UNIVERSITÉ LAVAL | Faculté de médecine
Pédagogia

FORMULAIRE DE DÉCLARATION ET D'ATTÉNUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Toute personne-ressource **doit obligatoirement déclarer** avant la tenue de l'activité toute affiliation avec une organisation à but lucratif ou non susceptible d'engendrer un conflit d'intérêts réel ou potentiel pouvant influencer ou orienter le contenu de la présentation.

Lorsque requis, des mesures d'atténuation appropriées doivent être mises en place par le comité scientifique afin d'assurer un contenu pédagogique objectif, transparent, équilibré et exempt de partialité.

Les affiliations déclarées, de même que les mesures d'atténuation applicables, doivent être divulguées aux personnes participantes par écrit et verbalement avant le début de l'activité.

Déclaration de la personne-ressource

Titre de l'activité : _____

Date(s) de l'activité : _____

NOM, PRÉNOM : _____

Je suis (*cochez tout ce qui s'applique*) :

☐ Membre du comité scientifique ☐ Membre du comité organisateur ☐ Personne conférencière

☐ Personne modératrice/animatrice ☐ Personne autrice ☐ Autre : _____

J'ai actuellement, ou eu au cours des deux dernières années, une ou des affiliation(s) ou des intérêts de tout ordre avec un organisme à but lucratif ou sans but lucratif :

☐ Non → *Vous devez compléter l'encadré **Engagement de la personne-ressource** de la page **2.***

☐ Oui → *Vous devez **obligatoirement** compléter les sections qui suivent ainsi que l'encadré de la page **2.***

AFFILIATIONS

	Type(s) d'affiliation	Organisme(s)
☐ Paiement direct d'honoraires :		
☐ Participation à des comités consultatifs :		
☐ Financement de subventions ou d'essais cliniques :		
☐ Brevets sur un médicament, produit ou appareil :		
☐ Toute autre relation :		
☐ Autre (p. ex. chef de service, membre d'un CA) :		

Veuillez annexer un document supplémentaire au besoin.

CONFLITS D'INTÉRÊTS RÉELS OU POTENTIELS ET MESURES D'ATTÉNUATION SUGGÉRÉES

En lien avec la ou les affiliation(s) identifiée(s) ci-haut, j'estime que celle(s)-ci pourrai(en)t affecter l'indépendance pédagogique :

☐ Non

☐ Oui* → *Veuillez expliquer* : _____

*Je suggère les mesures d'atténuation suivantes *(vous pouvez consulter les exemples de stratégies proposés à la page **2**)* :

Exemples de stratégies d'atténuation

Tirés et adaptés du Guide des meilleures pratiques sur la gestion des biais et des conflits d'intérêts dans les activités de DPC

Dans le contexte d'une personne-ressource **en situation de conflits d'intérêts réels** :

- Opter pour présenter les données probantes ou les meilleures données disponibles sur le sujet et non seulement des recommandations d'experts ou d'expertes;
- Obtenir un regard externe sur le contenu (p. ex. faire réviser la présentation par un pair avant l'activité).

Dans le contexte d'une personne-ressource **en situation de conflits d'intérêts potentiels ou de perspectives pouvant introduire une partialité** :

- Assigner à une tierce personne les parties du contenu de l'activité qui ne la mettent pas en situation de conflit d'intérêts;
- Faire réviser les présentations par des pairs;
- Présenter plusieurs alternatives de traitement et non pas qu'une seule recommandation.

Engagement de la personne-ressource

☐ Je m'engage à :

- Informer l'auditoire, *si cette situation s'applique à mon rôle*, de toute utilisation hors indication à l'égard de médicaments qui n'ont pas encore obtenu l'approbation des organismes réglementaires;
- Utiliser, *si cette situation s'applique à mon rôle*, les noms génériques (ou les noms génériques et commerciaux) de toute description des options thérapeutiques et ne pas faire l'objet d'exclusivité ni de promotion d'une marque;
- Divulguer aux personnes participantes verbalement et par écrit toute relation d'intérêt que j'estime en lien avec la présente activité et en présence d'affiliation(s) ou d'intérêts significatifs, informer les personnes participantes de la ou des stratégie(s) utilisée(s) pour atténuer ces conflits d'intérêts réels ou potentiels.

☐ Je reconnais que les renseignements ci-dessus sont exacts et je comprends qu'ils seront rendus publics.

☐ Je prends acte que le présent engagement transmis par voie électronique, bien que ne comportant pas de signature manuscrite ou physique, constitue une validation ferme, définitive et opposable de mon accord plein et entier avec l'ensemble des termes énoncés ci-dessus et ceci pour une période de 12 mois, soit la période de validité du formulaire.

Date : _____

Section réservée au comité scientifique

Ce formulaire a été révisé par _____ Date : _____

Mesures d'atténuation (*cochez tout ce qui s'applique*) **:**

☐ Aucune mesure n'est requise

☐ Les mesures proposées par la personne ressource sont adéquates

☐ Les mesures suivantes sont suggérées

- ◯ en **complément** des mesures proposées par la personne ressource :
- ◯ en **remplacement** des mesures proposées par la personne ressource :