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) Christophe Aubé .....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, 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/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

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. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

☐ d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) .....
.....
☒ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] : Bureau du CERF (vice président)
.....
☐ de personne invitée à apporter mon expertise à [nom de l'institution] : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....
.....
☐ autre : (préciser) .....

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : 10002546207

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 10 février 2021

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 : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'******* est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'****.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

☒**Activité(s) salariée(s)**

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début *(jour(facultatif) /mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
CHU/UNIVERSITE ANGERS		PUPH	Radiologie	Sept 2005	

☐ **Activité libérale NON**

2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Organisme *(société, établissement, association)*	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*

BAYER	Expert	☐ Aucune ☒Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	0 à 2000 max/an	2018	2021
GUERBET	Expert	☐ Aucune ☒Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……	0 à 2000max/an	2019	2021
General electric	Relecture	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association loi 1901……	1000	2020	2020
EASL	EXPERT. Participation au Delphi round for the revision of the EASL Clinical Practice Guidelines on Non-invasive test.	☒Aucune ☐ Au déclarant ☐A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association loi 1901……		2020	2021

2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

2.3.1 Participation à des essais et études à promotion industrielle

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur *(société, établissement, association)*	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/mois/année)*

GUERBET		Étude de preuve de concept relative à l'efficacité du P03277 dans l'imagerie par résonance magnétique pour le diagnostic du carcinome hépatocellulaire GDX-44-008	Type d'étude : ☒ Etude monocentrique ☐ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		2016	2018
GUERBET		Efficacité et sécurité d'emploi du gadopiclénol pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du corps – Essai clinique de phase III – Essai PROMISE	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☒ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☐ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		2019	2021
BMS		Protocol CA209040 de BMS Phase 1/2, Dose-escalation, Open-label, Non-comparative Study of Nivolumab or Nivolumab in Combination with Ipilimumab in Advanced hepatocellular Carcinoma Subjects with or without Chronic Viral Hepatitis; and a Randomized, Open-label Study of Nivolumab vs Sorafenib in Advanced Hepatocellular Carcinoma Subjects who are Naive to Systemic Therapy Nivolumab	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☒ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……		2015	2018

Intercept		Étude de phase III multicentrique, randomisée, en double aveugle, contrôlée contre placebo, visant à évaluer l'efficacité et la sécurité d'emploi de l'acide obéticholique chez des patients atteints de cirrhose compensée due à une stéatohépatite non alcoolique REVERSE	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☒ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ………		2018	En cours
Intercept		A Phase 3, Double-Blind, Randomized, Long-Term, Placebo-Controlled,Multi center Study Evaluating the Safety and Efficacy of Obeticholic Acid in ubjects with Nonalcoholic Steatohepatitis, Regenerate	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☒ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ………		2016	En cours
Celgene		Protocol CC-90001-NASH-001 : A phase 2, randomized, double-blind, placebocontrolled,multicenter, dose-finding study to evaluate the efficacy and safety of cc-90001 in subjects with non-alcoholic steatohepatitis (nash) and stage 3 or stage 4 liver fibrosis	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☒ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ………		2019	En cours
Madrigal Pharmaceuticals		Madrigal : Phase 3/4, Multinational, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study of MGL-3196 in Patients With NASH	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☒ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ………		2020	En cours

Lilly		8F-MC-GPHR - Étude de Phase 2 randomisée, en double aveugle, contrôlée versus placebo comparant l'efficacité et la sécurité du Tirzepatide par rapport au placebo chez les patients souffrant de stéatohépatite non-alcoolique (SYNERGY-NASH)	Type d'étude : ☐ Etude monocentrique ☒ Etude multicentrique Votre rôle : ☐ Investigateur principal ☐ Expérimentateur principal ☒ Investigateur ☐ Expérimentateur non principal ☐ Membre d'un comité de surveillance et de suivi	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……		2020	En cours

2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

2.4.1 Rédaction d'article(s)

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

2.4.2 Intervention(s)

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé invitant *(société, association)*	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
SIEMENS	Sympo Siemens PARIS	Echographie et NAFLD	☒Oui ○ Non	☒Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	0	2018	2018
GUERBET	Sympo JFR PARIS	Organisation session embolisation	☒Oui ○ Non	☐ Aucune ☒Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	600	2017	
SUPERSONIC IMAGINE	Sympo JFR PARIS	Echographie de contraste et elastographie	○ Oui ☒Non	☐ Aucune ☒Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	500	2016	2016

2.5. Invention ou détention 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Nature de l'activité et nom du brevet, produit…	Structure qui met à disposition le brevet, produit…	Perception intéressement	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
- EP20130157488 "Automatic measurement of lesions on medical images"	Université d'ANGERS	☒ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	Environ 100€/an		
- US20080115677P "Non invasive in vitro method for quantifying liver lesions"	Université d'ANGERS	☒ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	Environ 100€/an		
- US 20090155659 "Improved diagnosis of liver fibrosis or cirrhosis"	Université d'ANGERS	☒ Oui ○ Non	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) …… …… ……	Environ 100€/an		

3. Direction d'activités 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) 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.
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

5. Proches parents ayant des activités ou 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Les personnes concernées sont :
- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :
- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5% du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

☒ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Cochez la(les) case(s), le cas échéant :

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

☒**Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

☐ **Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

Elément ou fait concerné	Commentaires	Début *(jour(facultatif)/ mois/année)*	Fin *(jour(facultatif)/ mois/année)*
Coordinateur médical du GIRCI Grand Ouest		Janv 2018	Dec 2021