



Déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) **Xavier ROQUES**

XCertifie l'exactitude et l'exhaustivité des informations déclarées ci-après.

Fait àPessac..... le13 mai 2011.....

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 33404 Talence	Chef de service Chirurgie cardiaque et vasculaire	
UNIVERSITE BORDEAUX - SEGALEN	146 rue Leo Saignat 33076 Bordeaux	Professeur	

☐ **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
SFCTCV	Chirurgie thoracique et cardiaque	xAucune o Vous ¹ o Institution ²	
College de chirurgie thoracique et cardiovasculaire	id	xAucune o Vous o Institution	
		o Aucune o Vous o 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 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
		☐ AP ☐ AR	☐ Aucune ☐ Vous ¹ ☐ Organisme ²	
		☐ AP ☐ AR	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
		☐ AP ☐ AR	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
		☐ AP ☐ AR	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
		☐ AP ☐ AR	☐ Aucune ☐ Vous ☐ 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	
Sté St Jude Medical	Chirurgie valvulaire	Valve Trifecta		x	2010 - 2011
Chu Bordeaux PHRC	Anticoagulation per CEC	Heparine	x		2009 - 2011
Sté Schering-Plough	Protection cardiaque et cérébrale Dans les pontages aorto-coronaires	Acadesine	x		2009 - 2011

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
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ 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
	☐ Auditeur ☐ Intervenant			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
	☐ Auditeur ☐ Intervenant			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
	☐ Auditeur ☐ Intervenant			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
	☐ Auditeur ☐ Intervenant			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme	
	☐ Auditeur ☐ Intervenant			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ 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 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
Association Cœur Etude Chirurgie	Dons , subventions	100%	Recherche en chirurgie cardiaque	2009,2010

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. Autres relations ou faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance des lecteurs

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

Elément ou fait concerné	Commentaire	Période concernée

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 : contact.web@has-sante.fr