

ANNEXE

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

Déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Françoise BRUN-VEZINET

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 2016 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)
Université Paris 7 AP/HP Hôpitaux de Paris		Professeur des Universités Retraite	1988	2017

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.

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)
P4 LYON Direction du conseil scientifique		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		
ANRS Conseil d'Orientation		<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"/> 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.1)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
ECDC	Expert Meeting on HIV resistance	xAucune	2010	2010
IAS	Member of the Steering committee of the drug resistance mutations group and the the resistance testing panel	XAucune	2003	2011
Forum for collaborative HIV research	Member of the steering committee	xAucune	2004	2013
European HIV Resistance	Member of the steering committee : guidelines on HIV resistance and tropism	x Aucune	2005	2013
Conseil National du SIDA	Membre	x Aucune	2001	2009
ANRS	Direction du groupe AC11 resistance	x Aucune	1991	2009
ANRS	Direction du groupe Virologie Médicale	x Aucune	2009	2012
DGS	Prise en charge des personnes infectées par le VIH : Membre	x Aucune	2008, 2011, 2012 (Prep)	
Virco	Technical Advisory Board	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2007	2008
Siemens	Panel Member for guidelines rules of HIV resistance	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2001	2010

GeneProbe	Advisory Committee	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2011	2011
Gilead	Advisory Committee	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2011	2012
Pfizer	Consultant	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2009	2009

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 : URDEP TRIO 2IP (157) APPOLLO FIT2 IMMUNOVIR Cohortes HIV-2, Aproco, Prethevic Etudes virologiques: Odyssée, Multivir, Primo-infection		<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etudes multicentriques <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	xAucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
Europe Neat FP6			<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 checked="" type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	xAucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
CHAIN Collaborative HIV and anti HIV drug resistance meeting FP7 European network	Membre du Steering committee		<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	xAucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

<p>ACHIEVE</p> <p>A Collaboration on HIV-2 infection in Europe</p>	<p>Steering Committee</p>		<p><u>Type d'étude :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Etude monocentrique</p> <p><input type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p><u>Votre rôle :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Investigateur principal</p> <p><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur</p> <p><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal</p> <p><input type="checkbox"/> Co-investigateur</p> <p><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal</p>	<p>XAucune</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>	<p>2006</p>	<p>En cours</p>
--	---------------------------	--	---	---	-------------	-----------------

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)
Tibotec, GSK, Gilead	CROI 2008, 2009, 2011		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
Gilead	ICAAC 2010, 2011		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/>	<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="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)		

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

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)
<p>1- 15.09.83 N° ANVAR 50965.</p> <p>Montagnier, Chermann, Barré, Brun-Vézinet, Rouzioux, Rozenbaum, Dauguet, Gruet, Nugeyre, Rey, Axler, Chamaret. D. Inv. 83/16.</p> <p>"Antigens, means and method for the diagnosis of lymphadenopathy and acquired immune deficiency syndrome".</p>		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		1983	
<p>2- 22.01.86 N° ANVAR 52142</p> <p>Montagnier, Chamaret, Guétard, Alizon, Clavel, Brun-Vézinet.</p> <p>D. Inv. 86/02.</p> <p>"Nouveau rétrovirus susceptible de provoquer le SIDA, antigènes obtenus à partir de ce rétrovirus et anticorps correspondants et leurs applications au diagnostic du SIDA".</p>	IP		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		2020
<p>3- 06.10.86N° ANVAR 52142</p> <p>Montagnier, Brun-Vézinet, Alizon, Clavel D. Inv. 86/37</p> <p>"Cloned DNA sequences related to the genomic RNA of human immunodeficiency virus II (HIV-2), polypeptides encoded by these DNA sequences and use of these DNA clones and polypeptides in diagnostic kits".</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

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.

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 Conjoint (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	Sanofi-Aventis Directeur Médical Afrique Fin : Octobre 2016

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

Tableau A.3 2010

Organisme	Montant perçu
Siemens	1000€

Tableau A.4 2011

Entreprise ou organisme	Montant perçu
GeneProbe	1000€
Gilead	1000€

Tableau A.5 2012

Structure	Montant perçu
Gilead	1000€

Tableau A.5 2013

Structure	Montant perçu
Gilead	1000€

Tableau A.5 2014 ET 2015 ET 2016

Structure	Montant perçu
	0

Tableau B.1

Organisme	% du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur

Tableau C.1

Structure	% de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

Tableau D.1

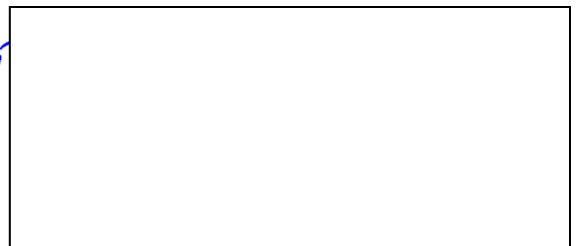
	Salariat	Actionnariat			
Organisme	Fonction et position dans la structure <i>(indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)</i>	Montant si \geq 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début <i>(mois/année)</i>	Fin <i>(mois/année)</i>

Tableau E.1

Élément ou fait concerné	précisez le cas échéant les sommes perçues

Fait à

Le 20/12/2016.....



Signature obligatoire
(mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet du Ministère de la santé. Le Président du CNS et le Vice-président sont responsables du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein du CNS.

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