

Déclaration publique d'intérêts

Rappels :

Le dossier doit être structuré en 4 parties :

1. le « **document administratif** » qui est la description administrative du projet (en langue française).
2. le « **document budgétaire** » qui est la description budgétaire du projet.
3. le « **document scientifique** », qui est la description scientifique et technique du projet.
4. **les déclarations publiques d'intérêts du coordonnateur et des responsables scientifiques au sein des unités partenaires.**

 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	N°2014-00
Déclaration publique d'intérêts	

Nom Bouchaud	
Prénom Olivier	
Fonction PU PH chef de service	
Profession/Spécialité(s) Maladies infectieuses et tropicales	
Adresse professionnelle Hôpital Avicenne, 125 rue de Stalingrad 93000 Bobigny	
Adresse professionnelle complémentaire ou adresse personnelle 8 rue Pernin 93400 StOuen	
N° de téléphone 0148955421	
N° de télécopie : 0148955428	
Adresse électronique : olivier.bouchaud@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 Olivier Bouchaud

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

x Autre (préciser) : recherche clinique

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 avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et le cas échéant le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les 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					
PU PH, CHU Avicenne					
1.1. Activité principale exercée actuellement					
1.1.1 Activité libérale <input type="checkbox"/> NEANT					
ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE			Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
1.1.2.-Autre (activité bénévole, retraité...) <input checked="" type="checkbox"/>					
ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE			Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Praticien hospitalier	CHU Avicenne			01/09/2003	En cours
1.1.3-Activité salariée <input checked="" type="checkbox"/>					
EMPLOYEUR PRINCIPAL Université Paris 13-UFR SMBH Bobigny	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR 75 rue marcel Cachin 93017 Bobigny	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme PU PH	Date de début (j/m/a) 01/09/2003	Date de fin (j/m/a) ----	
1.2. Activité exercée à titre principal au cours des cinq années précédentes IDEM <small>A ne remplir que si différente de celle remplie dans la rubrique 1.1</small>					
1.2.1-Activité libérale <input type="checkbox"/>					
ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE			Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
1.2.2-Autre (activité bénévole, retraité...) <input type="checkbox"/>					
ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE			Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
1.2.3-Activité salariée <input type="checkbox"/>					
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 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				<input type="checkbox"/>	

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPEE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
SMV	président	<input type="checkbox"/> Aucune	Montant perçu (mention non rendue publique) :....	Mars 2012	---
IMEA-fondation internationale Léon MBa	Membre du directoire	<input type="checkbox"/> Aucune	Montant perçu (mention non rendue publique) :....		
CMIT	Vice-président	<input type="checkbox"/> Aucune	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

- 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, associa tion)	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Lab Sigma tau	Médicament ou produit de santé de médecine des voyages	<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) :.... XX	2013	---

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

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)

- 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'induit pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ».

- La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'un essai clinique est à déclarer dans cette rubrique.

ORGANISME PROMOTEUR (société, établissement, association)	ORGANIS ME FINANCE UR (si différent du promoteu r)	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	ROLE	TYPE D'ETUDE	REMUNERATI ON	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
GSK 2 études		-ARV retard en IM (Latte 2) -DTG +3Tc vs DTG +3TC- TDF Gemini)	<input 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"/> <u>multicentrique</u>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input checked="" type="checkbox"/> <u>Organisme d ont vous êtes membre</u> ou salarié (préciser) : APHP	2015	En cours

ANRS		Diverses études dans le domaine du VIH (6 actives au 10/03/17)	<input 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 type="checkbox"/> multicentrique	<input type="checkbox"/> <u>Aucune</u> <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....		En cours
MSD		Sécurité doravirine	<input type="checkbox"/> Co-investigateur	<input type="checkbox"/> multicentrique	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : AP HP</u>	2015	En cours

2.3.2 Autres travaux scientifiques pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence de l'ANSM

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)
Sigma Tau	Cohorte de suivi safety « EMEA »	Dihydroartémisinine-pipéraquline (antipaludique)	<input type="checkbox"/> <u>Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : association La Plage</u> :..... Montant perçu (mention non rendue publique) : XX	2012	2016

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

- 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 rémunérés. 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)
Gilead	Participat 'hiv	Formation Anthropologie /migrants VIH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <u>Non</u>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> <u>Vous</u> <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :..... Montant perçu (mention non rendue publique) : xxxx	16/09/16 (8h)	
MSD	Cas cliniques VIH	Formation VIH : switch thérapeutiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <u>Non</u>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> <u>Vous</u> <input type="checkbox"/> Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :..... Montant perçu (mention non rendue publique) :xxxxx	21/02/2017	
Janssen	CROI Seattle	congrès	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune (prise en charge inscription, transport, logement)	12 au 16/02/2017	

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	STRUCTURE qui met à disposition le brevet	PERCEPTION intéressement	REMUNERATION	Date de	Date de fin
-----------------------------	---	--------------------------	--------------	---------	-------------

du brevet, produit				début (j/m/a)	(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 BÉNÉFICIÉ D'UN FINANCEMENT PAR UN ORGANISME À 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...

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)
MSD	Association La Plage Activité humanitaire au Burundi	<input type="checkbox"/> ≤10000 € <input type="checkbox"/> >10000 €	XX	6	Oct 2016	

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

• **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 €				

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

- 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.

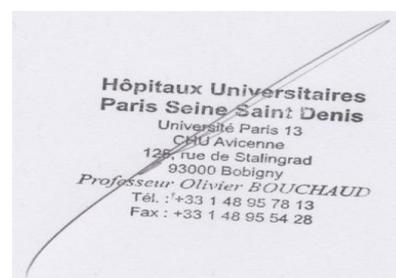
ORGANISME CONCERNÉ	SALARIAT (mention non rendue publique)	ACTIONNAIRE (mention non rendue publique)	Nature du lien de parenté (mention non rendue publique)	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité) (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				<input type="checkbox"/> 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 Bobigny

Le 10/03/2017



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).