



## DECLARATION D'INTERETS (DI)

### Pour les membres des Comités de la revue

Afin de satisfaire aux principes de transparence relative à l'information des professionnels de santé, *Nutrition clinique & Métabolisme* souhaite déclarer les liens d'intérêts des membres de ses Comités.

Toute personne contribuant à la revue rédige, à l'occasion de sa nomination ou de son entrée en fonctions, une déclaration d'intérêts mentionnant ses liens, directs ou indirects, avec les structures, entreprises ou établissements, dont les activités ou produits concernent les champs d'activité de la revue, les organismes professionnels intervenant dans ces secteurs. Afin de faciliter cette déclaration d'intérêts, le présent formulaire a été élaboré.

Cette déclaration d'intérêts (DI) a pour objectif la prévention des influences au sein de la revue. Il s'agit aussi de valoriser la dynamique collective d'un état d'esprit vertueux et exemplaire pour les auteurs et lecteurs.

Cette déclaration d'intérêts doit être actualisée, à l'initiative du déclarant, dès qu'un fait nouveau intervient dans sa situation professionnelle ou personnelle. Elle est susceptible d'être rendue publique.

Je soussigné(e) **BOUTELOUP Corinne** .....

Membre du Comité de Rédaction de *Nutrition clinique & Métabolisme*

**Reconnais avoir pris connaissance de la nécessité de déclarer tout lien direct ou indirect avec les organismes, sociétés, entreprises ou établissements, dont les activités ou produits concernent les champs de la revue.**

**Si ma situation, par conséquent mes liens d'intérêts, évoluent au cours de la durée de ma participation au sein de la revue, je m'engage à en informer la revue et à actualiser ma DI en conséquence.**

**Je m'engage à signaler ces liens d'intérêt à la rédaction, dès qu'ils sont susceptibles de concerner les contenus de la revue, ou d'en influencer la compréhension.**

Attention : si vous ne renseignez pas certains items, c'est que vous n'avez aucun lien à déclarer.

## 1. Votre activité principale

**Activité libérale**

Précisez l'activité et le lieu d'exercice : .....

**Activité salariée** (renseigner le tableau ci-dessous)

Employeur (établissement, société, organisme, association)	Adresse de l'employeur	Position dans la structure	Depuis ou Période concernée
Université d'Auvergne	Boulevard François Mitterrand 63000 Clermont-Ferrand	Maitre de conférence des universités- Praticien hospitalier	01 septembre 2003

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

Précisez : .....

## 2. Vos autres activités professionnelles

**2.1. Vous intervenez (ou êtes intervenu) de manière durable ou ponctuelle, auprès d'une structure concernant les champs de la revue**

**Vous êtes (ou avez été) dirigeant, associé, ou participez (ou avez participé) à une instance dirigeante d'une structure concernant les champs de la revue**

*Il peut s'agir d'une mission ponctuelle ou régulière de coordination, de représentation ou de conseil, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction de rapports d'expertise, d'actions d'informations et/ou de formations, au sein d'une structure publique ou privée, à caractère commercial ou non.  
Il peut s'agir de participations aux instances (conseil d'administration, comité de publication, etc.) d'associations, d'organismes de recherche, d'instituts, de revues, etc.  
Sont concernés les établissements de santé, les entreprises (fabricants ou fournisseurs de matériel/logiciel, prestataires de services, etc.), les organismes de conseil intervenant dans les secteurs de santé, les organismes publics ou professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, collèges de bonne pratique, etc.), les supports de diffusion d'information (revues scientifiques et techniques, bulletins d'information, sites Internet, blogs, forums, listes de diffusion, etc.).*

**Actuellement ou au cours des 3 années précédentes**

Structure (société, établissement, organisme, association, revue, site Internet, etc.)	Nature de l'activité : Nom du produit de santé ou Titre du sujet traité Ou votre Rôle	Activité ponctuelle (AP) ou régulière (AR)	Depuis ou Période concernée
ORKYN PHARMADOM	Expertise et action de formation	<input type="checkbox"/> AP <input checked="" type="checkbox"/> AR (1 à 2X/an)	2006
ARARD	Action de formation	<input type="checkbox"/> AP <input checked="" type="checkbox"/> AR (1x/an)	2009
NUTRICIA	Action de formation	<input type="checkbox"/> AP <input checked="" type="checkbox"/> AR (1 à 2 fois/an)	2004
BAXTER	Action de formation	<input type="checkbox"/> AP <input checked="" type="checkbox"/> AR (1x/an)	2011
SFNEP	Expert du groupe de travail sur les recommandations Nutrition et cancer	<input checked="" type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> AR	2009-2012

SFNEP	Coordinatrice-rédactrice du guide de bonnes pratiques de la nutrition artificielle à domicile	<input checked="" type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> AR	2012
SFNEP	Membre du Comité Educationnel et de Pratique Clinique Rédaction d'articles, validation d'outils...	<input checked="" type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> AR	2006-2012
AFDIAG	Membre du Comité Médical	<input type="checkbox"/> AP <input checked="" type="checkbox"/> AR	2010

## 2.2. Vous participez (ou avez participé) à des travaux scientifiques et/ou à des publications (article, poster, actualités, etc.) concernant les champs de la revue

Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à des supports d'informations (revues scientifiques et techniques, bulletins d'information, sites Internet, blogs, forums, listes de diffusion, etc.) ou à des travaux scientifiques, notamment la rédaction d'articles scientifiques, techniques, la réalisation d'essais ou d'études (pré)cliniques, épidémiologiques, médico-économiques, ou observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Structure (société, établissement, organisme, association, revue, site Internet, etc.)	Type d'étude ou de publication	Nom de l'étude ou Titre de la publication	Votre rôle : Auteur, investigateur, coordonnateur ou expérimentateur	Date ou Période concernée
INCA / SFNEP/ partenaire industriel NUTRICIA	PHRC	NEPHA : Etude prospective, randomisée, multicentrique, comparant la Nutrition Entérale et la nutrition Parentérale comme support nutritionnel chez les malades atteints d'Hémopathie maligne traités par Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.	<input checked="" type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Non-Principal	Depuis 2012- en cours
CHU / Association pour la Recherche sur la SLA (ARS)	Essai clinique de physiopathologie	« Etude des fonctions mitochondriales et du stress oxydatif de patients atteints de sclérose latérale amyotrophique	<input checked="" type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Non-Principal	2005-2012
			<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Non-Principal	
			<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Non-Principal	
			<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Non-Principal	
			<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Non-Principal	
			<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Non-Principal	

## 2.3. Vous intervenez (ou êtes intervenu) à des congrès, conférences, colloques, réunions publiques, dans un cadre promotionnel ou non, concernant les champs de la revue

Actuellement ou cours des 3 années précédentes

Structure invitante (société, organisme, association)	Lieu et intitulé du congrès ou de la réunion	Sujet ou Titre de l'intervention	Date(s)
SFNEP	Journée de Printemps (JDP) Nice	Accès digestifs : gestion des situations complexes	Juin 2013
SFNEP	Journée de Printemps (JDP) Strasbourg	La Nutrition entérale à domicile de (très) longue durée : quels risques? quelles spécificités?	Juin 2010
FMC-HGE	JFHOD Paris	Adenocarcinome du bas œsophage (et du cardia) : nutrition en attendant le traitement	Mars 2012

#### 2.4. Vous êtes auteur d'un ouvrage ou détenteur d'un brevet concernant les champs de la revue

Auteur d'un ouvrage, détenteur d'un brevet, inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle en relation avec les activités de la revue.

Editeur ou Structure qui commercialise le brevet, l'ouvrage	Titre de l'ouvrage, nom du produit breveté, nature de l'activité	Date ou Période concernée

#### 3. Vous avez des intérêts financiers ou bénéficiez d'avantages en nature dans une structure concernant les champs de la revue

Sont concernés tout intérêt financier ou avantage : intéressements, rentes, royalties, facilités, logement, véhicule, bons de réduction, options d'achat, etc., valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres, 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 (sont exclus de la déclaration les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP – dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition).

Structure (société, établissement, organisme, association)	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres, obligations, etc.)	Période concernée

#### 4. Vous avez des responsabilités dans une association de patients ou d'usagers

Sont concernés : le Président, les membres du Conseil d'administration, le trésorier, le Président du Conseil scientifique et le directeur scientifique.

Association	Objet	Fonction occupée	Depuis ou Période concernée

## 5. Vos proches parents présentent des intérêts financiers ou intellectuels concernant les champs de la revue

Sont concernés : conjoint (époux(se) ou concubin(e) ou pacsé(e)), ascendants ou descendants jusqu'au second degré, collatéraux immédiats y compris leur conjoint.  
Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné.

Structure (société, organisme, association)	Fonction et position dans la structure (indiquer s'il s'agit d'une fonction à responsabilité)	Lien de parenté (conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beau-père, belle-mère)	Date ou Période concernée

## 6. Autres éléments ou faits que vous considérez devoir être signalés à la revue

Autres éléments ou faits susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à votre indépendance ou à votre neutralité.  
Exemple : formation ou consultation qui débutera après le début de votre intégration au sein d la revue.

Actuellement, au cours des 3 années précédentes, ou dans un futur proche

Élément ou fait concerné	Commentaire	Date ou Période concernée

Pendant toute la durée de ma participation à la revue, je m'engage à actualiser sans délai ma DI en cas de modification des liens d'intérêts déclarés ci-dessus ou du fait de l'acquisition d'intérêts supplémentaires.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me déporter si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance ou à ma neutralité.

Prénom : Corinne

Nom : BOUTELOUP

Fait à : CLERMONT-FERRAND

Le : 15 JUILLET 2013

**APPROUVE**

Signature obligatoire

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 courriel à l'adresse suivante : [ncm@elsevier.fr](mailto:ncm@elsevier.fr)