration publique d'intérêts**

**Je soussigné : Dr Josselin Le Bel**

**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, 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.**

**Je renseigne cette déclaration en qualité :**

**X d'agent de : Université Paris Diderot / Faculté de Médecine / Département de Médecine Générale**

**X de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de : membre du conseil d'administration de la Fondation d'Entreprise Sophia Genevrier**

**X de personne invitée à apporter mon expertise à : chargé de mission pour la Haute Autorité de Santé**

**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.**

**Dr Josselin Le Bel**



Il vous appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre 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, votre 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, 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 :  
deontologie@inpes.sante.fr**

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'institution ou des institutions mentionnée(s) dans la déclaration et/ou sur le site du ministère chargé de la santé

# 1. Votre activité principale

## 1.1. Votre activité principale exercée actuellement

### Activité libérale

| Activité            | Lieu d'exercice          | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| Médecin généraliste | 41 rue Ramey Paris 18ème | 10/2009               |                     |
|                     |                          |                       |                     |
|                     |                          |                       |                     |

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

| Activité | Lieu d'exercice | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |

### Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

| Employeur principal      | Adresse de l'employeur  | Fonction occupée dans l'organisme | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|--------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Université Paris Diderot | Université Paris Diderot<br>UFR de Médecine<br>Site Bichat<br>16 rue Henri Huchard<br>75018 Paris | Chef de clinique associé          | 11/2009               |                     |

## 1.2. Vos 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<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |

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

| Activité | Lieu d'exercice | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |

**Activité salariée**

Remplir le tableau ci-dessous

| Employeur principal | Adresse de l'employeur | Fonction occupée<br>dans l'organisme | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(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.

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

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

| Organisme<br>(société, établissement, association) | Fonction occupée dans l'organisme  | Rémunération<br>(montant à porter<br>au tableau A.1)  | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|--|------------------------------------|---|-----------------------|---------------------|
| Fondation d'entreprise<br>SOPHIA Genevrier         | Membre du conseil d'administration | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>..... | 12/2013               |                     |
|  |                                    | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                       |                     |
|  |                                    | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                       |                     |

**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<br>(société, établissement, association) | Fonction occupée dans l'organisme                               | Rémunération<br>(montant à porter au<br>tableau A.2)   | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|--|---|--|-----------------------|---------------------|
| Haute Autorité de Santé                            | Chargé de mission<br>Centre de Ressources en Soins<br>Primaires | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme<br>dont vous être<br>membre ou<br>salarie<br>(preciser)<br>.....<br>..... | 09/2014               |                     |
| Laboratoire Glaxo Smith Kline                      | Consultant  | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme<br>dont vous être<br>membre ou<br>salarie<br>(preciser)<br>.....<br>..... | 06/2010               | 06/2012             |
|  |   | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme<br>dont vous être<br>membre ou<br>salarie<br>(preciser)<br>.....<br>.....            |                       |                     |
|  |   | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme<br>dont vous être<br>membre ou<br>salarie<br>(preciser)<br>.....<br>.....            |                       |                     |

**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 pré-cliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

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

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

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

**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<br>(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) |
|--|--------------------------------|--|---|---|--------------------|------------------|
| Revue Akos Traité de Médecine                              | Article                        | Antibiothérapie pour la femme enceinte et allaitante | <input type="radio"/> Oui<br><input checked="" type="radio"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>..... |                    |                  |
|  |                                |  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non            | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                    |                  |
|  |                                |  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non            | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                    |                  |
|  |                                |  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non            | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                    |                  |



**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**

X 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) |
|---|---|---|---|--------------------|------------------|
| ANTIBIOCLIC                                       | Université Paris Diderot                              | <input type="radio"/> Oui<br><input checked="" type="radio"/> Non | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>..... | 11/2011            |                  |
|   |   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non            | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                    |                  |
|   |   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non            | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                    |                  |
|   |   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non            | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>.....            |                    |                  |

### 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 5 années précédentes :

| Structure et activité bénéficiaires du financement | Organisme à but lucratif financeur (*) | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(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 :**

|  | <b>Organismes concernés</b> |
|--|-----------------------------|
| Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants<br>(Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1) |                             |
|  |                             |
|  |                             |
|  |                             |

## **6. Autres liens d'intérêts que vous considérez 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*

X 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<br>(Le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1) | Année de début | Année de fin |
|--------------------------|---|----------------|--------------|
|                          |   |                |              |
|                          |   |                |              |
|                          |   |                |              |
|                          |   |                |              |

**7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case :**   
**et signez 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 ».