

FORMULAIRE DE DÉCLARATION ET DE GESTION D'INTÉRÊTS POUR CANDIDATURE À UN COMITÉ DU DTMF DE MONTRÉAL

Nom :	Prénom :
Numéro de permis :	Réseau local de services (RSL) d'attache : (Sélectionner RLS pour la recherche)
Numéro de téléphone :	Adresse courriel professionnelle :

Ce formulaire s'adresse aux médecins omnipraticiens membres du Département territorial de médecine familiale de Montréal. Il s'agit d'une version légèrement modifiée du formulaire de déclaration d'intérêts de Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire, adaptée aux fins des activités électorales du DTMF. Il est requis, à tout membre souhaitant siéger au comité paritaire ou au comité de direction, de le compléter.

POSTE CONVOITÉ PAR LE DÉCLARANT OU LA DÉCLARANTE	
☐	Je dépose ma candidature pour siéger au comité paritaire
☐	Je dépose ma candidature pour siéger au comité de direction
POUR TOUS LES CANDIDATS OU CANDIDATES, JE CONFIRME QUE JE N'AI PAS :	
☐	D'antécédent déontologique sérieux incompatible avec les fonctions de DTMF
☐	D'antécédent disciplinaire au sein d'un établissement de Santé Québec qui serait incompatible avec la fonction
POUR LES CANDIDATS OU CANDIDATES ASPIRANT À SIÉGER AU COMITÉ DE DIRECTION UNIQUEMENT, JE CONFIRME QUE JE NE SUIS PAS :	
☐	De manière directe ou indirecte, en relation ou en situation d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à l'exercice de ses fonctions
☐	Membre du conseil d'administration de Santé Québec
☐	À l'emploi de Santé Québec (ex. : DMSP, chef de département, chef médical d'un GMF-U)
☐	À l'emploi d'un organisme représentatif avec lequel le ministre de la Santé et des Services sociaux a conclu une entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou d'un organisme qui lui est affilié (ex. : fédérations médicales ou tout organisme représentant officiellement des médecins auprès des instances gouvernementales)

Définition d'un conflit d'intérêt : Constitue une situation de « conflit d'intérêts » toute situation dans laquelle l'intérêt personnel d'une personne, incluant celui d'un de ses *proches* ou de toute autre personne avec qui elle est liée, qu'il soit de nature pécuniaire ou de toute autre nature, peut influencer (conflit d'intérêts réel) ou pourrait influencer (conflit d'intérêts potentiel) son indépendance de jugement dans l'exercice de ses fonctions. Est également visée la situation dans laquelle un tiers raisonnablement informé pourrait entretenir une crainte raisonnable de conflit d'intérêts à l'égard d'une personne (conflit d'intérêts apparent).

Proches : Aux fins du présent formulaire, le terme « proche » peut signifier notamment un membre de la famille immédiate de la personne, soit son conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur d'une personne. Il peut englober le conjoint et les enfants des personnes mentionnées précédemment ainsi qu'une personne significative, un ami intime et un associé.

Procédure de déclaration et d'analyse d'intérêts

Dans la première section, vous devez divulguer tous vos intérêts, et ce, même si vous ne vous croyez pas être en situation de conflit. Dans les sections suivantes, l'analyse déterminera si vous êtes en situation de conflits et les mesures qui peuvent être prises pour les gérer adéquatement. Si vous répondez « OUI » à l'un des énoncés ci-dessous, indiquez les renseignements supplémentaires pertinents dans la section prévue à cet effet (ex. : nom de l'entreprise, le type d'investissement, le nom de l'organisation, le nom du proche, etc.). **L'analyse de ce formulaire sera effectuée par le président de l'élection pour une nouvelle candidature et par le représentant de Santé Québec dans le cadre d'une mise à jour annuelle.**

ATTESTATION, ENGAGEMENT ET STATUT DU DÉCLARANT OU DE LA DÉCLARANTE	
☐	J'atteste avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie de Santé Québec
☐	J'atteste avoir pris connaissance du Règlement relatif aux conflits d'intérêts
☐	J'atteste avoir pris connaissance de la Procédure de déclaration et gestion d'un conflit d'intérêts
☐	Je comprends que ces informations sont collectées afin de gérer la situation où il y aurait un risque de conflit d'intérêts et qu'elles seront partagées avec les personnes pertinentes
☐	Je m'engage à divulguer sans délai toute nouvelle situation de conflit d'intérêts réel, apparent ou potentiel
☐	Si, postérieurement à la présente déclaration, les circonstances changent et requièrent des réponses différentes, je m'engage à soumettre une déclaration révisée
☐	Je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont véridiques et complets
☐	Il s'agit d'une déclaration d'intérêts soumise dans le cadre du processus électoral. Le président d'élection en assurera l'analyse et pourra émettre des recommandations, s'il y a lieu
☐	Il s'agit d'une mise à jour annuelle de déclaration d'intérêts. Celle-ci est identique à celle de l'année dernière, il n'y a pas eu de changement et je comprends que les mesures de mitigation identifiées demeurent adéquates, le cas échéant
☐	Il s'agit d'une mise à jour annuelle de déclaration d'intérêts. Il y a eu des changements depuis ma précédente déclaration d'intérêts. Le représentant de Santé Québec procèdera à l'analyse de cette déclaration et pourra émettre des recommandations, s'il y a lieu

Déclaration d'intérêts

1. INTÉRÊTS FINANCIERS DANS UNE ENTREPRISE Tout intérêt financier dans une entreprise qui œuvre de près ou de loin dans le RSSS (valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres) doit être déclaré. Exception : fonds mutuels ou actionnaire minoritaire si les actions de l'entreprise se transigent dans une bourse reconnue et si la personne en cause ne constitue pas une initiée de cette entreprise au sens de la Loi sur les valeurs mobilières <i>Exemples :</i> • <i>Je suis propriétaire ou copropriétaire d'une clinique médicale, d'un GMF ou d'une organisation offrant des services médicaux dans la région de Montréal</i> • <i>Je suis actionnaire ou administrateur d'une entreprise offrant des services de télémédecine, de prise de rendez-vous, de gestion de dossiers médicaux électroniques ou de solutions technologiques utilisés par des établissements de santé, des cliniques médicales ou des GMF</i> • <i>Je détiens des intérêts financiers dans un regroupement de cliniques médicales ou une organisation susceptible d'être touchée par les orientations, recommandations ou travaux du DTMF</i>	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant :		

2. ACTIVITÉS EXERCÉES PERSONNELLEMENT <u>ACTUELLEMENT OU AU COURS DES DEUX (2) ANNÉES PRÉCÉDENTES</u>		
2.1 Dirigeant, associé, employé, participation à un palier décisionnel d'une organisation de santé	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant :		
2.2 Activités cliniques régulières (installations et services)		
Veuillez lister tous les milieux de pratique actifs (rémunérés par la RAMQ), ainsi que les services distincts dans lesquels vous exercez pour chacun		

2.3 Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle <i>Exemples :</i> • <i>J'ai développé et commercialisé un logiciel, une plateforme de télésanté ou un outil de gestion destiné aux cliniques médicales, aux GMF ou aux établissements de santé</i> • <i>Je détiens des droits d'auteur, un brevet ou toute propriété intellectuelle générant une redevance liée à un produit, une formation ou un outil utilisé par des professionnels du réseau de la santé</i>	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant :		
2.4 Participation active à la gouvernance, à la représentation ou aux activités d'un organisme communautaire, d'une fondation ou d'un regroupement ayant des liens avec le réseau de la santé et des services sociaux (membre du CA, administrateur, porte-parole, représentant, bénévole occupant un rôle significatif, etc.) <i>Exemples :</i> • <i>J'agis comme porte-parole, représentant ou membre d'un comité consultatif d'un organisme communautaire ayant des liens avec le réseau de la santé et des services sociaux</i> • <i>Je participe activement à la gouvernance ou aux activités d'une fondation, d'un regroupement ou d'un organisme susceptible d'être touché par les orientations ou recommandations du DTMF</i>	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant :		

3. PROCHES POSSÉDANT DES INTÉRÊTS FINANCIERS DANS UNE ENTREPRISE <u>ACTUELLEMENT</u> <i>Exemple :</i> • <i>Mon conjoint ou ma conjointe est propriétaire d'une agence de placement de personnel affecté dans le RSSS</i>	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant :		

4. PROCHES EXERÇANT DES ACTIVITÉS OÙ ÉTANT MEMBRE D'UNE ORGANISATION EXERÇANT DES ACTIVITÉS POUVANT ÊTRE INCOMPATIBLES AVEC MES RESPONSABILITÉS OU MA FONCTION OU MES TÂCHES	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant :		

5. UN DE MES PROCHES TRAVAILLE DANS L'ORGANISATION		
<i>Exemple :</i> • <i>Mon conjoint ou ma conjointe est chef médical, gestionnaire ou propriétaire dans un établissement avec lequel le DTMF entretient des liens de collaboration</i>		
5.1 J'ai un lien avec cette personne dans le cadre de mes fonctions	Oui ☐	Non ☐
5.2 Il y a un lien hiérarchique	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant, le nom de la personne, le titre d'emploi et le service :		

6. JE DÉCLARE ÊTRE SIGNATAIRE DE CONTRAT POUR OU AVEC LE RSSS	Oui ☐	Non ☐
<i>Exemples :</i> • <i>Je participe à une entente commerciale ou professionnelle avec une organisation du RSSS</i> • <i>Je détiens un intérêt financier dans une société offrant des services contractuels à Santé Québec ou à un établissement du réseau</i> • <i>Je détiens un contrat de gestion ou de consultation avec un établissement de santé</i> • <i>Je suis associé à une entreprise qui fournit des services à un établissement ou à une clinique médicale</i>		
6.1 Je détiens un intérêt direct ou indirect dans un contrat, une entente de services ou un partenariat conclu avec un établissement du RSSS, Santé Québec ou une organisation qui y est liée	Oui ☐	Non ☐
6.2 Un proche détient un intérêt financier ou exerce un rôle décisionnel dans l'organisation visée par des contrats ou ententes	Oui ☐	Non ☐
Précisez, le cas échéant :		

7. AUTRES SITUATIONS, FONCTIONS, AFFILIATIONS, ENGAGEMENTS OU INTÉRÊTS QUI POURRAIENT INFLUENCER, OU ÊTRE PERÇUS COMME INFLUENÇANT, MON INDÉPENDANCE DE JUGEMENT DANS L'EXERCICE DE MES FONCTIONS AU SEIN DU DTMF	Oui ☐	Non ☐
<i>Exemples :</i> • J'agis à titre de porte-parole ou de représentant d'un groupe d'intérêt pouvant être concerné par les orientations du DTMF • Je participe à des activités de consultation, de recherche ou de développement financées par une organisation ayant des intérêts dans le réseau de la santé et des services sociaux • Je siége à une instance décisionnelle, consultative ou professionnelle dont les positions pourraient être susceptibles d'influencer mes interventions au sein du comité		
Précisez, le cas échéant :		

CONFIRMATION DU DÉCLARANT OU DE LA DÉCLARANTE	
☐	J'ai coché NON à tous les éléments de toutes les sections précédentes, je n'ai donc pas de conflit d'intérêts et je signe le formulaire
☐	J'ai coché OUI à un ou plusieurs éléments d'une ou plusieurs des sections précédentes, je pourrais être en conflit d'intérêts. Je signe le formulaire et il sera remis pour évaluation
☐	J'autorise le président d'élection et le représentant de Santé Québec à accéder à mon dossier professionnel du Collège des médecins du Québec (CMQ)
☐	Je reconnais que ma déclaration fera l'objet d'une analyse afin de déterminer la recevabilité de ma candidature ainsi que les mesures de gestion requises, le cas échéant
☐	Je m'engage à respecter la confidentialité de l'information obtenue dans le cadre des fonctions liées au comité

Signature du déclarant ou de la déclarante

Date

Merci de transmettre ce formulaire dûment complété par courriel à l'adresse suivante : dtmfmontreal@ssss.gouv.qc.ca en précisant « Déclaration et gestion d'intérêts » dans l'objet du courriel.

**Section à remplir par le président d'élection
ou le représentant de Santé Québec**

1. ANALYSE DE LA SITUATION DÉCLARÉE

Est-ce que les intérêts déclarés peuvent :		
Nuire à l'indépendance, l'objectivité ou la neutralité de la personne dans le cadre de ses fonctions actuellement ou dans le futur	Oui ☐	Non ☐
Laisser sous-entendre qu'elle favorise ses intérêts personnels ou ceux d'un proche	Oui ☐	Non ☐
Être utilisés de sorte à se servir de sa position au sein du comité pour obtenir des avantages personnels	Oui ☐	Non ☐
Affecter la crédibilité et l'intégrité du comité	Oui ☐	Non ☐

Veuillez définir la nature de l'intérêt pouvant affecter la relation de confiance avec le RSSS	
Réel (la personne est dans une situation où elle doit exercer un jugement)	☐
Potentiel (la personne pourrait devoir exercer un jugement)	☐
Apparent (un tiers raisonnablement informé pourrait entretenir une crainte fondée que la personne soit dans une situation où elle doit ou elle pourrait devoir exercer un jugement)	☐
Précisez, dans tous les cas :	

Indiquez le niveau de probabilité ou de risque que l'intérêt puisse influencer la décision ou rendre le jugement moins fiable	
Probable	☐
Peu probable	☐
Inexistant	☐
Précisez, dans tous les cas :	

SI VOUS AVEZ COCHÉ POTENTIEL POUR LA NATURE DE L'INTÉRÊT : Indiquez le niveau de probabilité de se retrouver dans une situation nécessitant de devoir exercer un jugement	
Certain	☐
Probable	☐
Peu probable	☐
Inexistant	☐
Précisez, dans tous les cas :	

Indiquez la gravité de l'atteinte à la réputation du DTMF dans l'éventualité où la situation d'intérêt ne serait pas réglée ou gérée	
Sévère	☐
Majeure	☐
Significative ou modérée	☐
Mineure	☐
Nulle ou négligeable	☐
Précisez, dans tous les cas :	

2. GESTION DE LA SITUATION DÉCLARÉE

Identifiez la ou les mesures appropriées pouvant être adoptées pour atténuer ou régler le risque associé à la présence d'un intérêt	
Obligation de déclarer la situation au début des délibérations concernées	☐
Retrait volontaire des discussions ou décisions touchant l'intérêt déclaré	☐
Complétion de la présente déclaration suffisante pour gérer la situation	☐
Abstention lors d'un vote portant sur le sujet concerné	☐
Consignation de la situation au procès-verbal	☐
Réévaluation périodique de la situation	☐
Autre mesure déterminée par le président d'élection ou par le représentant de Santé Québec	☐
Transmission de la présente déclaration à une personne ou à une instance de l'établissement pour informer du conflit au jugement du représentant de Santé Québec ou du président d'élection (ex.: DMSP, DRH, etc.)	☐
Restriction de la participation à certaines activités. Précisez : <i>Exemples :</i> • Substitution lors de la participation à certaines activités (identification d'un intérim pour assurer le lien hiérarchique avec un proche) • Retrait des fonctions liées au conflit (exemple : exclusion du processus d'embauche d'un proche, d'octroi d'un appel de projets, etc.)	
Renonciation à des intérêts personnels (exemple : démission d'un poste, vente d'actions, etc.)	☐
Précisions ou commentaires pour les éléments cochés :	
Renseignements supplémentaires pertinents à divulguer :	

CONCLUSION DE L'ANALYSE		
Le déclarant ou la déclarante répond-il aux critères d'indépendance prévus au Règlement de régie interne du DTMF ainsi qu'à l'ensemble des exigences ?	Oui ☐	Non ☐
Si non, la situation déclarée est-elle susceptible de compromettre l'indépendance, l'objectivité ou la représentativité attendues d'un membre du comité ?	Oui ☐	Non ☐
☐	Aucun conflit perçu : La candidature du déclarant ou de la déclarante est recevable	
☐	Conflit perçu : La candidature du déclarant ou de la déclarante est recevable sous certaines conditions (adoption de mesures appropriées de gestion de l'intérêt)	
☐	Conflit perçu : La candidature du déclarant ou de la déclarante n'est pas recevable	

Signature du président d'élection
ou du représentant de Santé Québec

Date