10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Déclaration de conflits d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : Cadranel **Prénom : Jacques**

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF) ***X*** *Néant*[*]

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) X Néant[*]

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☐ Néant[*]

BI	Expertise, conseil
BMS	Expertise, conseil
Novartis	Expertise, conseil
Lilly	Expertise, conseil
Pfizer	Expertise, conseil
Roche/Ventana	Expertise, conseil
AZ	Expertise, conseil
MSD	Expertise, conseil
Takeda	Expertise, conseil

Firme, société, organisme *Nature de l'activité de conseil*

2 –3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise X Néant[*]

[*] Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☐ Néant*

AZ	Essais thérapeutiques, cohorte prospective
BI	Essais thérapeutiques
BMS	Essais thérapeutiques
MSD	Essais thérapeutiques
Novartis	Essais thérapeutiques
Lilly	Essais thérapeutiques
Pfizer	Essais thérapeutiques
Roche/Ventana	Essais thérapeutiques
Takeda	Essais thérapeutiques, travaux scientifiques
AbbVie	Essais thérapeutiques

Firme, société, organisme… *Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☐ Néant*

Roche/Ventana	Conférences
BI	Conférences
MSD	Conférences
AZ	Conférences
BMS	Conférences

Firme, société, organisme *Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, subvention voyage congrès ☐ Néant*

Roche/Ventana	Post ASCO, la lettre du cancérologue

Firme, société, organisme… *Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre association que IFCT

☐ Néant*

AZ	Essais thérapeutiques, soutien à la recherche
BI	Essais thérapeutiques
MSD	Essais thérapeutiques
Novartis	Essais thérapeutiques
Lilly	Essais thérapeutiques
Pfizer	Essais thérapeutiques
Roche/Ventana	Essais thérapeutiques
Takeda	Essais thérapeutiques
AbbVie	Essais thérapeutiques
BMS	Essais thérapeutiques

Firme, société, organisme… ***Institution : établissement hospitalier, université, association…***

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessus X Néant*

4 – 2 Autres : ☐ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil scientifique de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : **Paris 25/08/2020** **Signature :**

10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Conseil d'Administration - Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : CORTOT **Prénom :Alexis**

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

☒ Néant*

Firme, société, organisme,… *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) ☒ Néant*

Firme, société, organisme… *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☐ Néant*

Astra-Zeneca	*Conseil sur accès au marché*
Roche	*Conseil sur accès au marché*
Novartis	*Conseil sur accès au marché*
MSD	*Conseil sur accès au marché*

Firme, société, organisme *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise ☒ Néant*

Firme, société, organisme… *Sujet du rapport d'expertise*

* Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☐ Néant*

Roche	*Participation au comité scientifique de l'essai ATALK*
Merck	*Financement d'un projet de recherche sur MET*

Firme, société, organisme… *Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☐ Néant*

Astra-Zeneca	*symposium*
Roche	
Pfizer	
Novartis	
BMS	
MSD	
Takeda	
Beohringer-Ingelheim	

Firme, société, organisme *Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … ☐ Néant*

Edimark	*Participation à la rédaction de publications scientifiques*

Firme, société, organisme… *Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre institution que l'IFCT

☐ Néant*

Merck	*CNRS*

Firme, société, organisme… *Institution : établissement hospitalier, université, association…*

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessous ☒ Néant*

Firme, société, organisme *Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur,…*

4 – 2 Autres : ☒ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : **16/12/2020** **Signature :**

10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : damotte **Prénom :diane**

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout lien d'intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs pendant l'année 2019.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

☒ Néant*

Firme, société, organisme,… *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) ☒ Néant*

Firme, société, organisme… *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☐ Néant*

MSD	*conseil,*
Astrazeneca	*conseil*
roche	*conseil*
BMS	*conseil*
Abbvie	*conseil*

Firme, société, organisme *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise ☒ Néant*

* Cocher la case, le cas échéant.

Firme, société, organisme… *Sujet du rapport d'expertise*

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☐ Néant*

astrazeneca	*PDL1 sur matériel cytologique*

Firme, société, organisme… *Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☐ Néant*

Agilent	*intervention orale*
MSD	*intervention orale*
Astrazeneca	*intervention orale*
roche	*intervention orale*
BMS	*intervention orale*

Firme, société, organisme *Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … ☒ Néant*

Firme, société, organisme… *Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre association que l'IFCT

☒ Néant*

Firme, société, organisme… *Institution : établissement hospitalier, université, association…*

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessus ☒ Néant*

Firme, société, organisme *Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur,…*

4 – 2 Autres : ☐ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : **16 décembre 2020** **Signature :**

10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Conseil d'Administration - Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : DURUISSEAUX **Prénom :** Michaël

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

☒ Néant*

Firme, société, organisme,... | *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☒ Néant*

Firme, société, organisme | *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Sujet du rapport d'expertise*

* Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☒ Néant*

Firme, société, organisme…	*Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☒ Néant*

Firme, société, organisme	*Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … ☒ Néant*

Firme, société, organisme…	*Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre institution que l'IFCT

☒ Néant*

Firme, société, organisme…	*Institution : établissement hospitalier, université, association…*

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessous ☒ Néant*

Firme, société, organisme	*Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur, …*

4 – 2 Autres : ☐ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : 29/12/2020

Signature :

10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Conseil d'Administration - Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : **FOURNEL** **Prénom : Pierre**

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

☒ Néant*

Firme, société, organisme,... — *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) ☒ Néant*

Firme, société, organisme... — *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☐ Néant*

ASTRA-ZENECA	*participation à des boards d'experts*
BMS	*participation à des boards d'experts*
MSD	*participation à des boards d'experts*
TAKEDA	*participation à des boards d'experts*

Firme, société, organisme — *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise ☒ Néant*

Firme, société, organisme... — *Sujet du rapport d'expertise*

* Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☐ Néant*

ASTRA-ZENECA	*PACIFIC R et PACIFIC 6*
BMS	*CA209-227, CA209-234, PROHIN*
IPSEN	*RESILIENT*

Firme, société, organisme… *Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☐ Néant*

ASTRA-ZENECA	*participations régulières à des manifestations régionales ou nationales*
BMS	*participations régulières à des manifestations régionales ou nationales*
MSD	*participations régulières à des manifestations régionales ou nationales*
ROCHE-PHARMA	*participations régulières à des manifestations régionales ou nationales*

Firme, société, organisme *Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … ☐ Néant*

EDIMARK	*rédaction de CR de congrès*
Cancer.fr	*rédaction de CR de congrès*

Firme, société, organisme… *Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre institution que l'IFCT

☐ Néant*

AMGEN, LILLY, MSD	*Association Stéphanoise de Clinique Oncologique*
ROCHE PHARMA, PFIZER, ASTRA-ZENECA, BMS, MSD, LILLY, BOHRINGER-INGELHEIM	*GFPC*

Firme, société, organisme… *Institution : établissement hospitalier, université, association…*

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessous ☒ Néant*

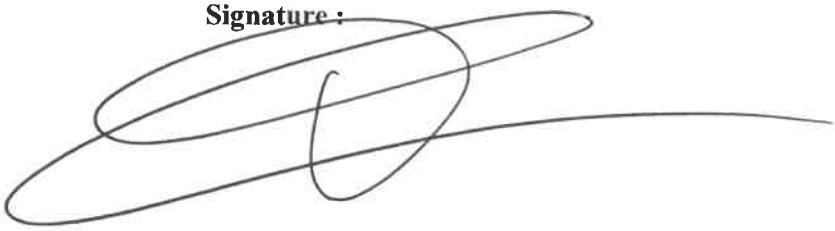
Firme, société, organisme *Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur,…*

4 – 2 Autres : ☒ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : 8 / 09 / 2020

Signature :



10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Conseil d'Administration - Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : Girard **Prénom :** Nicolas

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

☒ Néant*

Firme, société, organisme,... | *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☐ Néant*

AstraZeneca Boehringer Amgen Lilly Teva SeaGen Takeda Gruenthal GSK Lilly BMS MSD Roche Abbvie Janssen Novartis Sanofi Pfizer	

Firme, société, organisme | *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Sujet du rapport d'expertise*

* Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☐ Néant*

Roche Boehringer AstraZeneca MSD BMS Sanofi Janssen Lilly BMS	

Firme, société, organisme… | *Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☒ Néant*

Firme, société, organisme | *Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … ☐ Néant*

Edimark Kephren	
Sanbar Fréquence Médicale	

Firme, société, organisme… | *Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre institution que l'IFCT

☒ Néant*

Firme, société, organisme… | *Institution : établissement hospitalier, université, association…*

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessous ☐ Néant*

AstraZeneca.	

Firme, société, organisme | *Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur,…*

4 – 2 Autres : ☒ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : **Signature :**

01/01/2021

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Déclaration Publique d'Intérêts

Le **14/07/2020 12:17:10**

Je soussigné(e) **GIRAUD Philippe**

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, 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/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité(e), soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10000576449

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

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. »

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

Activité(s) salariée(s)

APHP

Adresse : 3 Avenue Victoria 75004 PARIS 04 FRANCE

Fonction : PU-PH

Période : 09/2007 à aujourd'hui

Spécialité : Oncologie Radiothérapie

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Adresse : Rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS 06 FRANCE

Fonction : PU-PH

Période : 09/2007 à aujourd'hui

Activité(s) libérale(s)

PU-PH

Établissement : HEGP

Adresse : 20 rue Leblanc 75015 PARIS 15 FRANCE

Période : 01/2017 à aujourd'hui

Spécialité : Cancérologie - Oncologie Radiothérapie

2. Activité(s) exercée(s) à 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, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

SFRO

Fonction occupée : Président de la SFRO (01/2020-01/2022) ; Membre du Bureau

Rémunération : aucune

Période : 10/2007 à aujourd'hui

IFCT

Fonction occupée : Membre du CA

Rémunération : aucune

Période : 06/2014 à aujourd'hui

AFCOR

Fonction occupée : Membre du CA

Rémunération : aucune

Période : 01/2016 à aujourd'hui

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

ASTRA-ZENECA

Fonction occupée : Mission d'Expertise

Sujet : Carcinome bronchique à petites cellules

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 1 250 euros

Période : 10/07/2020 - 10/07/2020

MERCK SERONO

Fonction occupée : Mission d'Expertise

Sujet : Immunothérapie

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 2 300 euros

Période : 01/01/2015 - 30/12/2017

IPSEN

Fonction occupée : Mission d'expertise

Sujet : Cancer de la prostate

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 2 000 euros

Période : 01/01/2018 - 03/12/2019

BMS

Fonction occupée : Mission d'Expertise

Sujet : Immunothérapie

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 1 500 euros

Période : 09/11/2018 - 03/12/2019

ASTRA-ZENECA

Fonction occupée : Mission d'expertise

Sujet : Immunothérapie

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 6 000 euros

Période : 01/01/2017 - 03/12/2019

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études

CLCC ROUEN

Organisme financeur : PHRC

Sujet : RTEP 7 - IFCT 14-02

Type d'étude : Etude multicentrique

Votre rôle : Investigateur principal

Rémunération : aucune

Période : 10/2015 à aujourd'hui

2.3.2 Autres travaux scientifiques

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.4.1 Rédaction d'article(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

2.4.2 Intervention(s)

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

2.5. Invention ou détention 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

3. Direction d'activités 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

4. Participations financières directes, sous forme d'actions ou d'obligations détenues et gérées directement ou de capitaux propres 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

5. Proches parents ayant des activités ou 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

6. Fonctions et mandats électifs exercés actuellement

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

X **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Conseil d'Administration - Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : Mascaux **Prénom : Céline**

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

X Néant*

Firme, société, organisme,… *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) X Néant*

Firme, société, organisme… *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil X Néant*

Firme, société, organisme *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise X Néant*

Firme, société, organisme… *Sujet du rapport d'expertise*

* Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques X Néant*

Firme, société, organisme… *Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… X Néant*

Firme, société, organisme *Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … X Néant*

Firme, société, organisme… *Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre institution que l'IFCT

X Néant*

Firme, société, organisme… *Institution : établissement hospitalier, université, association…*

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessous X Néant*

Firme, société, organisme *Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur,…*

4 – 2 Autres : ☐ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le :29/12/2020 **Signature :**

10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Conseil d'Administration - Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : MOLINIER **Prénom :OLIVIER**

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

☒ Néant*

Firme, société, organisme,... | *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☐ Néant*

Astra-Zeneca, Bristol-Meyer-Squibb, Takeda, Merck Sharp and Dohm, Boehringer-Ingelheim.	*activité de conseil, enseignement*

Firme, société, organisme | *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Sujet du rapport d'expertise*

* Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☐ Néant*

Firme, société, organisme…	*Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☐ Néant*

BMS	*enseignement*
Firme, société, organisme	*Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … ☒ Néant*

Firme, société, organisme…	*Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre institution que l'IFCT

☒ Néant*

Firme, société, organisme…	*Institution : établissement hospitalier, université, association…*

4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessous ☒ Néant*

Firme, société, organisme	*Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur,…*

4 – 2 Autres : ☐ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : **17-décembre-2020** **Signature :**

10 rue de la Grange-Batelière – 75009 PARIS

Conseil d'Administration - Déclaration de liens d'intérêts

ANNEE 2020

NOM : WESTEEL **Prénom : Virginie**

Intérêts

Indiquez ci-dessous tout intérêt éventuel dans l'industrie du médicament, des organismes professionnels ou sociétés professionnels ou sociétés de conseil intervenant sur ces secteurs.

1 – Participations financières dans le capital d'une entreprise (PF)

☒ Néant*

Firme, société, organisme,... | *Nature de la participation financière*

2 – Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle (> 5000 euros)

2 – 1 Lien(s) durable(s) ou permanent(s) (contrat de travail rémunération régulière…) (LD) ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Nature du lien durable ou permanent*

2 – 2 – Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : activités de conseil ☒ Néant*

Firme, société, organisme | *Nature de l'activité de conseil*

2 – 3 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : rapports d'expertise ☒ Néant*

Firme, société, organisme... | *Sujet du rapport d'expertise*

* Cocher la case, le cas échéant.

2 – 4 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : essais cliniques et travaux scientifiques ☒ Néant*

Firme, société, organisme...	*Nature des essais ou travaux scientifiques*

2 – 5 Intervention(s) ponctuelle(s) (IP) : conférences, colloques, actions de formations… ☒ Néant*

Firme, société, organisme	*Sujet de conférences, colloques ou action de formation*

2 – 6 Autres : rédaction de documents post-congrès, … ☒ Néant*

Firme, société, organisme...	*Nature de l'activité*

3 – Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une autre institution que l'IFCT

☐ Néant*

Essais cliniques : Roche, Boehringer Ingelheim, Novartis	**CHRU Besançon**
Firme, société, organisme...	*Institution : établissement hospitalier, université, association...*

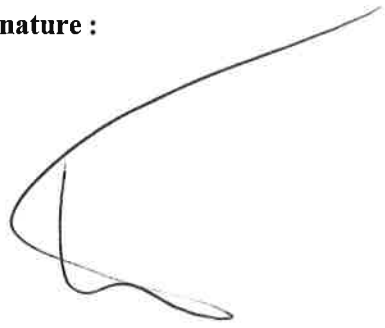
4 – Autre(s) lien(s) (sans rémunération) (SR)

4 – 1 Parent(s) salarié(s) dans des entreprises visées ci-dessous ☒ Néant*

Firme, société, organisme	*Lien de parenté : conjoint, parent, enfant, frère, sœur,...*

4 – 2 Autres : ☒ Néant*

Je déclare par la présente sur mon honneur qu'à ma connaissance, tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre du mandat au sein du Conseil d'Administration de l'IFCT sont énumérés ci-dessus.

Fait le : 25/01/2021

Signature :