

Déclaration publique d'intérêts

Nom	Deiva
Prénom	Kumaran
Fonction	PU-PH
Profession/Spécialité(s)	Pédiatre
Adresse professionnelle	78, Av G Leclerc 94275 Le Kremlin Bicetre
Adresse professionnelle complémentaire ou adresse personnelle	
N° de téléphone	0145213112
N° de télécopie	
Adresse électronique	Kumaran.deiva@aphp.fr

Les coordonnées personnelles, les numéros de téléphone, de télécopie et l'adresse électronique ne sont pas publiés.

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS

Je soussigné(e).....

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 de l'ANSM, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

- d'agent de l'ANSM
- de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'ANSM
- de personne invitée à apporter mon expertise à l'ANSM
- Autre (préciser) : PU-PH de Centre de référence de maladies rares

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 de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts 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 avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

Les informations recueillies sont 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 de l'ANSM. L'ANSM 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'ANSM. 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 : efides@ansm.sante.fr

1. VOTRE ACTIVITE PRINCIPALE

1.1. Activité principale exercée actuellement

1.1.1 Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.1.2.-Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.1.3-Activité salariée

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
AP-HP	72, Av G Leclerc	PU-PH	Octobre 2017	

1.2. Activité exercée à titre principale au cours des cinq années précédentes

A ne remplir que si différente de celle remplie dans la rubrique 1.1

1.2.1-Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.2.2.-Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.2.3-Activité salariée

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

2. VOS ACTIVITÉS EXERCÉES A TITRE SECONDAIRE

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence de l'ANSM

Néant

Actuellement et au cours des 5 années précédentes

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

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPEE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) :.....		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) :....		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) :....		

2. 2. Activités de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence de l'ANSM

Néant

- Actuellement et au cours des 5 années précédentes

- 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 ou de rapports d'expertise. Si l'objet de l'activité est général (sans lien avec un produit), SVP indiquez le domaine de votre intervention.

ORGANISME (société, établissement, association)	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Novartis	Fingolimod, SEP pédiatrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) :.... 4500 €	01/12/18	
Servier	GnbAC1, SEP pédiatrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) : 1800 €		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) :		

2.3. Participation à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence de l'ANSM

- Actuellement et au cours des 5 années précédentes

2.3.1 Participation à des essais cliniques, précliniques et études épidémiologiques pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence de l'ANSM	<input type="checkbox"/> Néant
<p>Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à la réalisation d'essais ou d'études non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études cliniques et d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions... (dans ce dernier cas, indiquez SVP le sujet)</p> <p>- Est considéré comme « investigateur principal », l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ».</p> <p>- La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'un essai clinique est à déclarer dans cette rubrique.</p>	

ORGANISME PROMOTEUR (société, établissement, association)	ORGANISME FINANCEUR (si différent du promoteur)	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	ROLE	TYPE D'ETUDE	REMUNERATION	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Novartis Sanofi Chugai Biogen Sanofi		Gilenya (SEP de l'enfant) Aubagio (SEP de l'enfant) SA237 (NMOSD de l'enfant) Tecfidera (SEP de l'enfant) Lemkids	<input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> multicentrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input checked="" type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : ...APHP	Janvier 2014 Juin 2014 Juin 2014 Juin 2016 Juin 2017	Avril 2016
Merck Serono		Rebif	<input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> multicentrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :APHP contrat unique...	Janvier 2010	Juin 2010

2.3.2 Autres travaux scientifiques pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence de l'ANSM	<input checked="" type="checkbox"/> Néant
---	---

ORGANISME (société, établissement, association)	DOMAINE ET TYPE DE TRAVAUX	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	REMUNERATION	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	Montant perçu (mention non rendue publique)	

			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) : ...		
--	--	--	---	---	--	--

2.4. Rédaction d'articles et interventions 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 de l'ANSM

Néant

- Actuellement et au cours des 5 années précédentes

- Les interventions sont à déclarer dans la mesure où les frais de déplacement/hébergement sont pris en charge et/ou rémunérées. S'il n'y a pas de prise en charge, ni rémunération, elles sont exclues de la déclaration

ENTREPRISE ou ORGANISME invitant (société, association...)	LIEU ET INTITULÉ de la réunion	SUJET de l'intervention et NOM du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Sanofi	EPNS Vienne 2015		<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune	Montant perçu (mention non rendue publique) : ...	2015	
Biogen	ECTRIMS Copenhague 2013		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Vous	...	2013	
Merck Serono	AAN Toronto 2010			<input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	...	2010	
Novartis	AAN Los Angeles 2018						
Sanofi		Cas clinique dans la lettre du neurologue	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Vous	Montant perçu (mention non rendue publique) : 736	Janvier 2016	

2.5 Inventeur ou détenteur d'un brevet

- Détenteur ou inventeur d'un brevet, d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence de l'ANSM

Néant

NATURE DE L'ACTIVITE et nom du brevet, produit	STRUCTURE qui met à disposition le brevet	PERCEPTION intéressement	REMUNERATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) : ...		

3. ACTIVITES QUE VOUS DIRIGEZ OU AVEZ DIRIGÉES ET QUI ONT BÉNÉFICIE D'UN FINANCEMENT PAR UN ORGANISME A BUT LUCRATIF DONT L'OBJET SOCIAL ENTRE DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ANSM

- Actuellement et au cours des 5 années précédentes

- Sont notamment concernés les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, département, service et les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration des associations, sociétés savantes...

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...

Néant

ORGANISME à but lucratif financeur	STRUCTURE ET ACTIVITE bénéficiaires du financement	MONTANT versé	MONTANT versé (mention non rendue publique)	POURCENTAGE par rapport au budget de fonctionnement de la structure (mention non rendue publique)	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

		<input type="checkbox"/> ≤10000 € <input type="checkbox"/> >10000 €				
		<input type="checkbox"/> ≤10000 € <input type="checkbox"/> >10000 €				

4. PARTICIPATIONS FINANCIÈRES ACTUELLES DANS LE CAPITAL D'UNE SOCIÉTÉ DONT L'OBJET SOCIAL ENTRE DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ANSM

Néant

- 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 du 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 la société, le type et la quantité des valeurs ou le pourcentage de la fraction 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 (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	MONTANT détenu	POURCENTAGE du montant de l'investissement dans le capital de la structure (mention non rendue publique)	MONTANT détenu (mention non rendue publique)	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
		<input type="checkbox"/> ≤ 5000 € <input type="checkbox"/> > 5000 €				
		<input type="checkbox"/> ≤ 5000 € <input type="checkbox"/> > 5000 €				

5. PROCHES PARENTS SALARIÉS OU POSSEDANT DES INTÉRÊTS FINANCIERS DANS UNE STRUCTURE DONT L'OBJET SOCIAL ENTRE DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ANSM

Néant

- S'ils sont connus, les intérêts financiers actuels ≥ 5000 € et/ou 5% du capital
- les activités exercées actuellement et, si elles sont connues, au cours des 5 années précédentes

Les personnes concernées sont :

- le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants du conjoint
- les enfants
- les parents (père et mère)

Note : Seuls le nom de l'organisme, la mention « proche parent » et la période concernées sont rendues publiques.

ORGANISME CONCERNÉ	SALARIAT (mention non rendue publique)	ACTIONNARIAT (mention non rendue publique)	Nature du lien de parenté (mention non rendue publique)	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité) (mention non rendue publique)	Montant Si ≥ 5000 € ou 5% du capital (mention non rendue publique)			

6. AUTRES LIENS D'INTERETS QUE VOUS CONSIDEREZ DEVOIR ETRE PORTES A LA CONNAISSANCE DE L'ANSM

Néant

Autres faits ou intérêts qui pourraient être considérés comme préjudiciables à votre impartialité

ELEMENT OU FAIT CONCERNE	Nature de l'activité	Commentaire	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de m'abstenir de traiter un dossier si j'estime avoir des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon impartialité.

Fait à Bicêtre

Le 04/04/2109

Signature

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

« Est puni de 30 000 € 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 » (C. santé publ., art. L. 1454-2).

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

Je soussigné(e) **Dr Hélène MAUREY**

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, la commission, le conseil, le 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 :

d'agent de :

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

de personne invitée à apporter mon expertise à

autre : préciser Praticien hospitalier temps plein.....

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 de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts 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 délibération.

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 méi à l'adresse suivante : xxxxx

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)
APHP CHU Bicêtre	78 av du général Leclerc 94270 Le Kremlin Bicêtre	Praticien hospitalier Temps plein	2008	

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 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 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	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 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être 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 pré-cliniques, 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 5 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 pré-cliniques : précisez :	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Novartis	SEP de l'enfant	Gilenya	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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input checked="" type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :... APHP.....	Janvier 2014	
Sanofi	SEP de l'enfant	Aubagio	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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input checked="" type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :... APHP.....	Juin 2014	
Biogen Sanofi	SEP de l'enfant	Tecfidera Lemkids	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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input checked="" type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :... APHP.....	Juin 2016 Juin 2017	
Metaflora	Retard/épilepsie enfant	Metaglut	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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input checked="" type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :... APHP.....	Octobre 2018	

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 cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

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	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur	%*	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

(*) % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure

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 (*)

(*) % de l'investissement dans le capital de la structure

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 5 années précédentes :

Organisme	Salariat	Actionnariat	Lien de parenté	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si ≥ 5000 euros ou 5 % du capital			

6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'organisme, objet de la déclaration

Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document-type

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin

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

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au 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 ».

Fait à Kremlin Bicêtre.....

Le 10/04/2019.....

Signature obligatoire
(mention non rendue publique)

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 de L'..... 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'.....

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 méI à l'adresse suivante :
.....