

ANNEXE

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

Déclaration publique d'intérêts 2014

Je soussigné(e) **Dr Isabelle Poizot Martin**.....

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 :

X de membre du groupe d'experts 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 avvertir 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)
Assistance Publique Hôpitaux de Marseille	80 Rue Brochier 13005 Marseille	Praticien Hospitalier Temps Plein Chef de service	1992 2008	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)
Assistance Publique Hôpitaux de Marseille	80 Rue Brochier 13005 Marseille	Praticien Hospitalier Temps Plein Chef de service	1992 2008	En cours

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.

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)
Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS)	AC28 : Essais vaccinaux préventifs volontaires sains AC Immuno et Cancer	<input type="checkbox"/> XAucune <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)
- Laboratoire BMS	consultant Board Européen Coinfection VIH-VHC	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	30 octobre 2014, Paris	30 octobre 2014 Paris
Laboratoire VIIVHealthcare	consultant : Board Dolutegravir et infection par le VIH	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Vitrolles 20/05/2014	Vitrolles 20/05/2014
Laboratoire Gilead	Board Coinfection VIH VHC	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	décembre 2014 paris	décembre 2014 paris
Laboratoire VIIV	Board dolutegravir	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Paris 2/07/2014 24/10/2014	Paris 2/07/2014 24/10/2014
Laboratoire Roche	CS Cohorte Orphée	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Paris	Paris

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)
ANRS	Essais cliniques	Infection par le VIH : DREAM MARIMUNO MONOI Infection par le VHC BOCEPREVIH ANRS HC27 QUADRIVIH SOFTRIH Vaccin préventif anti-VIH VAC16 VAC18 VAC20 VRI01 Cohorte COHVAC	 <u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> X Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> XXCo-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	 <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ...APHM...		
Laboratoire VIIV	Essai clinique	Infection par le VIH DOLUTEGRAVIR	 <u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input 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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
Laboratoire BMS	Essai Clinique	Infection VHC DACLASTAVIR	 <u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input 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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
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)		

Laboratoire Gilead	Essai Clinique	Elvitegravir	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> XCo-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
Laboratoire MSD	Essai Clinique	Infection VIH Essai ONCE MK0518	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> XCo-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		EN COURS
Laboratoire VIIV	Essai Clinique	Infection VIH LATTE-2 2000256	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input 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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		EN COURS

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)
Laboratoire MSD	Colloque HIV et Co	Modération	<input checked="" type="radio"/> XOui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> XAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	3 avril 2014 Paris,	3 avril 2014 Paris,
Laboratoire Gilead	FORUM VHC	Modération d'un Atelier,	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> xNon	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Mars 2014 Marseille	Mars 2014 Marseille

Laboratoire Gilead	Reunion hépato Perspective	Communication orale	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> XAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	5/09/2014	5/09/2014 Les arcs sur argens
Laboratoire Bristol Myers Squibb	Boston Congrès CROI		<input type="checkbox"/> xOui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> xAucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	3-6 Mars 2014	3-6 Mars 2014
Laboratoire Janssen	Montpellier Congrès Afraviv		<input type="checkbox"/> xOui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> xAucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Montpellier 27-30 avril	Montpellier 27-30 avril
Laboratoire BMS	ISHEID Marseille	Communication orale éradication VIH Mythe ou réalité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> XNon	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Marseille 22/05/2014	Marseille 22/05/2014

Laboratoire Janssen	Congrès synergie et résistance	modération	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> XNon	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Aix en Provence 10/10/2014	aIX EN pROVEN CE 10/10/2014
Laboratoire Viiv	Actualités VIH	Communication orale	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	saint maximin 13/02/2014	saint maximin 13/02/2014
Laboratoire Gilead	symposium rein et vih	modération	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> xNon	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Marseille 26 03 2014	Marseille 26/03/2014

Laboratoire Gilead	Journée d'immersion en Hépatologie	Gestion d'une journée d'enseignement	Oui ○ xNon	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> xAu déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	Marseille 14/10/20 14	Marseille 14/10/20 14
--------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------	--	-----------------------------	-----------------------------

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

xJe 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="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)		
		<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)		

		<p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p><input 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> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
--	--	---	---	--	--

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

xJe 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

xJe 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.

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

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 ».