

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) : **Colas Tcherakian**

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 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 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)
Hôpital Foch	40 rue Worth	Médecin	11/2008	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)

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)
NOVARTIS	Protocole de recherche. "Natair" étude du Xolair dans l'asthme non atopique	Xolair	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) :	2009	2010
NOVARTIS	protocole de recherche "reverbrez" évaluant l'effet de l'indacaterol dans la BPCO		Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2012	2013
			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	<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)
SANOFI	Recommandations prise en charge des pneumopathies Siège de Sanofi	Aucun produit Formation scientifique	<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) :	16/06/09	
CHIESI	Asthme et BPCO Hôpital de Rueil	Aucun produit Formation scientifique de médecins généralistes	<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) :	01/2011	
SANOFI	Formation sur la tuberculose et mucoviscidose Siège de Sanofi	Aucun produit Formation scientifique	<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) :	02/2010	
SANOFI	Atteinte pulmonaire médicamenteuse Siège de Sanofi	Aucun produit Formation scientifique	<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) :	02/2012	
SANOFI	Elaboration d'un cas clinique « e-learning » de formation sur l'hémoptysie	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	10/2011	

NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO dans le cadre de « BPCO-France »	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO dans le cadre de « BPCO-France » Onbrez	<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) :	05/2011
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO dans le cadre de « BPCO-France »	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO dans le cadre de « BPCO-France » Onbrez	<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) :	06/2011
CHIESI	Asthme, cas cliniques Étretat	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/2011
CHIESI	Asthme, cas cliniques Bagnoles de l'orne	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	07 2012
Astra-Zeneca	BPCO versus Asthme	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	11/2012
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO dans le cadre de « BPCO-France »	Onbrez	<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) :	12/2012
Pierre-Fabre	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO	Oslif	<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) :	01/2013
Pierre-Fabre	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO	Oslif	<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	03/2013

				(préciser) :		
Pierre-Fabre	Diagnostic différentiel Asthme-BPCO	Aucun produit Formation scientifique	<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) :	11/2012	
Astra-Zeneca	Cas clinique « SMART » thérapie	Symbicort	<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) :	04/2013	
CHIESI	Physiopathologie de l'Asthme Sorrente	Aucun produit Formation scientifique	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	08/2011	
CHIESI	Asthme : Physiopathologie et traitement Porticcio	Aucun produit Formation scientifique	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/2012	
NOVARTIS	Dyspnée : cœur ou poumons ? Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	03/2013	
Pierre-Fabre	Diagnostic différentiel Asthme-BPCO Paris	Aucun produit Formation scientifique	<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) :	04/2013	
NOVARTIS	Diagnostic différentiel Asthme-BPCO Paris	Aucun produit Formation scientifique	<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) :	05/2013	
NOVARTIS	Dyspnée du sujet âgé : quel traitement en	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes et	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme	06/2013	

	pratique ? Paris	gériatres		dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
SANOFI	Infection par le pneumocoque et prévention de l'antibiorésistance Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	09/2013	
SANOFI	Formation scientifique et revue de la littérature sur les infections par le pneumocoque et la genèse des résistances bactériologiques	Production d'un support de cours avec cas clinique Aucune référence produit	<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) :	11/2013	
CHIESI	Manuscrit : Comprendre la courbe débit volume	Manuscrit scientifique de de formation, aucune référence produit	<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) :	2013	
NOVARTIS	Cas cliniques BPCO Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	10/2013	
ASTRA-ZENECA	Cas cliniques asthme	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	11/2013	
NOVARTIS	Cas cliniques BPCO Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	11/2013	
NOVARTIS	Dyspnée du sujet âgé : cœur ou poumons? Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes et gériatres	<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	02/2014	

				(préciser) :		
Boehringer- Ingelheim	Prise en charge de la PBCO	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	03/2014	
SANOFI	Infection par le pneumocoque et prévention de l'antibiorésistance Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	03/2014	
SANOFI	Infection par le pneumocoque et prévention de l'antibiorésistance Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	03/2014	
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO programme Masterclass Paris	SEEBRI	<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) :	03/2014	
NOVARTIS	Jusqu'où aller dans les explorations pour distinguer la dyspnée cardiaque de la dyspnée respiratoire ? Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	04/2014	
SANOFI	Formation scientifique et revue de la littérature sur les propriétés non antibiotiques des macrolides	Production d'un support de cours Aucune référence produit	<input checked="" type="checkbox"/> Non		05/2013	
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO : programme Masterclass	SEEBRI	<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) :	05/2014	

	Paris					
NOVARTIS	Jusqu' où aller dans les explorations pour distinguer la dyspnée cardiaque de la dyspnée respiratoire ? Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	05/2014	
CHIESI	Asthme : table ronde sur les symptômes Paris	Aucun produit discussion scientifique	<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) :	07/2014	
Astra-Zeneca	Avancées en pneumologie	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	09/2014	
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO : programme Masterclass Paris	SEEBRI	<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) :	09/2014	
SANOFI	Infection par le pneumocoque et prévention de l'antibiorésistance Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	10/2014	
SANOFI	Infection par le pneumocoque et prévention de l'antibiorésistance Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	10/2014	
NOVARTIS	BPCO et diabète: intrications-interactions Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	10/2014	
NOVARTIS	Les pièges de la	Aucun produit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	11/2014	

	bronchite hivernale Paris	Formation destinée aux médecins généralistes	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	
NOVARTIS	Les pièges de la bronchite hivernale Paris	Aucun produit Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	12/2014
CHIESI	Formation scientifique sur la BPCO Paris	Aucun produit Caractéristiques physiopathologiques de la BPCO	<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) :	11/2014
NOVARTIS	Discussion scientifique sur l'asthme du sujet âgé. Aide à la constitution d'un diaporama Paris	Aucun produit expertise	<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) :	Année 2014
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO :	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Juin 2015
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO :	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Juin 2015
NOVARTIS	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO :	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Juillet 2015
CHIESI	Ecriture d'un livre scientifique sur la courbe débit-volume (opus 2)	Aucun produit. Livre de formation scientifique.	<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	Janvier 2016

				(préciser) :		
Novartis	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Novembre 2016	
Novartis	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	décembre 2016	
Novartis	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Fevrier 2017	
Novartis	Soirée « FLAME »	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Fevrier 2017	
Novartis	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO « serious game »	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Mars 2017	
Novartis	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Avril 2017	
Boehringer Ingeleim	Dépistage, physiopathologie et traitement de la BPCO	Formation destinée aux médecins généralistes	<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) :	Avril 2017	

[LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE](#) 31/05/2012 Hospitalité 138 €

[LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE](#) 01/06/2012 Hospitalité 10 €

[LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE](#) 27/11/2012 Hospitalité 52 €

[PIERRE FABRE MEDICAMENT](#) 31/01/2013 Restauration 55 €

[Lilly France SAS](#) 12/02/2013 REPAS 48 €

[PIERRE FABRE MEDICAMENT](#) 26/03/2013 Restauration 35 €

[PIERRE FABRE MEDICAMENT](#) 25/04/2013 Restauration 58 €

[InterMune France SAS](#) 06/06/2013 INSCRIPTION 550 €

[ConsuMed Research](#) 27/06/2013 Autre : Indemnité 140 €

[ConsuMed Research](#) 26/08/2013 Autre : Indemnité 120 €

[ConsuMed Research](#) 03/09/2013 Autre : Indemnité 120 €

[LEO Pharma](#) 13/09/2013 HOSPITALITE 63 €

[InterMune France SAS](#) 20/09/2013 REPAS 72 €

[SANOFI AVENTIS FRANCE](#) 03/10/2013 Restauration 54 €

[ConsuMed Research](#) 09/10/2013 Autre : Indemnité 130 €

[Actelion Pharmaceuticals France](#) 10/10/2013 REPAS 57 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 17/10/2013 Hospitalité Evenement Scientifique 55 €

LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE	11/05/2012	Hospitalité	67 €
NOVARTIS PHARMA SAS	20/11/2013	Hospitalité Evenement Scientifique	55 €

[PFIZER SAS](#) 02/12/2013 Repas 59 €

[ASTRAZENECA](#) 06/12/2013 Repas 60 €

[ASTRAZENECA](#) 07/12/2013 Repas 43 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 11/03/2014 Participation Evenement Scientifique 60 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 27/03/2014 Participation Evenement Scientifique 55 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 08/04/2014 Participation Evenement Scientifique 60 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 14/04/2014 Repas 32 €

[CHIESI SAS](#) 24/04/2014 Repas 53 €

[Bayer HealthCare SAS](#) 25/04/2014 Hospitalité 49 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 06/05/2014 Participation Evenement Scientifique 55 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 20/05/2014 Participation Evenement Scientifique 57 €

[NOVARTIS PHARMA SAS](#) 17/06/2014 Participation Evenement Scientifique 60 €

LVL MEDICAL PARIS ET NORD 03/07/2014 Repas 53 €

LEO Pharma 12/09/2014 Hospitalité 63 €

NOVARTIS PHARMA SAS 24/09/2014 Repas 55 €

NOVARTIS PHARMA SAS 24/09/2014 Participation Evenement Scientifique 55 €

SANOFI AVENTIS FRANCE 14/10/2014 Repas 52 €

SANOFI AVENTIS FRANCE 16/10/2014 Repas 54 €

NOVARTIS PHARMA SAS 21/10/2014 Repas 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 21/10/2014 Participation Evenement Scientifique 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 05/11/2014 Repas 55 €

NOVARTIS PHARMA SAS 05/11/2014 Participation Evenement Scientifique 55 €

NOVARTIS PHARMA SAS 04/12/2014 Repas 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 04/12/2014 Participation Evenement Scientifique 60 €

CHIESI SAS 01/02/2015 Repas 16 €

NOVARTIS PHARMA SAS 19/05/2015 PARTICIPATION EVENEMENT SCIENTIFIQUE 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 19/05/2015 REPAS 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 17/06/2015 PARTICIPATION EVENEMENT SCIENTIFIQUE 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 17/06/2015 REPAS 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 23/06/2015 PARTICIPATION EVENEMENT SCIENTIFIQUE 55 €

NOVARTIS PHARMA SAS 02/07/2015 PARTICIPATION EVENEMENT SCIENTIFIQUE 60 €

LVL MEDICAL PARIS ET NORD 06/07/2015 Repas 39 €

CHIESI SAS 26/09/2016 Repas 43 €

LVL MEDICAL PARIS ET NORD 27/09/2016 Repas 36 €

NOVARTIS PHARMA SAS 24/11/2016 PARTICIPATION EVENEMENT SCIENTIFIQUE 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 24/11/2016 REPAS 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 07/12/2016 PARTICIPATION EVENEMENT SCIENTIFIQUE 60 €

NOVARTIS PHARMA SAS 07/12/2016 REPAS 60 €

Articles en relation avec l'expertise:

Curing HIV-associated pulmonary arterial hypertension. Tcherakian C, Rivaud E, Zucman D, Metivier AC, Couderc LJ. *Eur Respir J*. 2012;39(4):1045-6.

Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis associated pulmonary hypertension: clinical characteristics and impact of pulmonary arterial hypertension therapies. Le Pavec J, Lorillon G, Jaïs X, Tcherakian C, Feuillet S, Dorfmueller P, Simonneau G, Humbert M, Tazi A. *Chest*. 2012;142(5):1150-1157.

Inflammatory Mechanisms in HIV-Associated Pulmonary Arterial Hypertension. Tcherakian C, Couderc LJ, Humbert M, Godot V, Sitbon O, Devillier P. *Semin Respir Crit Care Med*. 2013;(5):645-53.

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	

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

		<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
		<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)	

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'usagers

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

Fait à Suresnes Le : 18 mai 2017

Signature obligatoire

