

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) **Lawrence Serfaty**

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] l'APHP, Hôpital Saint-Antoine

☒ 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] : groupe de travail Rapport Traitement de l'Hépatite C

☐ 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 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)
Hôpital Saint-Antoine	184 rue du Fbg Saint-Antoine 75012, Paris	Praticien Hospitalier	1/1/98	

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)
Hôpital Saint-Antoine	184 rue du Fbg Saint-Antoine 75012, Paris	Praticien Hospitalier	1/1/98	

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)
AFSSAP	Expert groupe hépatites virales	☐ Aucune ☒ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2009	04/2011
AC24/ANRS	Expert	☒ X Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2009	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ 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)
MSD	Consultant	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2009	
BMS	Consultant	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2009	
Roche	Consultant	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2009	
Janssen	Consultant	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ☐	01/2010	
Novartis	Consultant	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ☐	04/2010	06/2010

GSK	Consultant	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ☐ 	12/2010	
Abbvie	Consultant	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ☐ 	01/2013	
Gilead	Consultant	☐ XAucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) 	11/2010	

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	Essai thérapeutique	PEGASYS (VHB)	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) INSERM	01/2012	
ANRS	Essai thérapeutique	PEGIFNa2a Ribavirine Pioglitazone	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) INSERM	01/2010	01/2012
ANRS	Obsevatoire	PEGIFNa2a PEGIFNa2b Ribavirine Telaprevir Boceprevir	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) INSERM	09/2011	
ANRS	Essai thérapeutique	PEGIFNa2a PEGIFNa2b Ribavirine Asunaprevir daclatasvir	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) INSERM	09/2013	
ANRS	Essai thérapeutique	PEGIFNa2a Ribavirine Vittamine D	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) INSERM	01/2012	01/2013

Roche	Essai thérapeutique	PEGIFNa2a Ribavirine	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2010	
MSD	Essais thérapeutiques	PEGIFN-a2b Ribavirine Boceprevir MK7009 Grazoprevir Elbasvir MK3682 MK8408	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ X Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2010	
JANSSEN	Essais thérapeutiques	Telaprevir Simeprevir	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2010	
BMS	Essais thérapeutiques	Asunaprevir Daclatasvir PEG IFN Lambda BMS-791325	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ X Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2010	
GILEAD	Essais thérapeutiques	Sofosbuvir Ledipasvir Simeprevir (NASH)	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2012 09/2013	

Borhinger	Essai thérapeutique	Faldaprevir BI207127	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2013	
ALLIOS	Essai thérapeutique	ALF2200	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ X Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2012	01/2013
Tobira	Essai thérapeutique	Cenicriviroc (NASH)	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	05/2015	Essai thérapeutique
GENFIT	Essai thérapeutique	GFT505 (NASH)	<u>Type d'étude :</u> ☐ Etude monocentrique ☐ X Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> ☐ X Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Expérimentateur principal ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur non principal	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Robert Debré	01/2013	

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)
MSD		PEGIntron Rebetol Boceprevir MK7009 MK5172 MK8742	☐ X Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2009	
Roche		PEGIFNa2a Ribavirine	☐ X Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2009	
BMS		Asunaprevir Daclatasvir PEG IFN Lambda BMS-791325 Entecavir	☐ XOui ☐ Non	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2009	

Janssen		Telaprevir Simeprevir	☐ XOui ☐ Non	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2010	
Aptalis		Delursan	☐ XOui ☐ Non	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2010	
Lilly		NASH et diabète	☐ XOui ☐ Non	☐ Aucune ☐ X Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2013	
Abbvie		Viekirax Exviera	☐ XOui ☐ Non	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2009	
Gilead		Sofosbuvir Ledipasvir Tenofovir	☐ XOui ☐ Non	☐ Aucune ☐ XAu déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2009	

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

☐ 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)
		☐ 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)		
		☐ 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

☐ X 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.

☐ 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 ».

8. Tableaux des mentions non rendues publiques