

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) : **Thomas SIMILOWSKI**

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	novembre 2011
Commissions de conciliation et d'indemnisation	Régions :	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
Observatoire des risques médicaux	Préciser :	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" 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 avvertir 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 délibération¹.

1. Votre activité principale

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 mé à l'adresse suivante secretariat@oniam.fr.

Le présent formulaire sera publié sur le site www.oniam.fr.

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)
Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (Site Pitié-Salpêtrière) Université Paris 6	91 Bd de l'Hôpital 75634 Paris Cedex 13	Professeur des Universités	1/09/1998	en cours
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	47-83 Bd de l'Hôpital	Praticien Hospitalier Chef de Service	1/09/1998	en cours

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)

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)
Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (Site Pitié-Salpêtrière) Université Paris 6	91 Bd de l'Hôpital 75634 Paris Cedex 13	Professeur des Universités	1/09/1998	en cours
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	47-83 Bd de l'Hôpital	Praticien Hospitalier Chef de Service	1/09/1998	en cours

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)
Fonds de Dotation "Recherche en Santé Respiratoire"	Président du Conseil Scientifique	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	1/1/2010	31/12/2015
Fondation du Souffle	Président du Conseil Scientifique	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	30/6/2013	31/12/2015
Fonds de Dotation "Recherche en Santé Respiratoire"	Président du Conseil d'Administration	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	1/1/2016	en cours
Fondation du Souffle	Vice-Président du Conseil d'Administration	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	1/1/2016	en cours
Réseau de Santé Recup'Air (ARS Ile-de-France)	Vice-Président	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	en cours

2. Vos activités exercées à titre secondaire

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.

NB : pas de lien d'intérêt pertinent pour l'activité "benfluorex" ; la liste ci-dessous concerne des liens avec des entreprises du médicament de façon générale

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans auprès de l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.2)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Boehringer Ingelheim France	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2010	2012
Nycomed France/International	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2010	2012
AstraZeneca France/International	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	en cours
Pierre Fabre	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	2013
Menarini France	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	2011
Novartis France/International	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	en cours
Almirall France	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2012	2013
GSK France	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	2014
Teva	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	en cours
Chiesi	conseil/consultant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	en cours

2. Vos activités exercées à titre secondaire

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.

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 national	stimulation phrénique implantée au cours de la sclérose latérale amyotrophique	neurostimulateur NeurRx- DPS (Synapse Biomédicale)	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co- investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	2017
Novartis	bronchodilatateurs au cours de la BPCO	QVA149	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	2015
AstraZeneca	anticorps monoclonaux au cours de la BPCO (prévention des exacerbations)	Benralizumab	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	2015

2. Vos activités exercées à titre secondaire

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.

NB : pas de lien d'intérêt pertinent pour l'activité "benfluorex" ; la liste ci-dessous concerne des liens avec des entreprises du médicament de façon générale

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)
Boehringer Ingelheim France + association ASDES	Manifestation laboratoire Paris	FMC BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2010	2010
Boehringer Ingelheim France	Manifestation laboratoire Paris	Scores en Pneumologie (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2010	2010
Boehringer Ingelheim France	Manifestation laboratoire Paris	BPCO et kinésithérapie respiratoire (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	2011
Boehringer Ingelheim France	Manifestation laboratoire Paris	BPCO et cancer bronchique (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	2013
Nycomed France	Manifestation laboratoire Paris	Exacerbations BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	2013
AstraZeneca France	Manifestation laboratoire Paris	Financement de la recherche clinique (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2010	2010
AstraZeneca International	Manifestation laboratoire Prague	Prise en charge de la BPCO (Symbicort®)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	2011

MSD	Manifestation laboratoire Paris	Perspectives pneumologiques (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	2011
Pfizer France	Manifestation laboratoire Marseille	handicap et BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	2013
Pfizer France	Manifestation laboratoire Cannes	Paralysies diaphragmatiques (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2015	2015
Pierre Fabre	Congrès Pneumologie Langue Française Lille	Dyspnée et BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	2014
Pierre Fabre	Congrès Pneumologie Langue Française Marseille	Dyspnée et BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	2013
Pierre Fabre	Congrès Pneumologie Langue Française Lyon	Dyspnée et BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2012	2012
Novartis	Congrès Pneumologie Langue Française Lyon	Intimologie et BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2012	2012
Chiesi France	Manifestation laboratoire Paris	Innovation en pneumologie (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	2014
Novartis	European Respiratory Society München	Asthme et BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	2014
Novartis	réalisation d'une plaquette de formation	Dyspnée et BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont	2011	2011

				vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
Novartis	Manifestation laboratoire Toulouse	Actualités BPCO (pas de produit spécifiquement visé)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	2011
Novartis	Manifestation laboratoire Paris	Universités Pneumologie (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Paris)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2012	2012
Novartis	Manifestation laboratoire Paris	Actualités Pneumologie (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Paris)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2013	2013
Novartis	Manifestation laboratoire Paris	Actualités Pneumologie (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Paris)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2014	2014
Invacare	Symposium laboratoire Congrès de Pneumologie de Langue Française (Lille)	Niveaux de preuve "oxygénothérapie"	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2015	2015

Novartis	Manifestation laboratoire Paris	Actualités Pneumologie (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Paris)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2015	2015
Chiesi France	Manifestation laboratoire Paris	Club des Experts en Pneumologie (pas de produit spécifiquement visé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> sans objet (Ile-de-France)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2015	2015

2. Vos activités exercées à titre secondaire

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)
FR 2903314 A1 <i>Dispositif de détection d'un réglage inapproprié d'une machine d'assistance ventilatoire utilisée sur un mammifère</i>	Université Paris 6 Pierre et Marie Curie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (selon statut des agents de l'état)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2008	...
FR 296322 A1 <i>Système de détection électroencéphalographique d'une inadéquation entre l'état d'un patient placé sous assistance ventilatoire et le réglage de la machine utilisée pour cette assistance, et utilisation de cette détection pour l'adaptation du réglage</i>	Université Paris 6 Pierre et Marie Curie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (selon statut des agents de l'état)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2010	...
FR 2990124 A1 <i>Procédé de caractérisation de l'état physiologique d'un patient à partir de l'analyse de son activité électrique cérébrale et dispositif de surveillance faisant application</i>	Université Paris 6 Pierre et Marie Curie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (selon statut des agents de l'état)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2012	...
FR 2971418 A1 <i>Borne d'assistance permettant la surveillance à distance d'une personne connectée à un dispositif médical d'assistance et de surveillance</i>	Université Paris 6 Pierre et Marie Curie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (selon statut des agents de l'état)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2011	...
dépôt en cours <i>Dispositif de fixation et de protection pour sondes d'intubation monocorps universel</i>	Université Paris 6 Pierre et Marie Curie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (selon statut des agents de l'état)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2015	...

Les 3 premiers brevets énumérés ci-dessus ont permis la signature d'un accord de collaboration entre l'université Paris 6 et Air Liquide Medical Systems. Le 4ème a permis la signature d'un accord entre l'université et la société H2AD. Le déclarant, en tant que co-inventeur, sera intéressé à d'éventuelles retombées commerciales, selon le statut des agents de l'état. Aucune rémunération n'a été effectuée, ni n'est prévue, à la date de déclaration.

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 **CEPENDANT CF. 2.1 ET NB CI-INFRA**

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.

Voir en 2.1. Le déclarant est membre fondateur et président du Conseil Scientifique du Fonds de Dotation "Recherche en Santé Respiratoire", et président du Conseil Scientifique de la Fondation du Souffle. A ce titre, il participe à la levée de fonds pour le financement de la recherche, auprès d'organismes à but non lucratif comme à but lucratif, dans le champ et hors du champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration. Le déclarant ne fait cependant pas partie des conseils d'administration de ces structures.

Par ailleurs, le déclarant est Chef de Service (Service de Pneumologie et Réanimation, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix) à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, responsable de Département (Département "R3S" -Respiration, Réanimation, Réhabilitation, Sommeil-, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix) à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, et Directeur d'Unité Mixte de Recherche Inserm-UPMC (UMRS 1178). A ce titre, il contribue à diverses opérations de levées de fonds et à divers partenariat industriels et non-industriels sous couvert de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris d'une part, de l'Inserm et de l'UPMC d'autre part, pour le financement de la recherche, sans aucun intéressement personnel.

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
Le déclarant préside le conseil scientifique du Fonds de Dotation "Recherche en Santé Respiratoire"	Il s'agit d'une structure nationale destinée à collecter et redistribuer des fonds pour la recherche en pneumologie. Les fonds proviennent d'organismes à but non lucratifs de pneumologie (par exemple Société de Pneumologie de Langue Française, ANTADIR), de sociétés commerciales impliquées dans l'assistance respiratoire à domicile sur tout le territoire national, d'entreprises du médicament (Actelion, Boehringer Ingelheim France, Novartis, Nycomed, Roche, GSK, Pierre Fabre...), d'entreprises "hors médicament" (Crédit Agricole) et de particuliers.	2010	2015
Le déclarant préside le conseil scientifique de la "Fondation du Souffle"	ibid.	2013	2015
Le déclarant dispose du statut d' "autoentrepreneur"	"Formations et Etudes Techniques en Pneumologie", URSSAF : 117 000 001 514 838 023 SIREN : 492 979 455 - SIRET: 49297945500010 pour la perception des honoraires liées aux activités de conseil mentionnées ci-dessus	2010	en cours
Le déclarant a perçu une bourse de recherche "libre" de l'Institut de Recherche International Servier en 1986-1987	Année de disponibilité 1986-1987 au cours de l'internat, pour effectuer le Diplôme d'Etudes Approfondies de Physiologie et Physiopathologie Respiratoire, financée en partie par une bourse de l'Institut de Recherche International Servier (IRIS) sur demande du chef de service de l'époque (Pr J-P Derenne) ; le travail de recherche effectué pendant cette année portait sur la mécanique ventilatoire au cours de l'assistance ventilatoire chez l'animal et l'humain, sans aucune implication pharmacologique d'aucune sorte, et sans lien avec un quelconque produit commercialisé par le financeur.	1986	1987
Le déclarant a été en contact avec les laboratoires Euthérapie dans le cadre de ses fonctions de rédacteur en chef de la "Revue des Maladies Respiratoires", organe officiel de la Société de Langue Française	Les laboratoires Servier/Euthérapie finançaient pour la pneumologie un groupe de travail devant effectuer des rapports à la suite du congrès annuel de l'American Thoracic Society. Ces rapports étaient publiés dans un fascicule intitulé "L'essentiel", et financé par "Euthérapie". Ce fascicule a été publié sous couverture de la Revue des Maladies Respiratoires, au terme d'un contrat entre celle-ci, les éditions Masson, et Euthérapie, de 2001 à 2003, puis il a été mis fin à ce partenariat, à l'initiative du déclarant. Ce dernier n'était pas impliqué à titre personnel dans le partenariat, et ne participait pas au groupe de travail concerné.	2001	2003
Le déclarant préside le conseil d'administration du Fonds de Dotation "Recherche en Santé Respiratoire"	Il s'agit d'une structure nationale destinée à collecter et redistribuer des fonds pour la recherche en pneumologie. Les fonds proviennent d'organismes à but non lucratifs de pneumologie (par exemple Société de Pneumologie de Langue Française, ANTADIR), de sociétés commerciales impliquées dans l'assistance respiratoire à domicile sur tout le territoire national, d'entreprises du médicament (Actelion, Boehringer Ingelheim France, Novartis, Nycomed, Roche, GSK, Pierre Fabre...), d'entreprises "hors médicament" (Crédit Agricole) et de particuliers.	2015	en cours
Le déclarant est vice-président du	ibid.	2015	en

conseil d'administration de la "Fondation du Souffle"			cours

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 : néant

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)	

6.1.2. En qualité d'expert

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

JURIDICTION OU INSTANCE saisie	FONDEMENT du recours	STATUT	PERIODE concernée
TGI Limoges affaire Chikli c/Fiva	indemnisation amiante	<input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	2013-2015
TGI Paris affaire Jeandon c/Fiva	indemnisation amiante	<input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	2013
TGI Versailles affaire Dufour c/Fiva	indemnisation amiante	<input type="checkbox"/> En cours <input checked="" type="checkbox"/> Clos (décision ayant autorité de la chose jugée / insusceptible de recours)	2011

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 : néant

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 : néant

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 : néant

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

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

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1.

ORGANISME	MONTANT PERÇU
sans objet	

Tableau A.2.

ORGANISME	MONTANT PERÇU
Boehringer Ingelheim France	3800
Nycomed France/International	11550
AstraZeneca	2000
Pierre Fabre	12280
Menarini France	1000
Novartis France/International	12000
Almirall France	2400
GSK France	2000
Teva	4800
Chiesi	4000

Tableau A.3.

ORGANISME	MONTANT PERÇU
Novartis	à percevoir en 2016 : 2000
AstraZeneca	à percevoir en 2016 : 1500

Tableau A.4.

ENTREPRISE OU ORGANISME	MONTANT PERÇU
Boehringer Ingelheim France	2500
Nycomed France/International	1500
AstraZenecaFrance	1800
Novartis	9200
Pfizer	1600
Chiesi	4200
MSD	1540
Pierre Fabre	8080
Invacare	1000

Tableau A.5.

STRUCTURE	MONTANT PERÇU
sans objet	

Tableau B.1.

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

Tableau C.1.

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

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 ≥ 5 000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
sans objet					

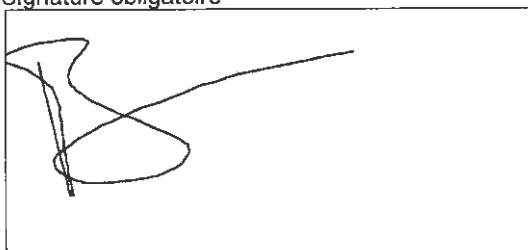
Tableau E.1.

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	PRÉCISEZ le cas échéant les sommes perçues
sans objet	

Fait à PARIS

Le : 11 janvier 2016

Signature obligatoire



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.

