



SAISI LE 20 MARS 2017

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)

visée aux articles L.1451-1 et R.1451-1 et R.1451-2 du code de la santé publique
(modèle issu de l'arrêté du 5 juillet 2012 – JO 10 août 2012)

Je soussigné(e) : Docteur Pierre-Vladimir ENNEZAT

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

de personnels de direction et d'encadrement de l'ONIAM.

Préciser la fonction :

d'agent de l'ONIAM ou des commissions de conciliation et d'indemnisation collaborant à la désignation des experts mentionnés aux articles L. 1142-9, L. 1142-24-4, R. 1221-71, R. 3111-29, R. 3122-3 et R. 3131-3-1

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'ONIAM :

INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	Date de la 1 ^{ère} désignation dans ce mandat
Conseil d'administration de l'ONIAM		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Conseil d'orientation de l'ONIAM		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail visés aux articles L. 1142-5, R. 1142-63-3 et D. 1142-70 :

INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	Date de la 1 ^{ère} désignation dans ce mandat
Collège d'experts benfluorex		<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Commissions de conciliation et d'indemnisation	Régions :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Observatoire des risques médicaux	Préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

de personne invitée à apporter mon expertise à l'ONIAM :

Préciser le cadre :

autre : Préciser :

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Il vous appartient, à réception de l'ordre du jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

¹ 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 mél à l'adresse suivante secretariat@oniam.fr.
Le présent formulaire sera publié sur le site www.oniam.fr.

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous.

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CHU de Grenoble	BP 217 38043 Grenoble	Médecin des Hôpitaux	4/11/2013	CDI

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des cinq dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1.

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Médecin Remplaçant des Soins Intensifs	Hôpital Jacques Cartier, Massy	Novembre 2011	Avril 2012

Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

Activité salariée
Remplir le tableau ci-dessous.

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CHRU de Lille	Lille	Médecin des Hôpitaux	Novembre 2003	Novembre 2011
Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble	8 Rue docteur Calmette, Grenoble	Médecin salarié	Août 2012	Octobre 2013

2. Vos activités exercées à titre secondaire

2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration
Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.1)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune		

		<input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
--	--	--	--	--

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.2)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	DOMAINE et type de travaux	NOM du produit de santé ou du sujet traité	SI ESSAIS OU ÉTUDES cliniques ou précliniques préciser	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.3)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
PHRC CHU de Saint Etienne (Professeur Mismetti)	Embolie pulmonaire Etude PREPIC2	Filtre Cave Temporaire ALN	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Co-investigateur	<input type="checkbox"/> Aucune	02/2008	10/2011
PHRC Pitié Salpêtrière (Pr Beygui)	Infarctus du Myocarde Etude ALBATROSS	spironolacto ne	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Co-investigateur	<input type="checkbox"/> Aucune	Octobre 2010	Octobre 2011
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ENTREPRISE OU organisme invitant (société, association)	LIEU ET INTITULÉ de la réunion	SUJET de l'intervention, le nom du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.4)	DÉBUT (mois/ année)	FIN (mois/ année)
Philips	Grenoble	Echocardiographie d'effort	Non	<input type="checkbox"/> Au déclarant	4 avril 2013	
E Coach	Grenoble, Saint Etienne, Annecy, Besançon, Lille, Valenciennes, Reims : Formation à l'échographie sur station de travail	Ateliers d'échocardiographie	Non	<input type="checkbox"/> Au déclarant	Janvier 2010	Décembre 2016
BAYER	Le Touquet	Echocardiographie	Oui	<input type="checkbox"/> Au déclarant	Janvier 2015	Décembre 2015
Astra Zeneca	Formation à l'échographie sur station de travail	Ateliers d'échocardiographie	Oui	<input type="checkbox"/> Au déclarant	Janvier 2014	Décembre 2016
Daiichi Sankyo	Grenoble	Ateliers d'échocardiographie	Non	<input type="checkbox"/> Au déclarant	8 juin 2013	Décembre 2015
MSD Schering Plough	Orlando	Congrès AHA	Oui	Non	13 novembre 2009	19 novembre 2009
MSD	Grenoble	Staffs médicaux	Non	Non	Janvier 2014	Décembre 2014
Boeringher Ingelheim	Grenoble	Staffs médicaux	Non	Non	Janvier 2014	Décembre 2014
Daiichi Sankyo	Grenoble	Staffs médicaux	Non	Non	Janvier 2014	Décembre 2014
ICOMED	Grenoble	Enquêtes médicales	Non	Oui	Janvier 2013	Décembre 2014
St Jude Medical	Grenoble	Staff Médical	Non	Non	Janvier 2014	Décembre 2014
Pfizer	Amsterdam	Vaccination antipneumococcique en pathologie cardiovasculaire : Prevenar 13	Oui	<input type="checkbox"/> Au déclarant	15 novembre 2012	16 novembre 2012

ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>SANOFI AVENTIS FRANCE</u>	25/01/2016	Repas	16 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>DAIICHI SANKYO FRANCE SAS</u>	11/10/2014	Repas	17 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE</u>	18/12/2014	HOSPITALITE	68 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>DAIICHI SANKYO FRANCE SAS</u>	09/06/2016	Repas	60 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>MSD France</u>	11/06/2016	REPAS	35 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>MSD France</u>	27/05/2016	REPAS	24 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>ICOMED</u>	17/03/2016	Autre [Enquête]	34 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>ICOMED</u>	26/01/2016	Autre [Enquête]	31 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE</u>	12/03/2015	HOSPITALITE	37 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>MSD France</u>	20/06/2015	REPAS	48 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>Bayer HealthCare SAS</u>	12/03/2016	Hospitalite	173 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>PFIZER SAS</u>	25/04/2016	Repas	21 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>THE BINDING SITE GROUP LTD</u>	15/04/2016	REPAS	20 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>A+A</u>	25/01/2016	AUTRE [ENQUETE]	40 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>MSD France</u>	30/04/2016	REPAS	60 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>Bayer HealthCare SAS</u>	03/05/2016	Transport	399 €	Détail

Beneficiaire	Type de bénéficiaire	Entreprise	Date	Nature	Montant	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	THE BINDING SITE GROUP LTD	15/04/2016	REPAS	20 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	Bayer HealthCare SAS	12/03/2016	Hospitalité	273 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	A+A	25/01/2016	AUTRE (ENQUETE)	40 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	09/06/2016	Repas	60 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	BOEHRINGER INGELHEIM FRANCE	18/12/2014	HOSPITALITE	68 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	ICOMED	24/03/2015	Autre (Enquête)	29 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	28/03/2015	Repas	17 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	MSD France	14/06/2014	REPAS	40 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	30/01/2015	Repas	25 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	DAIICHI SANKYO FRANCE SAS	19/01/2015	Repas	16 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	MSD France	16/06/2012	HOSPITALITÉ	40 €	Détail
ENNEZAT Pierre Vladimir	Médecin	QualWorld	24/11/2015	Dédormagement	55 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	ICOMED	20/10/2014	Autre (Enquete)	11 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	Bayer HealthCare SAS	18/04/2015	Hospitalité	315 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	Bayer HealthCare SAS	09/06/2015	Hospitalité	30 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	Actelion Pharmaceuticals France	09/04/2015	REPAS	57 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	MSD France	04/06/2015	REPAS	28 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	MSD France	21/03/2015	REPAS	54 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	Bayer HealthCare SAS	24/06/2015	Hospitalire	466 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	ICOMED	16/09/2015	Autre (Enquête)	11 €	Détail

ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>BRACCO IMAGING FRANCE</u>	09/11/2015	REPAS	43 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>PASCALEQ</u>	05/11/2015	AUTRE (ENQUETE)	20 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>Actelion Pharmaceuticals France</u>	16/10/2015	AUTRE (RESTAURATION STAFF)	24 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>MEDA PHARMA</u>	04/11/2013	REPAS	16 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>Bayer HealthCare SAS</u>	18/10/2013	Hospitalité	50 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>MEDEXACT</u>	13/02/2013	Autre (Enquête)	25 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>ICOMED</u>	06/03/2013	Autre (Enquête)	30 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>ICOMED</u>	07/11/2013	Autre (Enquête)	11 €	Détail
ENNEZAT PIERRE VLADIMIR	Médecin	<u>DAIICHI SANKYO FRANCE SAS</u>	05/04/2014	Repas	36 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>EDWARDS LIFESCIENCES</u>	20/01/2016	REPAS	28 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>PHILIPS FRANCE</u>	17/09/2013	REPAS	100 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>SIEMENS SAS</u>	27/05/2015	REPAS	40 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>St Jude Medical France SAS</u>	28/09/2015	REPAS	32 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>BRACCO IMAGING FRANCE</u>	20/11/2015	HOSPITALITE	185 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>PHILIPS FRANCE</u>	17/09/2013	TRANSPORT	300 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>PHILIPS FRANCE</u>	17/09/2013	HEBERGEMENT	180 €	Détail
ENNEZAT PIERRE-VLADIMIR	Médecin	<u>St Jude Medical France SAS</u>	03/11/2014	REPAS	22 €	Détail

2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

NATURE DE L'ACTIVITÉ et nom du brevet, produit	STRUCTURE QUI MET à disposition le brevet, produit	PERCEPTION intéressement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.5)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage...

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME à but lucratif financeur (*)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

(*) Le pourcentage du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1.

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement :

Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts 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 ou pourcentage du capital détenu.

(Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion ni la composition - sont exclus de la déclaration.)

STRUCTURE CONCERNÉE	TYPE D'INVESTISSEMENT (*)

(*) Le pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau C.1.

5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- le conjoint (époux[se], ou concubin[e], ou pacsé[e]), parents (père et mère) et enfants de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents (père et mère).

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq années précédentes :

	ORGANISMES CONCERNÉS
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	

6. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	COMMENTAIRES (le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	ANNÉE de début	ANNÉE de fin

Précisions apportées par l'ONIAM :

6.1. Les litiges² éventuels de la compétence de l'ONIAM

6.1.1. En qualité de partie au litige

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

JURIDICTION OU INSTANCE saisie	FONDEMENT du recours	STATUT	PERIODE concernée
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	

² Le litige peut concerner un recours contentieux ou une démarche de règlement amiable.

6.1.2. En qualité d'expert

Actuellement, au cours des cinq années précédentes

JURIDICTION OU INSTANCE saisie	FONDEMENT du recours	STATUT	PERIODE concernée
Tribunal de Grande Instance de Paris	Valvulopathie Médiateur	<input type="checkbox"/> En cours	Janvier 2012-2013
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	
		<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	

6.2 Vous ou l'organisme que vous représentez êtes ou avez été membre d'une des instances entrant dans le champ du dispositif relevant de la compétence de l'ONIAM

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

INSTANCE	PRECISIONS	REPONSE	QUI est concerné par le mandat	PERIODE concernée
Commission nationale des accidents médicaux		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Votre organisme : Préciser :	
Autre	Préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Votre organisme : Préciser :	

6.3 Vous exercez des fonctions à responsabilité dans une association de patients ou d'utilisateurs

Sont concernées par cette rubrique tous les membres de l'association, le Président, les membres du Conseil d'administration, et toute personne ayant cotisé à cette association.

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

ASSOCIATION	Objet social	NATURE DES LIENS avec l'association	PERIODE concernée

6.4 Vous exercez des fonctions ou avez des liens avec une compagnie d'assurance exerçant en responsabilité civile médicale

Sont concernées par cette rubrique les dirigeants de la compagnie d'assurance, les membres de son Conseil d'administration, et toute personne ayant des participations financières dans le capital de la société d'assurance.

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

COMPAGNIE d'assurance	NATURE DES LIENS avec la compagnie d'assurance	PERIODE concernée

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : et signez en dernière page

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1.

ORGANISME	MONTANT PERÇU
TGI Paris	1800 euros

Tableau A.2.

ORGANISME	MONTANT PERÇU

Tableau A.3.

ORGANISME	MONTANT PERÇU

Tableau A.4.

ENTREPRISE OU ORGANISME	MONTANT PERÇU
E Coach	7200 euros
Philips Healthcare	1000 euros
Pfizer	1500 euros
ICOMED	77 euros
Astra Zeneca	350 euros
BAYER	250 euros
Daiichi Sankyo	350 euros

Tableau A.5.

STRUCTURE	MONTANT PERÇU

Tableau B.1.

ORGANISME	POURCENTAGE DU MONTANT des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur

Tableau C.1.

STRUCTURE	POURCENTAGE de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

Tableau D.1.

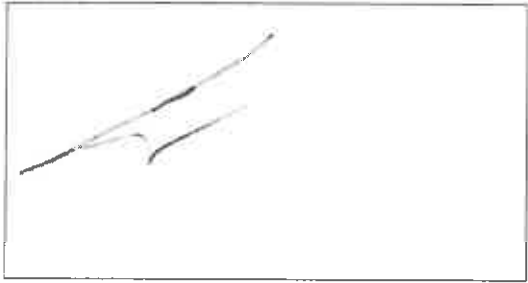
	SALARIAT	ACTIONNARIAT			
Organisme	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si $\geq 5\ 000$ euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Tableau E.1.

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	PRÉCISEZ le cas échéant les sommes perçues

Signature obligatoire

Le 19 mars 2017



Article L. 1454-2 du code de la santé publique.

" Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées aux I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. "

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet www.oniam.fr . L'ONIAM est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'ONIAM.

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 mél à l'adresse suivante : secretariat@oniam.fr.