

ANNEXE

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

Déclaration publique d'intérêts 2017

Je soussigné(e) Pilorgé Fabrice

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 d'une commission 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 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

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)
Association AIDES	14, rue Scandicci. 93500 Pantin, France	Chargé de mission plaidoyer et démocratie sanitaire	Avril 2008	Juin 2018

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)
Association AIDES	14, rue Scandicci. 93500 Pantin, France	Chargé de mission plaidoyer et démocratie sanitaire	Avril 2008	Juin 2018

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)		

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.

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)
Rapport d'experts sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH 2013 dirigé par le professeur Morlat ANRS – Conseil National du Sida	Expertise sur les Corevih dans le chapitre organisation des soins	<input type="checkbox"/> Aucune	Décembre 2012	Juillet 2013

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.

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)
Financement -Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), Pilotage -Service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP) ; -Inserm (IAME UMR1137, Paris) ; -Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS EA 4163, Univ. Lyon 2) ; - Association AIDES (Pantin).	Etude	ANRS-Gota : gestion optimale des traitements ARV	<i>Non pertinent</i>	A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : Association AIDES .	Financement de l'ANRS obtenu en janvier 2015	Toujours 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

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)
Société Française de Lutte contre le SIDA	Congrès de la SFLS, Poitiers	Animation de la session de posters	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	24 octobre 2013	25 octobre 2013
Société Française de Lutte contre le SIDA	Congrès de la SFLS, Paris	Démocratie en Santé et représentation des usagers dans les 20 ans à venir	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	23 octobre 2014	24 octobre 2015
SFLS	Journée Nationale des Corevih 2013, Poitiers	Programmation et animation	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	23 octobre 2013	23 octobre 2013
SFLS	Journée Nationale des Corevih 2014, Paris	Programmation et animation	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	22 octobre 2014	22 octobre 2014
SFLS	Journée Nationale des Acteurs de la lutte contre le Sida 2015, Mante	Programmation et animation	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	7 octobre 2015	7 octobre 2015
SFLS	Journée Nationale des Acteurs de la lutte contre le Sida 2016, Montpellier	Programmation et animation	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	5 octobre 2016	5 octobre 2016
SFLS	Journée Nationale des Acteurs de la lutte contre le Sida 2017, Nice	Programmation et animation	<input type="radio"/> Oui	<input type="checkbox"/> Aucune	18 octobre 2017	18 octobre 2017
Décision Santé et Stratégie Avec le soutien de ViiV Healthcare	Colloque national COREVIH en ACTIONS 2016	Participation au groupe programme et animation	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Vendredi 1 juillet 2016	Vendredi 1 juillet 2016
Décision Santé et Stratégie Avec le soutien de ViiV Healthcare	Colloque national COREVIH en ACTIONS 2017	Participation au groupe programme et présentation du nouveau cadre réglementaire des COREVIH	<input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune	Vendredi 30 juin 2017	Vendredi 30 juin 2017

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)		

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

X 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

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 : x 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
INSERM	4 000€
ANRS	3 444€

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

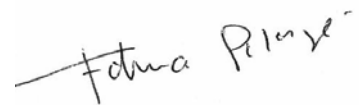
	Salariat	Actionnariat			
Organisme	Fonction et position dans la structure <i>(indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)</i>	Montant si ≥ 5000 euros ou 5 % du capital	Lien de parenté	Début <i>(mois/année)</i>	Fin <i>(mois/année)</i>

Tableau E.1

Elément ou fait concerné	précisez le cas échéant les sommes perçues

Fait à Paris

Le 16 mai 2018



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 méil à l'adresse suivante : cns-commun@sante.gouv.fr