

# Déclaration Publique d'Intérêts

Le 14/03/2022 14:07:45

Je soussigné(e) **ROSSIGNOL Julien**

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 avvertir 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 : 10100819191

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 HOPITAL NECKER**

**Adresse :** 149 rue de Sevres 75015 PARIS 15 FRANCE

**Fonction :** Hematologue

**Période :** 01/11/2017 à aujourd'hui

## **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**

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

### **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**

#### **BLUEPRINT**

**Fonction occupée :** Consultant

**Sujet :** avapritinib: inhibiteur de tyrosine kinase pour la mastocytose avancée.

**Rémunération :** Au déclarant

**Montant perçu (Déclarant) :** Total 650 euros

**Période :** 01/09/2021 - 01/09/2021

### **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**

#### **NOVARTIS**

**Organisme financeur :** NOVARTIS

**Sujet :** Demande de la commission de transparence: etude de vie réelle de la midostaurine chez les patients avec mastocytose avancée. Etude de registre et de données de santé publique

**Rémunération :** Au déclarant et à l'organisme (IGR)

**Montant perçu (Déclarant) :** Total 1 500 euros

**Montant perçu (Organisme) :** Total 1 002 euros

**Période :** 01/11/2020 - 01/11/2020

#### **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)**

**NOVARTIS**

Lieu et intitulé de la réunion : NOVARTIS Mastocytose

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Mastocytose

Prise en charge des frais : Non

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 282 euros

Période : 16/11/2018 - 16/11/2018

**BMS**

Lieu et intitulé de la réunion : Immunothérapie - immune checkpoint

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Immunothérapie - immune checkpoint

Prise en charge des frais : Non

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 484 euros

Période : 11/02/2020 - 11/02/2020

**NOVARTIS**

Lieu et intitulé de la réunion : Mastocytose

Sujet de l'intervention, nom du produit visé : Mastocytose

Prise en charge des frais : Non

Rémunération : Au déclarant

Montant perçu (Déclarant) : Total 370 euros

Période : 06/06/2018 - 06/06/2018

**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**

**BREVET**

Structure : INSERM, Institut Imagine

Intéressement : Non

Rémunération : aucune

Période : 01/01/2018 à aujourd'hui

**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