

# DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

Je soussigné(e) .....EYMARD Bruno

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises ou établissements dont les produits ou activités entrent dans le champ de la santé, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le même secteur.

Si j'envisage une évolution de ma situation au cours de la durée prévue des travaux auxquels je suis invité à participer, et par conséquent la création de nouveaux liens d'intérêts, je m'engage :

- soit à le mentionner à la rubrique 7 (page 9) de la présente DPI ;
- soit à en informer de vive voix le promoteur afin qu'il soit en mesure d'apprécier l'existence d'éventuels conflits d'intérêts. Je m'engage ensuite à actualiser ma DPI en conséquence, dès que ma situation évoluera ;
- soit à renoncer à participer aux travaux pour lesquels je suis sollicité.

Attention : si vous ne renseignez pas certains items, c'est que vous n'avez aucun lien à déclarer.

## 1. Votre activité principale

### D Activité libérale

Précisez l'activité et le lieu d'exercice .....NEANT

.....

### D Activité salariée

remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal (Etablissement, société, organisme, association)	Adresse de l'employeur	Position dans la structure	Période concernée
Assistance Publique	3 Rue Victoria 75004 PARIS	PH	1976-2012
Université Paris VI	4 place Jussieu 75005 PARIS	PU	1997-2012

### D Autre (activité bénévole, retraité...)

Précisez .....

## 2. Vos autres activités professionnelles

### 2.1. Vous êtes (ou avez été) dirigeant, associé, ou participez (ou avez participé) à une instance dirigeante d'une structure entrant dans le champ de la santé

*Sont concernés les établissements de santé, les entreprises, les organismes de conseil intervenant dans les secteurs de santé, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, collèges de bonne pratique...).*

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité	Rémunération	Période concernée
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <sup>1</sup> <input type="radio"/> Institution <sup>2</sup>	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution	

<sup>1</sup> Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

<sup>2</sup> L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

## 2.2. Vous intervenez (ou êtes intervenu) de manière durable ou ponctuelle auprès d'une structure entrant dans le champ de la santé

*Il peut s'agir d'une activité de conseil, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise, d'actions de formations, à la demande d'une entreprise ou d'un organisme à caractère commercial,*

**Actuellement ou au cours des 3 années précédentes**

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité / Sujet / Nom du produit de santé ou du sujet traité	Activité ponctuelle (AP) ou activité régulière (AR) précisez	Rémunération	Période concernée
BIOMARIN	Enseignement	<input type="radio"/> AP <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Vous <sup>1</sup> <input type="radio"/> <sup>2</sup>	2012
LFB	Enseignement	<input type="radio"/> AP	<input type="radio"/> ARDB	2011
Elsevier	Comité de rédaction Revue Neurologique	<input type="radio"/> <input type="radio"/> AR	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/>	2007-2012
		<input type="radio"/> AP <input type="radio"/> AR	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
		<input type="radio"/> AP <input type="radio"/> AR	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	

<sup>1</sup> Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

<sup>2</sup> L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

## 2.3. Vous participez (ou avez participé) à des travaux scientifiques

Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques et précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions...etc. Doivent être mentionnées les études à financement privé et les études à financement public (PHRC, STIC).

Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Structure (société, établissement, organisme, association)	Domaine et Type d'études	Nom du produit de santé	Votre rôle		Période concernée
			<i>investigateur principal ou investigateur coordonnateur ou expérimentateur principal</i>	<i>co-investigateur ou expérimentateur non principal</i>	
AFM	Etude observationnelle de l'hypoventilation au cours de la dystrophie de Steinert			Co-investigateur	2012-2017

## 2.4. Vous intervenez (ou êtes intervenu) ou assistez (ou avez assisté) à des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses organisés par des entreprises ou organismes à caractère commercial

### 2.4.1 Interventions dans un cadre promotionnel

Actuellement ou cours des 3 années précédentes

Structure invitante (société, organisme, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention Nom du produit de santé ou du sujet traité	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération	Période concernée
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	

## 2.4.2 Interventions dans un cadre non promotionnel ou simple participation

### Actuellement ou cours de l'année précédente

Structure invitante (société, organisme, association)	Votre rôle (auditeur ou intervenant)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention Nom du produit de santé ou du sujet traité	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération	Période concernée
AFM	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Intervenant	Congrès Myologie Lille	Présentation scientifique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/>	Mai 2011
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	
	<input type="radio"/> Auditeur <input type="radio"/> Intervenant			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Organisme	

## 2.5. Vous êtes détenteur d'un brevet

Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle dans le champ de la santé.

Structure qui commercialise le brevet	Nature de l'activité et nom du produit breveté	Période concernée

### 3. Vous avez des intérêts financiers dans une structure entrant dans le champ de la santé

---

*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)*

#### Actuellement

Structure (société, établissement, organisme, association)	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital	Période concernée

### 4. Vous êtes ou avez été responsable d'une institution qui reçoit des financements privés

---

*Sont concernées par cette rubrique :*

- les personnes qui font partie des instances dirigeantes d'une structure (conseil d'administration, conseil de surveillance, directoire...)*
- les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, association de recherche, association de patients...*

*(exemple : le montant s'apprécie annuellement, d'une même source ; les versements peuvent prendre la forme de subventions pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versement en nature ou en numéraires, matériels, taxes d'apprentissage, divers...)*

#### Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Structure bénéficiaire	Origine du financement	% du versement au regard du budget de l'institution	Objet du versement	Année(s) de versement

**5. Vous exercez des fonctions à responsabilité dans une association de patients ou d'utilisateurs**

*Sont concernées par cette rubrique le Président, les membres du Conseil d'administration, le trésorier, le Président du Conseil scientifique et le directeur scientifique*

## Actuellement

[illegible]

## 6. Vous avez des proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure entrant dans le champ de la santé

Conjoint [époux(se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], ascendants ou descendants jusqu'au second degré, collatéraux immédiats y compris leur conjoint.  
Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné.

Actuellement

**Pour des raisons de protection de la vie privée, le tableau ci-dessous ne sera pas publié**

Structure (société, organisme, association)	Salariat	Actionnariat		Lien de parenté (conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beau-père, belle-mère)	Période concernée
	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité et/ou dont l'activité est en relation avec un produit de santé)	< 5000 € et < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital		

**Seul sera publié le tableau ci-dessous  
que vous devez impérativement renseigner**

Le déclarant a un ou plusieurs proche(s) parent(s) ayant un lien avec les entreprises, établissements ou organismes suivants	Entreprises, établissements ou organismes concernés



**7. Autres éléments ou faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance du promoteur**

*Autres éléments ou faits susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à votre indépendance.*

**Exemple :** consultation pour un laboratoire pharmaceutique qui débutera après le démarrage des travaux pour lesquels le promoteur vous a sollicité.

**Actuellement, au cours des 3 années précédentes, ou dans un futur proche**

[illegible]