

ANNEXE

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

document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) DOFFOEL Michel

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, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, la commission, le conseil, le groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

☐ d'agent de [nom de l'institution]

☒ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de [nom de l'institution] : ANRS et CNS

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à

☐ autre : préciser

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 méi 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)
Université de Strasbourg Faculté de Médecine	4 rue Kirschleger 67085 STRASBOURG Cedex	Professeur des Universités Consultant depuis	10/1987	09/14

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)
1/2 journée de consultation par semaine dans le cadre d'un contrat d'activité libérale	Hopitaux universitaires de Strasbourg	10/1991	→

☐ 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)
Université de Stras- bourg - Faculté de Médecine	4 rue Kirschleger 67085 STRASBOURG Cedex	Professeur des universi- tés	10/87	→
Hopitaux Universi- taires de Strasbourg	1 Place de l'Hôpital 67091 STRASBOURG Cedex	Praticien Hospitalier Praticien Consultant	10/87 09/14	08/14 →
Centre Médical SNCF	Bd Wilson 67000 STRASBOURG	Consultant 1/2 journée par semaine	10/91	→

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)
Direction Générale de la Santé Paris	Membre du Comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites virales	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2008	2012
Direction Générale de la Santé Paris	Membre du groupe restreint d'ani- -mation du même plan	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2008	2012
Direction Générale de la Santé Paris	Membre du Comité de suivi des recommandations du rapport hépatites 2014	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2014	→

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)
BMS Rueil Malmaison	Consultant Construction d'un kit « Parcours patient VHC »	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	4/02/15	5/02/15
Asche	Participation étude de cohorte chef patients actifs d'hépa- -vite chronique C traités par bio ou tri- thérapie régulière	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	26/06/12	23/12/14
Stanger sous l'égide de la Fédération Nationale des Pôles de référence et Réseaux Hépatites	Mission d'assistance scientifique	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Année 2015	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		

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)
Hopitaux Universitaires de Strasbourg	APPACT 2012 Hépatite C Etude multicentrique	Erbivir	Type d'étude : ☒ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☒ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
INVS	Epidémiologie Hépatite B	niant	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☒ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
CHU Limoges	Hépatite B	Analogues nucléosidiques et nucléotidiques Télétransmission	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☒ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
CHU Dijon	Cancer du Foie Etude CIRC	niant Facteurs de risque	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☒ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : CHU de Strasbourg		

CHU Nantes PHRC National 2003 Capsule motrice dans le pharynx
investigateur - coordonnateur étude multicentrique

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)
RE Imagine Health Agency MSD	Formation	Participation au Bord National d'une intervention orale aux Rencontres Régionales Hépatologie Prospect Hépatite Intervention AEG	☒ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	25/03/11	8/10/11
Publicis Life Brands Boz BMS	Formation	Workshop Hépatite B Strasbourg 28/06/11 Produit visé entécavir	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	28/06/11 11/04-11/07/12	intervention
Roche	Formation Séminaire	Dépistage et mise en soins transdisciplinaires des hépatites et du VIH Orateur Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	15/11/11	
Roche	Formation Winerbourg	Dépistage et mise en charge pluridisciplinaires des hépatites et du VIH Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	10/05/11	

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

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)
URML d'Alsace	Formation scientifique	Hépatites virales B et C : plusieurs examens biologiques adaptés Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	21/05/11	
GILEAD Sciences	Formation Paris	Co-moderation d'un séminaire - débat Trois expériences pour améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'hépatite B chronique Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	23/09/11	
OSéo	Réunion patients Strasbourg	Hépatites B et C Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	10/12/11	
Jandoer	Réunion Formation Strasbourg	Actualités dans l'hépatite B Pas de produit visé	☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	13/01/12	

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

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)
RE Imagine Health Agency MSD	Formation Paris et Contrexéville	Participation au Board National avec intervention orale aux Rencontres Régionales Hépatologie Prospect Hépatites Productes visés	☒ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	25/04/12	31/12/12
RAND Rueil Malmaison	Formation Schiltighem	Controverses en Gastro-entérologie en Médecine Générale Aucun produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	31/05/12	
ROCHE	Formation Savone	Dépistage et prise en charge des troubles transmissibles pléïaire des hépatites et du VIH Aucun produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	5/06/2012	
IDB Health Paris et BMS	Formation Strasbourg	Prise en charge de l'hépatite B et rôle des professionnels de santé Aucun produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	12/06/12	

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

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)
BMS Rueil Malmaison	Formation Strasbourg	Recommandations européennes 2012 dans le prise en charge de l'hépatite chronique B Produit visé : Tcleprevir	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	18/12/12	
Osirus	Réunion patients Strasbourg	Journée patients Hépatites Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	15/12/12	
Roche	Etude de cohorte internationale multi-centrique	Patients recevant une bithérapie (PEG-IFN associé à la ribavirine) ou une trithérapie (PEG-IFN + ribavirine + AD). Produit visé : Tcleprevir	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	20/06/12	25/01/13
Janssen	Formation Strasbourg	TRI - HCV Produit visé : Tcleprevir	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	27/06/13 6/03/13 8/02/13	

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

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)
BMS	Formation Strasbourg	Hépatite chronique B et carcinome hépatocellulaire peut-on prévenir la cirrhose ? Aucun produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	9/04/13	
Roche	Formation Haguenau	Dépistage et prise en soins transdisciplinaires des hépatites et du VIH Aucun produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	8/10/13	
Roche	Formation Strasbourg Visio-conférence Abao	Réunion post AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases) Aucun produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	11/12/13	
Roche	Etude de cohorte internationale multi-centrique	Patients recevant une thérapie (PEG-IFN associé à la ribavirine) ou une thérapie (PEG-IFN + ribavirine + ADY)	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	20/06/12	28/10/13

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

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)
OSIRIS	Réunion patients Strasbourg	Journée nationale d'information sur les hépatites virales B et C pour les patients et leur entourage. Aucun produit visé.	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	14/12/13	
Fondation Pontin MSD	Formation Gérardmer	Prospectivité Est 2013 VHC et toxicomanie. Produit visé : PEG-IFN.	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	11/10	12/10/13
Roche	Etude de cohorte internationale multicentrique	Patients recevant une thérapie (PEG-IFN associé à la ribavirine) ou une thérapie (PEG-IFN + ribavirine + AA-1775).	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	13/02/14	
BMS	Formation Strasbourg	Actualités dans le prise en charge des hépatites virales B et C. EASL 2014. Produits visés : interférons et nouveaux antiviraux directs C.	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/06/14	

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

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)
FMC Action	Formation Strasbourg	Hépatites virales de A à Z Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	18/06/14	
Gilead	Formation Obernai	Hépatologie en perspective - Hépatite E autochtone - Qui change-ment pour les patients naïfs de traitement Produit visé : sofosbuvir	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	20/06	21/06/14
Roche	Etude de cohorte internationale multicentrique	Patients recevant une bithérapie (PEG-IFN associé à la ribavirine) ou une trithérapie (PEG-IFN + ribavirine + AAD)	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	05/08/14	
BMS	Formation Strasbourg	Prise en charge des patients atteints d'hépatite chronique C Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	11/12/14	

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

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)
Osirus	Réunion patients Strasbourg	Journée Nationale Patients d'information et d'échanges sur les hépatites B et C	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	13/	12/14
Gilead	Réunion formation Strasbourg	L'actualité post-EASLD 2014 des hépatites virales et des hépatopaties non virales Produits visés = nouveaux antiviraux directs C	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	6/01/15	
Janssen	Réunion formation Strasbourg	RPS réunion VHC (e Hépatite C) Campus virtuel Produit visé nouveaux antiviraux directs C	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	25/03/15	
Abbvie	Réunion formation Strasbourg	Post-EASLD 2015	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	16/05/15	

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

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	Formation obusai	Hépatite D et E Pas de produit visé	☒ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	26/06	27/06/15
ROCHE	Etude de cohorte internationale multicentrique	Patients recevant une bithérapie (PEG-IFN associé à la ribavirine ou une trithérapie (PEG-IFN + ribavirine + ARD)	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	5/01/2015	
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

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

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	Formation Strasbourg	Actualités post-AASLD 2014 Hépatites virales et hépatopathies non virales	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	6/01/2015	
Gilead	Réunion Hépatologie en perspective Obusai		☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	26 et 27/06/15	
FMC Airon	Strasbourg FMC	Hépatites virales de A à Z Pas de produit visé	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	20/06/15	
Janssen	Strasbourg Formation	Actualités dans le mix en charge de l'hépatite C	☐ Oui ☒ Non	☒ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	27/01/15	

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

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)
Abb Vie	Visio-conférence Strasbourg	Prise en charge de l'hépatite C	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	15/06/15	
Abb Vie	Réunion scientifique Strasbourg	Prise en charge de l'hépatite C Epidémiologie	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	15/09/15	
Osirus	Journée d'Information sur les hépatites 2015 pour les patients	Hépatites B et C	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	12/12/15	
Janssen Cilag	Réunion de formation Strasbourg	e HCV (e Hépatite C) Campus Virtuel	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	25/03/15	

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)
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ 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

☒ 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.

☒ 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 :

Élément 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 ».