

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS, ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ ET DECLARATION RELATIVE AU CODE DE CONDUITE DES MEMBRES ET DES EXPERTS EXTERNES DES COMMISSIONS DE L'AGENCE FEDERALE DES MEDICAMENTS ET DES PRODUITS DE SANTE¹ (AFMPS) CREEES EN APPLICATION DES REGLEMENTATIONS VISEES A L'ARTICLE 4, ALINEA 2, 6° DE LA LOI DU 20 JUILLET 2006 RELATIF A LA CREATION ET AU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE FEDERALE DES MEDICAMENTS ET DES PRODUITS DE SANTE

Ce document comporte deux parties, la Déclaration publique d'Intérêts et l'Engagement de Confidentialité. Les deux parties doivent être dûment complétées. **Toutes les pages doivent être signées et datées.** Si le document est complété à la main, veuillez vous assurer que les informations requises sont présentées clairement.

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, Professeur Pierre Duez

Organisation/Société UMONS

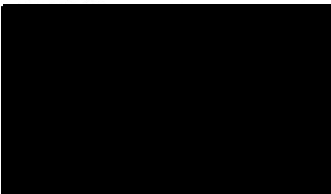
Adresse professionnelle Service de Chimie Thérapeutique et de Pharmacognosie
Bât. 6, 25 Chemin du Champ de Mars,

Adresse e-mail 7000 Mons
Pierre.DUEZ@umons.ac.be

Membre ou expert externe d'une ou plusieurs des commissions suivantes :

| <i>Commissions</i> | <i>Membre</i> | <i>Expert externe</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Commission des médicaments à usage humain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission des médicaments à usage vétérinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission pour les médicaments à base de plantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission des médicaments homéopathiques à usage humain & vétérinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission d'évaluation pour les dispositifs médicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission de la pharmacopée | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission consultative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission d'habilitation de pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Dispositifs médicaux, matières premières, sang, tissus et cellules

SIGNATURE: 

DATE: 10-06-2020... ..

| | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Commission d'implantation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission de contrôle de la publicité des médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission mixte - Chambre pour les produits à usage humain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commission mixte - Chambre pour les produits à usage vétérinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

déclare par la présente sur l'honneur que, à ma connaissance, les seuls intérêts directs ou indirects que j'ai dans une institution ou entreprise quelconque dont les activités tombent sous les compétences de l'AFMPS, sont indiqués ci-dessous :

(Veuillez cocher une case par ligne, et spécifier l'institution ou l'entreprise et le nom du produit dans le cas d'un intérêt déclaré¹. Si nécessaire, utilisez des feuilles supplémentaires datées et signées).

Tableau 1

| Activité pour une institution/entreprise liée à un produit / groupe de produits particulier | Aucune | Actuellement | Entre 0 et 2 ans | Il y a plus de 2 ans mais moins de 5 ans ² |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Employé | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Consultant³ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Investigateur principal⁴ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Membre d'un comité de direction, membre d'un conseil consultatif ou d'un ensemble équivalent | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Investigateur (non principal) pour le développement d'un produit⁵ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1 Si vous cochez la moindre case dans la partie ombragée (intérêt déclaré), vous devez fournir des informations supplémentaires concernant l'institution/entreprise et les produits concernés en Page 2. Si vous déclarez un intérêt dans le Tableau 1 mais que vous ne fournissez pas les informations adéquates en Page 2, votre formulaire vous sera retourné pour être complété.

2 Vous êtes invité à fournir des informations sur vos intérêts d'il y a plus de 5 ans. Ces informations ne seront pas utilisées dans l'évaluation des intérêts déclarés mais seront utiles dans le cadre d'une transparence accrue en ce qui concerne ces intérêts antérieurs.

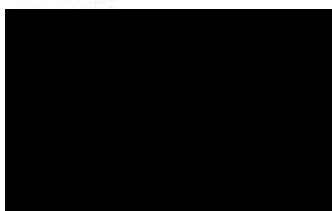
3 Un **consultant** est défini comme un expert qui facture une commission (personnelle, institutionnelle ou les deux) pour fournir des conseils ou des services dans un domaine particulier.

4 Un **Investigateur principal**, aux fins d'application du présent document, est considéré être l'investigateur (coordinateur) responsable de la coordination des investigateurs sur différents sites participant à un essai/investigation clinique multicentrique.

5 Un **Investigateur**, aux fins d'application du présent document, est considéré être un investigateur impliqué dans un essai clinique sur un site d'essai/investigation clinique spécifique. Un investigateur peut soit être le chef responsable de l'équipe d'essai/investigation clinique (responsable de la conduite de l'essai/investigation clinique sur ce site, y compris de la désignation et de la supervision de l'équipe) ou un membre de l'équipe, qui exécute des procédures essentielles liées à l'essai/investigation et prend des décisions importantes liées à l'essai/investigation.

SIGNATURE:

DATE: 10-06-2020...



.....

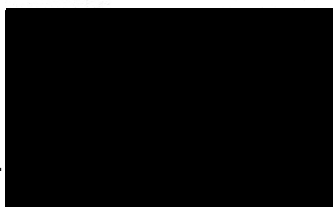
.....

| | Période d'activité | Institution/entreprise | Produits Veuillez indiquer tous les produits pour lesquels vous aviez une responsabilité principale | Indication thérapeutique – fins diagnostique ou thérapeutique |
|----------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Employé | 1982-2013 Depuis 2006 | ULB UMONS | | |

| | Période d'activité | Institution/entreprise | Produits Veuillez indiquer tous les produits pour lesquels vous avez été consultant en ce qui concerne leur développement. | Indication thérapeutique – fins diagnostique ou thérapeutique |
|-------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Consultant | 2017 | Pharmatoka | Ellura® (cranberry extract) | Infection urinaire |
| | 2017 | Green2Chem | Cultures hydroponiques (Ginseng) | ---- |
| | 2016 | Bayer (Conférence lors d'un séminaire " <i>The Future of Phytomedicines: What Are Key Principles?</i> ") | | |
| | 2011-2013 | Capsugel | Traditional Chinese Medicines | |
| | Depuis 2012 | Commission Européenne, DG TAXUD | Classification problems (drugs/food supplements?) | |

SIGNATURE:

DATE: 10-06-2020.....



| | Période d'activité | Institution/entreprise | Domaine d'activité / de produit | Indication thérapeutique – fins diagnostique ou thérapeutique |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Membre d'un comité de direction, membre d'un conseil consultatif, ou d'un groupe équivalent | Depuis 2002 | Pharmacie De Neef-Duez s.a. | Officine ouverte au public | Diagnostic |
| | Depuis 2017 | Magnetrap s.a. | Diagnostic de la malaria | |
| | Depuis 2018 | UMONS | Université; Vice-Recteur | |

| | Période d'activité | Institution/entreprise | Produits | Indication – fins diagnostique ou thérapeutique |
|--------------------------------|--------------------|------------------------|----------|-------------------------------------------------|
| Investigateur principal | | | | |

| | Période d'activité | Institution/entreprise | Produits | Indication thérapeutique– fins diagnostique ou thérapeutique |
|--------------------------------------|--------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Investigateur (non principal) | Depuis 2017 | Magnetrap s.a. | Diagnostic de la malaria | Diagnostic |

SIGNATURE:

DATE: 10-06-2020.....

| J'ai un intérêt financier dans une institution/entreprise effectuant des opérations en ce qui concerne des médicaments ou des produits de santé de: | NON | OUI | Institution/entreprise |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| • plus de 50.000 euros ou équivalent (Fonds d'investissement non compris) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • moins de 50.000 euros ou équivalent (Fonds d'investissement non compris) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Pharmacie De Neef-Duez s.a. Magnetrap s.a. |

| | NON | OUI | Institution/entreprise et nom du produit |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Je suis détenteur d'un brevet sur un produit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | UMONS, Dispositif de diagnostic de la malaria Magdimal |
| L'institution/entreprise qui m'emploie perçoit une subvention ou un autre financement d'une institution/entreprise effectuant des opérations en ce qui concerne des médicaments ou des produits de santé (Je ne perçois pas de gains personnels) ¹ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Existence probable de contrats signés par d'autres personnes de l'Université |

INTERETS DU PARTENAIRE ET DES MEMBRES DE LA FAMILLE ²

| NON | OUI | Institution/entreprise et nom du produit | Type d'intérêt |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Pharmacie de Neef-Duez s.a. | Propriétaire titulaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

¹ À l'exception de toutes les rémunérations payées par l'institution/entreprise pour des prestations fournies.

² Cela concerne les intérêts directs actuels des membres de la famille qui demeurent à la même adresse, tel que le conjoint, le partenaire, l'enfant, etc... Vous êtes invités à fournir ces intérêts pour des raisons de transparence ; en outre, ils ne seront pris en considération pour juger de l'existence de conflits d'intérêts. Pour des raisons de protection de la vie privée, le nom du membre de la famille ne doit pas être mentionné, ni le lien de parenté. Pour indiquer le type d'intérêt, il faut se référer essentiellement aux activités reprises sous le tableau 1 de ce document (voir p. 2).

SIGNATURE:

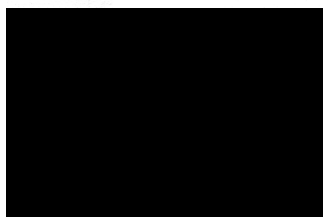
DATE: 10-06-2020.....

En plus des intérêts déclarés ci-dessus, je déclare par la présente sur l'honneur que je n'ai aucun autre intérêt ou fait qui doit être communiqué à l'AFMPS et au public. En cas de tout autre intérêt ou fait, veuillez spécifier :

Néant

S'il devait y avoir le moindre changement aux déclarations ci-dessus dû au fait que j'acquiers des intérêts supplémentaires, j'en avertirai rapidement l'AFMPS et je compléterai une nouvelle Déclaration d'Intérêts qui détaille les changements. Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de déclarer tout éventuel conflit d'intérêt(s) au début de toute activité AFMPS¹ à laquelle je participe.

Duez Pierre



ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Vu les définitions suivantes :

Les "**Activités AFMPS**" comprennent toute réunion (y compris la préparation des réunions et leur suivi, les discussions relatives ou toute autre activité liée) des Commissions de l'AFMPS ou toute autre réunion de ce type, travail en tant qu'expert en matière d'évaluations, et travail en tant qu'expert en matière de développement de guidage.

"**Informations confidentielles**" signifie tous les informations, faits, données et tout autre matière dont j'ai connaissance, directement ou indirectement, en raison de mes activités AFMPS.

"**Documents confidentiels**" signifie tous les avant-projets, informations préparatoires, documents et tout autre matériel, ainsi que toute information contenue dans ceux-ci, auxquels j'ai accès, directement ou indirectement, en

¹ Les activités AFMPS comprennent toute réunion (y compris la préparation des réunions et leur suivi, les discussions relatives ou toute autre activité liée) des Commissions de l'AFMPS ou toute autre réunion de ce type, travail en tant qu'expert en matière d'évaluations, et travail en tant qu'expert en matière de développement de guidage. Suite à l'évaluation des intérêts déclarés, l'AFMPS peut limiter la contribution aux activités EMEA.

SIGNATURE:

DATE: 10-06-2020.....

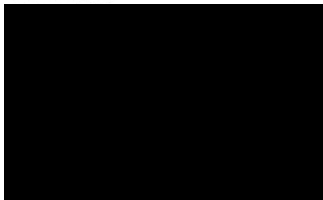
raison de ma participation aux activités AFMPS. En outre, tout rapport ou note réalisé par moi et concernant des Informations confidentielles ou des Documents confidentiels sera traité comme un Document confidentiel.

Je comprends que je peux être invité à participer directement ou indirectement à certaines activités AFMPS et par la présente, je déclare être conscient de mes obligations de respecter la confidentialité et m'engage à, tant au cours de ma participation aux activités de l'AFMPS qu'après:

- **traiter toutes les Informations confidentielles et les Documents confidentiels dans des conditions de stricte confidentialité.**
- **m'abstenir de divulguer (ou autoriser toute autre personne à diffuser) d'une quelconque manière à toute tierce partie¹ la moindre Information confidentielle ou le moindre Document confidentiel.**
- **ne pas utiliser (ou autoriser toute autre personne à utiliser) la moindre Information confidentielle ou le moindre Document confidentiel autrement qu'aux fins de mon travail en rapport avec les activités AFMPS.**
- **détruire de Documents confidentiels tels que du matériel confidentiel dès que je n'en ai plus besoin.**
- **m'abstenir de tout comportement déloyal envers l'AFMPS ou y coopérer.**

Cet engagement n'est pas limité dans le temps, mais ne s'applique pas à tout document ou information dont je peux prouver raisonnablement qu'il(s) étai(en)t en ma connaissance avant la date de cet engagement ou qui devient de notoriété publique autrement qu'en tant que résultat d'une violation du moindre des engagements ci-dessus.

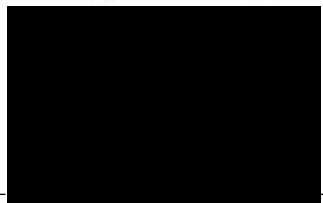
Duez Pierre



DECLARATION RELATIVE AU CODE DE CONDUITE CONCERNANT LES CONFLITS D'INTERETS

Je, soussigné, déclare par la présente que j'ai pris connaissance des dispositions prévues par le code de conduite de l'AFMPS et que je les respecterai.

Duez Pierre



² Une tierce partie ne comprend pas des employés d'autres autorités nationales ou européennes compétentes qui soit ont des contrats de travail qui prévoient des obligations de confidentialité, soit sont encadrés par des obligations de confidentialité en vertu de la législation nationale ou européenne sur le secret professionnel.

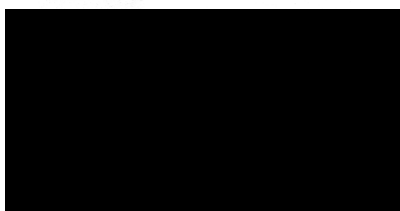
SIGNATURE:

DATE: 10-06-2020.....

DECLARATION DE RENOUELEMENT

Je, soussigné, m'engage à renouveler annuellement la déclaration publique d'intérêts, l'engagement de confidentialité et la déclaration relative au code de conduite concernant les conflits d'intérêts.

Duez Pierre



SIGNATURE:

DATE: 10-06-2020...

