

## ANNEXE

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

### Déclaration publique d'intérêts

**Je soussigné(e) Philippe MORLAT**

**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 « recommandations de prise en charge » des PVVIH**

**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 avvertir 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](mailto: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)
<b>Université Bordeaux Segalen CHU Bordeaux</b>	146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex 12 rue Dubernat 33404 Talence cedex	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier	sept 1996	

## 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 6 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)
<b>ANRS</b>  Membre du conseil scientifique de l'AC 5		<b>X Aucune</b> <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	2011	En cours
<b>Groupe d'experts</b> « Recommandations sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH en France »		<b>X Aucune</b> <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	1997	En cours
<b>Haut Conseil de Santé Publique</b> Commission maladies transmissibles  Co-Président du Comité d'évaluation du plan national 2009-2012 de lutte contre les hépatites virales B et C  <b>Société nationale Française de Médecine interne</b> Président		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Aucune</b> <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	2011  2012  2014	2013  2013  En cours

**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 6 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)
<b>Gilead</b>		<b>X Au déclarant</b>		2015
<b>BMS</b>		<b>X Au déclarant</b>		2013
<b>MSD</b>		<b>X Au déclarant</b>		2015
<b>ViiV health care Janssen</b>		<b>X Au déclarant X Au déclarant</b>		2015

**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 6 années précédentes (les débuts et fins n'ont pu être précisés) :**

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/a nnée)	Fin (mois/ann ée)
<b>Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales</b>	<b>Essais thérapeutiques</b>	LIGHT QUADRIH SOFTRIH OPTIPRIM OPTIMAL NEAT DREAM EASIER MONOI APPOLO TELAPREVIH BOCEPREVIH TIPI ROCNAL INTERACTIV L VIR ETRAL LAMIDOL MONOGEST OPTIPRIM 2	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	Pas de rémunération		
	<b>Cohortes</b>	PRIMEVA PRIMO HEPAVIH LYMPHOVIR Cohorte AQUITAINE HIV CHEST PRETHEVIC CODEX COPANA COVERTE		Contribution au fonctionnement		

<b>Roche</b> <b>Tibotec</b> <b>Abbott</b> <b>GSK</b> <b>Pfizer</b> <b>Boehringer</b>	Essais thérapeutiques	INNOVE DUET KALESOLO MERIT RESIST 2 VERVE	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique  <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<b>X</b> A un organisme dont vous êtes membre  <b>ADERA</b> ..... ..... ...		
<b>Pfizer</b> <b>Janssen Cilag</b>  <b>GSK</b>	Essais thérapeutiques	POEM SENSE  VIKING SWORD 2	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique  <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<b>X</b> A un organisme dont vous êtes membre  <b>ADERA</b>  <b>ACCELENCE</b>		
<b>ViiV, Pfizer</b>  <b>Gilead</b>	Essai thérapeutique	MODERN  STORY GS US 104 GS-US-311-1717	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique  <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<b>X</b> A un organisme dont vous êtes membre  <b>ADERA</b> <b>ACCELENCE</b>		
<b>MSD</b>	Essai thérapeutique	Racing  MK 1439	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique  <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<b>X Au déclarant</b> (Racing)  <b>X</b> A un organisme dont vous êtes membre  <b>ADERA</b> (MK 1439)		

<b>MSD</b>	Essai thérapeutique	Modify	<u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique  <u>Votre rôle :</u> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<b>X ADERA</b>		
------------	---------------------	--------	--	----------------	--	--

**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)
Gilead MSD BMS Abbott Boehringer GSK Pfizer ViiV Janssen Actelion Novo	Interventions dans symposium, réunion de FMC, réunion post congrès <b>(aucune intervention depuis janvier 2016)</b>	<b>Aucune intervention portant sur la promotion de molécules ou sur la PrEP</b>	✓ Oui	✓ <b>Au déclarant (aucune activité rémunérée depuis janvier 2016)</b>	2008	2015
Gilead MSD BMS Abbott ViiV Janssen	Invitation chaque année à 2 congrès internationaux (CROI, IAS ou IAC) <b>(aucune invitation depuis janvier 2016)</b>		✓ Oui	<b>X Aucune</b> hormis éventuels remboursements de frais sur justificatifs	2008	2015
			○			
			○			
			○			
			○			
			○			
			○			

**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)



		<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

---

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

### 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

## 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*

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

### Rémunérations personnelles perçues selon 2.2, 2.3 et 2.4

Organisme	Montant perçu
<b>Gilead Sciences</b> (dont via Yssup Research en 2010 et Arsenal en 2012)	2016 : 673 euros ( <u>activité 2015</u> ) 2015 : 4790 euros 2014 : 6186 euros 2013 : 1790 euros 2012 : 3085 euros 2011 : 2218 euros 2010 : 1689 euros
<b>Abbott / Abbvie</b>	2015 - 2016 : 0 euros 2014 : 280 euros 2011 : 1476 euros 2010 : 420 euros 2008 : 1403 euros
<b>GSK / ViiV Health Care</b>	2016 : 0 euros 2015 : 1416 euros 2014 : 1367 euros 2013 : 1403 euros 2012 : 1597 euros 2011 : 811 euros 2009 : 624 euros
<b>Pfizer</b>	2010-2016 : 0 euros 2009 : 565 euros

Organisme	Montant perçu
<b>MSD</b> (dont Ascopharm / essai Racing en 2012)	2016 : 787 euros ( <u>activité 2015</u> ) 2014 : 1560 euros 2013 : 794 euros 2012 : 2310 euros 2011 : 2556 euros 2009 : 1855 euros
<b>BMS</b>	2014-2016 : 0 euros 2013 : 2638 euros 2012 : 731 euros 2011 : 1508 euros 2010 : 2074 euros
<b>Boehringer</b>	2012-2016 : 0 euros 2011 : 685 euros
<b>Janssen</b>	2016 : 0 euros 2015 : 579 euros 2013 : 619 euros

Firmes ne commercialisant pas d'antirétroviraux	
<b>Actelion</b>	2015 : 282 euros
Umanis SA (pour <b>Novo</b> )	2015 : 901 euros

**Rémunérations de l'industrie pharmaceutique versées à l'ADERA** (« Association pour le Développement de la Recherche en Aquitaine » regroupant plus de cent équipes de recherches universitaires aquitaines) **et au GIE Accelence** (gérant les contrats industriels du CHU de Bordeaux depuis 2016) **mentionnées par année et par firmes (selon 2.3 ou subventions).**

Ces sommes ont exclusivement été utilisées pour salarier un ARC, rembourser ou anticiper des frais de missions des membres du service, et organiser les pauses-déjeuner des réunions hebdomadaires de l'équipe VIH.

ADERA / ACCELENCE	Montants perçus en euros
<b>2008</b> Gilead, GSK, Boehringer, Abbott, Ascopharm, P Fabre, IMEA (Kalesolo/Abbott)	250, 4100, 4800, 1500, 250, 1254, 1200
<b>2009</b> Tibotec, Abbott, Boehringer, Pfizer, Ascopharm, P Fabre, Sanofi	2919, 5420, 3090 3250, 1750, 836 550
<b>2010</b> GSK, Boehringer, Janssen, Abbott, Ascopharm	6100, 1200, 3303, 2000, 2250
<b>2011</b> Pfizer, Boehringer	3871, 850
<b>2012</b> Pfizer, GSK	7172, 400
<b>2013</b> GSK, Pfizer, MSD	2300, 7400, 760
<b>2014</b> Pfizer, Gilead	8785, 2130
<b>2015</b> Pfizer, Gilead	3013, 4540

<b>2016</b>	
GSK	5600 (ADERA) + 10644 (Accelence)
Gilead	6630 (Accelence)

Fait à Bordeaux.....

Le 18 janvier 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](mailto:cns-commun@sante.gouv.fr)