

ANNEXE

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

Déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Victor de Lédighen

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 de rédaction du rapport Dhumeaux 2016

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

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) |
|--|------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| CHU Bordeaux Université de Bordeaux | Talence Talence | PH PU | 11/1995 09/2003 | |

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) |
|--|-----------------------------------|---|-----------------------|---------------------|
| AFEF | Secrétaire Général | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) | Oct 2010 | |
| | | <input 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.

X 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) |
|--|-----------------------------------|---|-----------------------|---------------------|
| | | <input 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) | | |
| | | <input 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) | | |

2.3. 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 <i>(société, établissement, association)</i> | Nom du produit, la substance active et l'indication si possible | Votre rôle Indiquer si étude monocentrique ou multicentrique | Date de début | Date de fin |
|---|--|---|---------------|-------------|
| Roche | Etude MV25600 – Corrélation des génotypes IL28B avec les données démographiques des patients VHC et les caractéristiques de la maladie. | Investigateur coordonnateur (France) – étude multicentrique | 02/09/2011 | 19/02/2013 |
| Idenix | IDX184 Etude IDX-08C-003 Phase I/II, VHC génotype 1 naïfs | Investigateur coordonnateur (France) – étude multicentrique | 25/03/2009 | 21/09/2009 |
| ANRS | Revenge | Investigateur coordonnateur | 12/2015 | En cours |

2.2.2. En qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude (EC-CO)

- Actuellement et dans les 5 dernières années

Néant

| Organisme <i>(société, établissement, association)</i> | Nom du produit, la substance active et l'indication si possible | Votre rôle Indiquer si étude monocentrique ou multicentrique | Date de début | Date de fin |
|---|---|---|---------------|-------------|
| Gilead | Etudes ASTRAL et POLARIS | Investigateur principal | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|------------|------------|
| AbbVie | ABT 493 et ABT 530 | Investigateur principal | | |
| | | | | |
| Roche | <p>Mericitabine</p> <p>Etude NV20536</p> <p>Phase II, VHC géotypes 1 et 4 naïfs</p> | investigateur – étude multicentrique | 07/05/2009 | 23/08/2012 |
| Pfizer | <p>Filibuvir</p> <p>Etude A8121014 (FITNESS)</p> <p>Phase IIb, VHC géotype 1 naïf</p> | investigateur – étude multicentrique | 22/10/2009 | 12/04/2012 |
| ANRS | <p>IFNα2b-XL</p> <p>Etude COAT-IFN</p> <p>Phase Iia, VHC géotype 1 naïfs ou non répondeurs</p> | investigateur – étude multicentrique | 17/03/2010 | 19/09/2013 |
| Johnson & Johnson (Janssen) | <p>Télaprevir</p> <p>Etude VX-950-TiDP24-C219</p> <p>Roll-over de l'Etude VX950-TiDP24-C216</p> | investigateur – étude multicentrique | 13/04/2010 | 12/07/2012 |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|------------|------------|
| Zymogenetics | PEG-rIL-29 Etude 526H04 (EMERGE) Phase II, VHC géotypes 1, 2, 3 et 4 naïfs | investigateur – étude multicentrique | 07/07/2010 | 26/03/2012 |
| ANRS | Etude ANRS HC20 ETOC Etude pilote, PEG-IFN + ribavirine dosages optimisés, VHC/VIH géotypes 1 et 4 non répondeurs | investigateur – étude multicentrique | 03/06/2009 | 16/05/2013 |
| Hospices Civils de Lyon | Etude RIBAJUSTE Ajustement de posologie de la ribavirine, VHC géotype 1 et 4 naïfs | investigateur – étude multicentrique | 20/09/2007 | 22/11/2013 |
| BMS | Daclatasvir Etude AI444-031 Phase IIb, VHC géotypes 2 et 3 naïfs | investigateur – étude multicentrique | 09/12/2010 | 25/10/2012 |
| Johnson & Johnson (Janssen) | Telaprevir Etude VX950-C211 (OPTIMIZE) Phase III, géotype 1 naïfs | investigateur – étude multicentrique | 13/01/2011 | 15/03/2013 |
| Roche | Danoprevir/ritonavir Etude WV21913 Phase II, VHC géotype 1 non répondeurs | investigateur – étude multicentrique | 12/05/2011 | 24/07/2013 |

| | | | | |
|------------|---|--------------------------------------|------------|------------|
| Boehringer | Faldaprevir Etude BI1220.30 Phase III, VHC génotype 1 naïfs | investigateur – étude multicentrique | 10/05/2011 | |
| Boehringer | Faldaprevir Etude BI1220.7, Phase III, VHC génotype 1 non répondeurs ou rechuteurs ou échappeurs | investigateur – étude multicentrique | 22/06/2011 | |
| BMS | Daclatasvir + Asunaprevir Etude AI447-011 Phase II, VHC génotype 1 répondeurs null | investigateur – étude multicentrique | 07/04/2011 | 16/07/2013 |
| Abbvie | ABT450/ritonavir + ABT-267 +ABT-333 Etude M11-652 Phase II, VHC génotype 1 naïfs et répondeurs null | investigateur – étude multicentrique | 10/01/2012 | 29/11/2013 |
| BMS | Daclatasvir vs Telaprevir Etude AI444-052 Phase III, VHC génotype 1 naïfs | investigateur – étude multicentrique | 26/03/2012 | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|------------|------------|
| BMS | <p>Daclatasvir + Asunaprevir</p> <p>Etude AI447-029</p> <p>Phase III, VHC géotypes 1 et 4 répondeurs null et partiels</p> | investigateur multicentrique – étude | 11/05/2012 | 28/01/2014 |
| Johnson & Johnson (Janssen) | <p>Simeprevir vs Telaprevir</p> <p>Etude TMC435-HPC3001</p> <p>Phase III, VHC géotype 1 répondeurs null et partiels</p> | investigateur multicentrique – étude | 06/03/2012 | |
| BMS | <p>Daclatasvir + Simeprevir</p> <p>Etude AI444-062</p> <p>Phase III, VHC géotypes 1 et 4 répondeurs null et partiels</p> | investigateur multicentrique – étude | 04/07/2012 | 12/12/2013 |
| Gilead | <p>Sofosbuvir</p> <p>Etude GS-US-334-0133 (VALENCE)</p> <p>Phase III, VHC géotypes 2 et 3 naïfs et non répondeurs</p> | investigateur multicentrique – étude | 05/11/2012 | |
| Glaxo-Smith-Kline | <p>GSK2336805</p> <p>Etude GSK HAI115879</p> <p>Phase II, VHC géotype 1 ou 4 naïfs</p> | investigateur multicentrique – étude | 14/12/2012 | |

| | | | | |
|------------|---|--------------------------------------|------------|--|
| Abbvie | <p>ABT450/ritonavir + ABT-267 +ABT-333</p> <p>Etude M11-646</p> <p>Phase III, VHC génotype 1 naïfs</p> | investigateur multicentrique – étude | 16/04/2013 | |
| Abbvie | <p>ABT450/ritonavir + ABT-267</p> <p>Etude M13-393</p> <p>Phase II, VHC génotype 1b et 4 naïfs ou répondeurs null</p> | investigateur multicentrique – étude | 19/10/2012 | |
| Boehringer | <p>Faldaprevir + Deleobuvir</p> <p>Etude BI1241.20</p> <p>Phase III, VHC génotype 1b naïfs</p> | investigateur multicentrique – étude | 21/02/2013 | |
| Gilead | <p>Sofosbuvir + Ledipasvir</p> <p>Etude GS-US-337-0121 (SIRIUS)</p> <p>Phase II, VHC génotype 1 cirrhotiques non répondeurs au telaprevir ou boceprevir</p> | investigateur multicentrique – étude | 24/09/2013 | |
| ANRS | <p>Etude ANRS QUATTRO</p> <p>Etude pilote, Asunaprevir + Daclatasvir + PEG-IFN + ribavirine VHC génotypes 4 non répondeurs</p> | investigateur multicentrique – étude | 18/11/2013 | |

| | | | | |
|------------|---|--------------------------------------|------------|--|
| BMS | Daclatasvir/Asunaprevir/BMS-791325 fixed dose combination (FDC) Etude AI443-102 (UNITY-1) Phase III, VHC génotype 1 non cirrhotiques non répondeurs ou naïfs | investigateur – étude multicentrique | 10/12/2013 | |
|------------|---|--------------------------------------|------------|--|

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) |
|--|--------------------------------|---|--|--|-----------------------|---------------------|
| Abbvie, BMS, Gilead, Janssen, Merck, | | Traitement hépatite C | X Oui o Non | <input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2009 | |
| | | | 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) | | |
| | | | 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

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) |
|--|--|-----------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(*) 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 :

| 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 ».