

Déclaration publique d'intérêts

Le 02/07/2025.....

Je soussigné(e) (Prénom Nom) GANCHOU Pierre-Henri.....

Né(e) le 12/04/1979.....

Conformément aux articles L 4021-3 et D4021-4-1 du code de la santé publique le Règlement intérieur du CMK impose les déclarations d'intérêts aux membres des instances et des experts désignés au nom du Conseil National Professionnel. En conséquence je 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, du Collège de la Masso-kinésithérapie (CMK) au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise. 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 le CMK 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 : 1005407563

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.

Si je suis missionné en tant qu'expert j'ai pris connaissance des dispositions de l'article R4321-138 du code de la santé publique qui m'interdit d'accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu mes propres intérêts, ceux d'un de mes patients, d'un de mes proches, d'un de mes amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à mes services.

Je suis informé que toute déclaration insincère engage ma responsabilité disciplinaire.

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* (* Les rémunérations perçus sont les rémunérations en rapport avec l'activité thérapeutique, la prévention, l'éducation à la santé, le bien-être, l'activité physique ainsi que l'activité liée aux participations aux réunions et travaux effectués dans le cadre d'une structure de soins de type CPTS, MSP, ESP, en dehors d'une activité liée à un mandat électif)

Activité libérale

Type d'activité : Masseur- Kinésithérapeute

Établissement :

Adresse : 52 avenue de la République 94700 MAISONS-ALFORT

Période : 2004-Aujourd'hui

x Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

2. Activité(s) exercée(s) au titre de l'enseignement, de la formation initiale, de la formation continue.

Nom de la structure : ...ENKRE.....

Fonction occupée : Responsable Pédagogique

Montant total perçu annuellement : 21216€.....

Période : du 01/09/24.....au 25/08/25

Nom de la structure : INK

Fonction occupée : Formateur.....

Montant total perçu annuellement : 900€.....

Période : du...29/11/24 au 29/11/24.....

Nom de la structure : FORMATOPS

Fonction occupée : Formateur.....

Montant total perçu annuellement : 1900€

Période : du...18/01/25 au 01/02/25.....

x Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

4. Activité(s) exercée(s) au titre d'une institution professionnelle (syndicat, conseil de l'ordre, assesseurs en chambre disciplinaire ou section des assurances sociales, URPS, UNPS, CPTS, MSP, UNAPL, Carpinco, FIFPL, ANDPC.....)

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, du Collège de la Masso Kinésithérapie, objet de la déclaration.

Nom de la structure :

Fonction occupée :

Montant total perçu annuellement :

Période : du.....au.....

Nom de la structure :

Fonction occupée :

Montant total perçu annuellement :

Période : du.....au.....

x Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

5.2 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, du Collège de la Masso Kinésithérapie, objet de la déclaration

5.2.2 Intervention(s)

Titre de l'intervention : Place de la kinésithérapie dans le parcours de soins des patientes après chirurgie du cancer du sein.....

Autres co-auteurs : ...Delphine Beaujolin

Montant total perçu annuellement :0€.....

Date de publication :05/10/24.....

Titre de l'intervention : ...État des lieux des kinésithérapeutes spécialisés en cancéro-sénologie : portrait du kinésithérapeute sénologue

Autres co-auteurs : Eve Vernhet Jean-Claude

FERRANDEZ.....

Montant total perçu annuellement :0€.....

Date de publication :01/02/25.....

Titre de l'intervention :Étude pilote des pressions sous bandage de décongestion lors des mouvements dynamiques du membre supérieur du sujet sain

Autres co-auteurs :Jean-Claude FERRANDEZ, Guillaume Cassignac, Serge

Theys.....

Montant total perçu annuellement :0€.....

Date de publication :

x Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

10. Fonctions et mandats électifs exercés actuellement (Hors paragraphe 4 qui concerne les activité(s) exercée(s) au titre d'une institution professionnelle (syndicat, conseil de l'ordre, URPS, UNPS, CPTS, MSP, UNAPL, Carpimko, FIFPL, ANDPC.....)

Nom de la structure :AKTL

Fonction occupée :Président.....

Montant total perçu annuellement :0€.....

Période : du...05/02/25.....à aujourd'hui

Nom de la structure :

Fonction occupée :

Montant total perçu annuellement :

Période : du.....au.....

Nom de la structure :

Fonction occupée :

Montant total perçu annuellement :

Période : du.....au.....

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

Lien(s) :

x Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

Signature :

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

79 Avenue de Fontainebleau – 94270, Le Kremlin-Bicêtre
Tél. 01 58 46 04 21 – E-mail : secretariat@cnpmk.org