**Déclaration d'intérêts**

**nom du comité**

Un Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV) a pour but de faire des évaluations et des recommandations au Ministère de la Santé de son pays en matière de vaccins et de stratégies de vaccination. La crédibilité du comité dépendra de son indépendance du ministère en question, ainsi que de son objectivité et de son impartialité face aux pressions provenant des autres parties intéressées.

Les membres du groupe d'experts ou les conseillers d'un GTCV sont sélectionnés sur la base de leur expertise et de leurs compétences avérées en la matière. Ils participent aux activités du comité à titre personnel et non en représentation d'une institution ou d'un groupe d'intérêts quelconque. Les fonctions qu'ils exercent au sein du comité exigent indépendance et intégrité pour leur permettre d'éviter des situations dans lesquelles des intérêts de toute nature pourraient entraver ou compromettre leur impartialité au cours du processus de recommandation.

Il n'appartient pas aux conseillers ni aux candidats au groupe d'experts d'évaluer et de définir si leurs intérêts sont en conflit avec l'exercice de leur rôle au sein du (nom du comité et SIGLE entre parenthèsis). Dans un tel cas, la commission chargée du processus de sélection des membres du groupe d'experts du SIGLE du comité le fera avec l'information que vous aurez fournie dans ce formulaire. La commission en question pourra ainsi anticiper tout conflit d'intérêts potentiel, compris ici comme le risque qu'une décision prise au sein du SIGLE du comité soit influencée par d'autres intérêts ou qu'elle soit perçue comme telle en fonction d'intérêts passés, concurrents ou futurs. La seule perception ou le seul soupçon d'un confit d'intérêts potentiel peut nuire au SIGLE du comité et, ultérieurement, au programme national de vaccination et au ministère de la Santé.

Ce formulaire de déclaration d'intérêts vous permettra de rendre compte de tout intérêt professionnel, personnel (direct ou par l'entremise de membres de votre famille), non personnel (associé à l'institution ou l'organisation à laquelle vous appartenez), financier (obligations, revenus, financement de recherche, voyages pour assister à des conférences, brevets, etc.), non matériel (croyances religieuses, politiques, spirituelles) et social (réputation, réseaux). Il vous est également demandé de déclarer les intérêts correspondants des membres directs de votre famille et, si vous en avez connaissance, les intérêts correspondants de tierces personnes avec lesquelles vous partagez des intérêts qui pourraient être perçus comme susceptibles d'avoir une influence sur vos critères.

SI vous êtes nommé membre du groupe d'experts du SIGLE du comité, vous devrez, au cours de votre mandat, informer le secrétariat, la coordination ou la présidence de votre comité de tout changement à l'information fournie dans ce formulaire, et ce dans les meilleurs délais possibles. De même, avant le début de chaque réunion ou processus de consultation, vous aurez l'occasion de mettre à jour l'information relative à vos autres intérêts.

Les intérêts déclarés ici ne vous empêchent pas forcément de faire partie du groupe d'experts du SIGLE du comité. Ce qui est essentiel, c'est que ces intérêts n'aient aucune incidence sur votre capacité d'exécuter votre travail sans parti pris, de vous fonder sur les données scientifiques disponibles et d'adopter une orientation de santé publique. Répondre "OUI” à une des questions de ce formulaire n'entraîne pas automatiquement votre disqualification. Vos réponses seront examinées par la commission de sélection en vue de déterminer s'il existe un conflit d'intérêts. Si un conflit d'intérêts potentiel ou important existe, une ou plusieurs des mesures suivantes pourront être appliquées pour gérer le conflit d'intérêts :

1. autoriser votre pleine participation, sous réserve d'une divulgation publique de votre intérêt ;
2. décider d'une exclusion partielle : c'est-à-dire que vous serez exclu de la partie de la réunion ou du travail en rapport avec l'intérêt déclaré, ainsi que du processus de décision correspondant;
3. décider d'une exclusion totale : c'est-à-dire que vous ne pourrez participer à aucune réunion ou travail.

S'il ne vous est pas possible ou si vous ne souhaitez pas révéler des détails sur un intérêt qui pourrait susciter un conflit réel ou apparent, vous devrez déclarer qu'il peut exister un conflit d'intérêts et la commission de sélection, après vous avoir consulté, pourra prendre une décision. La commission de sélection s'engage à gérer confidentiellement l'information fournie dans ce formulaire.

**Nom :**

**Courrier électronique :** **Date :**

**Déclaration d'intérêts**

**nom du comité**

*Répondez à chacune des questions suivantes. Si la réponse à l'une ou l'autre des questions est affirmative (oui), décrivez brièvement les circonstances à la dernière page du formulaire.*

*Le terme "vous" se réfère à vous même et aux membres directs de votre famille (soit votre conjoint(e) ou partenaire avec lequel ou laquelle vous maintenez une relation personnelle similaire et vos enfants). Par "entité commerciale" on entend toute activité commerciale, association industrielle ou avec une institution de recherches ou toute autre entreprise dont le financement provient, dans une large mesure, de sources commerciales avec un intérêt lié au thème de la réunion ou du travail. Le terme "organisation" comprend une organisation gouvernementale, internationale ou à but non lucratif et le terme "réunion" inclut une série ou un cycle de réunions.*

**1. Au cours des** **dernières années, avez-vous reçu une rémunération de la part d'une entité ayant des intérêts liés aux vaccins ou aux stratégies de vaccination?**

1a En tant qu’employé Oui [ ]  Non [ ]

1b En tant que consultant, en particulier comme conseiller technique ou autre Oui [ ]  Non [ ]

1c En tant que conférencier ou formateur Oui [ ]  Non [ ]

**2. Au cours des** **dernières années, avez-vous reçu, ou votre unité de recherche a-t-elle reçu, un**

**appui financier de la part d'une quelconque entité ayant des intérêts liés aux vaccins ou aux**

**stratégies de vaccination?**

2a Donations, partenariats, sponsors et autres formes de financement Oui [ ]  Non
2b Appui non monétaire : équipements, installations, assistants de recherche, inscriptions, transports

 ou séjours dus à des conférences ou des réunions liées à votre expertise, ou autres Oui [ ]  Non [ ]

**3. Détenez-vous ou avez-vous détenu des investissements (actions, obligations ou autres parts de capital) dans une entité commerciale qui a un quelconque intérêt lié aux vaccins ou aux stratégies de vaccination? Inclure les investissements indirects, par exemple, dans des sociétés fiduciaires ou sociétés de portefeuille. Exclure les fonds d'investissement, de pensions, ou des investissements similaires amplement diversifiés et dans lesquels vous ne détenez pas une participation majoritaire**.

3a Actuellement Oui [ ]  Non [ ]

3c Dans le passé Oui [ ]  Non [ ]

**4. Êtes-vous titulaire d'un droit de propriété intellectuelle qui pourrait être optimisé ou compromis par votre accès à une information confidentielle associée aux travaux du** **SIGLE du comité ou aux recommandations de ce dernier?**

 Oui [ ]  Non [ ]

**5. Êtes-vous membre d'un groupe, d'un conseil ou d'un comité consultatif lié à la pédiatrie, à l'infectiologie, à l'épidémiologie ou à la santé publique?**

 Oui [ ]  Non [ ]

Dans l'affirmative, lequel et quel rôle exercez-vous?

**6. Dans le cadre d'un processus administratif, législatif ou judiciaire, avez-vous émis un avis ou apporté un témoignage sur des thèmes liés à la vaccination ou aux stratégies de vaccination?**

 Oui [ ]  Non

Dans l'affirmative, de quel thème s’agissait-il ?

**7. Au cours des prochains** **mois, prévoyez-vous l'apparition d'intérêts ou l'expansion de revenus générés par des consultations, des discussions, des conseils ou toute autre activité rémunérée associée aux vaccins ou aux stratégies de vaccination?**

 Oui [ ]  Non [ ]

Dans l'affirmative, veuillez décrire ci-dessous :

**8. À moins que cette information ait déjà été fournie antérieurement, veuillez nous faire savoir si vous avez travaillé pour une entité commerciale dans le domaine des vaccins, ou bien si votre participation au** **SIGLE du comité vous permettra d'avoir accès à une information confidentielle et du domaine privé d'un concurrent en matière commerciale ou intellectuelle, ou bien si votre participation au** **SIGLE du comité vous confèrera un avantage ou un bénéfice concurrentiel au niveau personnel, professionnel, financier ou commercial?**

 Oui [ ]  Non

**9. Avez-vous exercé des fonctions ou occupé un poste, rémunéré ou non, dans le cadre duquel vous avez représenté des intérêts ou défendu une position en matière de vaccins et de stratégies de vaccination?**

 Oui [ ]  Non [ ]

**10. À votre connaissance, l'accès à une information confidentielle ou à des processus consultatifs ou à des recommandations du** **SIGLE du comité pourrait-il servir ou nuire aux intérêts de tierces parties avec lesquelles vous avez en commun des intérêts substantiels au niveau personnel, financier, professionnel ou commercial (par exemple, vos enfants adultes ou des frères et sœurs, des collègues professionnels proches, votre unité administrative ou départementale)?**

 Oui [ ]  Non [ ]

**11. Avez-vous reçu un paiement ou une contribution de la part d'une personne ou d'une entité pour financer vos déplacements ou investissement en temps relativement à cette candidature?**

 Oui [ ]  Non [ ]

**12. Au cours des prochains** **mois, prévoyez-vous des changements dans les intérêts de l'entreprise, du centre universitaire ou de recherche, ou dans l'unité à laquelle vous appartenez et qui est en rapport avec les vaccins ou les stratégies de vaccination?**

 Oui [ ]  Non [ ]

Dans l'affirmative, veuillez décrire ci-dessous :

**13. Existe-t-il un autre aspect de vos antécédents ou de vos circonstances actuelles qui n'a pas été abordé ci-dessus et qui pourrait être perçu comme étant susceptible de nuire à votre objectivité ou indépendance?**

 Oui [ ]  Non [ ]

**EXPLICATION RELATIVE AUX RÉPONSES AFFIRMATIVES**

Si vous avez répondu “**oui**” à une des questions antérieures**, veuillez fournir une brève description des circonstances au Tableau 1 et au Tableau 2 des pages suivantes, le cas échéant**. **Si vous ne décrivez pas la nature d'un intérêt ou si vous ne fournissez pas le chiffre ou la valeur pertinente dans la réponse en question, il sera assumé que le conflit est important**.

**Tableau 1. Détails concernant les questions 1 à 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de la question et lettre (le cas échéant)** | **Nom de l'entreprise, organisation ou institution** | **Vous appartient-elle à vous, à un membre de votre famille, à votre employeur, à votre unité de recherche ou appartient-elle à une autre entité?** | **Montant du revenu ou valeur de l'intérêt (en cas de non divulgation, il sera assumé que ce montant ou cette valeur est importante)** | **Intérêt actuel ou année lors de laquelle il a cessé d'exister** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|  |  |  |  |  |

**Tableau 1 (suite)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de la question et lettre (le cas échéant)** | **Nom de l'entreprise, organisation ou institution** | **Vous appartient-elle à vous, à un membre de votre famille, à votre employeur, à votre unité de recherche ou appartient-elle à une autre entité?** | **Montant du revenu ou valeur de l'intérêt (en cas de non divulgation, il sera assumé que ce montant ou cette valeur est importante)** | **Intérêt actuel ou année lors de laquelle il a cessé d'exister** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

**Tableau 2. Détails concernant les questions 8 à 11**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Décrivez le thème** | **Indiquez les circonstances particulières dans lesquelles la situation s'est produite ou pourrait se produire** | **Indiquez les parties concernées** | **Indiquez les dates, le cas échéant** | **Avez-vous des commentaires à ajouter?** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

**Tableau 2 (suite)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Décrivez le thème** | **Indiquez les circonstances particulières dans lesquelles la situation s'est produite ou pourrait se produire** | **Indiquez les parties concernées** | **Indiquez les dates, le cas échéant** | **Avez-vous des commentaires à ajouter?** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

AUTORISATION. En remplissant, signant et soumettant ce formulaire, vous autorisez la commission de sélection des conseillers pour le groupe d'experts du SIGLE du comité à étudier vos intérêts.

**DÉCLARATION. Je déclare que l'information fournie dans ce formulaire est, à ma connaissance, véridique et complète.**

**Si un changement quelconque survient concernant l'information fournie ci-dessus, je le ferai savoir immédiatement à qui de droit au sein du** **SIGLE du comité et je remplirai un nouveau formulaire de déclaration d'intérêts dans lequel ces changements seront décrits, ou bien je suivrai les indications du** **SIGLE du comité relativement à la gestion de la nouvelle information concernant mes intérêts.**

Nom :

Signature :

Date :