

Déclaration de liens d'intérêt (formulaire)

1. COORDONNÉES ET CATÉGORIE :

Nom : KAPEL

Prénoms : Nathalie

Membre (ou candidat) de l'AnP : <input checked="" type="checkbox"/> Section :	Membre titulaire <input checked="" type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/>	Membre correspondant <input type="checkbox"/> Honoraire <input type="checkbox"/>
Non membre : <input type="checkbox"/>	Adresse postale : 13 square Charles Laurent, 75015 Paris	Courriel : nathalie.kapel@aphp.fr

2. LIENS D'INTÉRÊT

Périmètre : activités ou participation financière, dans ou auprès d'organismes, de nature publique ou privée (sociétés industrielles ou commerciales, établissements, associations ...) dont les activités, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence de la santé publique et de la sécurité sanitaire.

2.1 ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S) DONNANT LIEU À RÉMUNÉRATION OU GRATIFICATION, ACTUELLE ET DANS LES QUATRE ANNEES PRÉCÉDENTES (5 AU TOTAL) :

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Activités	Identification de l'organisme/entreprise employeur	Période : début -fin (Mois/année)
Biologiste, PUPH	APHP, Hôpital Pitié-Salpêtrière	2008-en cours
Biologiste, PUPH	Faculté de Pharmacie, Université Paris Cité	1993-en cours

2.2 ACTIVITÉ(S) D'EXPERTISE, DE CONSEIL, OU DE CONSULTANT (y compris rédaction d'articles, interventions), ACTUELLE ET DANS LES QUATRE ANNEES PRÉCÉDENTES (5 AU TOTAL), RÉMUNÉRÉE OU NON :

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Organisme (société/établissement/ association)	Activité exercée auprès de l'organisme	Rémunération	Période : début-fin (Mois/année)
ANSM	Projet scientifique (Contrat sur AAP)	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	2016-2018
MaatPharma	Collaboration sur projet scientifique	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	2020-2022
Laboratoire Azurrx	Collaboration sur un protocole de recherche de phase II	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	2016-2018 puis 2019-2021
Groupe Français de Transplantation Fécale (GFTF)	Membre	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Depuis 2014

2.3 PARTICIPATION À UNE INSTANCE DÉCISIONNELLE D'UN ORGANISME PUBLIC OU PRIVÉ INTERVENANT DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE CI-DESSUS, ACTUELLE ET DANS LES QUATRE ANNEES PRÉCÉDENTES (5 AU TOTAL), RÉMUNÉRÉE OU NON :

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Organisme (société/établissement/ association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Période : début-fin (Mois/année)
ANSM	Expert	<input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	2021
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

2.4 PARTICIPATIONS FINANCIÈRES DIRECTES DANS LE CAPITAL D'UNE SOCIÉTÉ, SOUS FORME D' ACTIONS OU D'OBLIGATIONS DÉTENUES ET GÉRÉES DIRECTEMENT (SONT DONC EXCLUES LES PARTICIPATIONS GÉRÉES PAR UN INTERMÉDIAIRE FINANCIER SPÉCIALISÉ) OU DE CAPITAUX PROPRES :

OUI (compléter le tableau ci-dessous et l'annexe ref 2.4)

NON

Dénomination de la structure concernée	Période pendant laquelle la participation a eu lieu	Type d'investissement

2.5 DÉTENTION OU INVENTION D'UN BREVET OU INVENTION D'UN PRODUIT, PROCÉDÉ OU TOUTE AUTRE FORME DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE NON BREVETÉE, EN RELATION AVEC LE CHAMP DE COMPÉTENCE MENTIONNÉ CI-DESSUS.

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON

Le déclarant précisera si des rémunérations ont été perçues soit à titre personnel, soit par un organisme dont il est membre ou salarié.

Nature de l'activité et nom du brevet/produit	Structure mettant à disposition le brevet, produit	Rémunération ou intéressement	Période début - fin (Mois/année)
Brevet n° WO2017103225A1 Lyophilized composition for preserving microbiota in its ecosystem	Cintrat de licence signé avec MaatPharma	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	2019-
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

2.6 LIENS FAMILIAUX POUVANT AVOIR UNE INTERFÉRENCE AVEC LES DOMAINES ENTRANT DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ACADÉMIE : Toute activité mentionnée ci-dessus, exercée ou dirigée sur la période de référence. Le déclarant identifie le tiers concerné par la seule mention de son lien de parenté (*la mention des liens de parenté et les montants des participations financières sont précisés en annexe ref 2.6*) :

OUI (compléter le tableau ci-dessous)

NON

	Organisme concerné et fonction exercée	Date début et date de fin
Proches parents ayant un lien avec les organismes suivants		

2.7 AUTRES LIENS, MANDATS ÉLECTIFS DONT LE DÉCLARANT A CONNAISSANCE ET QUI EST DE NATURE À FAIRE NAÎTRE DES SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS (*l'existence d'éventuelles rémunérations sera précisée*) :

NEANT

Je soussigné(e) , Nathalie Kapel

Déclare sur l'honneur qu'à ma connaissance, tous les liens directs ou indirects de nature à porter atteinte à l'objectivité et à l'impartialité dont je dois faire preuve dans le cadre de mes activités à l'Académie ou auprès de l'Académie, mandats ou autre sont énumérés ci-dessus.

Je m'engage en outre, à notifier par écrit et immédiatement, tout changement de la situation établie ci-dessus ; je compléterai alors une nouvelle déclaration des liens d'intérêt indiquant les changements intervenus.

Je m'engage à participer aux travaux de l'Académie nationale de Pharmacie en respectant le degré de confidentialité requis pour les documents et discussions en amont de toute publication validée par le Conseil.

Fait à Paris

Date 13/06/2022

Signature : 

Annexes des mentions non rendues publiques :

Ref 2.4

Structure	% de l'investissement dans le capital de la structure

Ref 2.6

Lien de parenté : Ascendant, descendant, conjoint, concubin ou partenaire	Organisme concerné	Pour la fonction exercée : préciser si rémunération ou actionnariat