

## 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(e) **Hubert DUCOU LE POINTE** .....

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 (veuillez préciser) au sein de [nom de l'institution] : .....

de personne invitée à apporter mon expertise à **PNDS Malformations pulmonaires congénitales**.....

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.

Il vous appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts 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 avertir 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 : xxxxx

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'institution ou des institutions mentionnées 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 (mois/année)	Fin (mois/année)
PU-PH Chef de service	Hôpital Armand Trousseau	Sept 1998	

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

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

**Activité salariée**

Remplir le tableau ci-dessous

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

## 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 (mois/année)	Fin (mois/année)

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

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

**Activité salariée**

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	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 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)
Association de Recherche en Radiopédiatrie	Président	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2007	
Collégiale des Radiologues de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	Trésorier	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2010	
Société Francophone d'Imagerie Pédiatrique et Périnatale	Président	<input type="checkbox"/> Aucune	2011	2017
Collégiale des Radiologues de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	Secrétaire Général	<input type="checkbox"/> Aucune	2014	2018
ODPC RIM	Trésorier	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2014	
FMC-RIM	Secrétaire Général	<input type="checkbox"/> Aucune	2016	2018
Collégiale des Radiologues de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	Président	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2019	
FMC-RIM	Président	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2019	

**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)
SFR	Membre du groupe Radioprotection	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2007	
Société Européenne de Radiologie	Membre du groupe Radioprotection	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2009	
IRSN-AVIAM	Membre du groupe Information patient Radiodiagnostic	<input type="checkbox"/> Aucune	Depuis 2010	
Guerbet	Modération d'un séminaire organisé par le laboratoire Guerbet lors des Journées Françaises de Radiologie sur le thème « Radioprotection et produit de contraste ».	<input type="checkbox"/> Oui	2016	
ANSM	Expertise produit de contraste	<input type="checkbox"/> Aucune	2016	
Ministère de la Santé du Luxembourg	Consultant « groupe radioprotection »	<input type="checkbox"/> Oui	2016	

### **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.

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 pré-cliniques : précisez :	Rémunération (montant à porter au tableau A.3)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
AP-HP	PHRC national	Ostéome ostéoïde et biphosphonate	<input type="checkbox"/> Co-investigateur	<input type="checkbox"/> Aucune	2016	
AP-HP	PHRC	CTVENPOST- PARTUM	<input type="checkbox"/> Co-investigateur	<input type="checkbox"/> Aucune	2016	
Bordeaux	PHRC	L'IRM dans la mucoviscidose	<input type="checkbox"/> Co-investigateur	<input type="checkbox"/> Aucune	2017	

**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)
ECR	Vienne (Autriche)	Paediatric parenchymal lung disease : what imaging technique to chose ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	Mars 2017	
Journée Technique de la Société Française de Radioprotection	Paris	-Panorama des techniques d'imagerie. - Contrôle de la dose en pédiatrie.	Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Sept 2017	
Journées Françaises de Radiologie	Paris	- Risques connus et nouveautés sur l'injection de gadolinium. - Optimisation de l'exposition des patients en radiologie et scanographie pédiatriques : enquête SFIPP-SFR-IRSN sur les pratiques	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Oct 2017	
SFEN	Paris	Radiodiagnostic et imagerie médicale	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Déc 2017	
Journées Franco-tunisienne de Radiologie	Tunis	- Les malformations pulmonaires - Imageries des PID en pédiatrie. - Ponction biopsie percutanée des tumeurs médiastinales de l'enfant.	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	Mars 2018	
Congrès des Sociétés de Pédiatrie	Lyon	- Diagnostic radiologique et caractéristiques des rachitismes hypophosphatémiques. - Infections ostéo-articulaires de l'enfant : une antibiothérapie raccourcie pour tous ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	Mai 2018	

45emes Journées Thématiques de juin	Issy Les Moulineaux	-Exploration des douleurs rachidiennes chez l'enfant. - Rachis pédiatrique : quelle imagerie pour le chirurgien	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Juin 2018	
SFR	Paris	Scoliose, quand faut-il passer à l'imagerie en coupe ?	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Sept 2018	
Journées Française de Radiologie	Paris	- IRM thoracique pédiatrique - Dose patient en scanographie : une étude nationale multicentrique basée sur l'indication clinique - L'imagerie juste : la juste dose - Intérêt de l'IRM devant un aspect équivoque de torsion annexielle en échographie chez l'enfant et l'adolescente - Dysplasie alvéolo-capillaire : existe-t-il des signes spécifiques en imagerie - Audit national de la pertinence des examens TDM et IRM au Luxembourg	<input type="radio"/> NON	<input type="checkbox"/> Aucune	Oct 2018	
Journées Parisiennes de Pédiatrie	Paris	Stratégie diagnostique dans les tumeurs abdominales : le point de vue du radiologue	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Oct 2019	
Journées Française de Radiologie	Paris	- Radioprotection des patients, formation des médecins non radiologues : enjeux, moyens et perspectives. - Obligations ASN - Transformations de l'AP-HP : quels enjeux pour l'imagerie ?	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Oct 2019	

**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



### 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 :

(\*) Le % 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 (*)
SANOFI	Bourse

(\*) 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 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*

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Élément ou fait concerné	Commentaires (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 ».

## **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

**Tableau C.1**

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

**Tableau D.1**

	<b>Salariat</b>	<b>Actionnariat</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 $\geq$ 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début <i>(mois/année)</i>	Fin <i>(mois/année)</i>

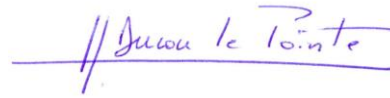
**Tableau E.1**

Elément ou fait concerné	précisez le cas échéant les sommes perçues

Fait à Paris .....

Le 27 avril 2021 .....

Pr H. DUCOU LE POINTE



*Signature obligatoire*  
(mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de \*\*\*\*. L'\*\*\*\*\* 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'\*\*\*\*.

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 : xxxxx