

ANNEXE

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

Déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e) Pr Pierre DELOBEL

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 :

de membre du groupe d'experts 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

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 de Toulouse/ Université Paul Sabatier Toulouse III	2 rue Viguerie 31000 Toulouse/ 118 route de Narbonne 31400 Toulouse	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier	09/2013	

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 de Toulouse/ Université Paul Sabatier Toulouse III	2 rue Viguerie, 31000 Toulouse/ 118 route de Narbonne 31400 Toulouse	MCU-PH	09/2011	09/2013

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)
Sidaction	Membre du comité scientifique et médical	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salaire (préciser)	03/2013	En cours
ANRS	Membre de l'Action Coordonnée 5 – Essais thérapeutiques dans l'infection à VIH	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salaire (préciser)	06/2011	En cours
ANRS	Membre du Comité Scientifique Sectoriel 3 - Recherches Cliniques dans l'infection VIH	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salaire (préciser) <input type="checkbox"/>	11/2008	06/2012

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)
HAS	Groupe de travail dépistage de l'infection VIH	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/>	09/2015	12/2016
CEA, IDMIT center	Membre du Scientific Advisory Board	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	05/2013	En cours
Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française/ Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales	Membre du groupe recherche	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2009	06/2016
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes 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 (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	Cohortes : - LYMPHOVIR - PRIMO - HEPAVIH - CODEX - VIH 2 - COVERTE - COHVAC ...	Infection VIH	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <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	x Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2010	En cours
ANRS	Essais cliniques : - ANRS 143 - ANRS 145 - ANRS 146 - ANRS 147 - ANRS 149 - ANRS 161 - ANRS 162 - ANRS 165 - ANRS 167 ...	Antirétroviraux	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input checked="" 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	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2010	En cours
ANRS	Etudes physiopathologiques : - EP53 - EP61	Physiopathologie de l'infection VIH	Type d'étude : <input checked="" type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	x Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	09/2013 09/2016	06/2015 en cours
Theravectys	Essai clinique THV01-11-01	Essai vaccin thérapeutique VIH	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <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	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	12/2012	En cours

Lysarc	AMC 085	Essai Brentuximab Vedotin (Hodgkin VIH)	<p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Midi-Pyrénées Santé (membre)	05/2015	En cours
Sanofi	POSYTEICO	Teicoplanine	<p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) DRI CHU de Toulouse (salarié)	04/2016	En cours
ViiV	ATLAS	Cabotegravir/ Rilpivirine	<p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) GIE MEDES/CHU de Toulouse (salarié)	01/2017	En cours
ViiV	GEMINI	Dolutegravir/ Lamivudine	<p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) GIE MEDES/CHU de Toulouse (salarié)	01/2017	En cours

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 au cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme invitant (<i>société, association</i>)	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)
ANRS	Paris Réunion de l'AC31	<i>Sujet de l'intervention :</i> Immunologie des muqueuses digestives <i>Aucun produit visé</i>	X Oui <i>Classe Economy</i> Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	15/12/2016	15/12/2016
Live by GL Events	Aix en Provence Congrès Synergies et Résistances	Modération session neuro-VIH <i>Aucun produit visé</i>	X Oui <i>Classe Economy</i> Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	13/10/2016	14/10/2016
Janssen	Toulouse Réunion sur grossesse et VIH	Modérateur réunion : NRTI et grossesse Etude ANRS Monogest (Darunavir)	<input type="radio"/> Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	04/10/2016	04/10/2016
Live by GL Events	Toulouse Journées d'Actualités sur les Résistances Virologiques	Modérateur réunion : Actualités viro-pharmacologie sur les antirétroviraux	<input type="radio"/> Oui X Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Midi Pyrénées Santé (membre)	06/09/2016	06/09/2016
Gilead	Toulouse Post-CROI 2016	<i>Sujet de l'intervention :</i> Actualités en physiopathologie et thérapeutique VIH <i>Antirétroviraux</i>	<input type="radio"/> Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	14/04/2016	14/04/2016

Bristol Myers Squibb	Boston 23th CROI	Congrès CROI	X Oui <i>Classe Economy</i> Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	21/02/106	25/02/2016
Institut Pasteur	Paris Groupe de réflexion SIDA	<i>Sujet de l'intervention :</i> Chimiotactisme des LTCD4 vers l'intestin et reconstitution immunitaire <i>Aucun produit visé</i>	<input type="radio"/> Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	12/01/2016	12/01/2016
Janssen	Toulouse Symposium régional VIH	Modérateur réunion Antirétroviraux en première ligne	<input type="radio"/> Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	05/01/2016	05/01/2016
MSD	Toulouse Symposium régional VIH	Modérateur réunion Co-infection VIH-VHC et rein <i>Grazoprevir/Elbasvir</i>	<input type="radio"/> Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	08/12/2015	08/12/2015
Live by GL Events	Toulouse Journées d'Actualités sur les Résistances Virologiques	Modérateur réunion Actualités viro-pharmacologie sur les antirétroviraux	<input type="radio"/> Oui X Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Midi Pyrénées Santé (membre)	01/12/2015	01/12/2015
Bristol Myers Squibb	Toulouse Symposium régional VIH	Modérateur réunion allègement thérapeutique pour les patients virologiquement contrôlés <i>Antirétroviraux</i>	<input type="radio"/> Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	19/11/2015	19/11/2015
Live by GL Events	Aix en Provence Congrès Synergies et Résistances	Modération session Physiopathologie infection VIH <i>Aucun produit visé</i>	X Oui <i>Classe Economy</i> Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/10/2015	02/10/2015

ViiV	Toulouse Symposium régional VIH	Modérateur réunion actualités sur le dolutegravir	<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) 	25/06/2015	25/06/2015
Gilead	Bordeaux Etats régionaux VIH du Sud Ouest	<i>Sujet de l'intervention :</i> Bibliographie sur les infections opportunistes <i>Aucun produit visé</i>	<input checked="" type="radio"/> Oui <input 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) 	22/05/2015	22/05/2015
Gilead	Toulouse Post-CROI 2015	<i>Sujet de l'intervention :</i> Actualités thérapeutiques infection VIH <i>Antétroviraux</i>	<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) 	02/04/2015	02/04/2015
Janssen	Toulouse Symposium régional VIH	<i>Sujet de l'intervention :</i> Stratégies d'allègement thérapeutique <i>inhibiteurs de protéase dont darunavir</i>	<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) 	03/03/2015	03/03/2015
Janssen	Seattle 22th CROI	Congrès CROI	<input checked="" type="radio"/> Oui <i>Classe Economy</i> <input 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) 	23/02/2015	26/02/2015
MSD	Paris <i>Symposium Immunologie</i>	<i>Sujet de l'intervention :</i> Favoriser la latence du VIH <i>Aucun produit visé</i>	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) 	29/01/2015	29/01/2015
BMS	Toulouse Symposium régional VIH	<i>Sujet de l'intervention :</i> Traitements ciblant les réservoirs <i>Aucun produit visé</i>	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association Midi Pyrénées Santé (membre)	06/01/2015	06/01/2015

ViiV Healthcare	Toulouse Symposium régional VIH	<i>Sujet de l'intervention :</i> Actualisation des recommandations du rapport 2013 sur la place des anti-intégrases Raltegravir, elvitegravir, dolutegravir	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> X Non	<input checked="" type="checkbox"/> X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/>	18/12/2014	18/12/2014
Gilead	Toulouse Post-CROI 2014	<i>Sujet de l'intervention :</i> Hépatite C Nouveaux anti-VHC	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> X Non	<input checked="" type="checkbox"/> X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	15/04/2014	15/04/2014
Bristol Myers Squibb	Boston 21th CROI	Congrès CROI	<input checked="" type="radio"/> X Oui <i>Classe Economy</i> Non	<input checked="" type="checkbox"/> X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	02/03/2014	06/03/2014
ViiV Healthcare	Toulouse Symposium régional VIH	<i>Sujet de l'intervention :</i> Principaux enseignements des essais cliniques du Dolutegravir	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> X Non	<input checked="" type="checkbox"/> X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	04/02/2014	04/02/2014
Janssen	Toulouse Symposium régional VIH	<i>Sujet de l'intervention :</i> Arguments pour un traitement systématique des primo-infections VIH <i>Darunavir</i>	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> X Non	<input checked="" type="checkbox"/> X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	28/01/2014	28/01/2014
Gilead	Toulouse Post-CROI 2013	<i>Sujet de l'intervention :</i> Actualités en Immuno-Virologie VIH <i>Aucun produit visé</i>	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> X Non	<input checked="" type="checkbox"/> X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	02/04/2013	02/04/2013
MSD	Atlanta 20 th CROI	Congrès CROI	<input checked="" type="radio"/> X Oui <i>Classe Economy</i> <input type="radio"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	03/03/2013	08/03/2013

MSD	Toulouse DiabToul	<i>Sujet de l'intervention :</i> VIH et diabète : immunité intestinale <i>Aucun produit visé</i>	<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)	19/02/2013	19/02/2013
Institut Pasteur	Paris Groupe de réflexion SIDA	<i>Sujet de l'intervention :</i> Role de l'axe CCL25-CCR9 dans la reconstitution de l'immunité de la muqueuse intestinale sous traitement antirétroviral <i>Aucun produit visé</i>	<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)	20/06/2012	20/06/2012
Bristol Myers Squibb	Paris Symposium Activation, Inflammation, Réservoirs	<i>Sujet de l'intervention :</i> Activation et réservoirs : un cercle peu vertueux <i>Aucun produit visé</i>	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : Association Midi-Pyrénées Santé (membre)	31/05/2012	31/05/2012
Gilead	Bordeaux Etats régionaux VIH du Sud Ouest	<i>Sujet de l'intervention :</i> Reconstitution immunitaire de la muqueuse digestive sous traitement antirétroviral <i>Aucun produit visé</i>	<input checked="" type="radio"/> Oui <input 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)	25/05/2012	25/05/2012
Gilead	Toulouse Post-CROI 2012	<i>Sujet de l'intervention :</i> Actualités en Immuno- virologie VIH <i>Aucun produit visé</i>	<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)	14/05/2012	14/05/2012
Gilead	Seattle 19 th CROI	<i>Sujet de l'intervention :</i> The CCL25-CCR9 axis driving CD4+ T-cell gut- homing is altered in treated HIV-infected subjects <i>Aucun produit visé</i>	<input checked="" type="radio"/> Oui <i>Classe Economy</i> <input 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)	04/03/21012	08/03/2012

Gilead	Toulouse Bibliographie VIH 2011	<i>Sujet de l'intervention :</i> Complications métaboliques au cours de l'infection VIH <i>Aucun produit visé</i>	<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)	28/02/2012	28/02/2012
--------	---------------------------------------	--	---	--	------------	------------

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)
Logiciel PyroVir APP n° IDDN FR.001.160011.000.S. P.2012.000.31230	Inserm-Transfert	<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)	06/2012	
		<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 :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	Organismes concernés

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 ».

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1

Néant

Organisme	Montant perçu

Tableau A.2

Organisme	Montant perçu
HAS	138€
CEA	800€

Tableau A.3

Néant

Organisme	Montant perçu
LYSARC	0 €*
Sanofi	0 €*
ViiV	0 €*

* Essais cliniques ayant débuté en 2016 ou débutant en 2017. Aucun montant perçu à ce jour.

Tableau A.4

Entreprise ou organisme	Montant perçu
Live by GL Events	800 € (2016) (Versement à l'Association Midi-Pyrénées Santé)
Live by GL Events	800 € (2015) (Versement à l'Association Midi-Pyrénées Santé)
MSD	875 € (2015) (Honoraires)
Bristol Myers Squibb	800 € (2015) (Versement à l'Association Midi-Pyrénées Santé)
Live by GL Events	800 € (2014) (Versement à l'Association Midi-Pyrénées Santé)
Bristol Myers Squibb	2400 € (2012) (Versement à l'Association Midi-Pyrénées Santé)

Tableau A.5

Néant

Structure	Montant perçu

Tableau B.1

Néant

Organisme	% du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur

Tableau C.1

Néant

Structure	% de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

Tableau D.1

Néant

	Salariat	Actionnariat			
Organisme	Fonction et position dans la structure <i>(indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)</i>	Montant si ≥ 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début <i>(mois/année)</i>	Fin <i>(mois/année)</i>

Tableau E.1

Néant

Elément ou fait concerné	précisez le cas échéant les sommes perçues

Fait à Toulouse

Le 29/12/2016



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