

## ANNEXE

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

### Déclaration publique d'intérêts

**Je soussigné Pierre Tattevin**

**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](mailto: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

### X 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 Rennes	2, rue Le Guilloux, 35000 Rennes	PU-PH Maladies Infectieuses et Tropicales	01/09/2010	

## 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

### X 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 Rennes	2, rue Le Guilloux, 35000 Rennes	PH Maladies Infectieuses et Tropicales	01/09/2002	01/09/2010

# 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.

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)
Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)	Membre du CA / Secrétaire Général	X Aucune	15/06/2012	
Association d'Etude et de Prévention de l'Endocardite Infectieuse (AEPEI)	Secrétaire	X Aucune	15/01/2012	
Groupe d'Etude et de Recherche d'Infectiologie Clinique du Centre de l'Ouest (GERICCO)	Président	X Aucune	01/04/2014	
Lettre de l'Infectiologue	Rédacteur en Chef	X Au déclarant	01/01/2010	

**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.*

**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)
Gilead	Conseil scientifique	X Au déclarant	08/2013	06/2014
Bristol Myers Squib	Conseil scientifique	X Au déclarant	01/2009	12/2012
Janssen & Janssen	Conseil scientifique	X Au déclarant	01/2011	06/2014
Abbott	Intervenant au cours d'un symposium sur les troubles neuro- cognitifs	X Aucune	12/2012	12/2012
AstraZeneca	Orateur lors de symposiums à l'occasion du lancement de la ceftaroline	X Au déclarant	12/2012	02/2013
Janssen-Cilag	Consultant pour relecture du dossier de transparence bédaquiline	X Au déclarant	12/2012	12/2012
Sanofi-Aventis	Orateur sur 'prise en charge pied diabétique'	X Au déclarant	2/2013	02/2013

**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.

**X 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 VIH et/ou Hépatites Virales	VIH-VO 2 IP B-BOOST SILCAAT FIBROSTOP APOLLO EMVIPEG BKVIR MONOI HIFLUVAC TRIO EASIER TELAPREVIH LYMPHOVIR Opportunités manqués de dépistage OPTIPRIM OPTIMAL NEAT HIV-chest LENAKAP QUADRIH	<u>Type d'étude :</u> X Etudes multicentriques  <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Co-investigateur	X Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
ANRS	Cohortes Infection VIH	PRIMO VIH-2 COPILOTE LYMPHOVIR HIV-controllers (CODEX) COVERTE PRETHEVIC VESPA-2	<u>Type d'étude :</u> X Etudes multicentriques  <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Co-investigateur	X Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		

**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**

X Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Chaque année, je participe à 2 congrès internationaux (ICAAC, ECCMID) et 1 congrès national (JNI), avec transport et hébergement pris en charge par l'industrie pharmaceutique, notamment :

- MSD
- Pfizer
- Viiv-Healthcare
- Gilead
- BMS
- Janssen & Janssen
- Cellestis
- Sanofi
- Astra-Zeneca
- Astellas

Je n'ai reçu aucune rémunération personnelle à ces occasions au cours des 5 dernières années.

**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

**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

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

(\*) 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

**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

**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

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