

Je soussigné(e) Véronique Michel

membre d'un comité, d'une commission et/ou d'un groupe permanent de la HAS

Précisez le(s)quel(s)

collaborateur occasionnel

membre d'un comité, précisez lequel

chargé de projet, précisez le cas échéant le groupe de travail

président d'un groupe de travail, précisez lequel

membre d'un groupe de travail, précisez lequel

expert rapporteur, précisez le domaine

expert-évaluateur / rapporteur de projet de recherche

autre (à préciser) contributeur au groupe de travail SFMT / MEDSUBHYP

« Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge en santé au travail des salariés exposés au risque hyperbare »

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 compétence de la Haute Autorité de 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 la HAS afin qu'elle 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

Activité libérale

Précisez l'activité et le lieu d'exercice



Activité salariée

remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal (Etablissement, société, organisme, association)	Adresse de l'employeur	Position dans la structure	Période concernée
CHU Bordeaux	12 rue Dubernat 33400 Talence cedex	Praticien Hospitalier	En cours

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 compétences de la HAS

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 ¹ <input type="radio"/> Institution ²	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution	
		<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous <input type="radio"/> Institution	

¹ Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

² 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 compétences de la HAS

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) <i>précisez</i>	Rémunération	Période concernée
		<input type="radio"/> AP <input type="radio"/> AR	<input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Vous ¹ <input type="radio"/> Organisme ²	
		<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	
		<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	

¹ Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

² 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
			investigateur principal ou investigateur coordonnateur ou expérimentateur principal	co-investigateur ou expérimentateur non principal	
CHU Grenoble	Evaluation clinique et médico-économique de la stimulation cérébrale profonde du thalamus dans le traitement des épilepsies partielles pharmacorésistantes (EPPR) inopérables. STIC FRANCE	Stimulation cérébrale profonde		Co-investigateur	En cours
Hospices civiles de Lyon	EFFICACY OF NALOXONE IN REDUCING POSTICTAL CENTRAL RESPIRATORY DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH EPILEPSY PHRC ENALEPSIE	Naloxone	Investigateur principal		En cours
CHU Lille	Etude de l'efficacité du traitement du Syndrome d'Apnées du Sommeil par PPC dans l'Epilepsie phamacoRésistante (SASER) PHRC	PPC	Investigateur principal		En cours
Laboratoire Upsher-Smith	ARTEMIS EMU : essai randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo, évaluant l'innocuité et l'efficacité du Midazolam en pulvérisation intranasale (USL261) pour le traitement d'épisodes intermittents d'activité épileptique accrue au sein d'une unité de surveillance de l'épilepsie (USE) »ARTEMIS	Midazolam en spray	Investigateur principal		Clôturer en 08/2015

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
EISAI	<input checked="" type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Intervenant	Ecole pratique Jean Bancaud Talairach	Epilepsie pharmacorésista nte et SEEG	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	Juin 2015
	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Intervenant			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme	
	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Intervenant			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme	
	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Intervenant			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Organisme	
	<input type="checkbox"/> Auditeur <input type="checkbox"/> Intervenant			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> 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 en relation avec le champ de compétence de la HAS.

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 compétences de la HAS

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'usagers

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

Association	Objet	Fonction occupée	Période concernée

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

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

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

7. Autres éléments ou faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance de la HAS

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 la HAS vous a sollicité.

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

Élément ou fait concerné	Commentaire	Période concernée

Pour des raisons de protection de la vie privée, la rubrique ci-dessous ne sera pas publiée.

Coordonnées du déclarant

Employeur principal	CHU BORDEAUX
Adresse professionnelle	Service EFSN, Pr. P. Burbaud Hôpital Pellegrin Place Amélie Rabat Léon 33076 Bordeaux Cedex
Adresse personnelle	14 rue de Chambrun 33300 Bordeaux
Téléphone professionnel	05 56 79 55 13
Téléphone personnel	06 84 64 90 0 8
Télécopie	05 56 79 61 09
Adresse électronique	veronique.michel@chu-bordeaux.fr

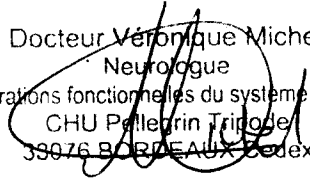
Pendant toute la durée des travaux pour lesquels la HAS m'a sollicité, je m'engage à actualiser sans délai ma DPI en cas de modification des liens d'intérêts déclarés ci-dessus ou du fait de l'acquisition d'intérêts supplémentaires.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me déporter si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

Fait à Bordeaux

Le 14/09/2015

Docteur Véronique Michel
Neurologue
Explorations fonctionnelles du système nerveux
CHU Pellegrin Trilogie
33076 BORDEAUX Cedex



Signature obligatoire

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 méil à l'adresse suivante : contact.web@has-sante.fr