

## SOCIETE FRANCAISE DE PHARMACIE CLINIQUE

### Fiche de renseignements liés à la Déclaration Publique d'Intérêt

Nom : CORREARD

Prénom : FLORIAN

Date de naissance : 19 juin 1987

Nationalité : FRANCAISE

Je soussigné(e) :

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 pharmacie clinique, de santé publique et de sécurité sanitaire, de la Société Française de Pharmacie Clinique dont je suis membre au sein du Conseil d'administration et/ou du Conseil Scientifique et/ou des groupes de travail, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

de membre du Conseil d'administration de la SFPC

de membre du Conseil scientifique de la SFPC

de membre de la Commission pédagogique de la SFPC

de membre d'un groupe de travail de la SFPC : .....

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 : Marseille

Le : 14 Octobre 2019

Nota Bene : 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 la SFPC 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.

## I – ACTIVITE PRINCIPALE :

### Statut d'exercice\*

X Salarié du secteur public

*\* supprimer les mentions inutiles*

**Etablissement ou lieu d'exercice : AIX MARSEILLE UNIVERSITE et ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE MARSEILLE**

**Service, département ou direction : Laboratoire de Pharmacie Clinique Faculté de pharmacie de Marseille et Service Pharmacie, Hôpital Timone**

### Adresse

- Voie Jardin du Pharo, 58 Boulevard Charles Livon,
- Code postal : 13007
- Ville : Marseille
- Pays : France

### Adresse

- Voie 264 rue saint pierre
- Code postal : 13005
- Ville : Marseille
- Pays : France

**Téléphone fixe professionnel : 04 91 38 43 97**

**Portable professionnel :**

**Fax professionnel : 04 91 38 42 73**

**Adresse courriel professionnelle : [florian.correard@ap-hm.fr](mailto:florian.correard@ap-hm.fr)**

## II – ACTIVITE SECONDAIRE

Les mêmes renseignements sont demandés pour d'éventuelles activités secondaires.  
Merci de compléter autant d'exemplaires de la fiche ci-dessous que vous avez d'activités.

### Statut d'exercice\*

- Salarié du secteur privé
- Salarié du secteur public
- Libéral
- Autre (préciser) :

**Etablissement ou lieu d'exercice :**

**Service, département ou direction :**

**Adresse**

- Voie :
- Code postal :
- Ville :
- Pays :

**Téléphone professionnel :**

**Fax professionnel :**

**Adresse courriel professionnelle :**

**III – PARTICIPATIONS**

**III.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 pharmacie clinique, de santé publique et de sécurité sanitaire, de la SFPC objet de la déclaration**

*Sont notamment concernés les institutions, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les syndicats, les associations de patients.*

**X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement ou au cours des 3 années précédentes :**

Organisme <i>(société, établissement, syndicat, association...)</i>	Fonction occupée dans l'organisme	Rémuné- ration  <i>Aucune, directe, indirecte</i>	Début année	Fin année

**III.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 pharmacie clinique, de santé publique et de sécurité sanitaire, de la SFPC, 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.*

**X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique**

**Actuellement et au cours des 3 années précédentes :**

Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémuné- ration  <i>Aucune, directe, indirecte</i>	Début année	Fin année

**III.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de pharmacie clinique, santé publique et de sécurité sanitaire, de la SFPC 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 3 années précédentes :**

Organisme (société)	Domaine et Type de travaux	Nom du produit de santé ou du sujet traité	Si essais ou études cliniques ou pré-cliniques : précisez :	Rémunération <i>Aucune, directe, indirecte</i>	Début année	Fin année
Assistance publique Hôpitaux de Marseille	Oncologie  Etude clinique en vie réelle randomisée	Consultations pharmaceutiques sur les chimiothérapies orales et les hormonothérapies	<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) ..... ..... ...	05/2016	
Assistance publique Hôpitaux de Marseille	Gériatrie / Pédiatrie  Etude clinique en vie réelle randomisée	Conciliation médicamenteuse dans un service de médecine post urgence gériatrique et en pédiatrie multidisciplinaire	<u>Type d'étude :</u> <input checked="" type="checkbox"/> Etude monocentrique <input 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) ..... ..... ...	06/2016	

Assistance publique Hôpitaux de Marseille	Gériatrie  Etude clinique en vie réelle randomisée	Télé-expertise medico- pharmaceutique en EHPAD	<p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... ..... ...	03/2019	
---	--	---	--	---	---------	--

**III.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 pharmacie clinique, de santé publique et de sécurité sanitaire, de la SFPC, objet de la déclaration**

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique

**Actuellement et cours des 3 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 <i>Aucune, directe, indirecte</i>	Début année	Fin année
Novartis	Les Estivales 2018 Grand Sud Est - 13 novembre 2019 - Aix en Provence	Observance chez le patient atteint de cancer et traité par thérapie orale anticancéreuse	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	11/2018	11/2018
Lilly	Formation des délégués médicaux sur ABEMACICLIB	Prise en charge du patient atteint de cancer du sein et traité par thérapie orale anticancéreuse	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	10/2018	10/2018

BMS	Place du pharmacien dans la prise en charge des patients sous immunothérapie	Généralité sur l'immunothérapie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	06/2018	06/2018
Pfizer	5 <sup>ème</sup> journées d'échanges d'expériences autour de la pratique de l'éducation thérapeutique dans la région grand ouest	L'ETP chez les patients atteints de cancer	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	05/2018	05/2018
BMS	12 <sup>ème</sup> éditions des rencontres des pharmaciens hospitaliers en oncologie	L'ETP chez les patients atteints de cancer	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	06/2017	06/2017

**III.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 pharmacie clinique, de santé publique et de sécurité sanitaire, de la SFPC, 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 intéressément	Rémunération <i>Aucune, directe, indirecte</i>	Début année	Fin année

**IV. 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 pharmacie clinique, de santé publique et de sécurité sanitaire, de la SFPC, 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 3 années précédentes :**

Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme à but lucratif financeur	Début année	Fin année

**V. 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



--	--

**VI. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de la SFPC, 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 3 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

CORREARD Florian  


Fait à Marseille :

Le 14/10/2019

*Signature obligatoire*

**Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration sera publiée sur le site internet de la SFPC. La SFPC 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 la SFPC.**