

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) Michel CELSE

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 de [nom de l'institution]

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de [nom de l'institution] : Membre du groupe d'experts VIH

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.

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) |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Ministère de l'Education nationale, Rectorat de Créteil MAD auprès du Conseil national du sida et des hépatites virales chroniques | Conseil national du sida et des hépatites virales chroniques 39-43, quai André Citroën 75902 Paris cedex 15 | Conseiller-expert | 07/11/2007 | En cours |

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.

X 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) |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------|---------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes 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.

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) |
|--|--|--|-----------------------|---------------------|
| DGS comité de suivi des recommandations du rapport Hépatites 2014 | Représentation du CNS | X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) | 10/2014 | En cours |
| DGS Groupe de travail sur l'évolution de la réglementation fixant les critères de sélection des donneurs de sang <i>puis :</i> Comité de suivi des modifications de l'arrêté de 2009 sur les critères de sélection des donneurs | Représentation du CNS | X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) | 07/2015 | En cours |
| Santé Publique France Comité de pilotage Campagne de prévention diversifiée HSH | Représentation du CNS | X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) | 03/2016 | 11/2016 |
| Groupe d'experts pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH | Participation aux travaux du groupe «Accès aux soins et qualité de vie » | X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) | 03/2017 | En cours |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">DGS comité de pilotage de la Stratégie nationale de santé sexuelle</p> | <p style="text-align: center;">Représentation du CNS</p> | <p>X Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p style="text-align: center;">04/2017</p> | <p style="text-align: center;">03/2020</p> |
|---|--|---|--|--|

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.

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) | 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) |
|--|----------------------------------|--|---|---|-----------------------|---------------------|
| | | | <p>Type d'étude :</p> <p><input type="checkbox"/> Etude monocentrique</p> <p><input type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p>Votre rôle :</p> <p><input type="checkbox"/> Investigateur principal</p> <p><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur</p> <p><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal</p> <p><input type="checkbox"/> Co-investigateur</p> <p><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal</p> | <p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | |
| | | | <p>Type d'étude :</p> <p><input type="checkbox"/> Etude monocentrique</p> <p><input type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p>Votre rôle :</p> <p><input type="checkbox"/> Investigateur principal</p> <p><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur</p> <p><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal</p> <p><input type="checkbox"/> Co-investigateur</p> <p><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal</p> | <p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | |

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) |
|--|---|--|---|---|-----------------------|---------------------|
| AFRAVIH | Montpellier Conférence AFRAVIH 2014 | [Poster] « Avantage économique d'une prise en charge médicale et sociale précoce des migrants vivant avec le VIH en France » | <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) | 27/04/14 | 30/04/14 |
| International AIDS Society (IAS) | Melbourne (Australie) Conférence AIDS 2014 | - [Poster] "2010-2014 HIV/AIDS and STI French strategic plan: Advantages and limits of a national framework" - [Poster] "French policy on access to care for illegal immigrants living with HIV: advantages, limits and improvement levers" - [Modération] Oral poster discussion session "Falling Through the Cracks: Migrants and Mobile Population" | <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) | 20/07/14 | 25/07/14 |
| Association des sidénologues libéraux de Provence (ASLP), COREVIH PACA-Ouest Corse | Marseille Conférence-débat | La pénalisation de la transmission du VIH en France | <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) | 18/06/15 | |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|------------|----------|
| Société française de lutte contre le sida (SFLS) | Nantes Congrès 2015 | <p>- [Poster] « Risque pénal encouru par les personnes vivant avec le VIH du fait de relations sexuelles non protégées »</p> <p>- [Poster] « Recours à la justice pénale pour transmission sexuelle du VIH en France : nombre d'affaires et caractéristiques des personnes impliquées »</p> <p>- Synthèse du Congrès</p> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 08/10/15 | 09/10/15 |
| Observatoire du sida et des sexualités Université Saint-Louis de Bruxelles | Bruxelles Journée d'étude « Les enjeux de la pénalisation de la transmission du VIH » | La pénalisation de la transmission du VIH en France | <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 03/12/15 | |
| Société française de lutte contre le sida (SFLS) | Paris Forum SFLS 2015 | Table ronde « Enjeux juridiques de du risque de transmission du VIH » | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 10/12/15 | |
| Sidaction | Paris Convention nationale 2016 | La notification aux partenaires | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 03/06/2016 | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----------|----------|
| International AIDS Society (IAS) | Durban (Afrique du Sud) Conférence AIDS 2016 | [Poster] "Criminal risk for people living with HIV as a result of unprotected sexual relations" | <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) | 18/07/16 | 22/07/16 |
| Société française de lutte contre le sida (SFLS) | Montpellier Congrès 2016 | Pénalisation de la transmission : quels enjeux pour les acteurs de la lutte contre le VIH ? | <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) | 06/10/16 | 07/10/16 |
| ARS Ile-de-France COREVIH Ile-de-France Est | Journée régionale des acteurs de la prévention du VIH et des IST | Synthèse des ateliers | <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) | 29/11/16 | |
| Société française de lutte contre le sida (SFLS) | Nice Congrès 2017 | La notification aux partenaires | <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) | 19/10/17 | 20/10/17 |

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.

X 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 ».

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1

| Organisme | Montant perçu |
|-----------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Tableau A.2

| Organisme | Montant perçu |
|-----------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Tableau A.3

| Organisme | Montant perçu |
|-----------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Tableau A.4

| Entreprise ou organisme | Montant perçu |
|-------------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Tableau A.5

| Structure | Montant perçu |
|-----------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Tableau B.1

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

Tableau C.1

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

Tableau D.1

| | 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

| Elément ou fait concerné | précisez le cas échéant les sommes perçues |
|--------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Fait à Paris.....

Le 17/10/2017.....



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