

## ANNEXE

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

### Déclaration publique d'intérêts

**Je soussigné(e) Matthieu Revest**

**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 2017 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 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 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

**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 Rennes 1 CHU Rennes	Faculté de Médecine Service des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale 2 rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9	Professeur d'Université - Praticien Hospitalier	01/2017	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)
CHU Rennes	Service des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale 2 rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9	Praticien Hospitalier	11/2010	08/2018

## 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)
Inserm, Université Rennes 1 Unité U1230	Chercheur	X Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	01/2017	En cours
CIC Inserm, Université Rennes 1, CHU Rennes	Chercheur	X Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	01/2013	En cours
Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS). FHDH CO 4	Investigateur	X Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	01/2012	En cours

**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)
Université Rennes 1	Attaché d'enseignement	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....	01/2012	En cours
Collège de Hautes Etudes Médicales (organisme de formation professionnelle continue indépendant)	Formateur expert	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....	01/2012	En cours
EvalForm santé (organisme de formation professionnelle continue indépendant)	Formateur expert	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....	01/2012	En cours
FMC action (organisme de formation professionnelle continue indépendant)	Formateur expert	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ..... .....	10/2016	10/2016

Preuves et Pratiques : congrès de formation de médecins généralistes indépendants	Formateur expert	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	09/2015	En cours
Société française de lutte contre le Sida	Formateur expert	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	06/2017	06/2017

**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	Etude scientifique	CO1-EPF (suivi des femmes enceintes VIH +)	<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 checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	01/2015	
ANRS	Etude scientifique	CO5 VIH 2 (suivi des patientes VIH 2 +)	<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 checked="" type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	01/2013	
ANRS	Etude scientifique	CO6 Primo (suivi des primo- infections VIH)	<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 checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	01/2012	
ANRS	Etude scientifique	Cohorte multicentrique des patients VIH ayant un profil d'évolution extrême : CODEX	<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 checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	01/2012	

**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)
Novartis	Colloque d'expert en infectiologie	Infections de prothèses vasculaires (pas de produit proprement dit)	X Oui o Non	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	11/2014	11/2014
Pfizer	Rencontres inter-CORVIH Ile de France, Ouest	Dépistage de la tuberculose (pas de produit proprement dit)	X Oui o Non	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	11/2014	11/2014
			o Oui o Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....		
			o Oui o 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)
Methods and Kits for predicting or assessing the severity of infections caused by <i>Staphylococcus aureus</i>	Inserm	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... .....	09/2016	En cours
		<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) ..... ..... .....		

### 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 :

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.1

Organisme	Montant perçu

**Tableau A.2**

Organisme	Montant perçu
CHEM	2000 euros par an
Evalform	2000 euros par an
FMC action	350 euros
Preuves et pratiques	350 euros par an

**Tableau A.3**

Organisme	Montant perçu



**Tableau A.4**

Entreprise ou organisme	Montant perçu
Novartis	800 euros
Pfizer	800 euros

**Tableau A.5**

Structure	Montant perçu

**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**

	<b>Salariat</b>	<b>Actionnariat</b>			
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

Elément ou fait concerné	précisez le cas échéant les sommes perçues

Fait à Rennes .....



Le 22/06/2018 .....

*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](mailto:cns-commun@sante.gouv.fr)