

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 :

X de membre du groupe d'experts 2013 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	CCU-AH	11/2009	09/2011
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 salarié (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 salarié (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 salarié (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)
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 être membre ou salarié (préciser)	05/2013	En cours
Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française	Membre du groupe recherche	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	01/2009	En cours
		<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 (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	Infection VIH	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique x Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal x 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 166 - ANRS 167	Antirétroviraux	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique x Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> x Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal x 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	Physiopathologie de l'infection VIH	<u>Type d'étude :</u> x Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal x 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	06/2015
Theravectys	Essai clinique THV01-11-01	Essai vaccin thérapeutique VIH	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique x Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal x 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)	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <u>Votre rôle :</u> <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<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
--------	---------	--	--	---	---------	----------

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 (<i>mois/année</i>)	Fin (<i>mois/année</i>)
Gilead	Bordeaux Etats régionaux VIH du Sud Ouest	<i>Sujet de l'intervention :</i> Bibliographie sur les infections opportunistes	X Oui o Non	X 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: <i>Produits visés :</i> tenofovir alafenamide, cabotegravir, GSK2838232, BMS955176, BMS663068	o Oui X Non	X 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	<i>Sujet de l'intervention :</i> Stratégies d'allègement thérapeutique <i>Produits visés :</i> <i>inhibiteurs de protéase dont darunavir</i>	o Oui X Non	X 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	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)	23/03/2015	26/03/2015
MSD	Paris	<i>Symposium Immunologie</i> <i>Sujet de l'intervention :</i> <i>Favoriser la latence du VIH</i>	X Oui Non	<input type="checkbox"/> Aucune X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	29/01/2015	29/01/2015

BMS	Toulouse	<i>Sujet de l'intervention :</i> Traitements ciblant les réservoirs <i>Produits visés : aucun</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 <i>Produit visé : raltegravir, elvitegravir, dolutegravir</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) <input type="checkbox"/>	18/12/2014	18/12/2014
Gilead	Toulouse Post-CROI 2014	<i>Sujet de l'intervention :</i> Hépatite C <i>Produits visés : tous les nouveaux anti-VHC</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)	15/04/2014	15/04/2014
Bristol Myers Squibb	Boston 21th 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)	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 <i>Produit visé : dolutegravir</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)	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>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)	28/01/2014	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"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	02/04/2013	02/04/2013

MSD	Atlanta 20 th CROI	Congrès CROI	X Oui <i>Classe Economy</i> o Non	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>	o Oui X Non	X 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>	o Oui X Non	X 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>	X Oui o 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)	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>	X Oui o Non	X 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 Immunovirologie VIH <i>Aucun produit visé</i>	o Oui X Non	X 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>	X Oui <i>Classe Economy</i> o Non	X 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>	o Oui x Non	X 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
ViiV Healthcare	Saint-Martin 4th workshop on HIV persistence during therapy	Congrès réservoirs VIH	X Oui <i>Classe Economy</i> o Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	06/12/2011	09/12/2011
ViiV Healthcare	Toulouse Symposium régional VIH	<i>Sujet de l'intervention :</i> Intensification thérapeutique par maraviroc : rationnel <i>Produit visé : maraviroc</i>	o Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	29/11/2011	29/11/2011
Bristol Myers Squibb	Rome 6th IAS	Congrès IAS	X Oui <i>Classe Economy</i> o Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	17/07/2011	20/07/2011
Gilead	Toulouse Post-CROI 2011	<i>Sujet de l'intervention :</i> Actualités en Immuno-Virologie VIH <i>Aucun produit visé</i>	o Oui X Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	05/04/2011	05/04/2011
Bristol Myers Squibb	Boston 18 th CROI	Congrès CROI	X Oui <i>Classe Economy</i> o Non	X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	27/02/2011	03/03/2011

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	Insem-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 :

	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 ».