

ANNEXE

à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique

Déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) **Lionel Piroth**

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée 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 groupe de travail dont je suis membre, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité de membre du groupe d'experts 2013 sur la prise en charge médicale de l'infection par le VIH

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Il vous appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêts que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et le cas échéant le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

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 : cns-commun@sante.gouv.fr

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'institution ou des institutions mentionnées dans la déclaration et/ou sur le site du ministère chargé de la santé

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
CHU Dijon	14 rue Gaffarel 21079 Dijon Cedex	PH	09/2002	En cours
UFR Médecine Dijon	2 bld Jeanne d'Arc 21000 Dijon	PU	09/2002	En cours

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1

Activité libérale

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

2. Vos activités exercées à titre secondaire

2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

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

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (montant à porter au tableau A.1)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération (montant à porter au tableau A.2)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
ANSM (ex AFSAPPS)	Membre du Groupe de Travail sur les Antii-Infectieux (GTA)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	3/2003	7/2009
ANSM (ex AFSAPPS)	Membre du Groupe de Travail sur les Médicaments du SIDA et des Hépatites Virales (GTMSHV)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	9/2009	11/2012
Haute Autorité Santé	Membre du groupe de travail des recommandations professionnelles « tests non invasifs de fibrose » Membre du groupe de travail des recommandations professionnelles « Diagnostic de la cirrhose non compliquée »	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	11/2007	08/2008
DGS	Membre du groupe de travail chargé de la rédaction des recommandations pour la prise en charge des co-infections VIH-virus des hépatites du Rapport d'expert s sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	3/2006	En cours

<p style="text-align: center;">AFEF</p>	<p style="text-align: center;">Membre du groupe de travail chargé de la rédaction des recommandations pour la prise en charge des co-infections par les virus des hépatites B et C et le virus de l'immunodéficience humaine</p> <p style="text-align: center;">du</p> <p style="text-align: center;">Rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus des hépatites B et C</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">4/2013</p>	<p style="text-align: center;">2015</p>
<p style="text-align: center;">Laboratoire Bristol Myers Squibb</p>	<p style="text-align: center;">Membre du conseil scientifique du séminaire « VIROSEM »</p>	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">12/2004</p>	<p style="text-align: center;">2014</p>
<p style="text-align: center;">Laboratoire GSK –Viiv Healthcare</p>	<p style="text-align: center;">Membre du conseil scientifique de la journée « Avancées VIH »</p>	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">12/2006</p>	<p style="text-align: center;">05/2011</p>
<p style="text-align: center;">Laboratoire Bristol Myers Squibb</p>	<p style="text-align: center;">Membre du groupe de réflexion « Est »</p>	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">05/2010</p>	<p style="text-align: center;">04/2011</p>
<p style="text-align: center;">Laboratoire Janssen</p>	<p style="text-align: center;">Membre du groupe d'experts « co-infection VIH-VHC »</p>	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">09/2012</p>	<p style="text-align: center;">09/2012</p>
<p style="text-align: center;">Laboratoire Gilead</p>	<p style="text-align: center;">Membre du groupe d'Expert « Box » VIH</p>	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">7/2007</p>	<p style="text-align: center;">6/2012</p>

Laboratoire MSD	Membre du comité scientifique du séminaire Immunologie et VIH	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	9/2011	01/2013
Laboratoire Roche/ Quadrature	Membre du groupe d'experts « échanges en hépatologie »	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	03/2010	07/2010
Laboratoire Schering-Plough	Membre du groupe d'experts co-infection VIH-VHC	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	11/2008	09/2010
Janssen-Cilag	Membre du groupe d'experts co-infection VIH-VHC	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	09/2012	09/2012
Laboratoire Gilead	Membre du conseil scientifique du séminaire « VIROTEAM »	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	3/2015	En cours
Laboratoire BMS	Avis expert Daclatasvir	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	1/2016	1/2016

Innavirvax	DSMB	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2013	En cours

2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou pré-cliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques : précisez :	Rémunération (montant à porter au tableau A.3)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Boehringer- Ingelheim	Co-infection VIH-VHC	BI 1220.19	<p>Type d'étude :</p> <p><input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p>Votre rôle :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p>	2010	2010
MSD	Infection par le VIH - raltegravir	Etude Racing	<p>Type d'étude :</p> <p><input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p>Votre rôle :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p>	2010	2011
Roche	Co-infection VIH-VHC	Orphée	<p>Type d'étude :</p> <p><input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p>Votre rôle :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p>		
Abbott	Infection par le VIH	Prelude	<p>Type d'étude :</p> <p><input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p>Votre rôle :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p>		

Janssen Cilag	Infection par le VIH	Protea	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/>		
Gilead	Infection par le VIH	Totem	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/>		

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu 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 ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

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

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, le Nom du produit visé	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération (montant à porter au tableau A.4)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Gilead	Paris	Journée coinfection	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2/2016	2/2016
BMS	EPU Guadeloupe	Coinfection VIH hépatites	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	12/2015	12/2015
Pfizer	Vaccin et biothérapie Tournus	Vaccination et biothérapies	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	6/2015	6/2015
Bristol Myers Squibb	JNI Nancy	Co-infection VIH-VHC	Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/>	6/2015	6/2015

MSD	JNI Nancy	Co-infection VIH-VHC	Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6/2015	6/2015
Gilead	Journées Sud Ouest Bordeaux	Co-infection VIH-VHC	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5/2015	5/2015
Gilead	Board co-infection Paris	Co-infection VIH-VHC	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12/2013	12/2013
Chugai Pharma	Gilly	Symposium « actualités des maladies inflammatoires : rencontres d'experts »	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	01/2013	01/2013
Janssen-Cilag	Best of Virologie Toulouse	Co-infection VIH-VHC	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11/2012	11/2012

Bristol Myers Squibb	Journées Nationales d'Infectiologie Tours	Suppression virologiques durable : aspects virologiques, pharmacologiques et données de vie réelle	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	06/2012	06/2012
MSD	Journées Nationales d'Infectiologie Tours	Co-infection VIH-VHC 2012	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	06/2012	06/2012
MSD	Club VIH Infectiologues du centre-est Lyon	Cas cliniques co-infection VIH-virus des hépatites	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	10/2012	10/2012
Pfizer	Réunion PRISME Paris	Actualités sur la gestion des biothérapies en cas d'infections	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	09/2012 2/2015	09/2012 2/2015
Abbott	Ateliers Abbott en Rhumatologie Lyon	Atelier RIC, virus et vaccins	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	10/2011	10/2011

Gilead	ACP VHB 2011 Prévention et traitement des Hépatites B sévères Paris	Co-infection VHB et VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	06/2011	06/2011
Janssen-Cilag	Réunion VIH, VHC et Tuberculose : mise au point et enjeux de prise en charge Paris	Hépatite virale C : nouvelles stratégies thérapeutiques et prise en charge des patients coinfectés VIH/VHC	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	12/2011	12/2011
Abbott	Ateliers Abbott en Rhumatologie Bordeaux	Facteurs de réussite des vaccinations en fonction des traitements de la PR	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2011	01/2011
MSD	Congrès VIH et Foie Marseille	Modération Symposium «Enjeux pour les patients co-infectés VIH/VHC : tolérance, observance des traitements»	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	11/2011	11/2011
Roche	Forum Régionaux en Hépatologie Dijon	Infections virales et biothérapies	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	11/2010	11/2010

Gilead	Journée SFLS Qualité de vie qualité de soins Nice	Un traitement précoce améliore-t-il la qualité de vie de nos patients ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	10/2009	10/2009
MSD	Echanges France-Canada		<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	09/2009	09/2009

2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur 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 ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

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

Nature de l'activité et nom du brevet, produit...	Structure qui met à disposition le brevet, produit...	Perception intéressement	Rémunération (montant à porter au tableau A.5)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et 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, objet de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage...
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur (*)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

(*) Le % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1

4. Participations financières 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, objet de la déclaration

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

Actuellement :

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)

Structure concernée	Type d'investissement (*)

(*) Le % de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau C.1

5. Proches parents salariés et/ou possédant 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, objet de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants de ce dernier
- les enfants
- les parents (père et mère)

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

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

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des 5 années précédentes :

	Organismes concernés
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	

6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'organisme, objet de la déclaration

Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document-type

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Elément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	Année de début	Année de fin

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : et signez en dernière page

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 ».