

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 Christian RABAUD.....

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 du Secrétariat général du HCSP

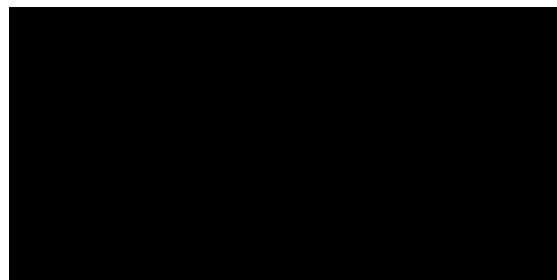
de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein du HCSP

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.

Fait à : Nancy.....



Le : 3 Juin 2014.....

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 : HCSP-SECR-GENERAL@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)
Néant			

Autre (activité bénévole, retraité...)

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

X Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous

Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Faculté de Médecine de Nancy – Université de Lorraine	9, avenue de la Forêt de haye. CS 50184 54505 Vandœuvre-Lès-Nancy Cedex	Professeur des Universités	1/9/2001	(...)
CHU de Nancy	Allée du Morvan 54511 Vandœuvre les Nancy	Praticien Hospitalier	1/7/1996	(...)

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)
Néant			

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)
Faculté de Médecine de Nancy – Université de Lorraine	9, avenue de la Forêt de haye. CS 50184 54505 Vandœuvre-Lès-Nancy Cedex	Professeur des Universités	1/9/2001	(...)
CHU de Nancy	Allée du Morvan 54511 Vandoeuvre les Nancy	Praticien Hospitalier	1/7/1996	(...)

Activité prise en charge par le CHU de Nancy :

PU-PH en maladies infectieuses et adjoint du chef de service
 Coordonnateur Qualité – Gestion des risques du CHU de Nancy
 Responsable de l'équipe opérationnelle d'Hygiène
 Chef du pôle Qualité – Sécurité du Patient et Santé Publique

Responsable du Centre de Coordination de la lutte contre les Infections Nosocomiales de l'EST (CClin Est) (cf. MIGAC)

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)
Haut conseil de la santé Publique Commission spécialisée Sécurité du Patient	Personnalité Qualifiée	Aucune	2009	(...)
Société de Pathologie Infectieuse et Langue Française (SPILF)	Trésorier puis Président	Aucune	Juin 2006 Juin 2010	Juin 2010 (...)
Conseil National Professionnel - Fédération Française d'Infectiologie	Vice-président	Aucune	2010	(...)
Réseau Antibior (réseau lorrain pour le bon usage des antibiotiques)	Président	Aucune	2011	(...)
Groupe d'Etude sur le risque d'Exposition des Soignants (GERES)	Vice-président	Aucune	2005	(...)
Institut de Médecine de Santé au Travail de Lorraine	Président	Aucune	2010	(...)

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

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)
Laboratoire GILEAD Sciences Groupe national de réflexion sur la prise en charge de l'infection VIH	Expert Activité ponctuelle 2 réunions par an	Au déclarant	2007	(...)
Laboratoire TIBOTEC (Janssen & Janssen) Groupe de revue bibliographique dans le domaine de l'infection VIH	Expert Activité ponctuelle 2 réunions par an	Au déclarant	2008	(...)
Laboratoire BRISTOL MYERS SQUIBB Groupe inter-régional de réflexion sur la prise en charge de l'infection VIH	Expert Activité ponctuelle 3 réunions	Au déclarant	2010	2011
Laboratoire Sanofi Pasteur MSD Groupe Avancées Vaccinales	Expert Activité ponctuelle 2 réunions par an	Aucune	2007	2012
Laboratoire Cellestis Conférence de presse (unique)	Expert	Aucune	Février 2012	Février 2012
Bencton Dickinson Conférence de presse (unique)	Expert	Aucune	Juin 2012	Juin 2012

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)
Laboratoire GILEAD Sciences + Laboratoire ABBOTT	Evaluation de la tolérance d'un traitement post exposition au VIH	Truvada Kaletra	Type d'étude : Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal	Aucune Apport d'un grant au GERES pour prendre en charge la logistique de l'étude	2007	2009
Laboratoire Merck Sharp And Dohme (MSD)	Evaluation de la tolérance d'un traitement post exposition au VIH	Truvada Isentress	Type d'étude : Etude multicentrique Votre rôle : Investigateur principal	Aucune Apport d'un grant au GERES pour prendre en charge la logistique de l'étude	2010	2012
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <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 type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

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 VISE	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération (montant à porter au tableau A.4)	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
Laboratoire Sanofi	Formation continue au médecins généralistes en Lorraine	Calendrier vaccinal AUCUN	Non	Au déclarant	2008	2009
		IST AUCUN	Non	Au déclarant	2010	2010
Univadis Entreprise financée par le Laboratoire Merck Sharp and Dohme (MSD)	Films de formation médicale continue à regarder en podcast	Lyme (AUCUN)	Non	Au déclarant	2008	2008
		Grippe (AUCUN)	Non	Au déclarant	2009	2009
		Rougeole (AUCUN)	Non	Au déclarant	2010	2010
		Accident exposant au sang (AUCUN)	Non	Au déclarant	2011	2011
Laboratoire Merck Sharp and Dohme (MSD)	Réunion d'experts Nancy	Symposium « les anti-intégrases » (ISENTRESS)	Non	Au déclarant	2009	2009
Laboratoire Boehringer	Réunion d'experts Nancy	Symposium « traitement des patients infectés par le VIH » (AUCUN)	Non	Au déclarant	2009	2009
Laboratoire Merck Sharp and Dohme (MSD)	Réunion d'experts Nancy	Symposium « traitement des infections fongiques » (CANCIDAS)	Non	Au déclarant	2009	2009
Preuves et pratiques (P&P)	Nancy – congrès Preuves & pratiques	Vaccination HPV (GARDASIL et CERVARIX)	Non	Au déclarant	dec 2010	dec 2010
	Nancy – congrès Preuves & pratiques	Vaccination (AUCUN)	Non	Au déclarant	Dec 2011	Dec 2011
	Nancy – congrès Preuves & pratiques	VIH : concept du « treatment as prévention » (AUCUN)	Non	Au déclarant	Dec 2012	Dec 2012
	Préparation du support décliné ensuite au niveau national	Gestion des émergences infectieuses (AUCUN)	Non	Au déclarant	Dec 2013	Dec 2013

Laboratoire Merck Sharp and Dohme (MSD)	Réunion d'experts Paris	Symposium « prise en charge des BLSE » (INVANZ)	Oui	Au déclarant	2010	2010
Laboratoire GSK - vaccin	Soirée de formation continue Lorraine	Calendrier vaccinal (AUCUN)	Non	Au déclarant	2008	(...)
	Congrès des gynécologues obstétriciens, Paris	Symposium : Nouveau Calendrier vaccinal (AUCUN)	Oui	Au déclarant	Dec 2013	Dec 2013
Laboratoire Astellas	RICAI nov 2012	Epidémiologie des infection à <i>Clostridium difficile</i> (AUCUN)	Non	Aucune	Nov 2012	Nov 2012
Laboratoire Thermo Scientific Biomarkers	Journée Nationales d'Infectiologie (JNI), Tours	Intérêt de la procalcitonine dans le bon usage des antibiotiques Modérateur	Non	Au déclarant	Juin 2012	Juin 2012
	JNI, Clermont	Intérêt des tests rapides dans le bon usage des antibiotiques – place de la procalcitonine	Non	Au déclarant	Juin 2013	Juin 2013
Laboratoire BMS	JNI, Tours	Gestion de l'infection par le VIH Modérateur (AUCUN)	Non	Au déclarant	Juin 2012	Juin 2012
Laboratoire GILEAD Sciences	JNI, Marseille	Gestion de l'infection par le VIH (AUCUN)	Non	Au déclarant	Juin 2008	Juin 2008
	JNI, Lyon	Gestion de l'infection par le VIH (AUCUN)	Non	Au déclarant	Juin 2009	Juin 2009
	JNI, Montpellier	Gestion de l'infection par le VIH (AUCUN)	Non	Au déclarant	Juin 2010	Juin 2010
	JNI, Toulouse	Gestion de l'infection par le VIH (AUCUN)	Non	Au déclarant	Juin 2011	Juin 2011
	JNI, Clermont	Gestion de l'infection par le VIH Modérateur (AUCUN)	Non	Au déclarant	Juin 2013	Juin 2013
Laboratoire Sanofi	JNI, Toulouse	Gestion des bactérie Gram – multirésistantes (AUCUN)	Non	Au déclarant	Juin 2011	Juin 2011
Laboratoire Viiv Health care	Journée des COREVIH, Paris	Prise en charge des AES (AUCUN)	Oui	Au déclarant	2011	2011
	Journée des COREVIH, Paris	Le dépistage généralisé (AUCUN)	Oui	Au déclarant	2012	2012
	Réunion d'expert, Reims	Les anti-intégrases (TIVICAY)	Oui	Au déclarant	2014	2014

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)
		<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)		
		<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)
Société de pathologie Infectieuse de Langue Française (Trésorier puis président) Objet : « La SPILF a, conformément à ses statuts, pour objet la mise en œuvre d'actions, de formation, d'information, de recherche, et d'interventions se rapportant directement ou indirectement au domaine de l'Infectiologie... »	ABBOTT ASTELLAS ASTRA BMS CELLESTIS GILEAD GSK JANSSEN CILAG MSD NOVARTIS PFIZER ROCHE SANOFI PASTEUR SANOFI AVENTIS VIIV HEALTHCARE VITALAIRE	2006	(...)

(*) 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 (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 :

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 ».