

Déclaration de Lien d'Intérêt pour IHAB France

En ligne sur le site : www.i-hab.fr

A renvoyer complétée à la coordinatrice IHAB qui suit l'équipe

L'obtention du label est subordonnée au respect du Code OMS.

Lorsqu'un service entre en démarche ou lors des procédures d'évaluation IHAB, cette déclaration de lien d'intérêt sera demandée et discutée.

L'objectif est d'avoir une transparence sur des soutiens qui viendraient des Fabricants de Substituts de Lait Maternel, Fabricants de biberon et tétines et sur leurs utilisations. Cette transparence permettra de mesurer les conflits d'intérêt éventuels que ces liens peuvent induire et de réfléchir sur un mode de fonctionnement différent.

Lors d'une évaluation IHAB pour un service de maternité ou de néonatalogie, ou lors d'une vérification d'un engagement IHAB d'un service de pédiatrie, les factures d'achat de lait seront vérifiées. Il est demandé que les laits infantiles soient achetés au prix du marché, non remisés. Les dons de Substituts de lait Maternel (laits 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} âge, laits spéciaux, laits de croissance) pour un usage dans les services ou un usage privé d'un professionnel ne sont pas tolérés par le Code OMS. Des dons de biberons et de tétines* ne sont de la même façon pas autorisés.

** il est habituel à la vérification des factures de voir notée la gratuité des tétines, cela est toléré par IHAB car faisant partie de la nourette.*

- **Cette Déclaration de Lien d'Intérêt (DLI) ainsi que les factures d'achat seront vérifiées par le COPIL IHAB avant la visite d'évaluation.**
- **En cas de doute, il semble important que l'équipe se rapproche d'une coordinatrice IHAB.**

Dans le cadre d'une démarche qualité "IHAB- Amie des Bébé", les liens à prendre en considération concernent les firmes fabriquant et/ou distribuant **les produits visés par le Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel (et les biberons et tétines), ci-dessous dénommées firmes de SLM.**

Vous pouvez aussi noter les liens avec des firmes de dispositifs médicaux ou de matériel de puériculture, dans la mesure où vous pensez qu'elles ont des liens avec les firmes de SLM.

S'il existe des **contreparties** à ces dons et financements des firmes de SLM (prescriptions, acquisition de matériel, informations données aux familles...), vous les déclarez également.

Cette déclaration reste strictement confidentielle entre l'équipe (ou l'établissement et/ou le groupe d'établissements) qui mène une démarche qualité IHAB et IHAB France.

NB : Si un agent de santé reçoit à titre individuel des financements des firmes de SLM, pour respecter le Code OMS, il doit porter à la connaissance de l'institution à laquelle il appartient "toute contribution reçue que ce soit une bourse d'étude, un voyage d'étude, une bourse de recherche, une participation à une conférence professionnelle, ou des activités analogues." IHAB France ne vérifiera pas ces liens.



Document à compléter pour IHAB France (2 pages) :

Nom et coordonnées du Pôle ou service pour lequel la Déclaration de Liens d'Intérêts est établie :

.....

Nom et coordonnées de l'Association qui reçoit les financements :

(S'il y a plusieurs associations de service, remplir une déclaration par association)

.....

Ou Nom et coordonnées du service de l'établissement qui reçoit les financements :

(Si autre qu'une association de service, par exemple compte d'établissement ou inter établissements)

.....

Ou Nom et coordonnées du groupe dont dépend l'établissement évalué et qui reçoit les financements :

(Si autre qu'une association de service ou direction)

.....

Je soussigné(e).....

Reconnais avoir pris connaissance de la décision des membres du Comité d'attribution du label 2012, de déclarer à IHAB France, tout **lien d'intérêt avec** les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétences, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la démarche qualité IHAB dans laquelle notre équipe et/ou notre établissement est engagé.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

- de Président de l'Association
- de trésorier de l'Association
- de membre du Conseil d'Administration
- autre : à préciser si groupe

le (date) :/...../.....

Signature

LIENS FINANCIERS

Société / Laboratoire	Montant	Affectation à détailler	Période de Référencement

SERVICES RENDUS

De la part de	Nature du service	Début (année)	Fin (année)

DONS EN NATURE (MATÉRIEL, EQUIPEMENTS, PRODUITS DU DONATEUR...)

De la part de	Nature des dons et quantité	Début (année)	Fin (année)

Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter sur cette déclaration :
(Dans le doute, inscrivez ces liens pour discussion)

Contreparties aux dons et financements des firmes de SLM (prescriptions, acquisition d'un certain matériel, informations données aux familles...) :