

## ANNEXE

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

### Déclaration publique d'intérêts

**Je soussigné(e) Fabrice Bonnet**

**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 2019 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](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<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |

**Autre** (activité bénévole, retraité...)

| Activité | Lieu d'exercice | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |

**Activité salariée**

Remplir le tableau ci-dessous

| Employeur principal         | Adresse de l'employeur                   | Fonction occupée dans l'organisme                      | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|-----------------------------|--|--|-----------------------|---------------------|
| Université Bordeaux Segalen | Place Amélie Raba-Léon<br>33000 Bordeaux | Professeur des<br>Universités-Praticien<br>Hospitalier | sept 2008             |                     |

## 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<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |

**Autre** (activité bénévole, retraité...)

| Activité | Lieu d'exercice | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |
|          |                 |                       |                     |

**Activité salariée**

Remplir le tableau ci-dessous

| Employeur principal | Adresse de l'employeur | Fonction occupée<br>dans l'organisme | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(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 5 années précédentes :

| Organisme<br>(société, établissement, association)   | Fonction occupée dans l'organisme   | Rémunération<br>(montant à porter<br>au tableau A.1)   | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|--|---|--|-----------------------|---------------------|
| Rapport d'expert de prise en charge<br>médical des personnes infectées par le<br>VIH en France                       | Membre du groupe plénier<br>Coordination de la commission<br>« Suivi de l'adulte vivant avec le VIH<br>et prise en charge des<br>comorbidités »<br>Membre des commissions<br>« Traitement antirétroviral »<br>« Cancers » | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un<br>organisme<br>dont vous être<br>membre ou<br>salarié<br>(préciser)<br>.....<br>.....<br>..... | 2013                  | 2013                |
| Rapport d'expert de prise en charge<br>médical des personnes infectées par le<br>VIH en France<br>Actualisation 2014 | Membre du groupe plénier<br>Membre de la commission<br>« Traitement antirétroviral »  | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un<br>organisme<br>dont vous être<br>membre ou<br>salarié<br>(préciser)<br>.....<br>.....<br>..... | 2014                  | 2014                |
| Rapport d'expert de prise en charge<br>médical des personnes infectées par le<br>VIH en France<br>Actualisation 2015 | Membre du groupe plénier<br>Membre de la commission<br>« Traitement antirétroviral »<br>« Prophylaxie pré-exposition »  | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un<br>organisme<br>dont vous être<br>membre ou<br>salarié<br>(préciser)<br>.....<br>.....<br>..... | 2015                  | 2015                |

**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<br>(société, établissement, association) | Fonction occupée dans l'organisme   | Rémunération<br>(montant à porter au tableau A.2)  | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|--|---|--|-----------------------|---------------------|
| Gilead   | Conseil   | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)                   | 05/2007               | 09/2012             |
| Gilead   | Conseil   | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)                   | 02/2014               | 12/2014             |
| ViiV   | Conseil scientifique étude Héraclite sur le poids de l'infection par le VIH dans le système de soin en France | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>..... | 2017                  | 2018                |



|  |   |  |   |   |      |          |
|--|---|--|---|---|------|----------|
| Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales | Cohorte Aquitaine                           | Nombreuses études de cohorte                 | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)                            | 2000 | En cours |
| PHRC-IR  | Cohorte                                     | INFIM<br><br>Infection chez l'immunodéprimé  | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal            | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)                            | 2013 | En cours |
| PHRC-PRME  | Essai randomisé                             | SAGA<br><br>« Statines au grand âge »        | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal            | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)                            | 2015 | En cours |
| ViiV healthcare  | Essai thérapeutique<br><br><br><br>Cohortes | VIKING<br>SWORD2<br>TANGO<br><br>COPEDOL     | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal            | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>..... | 2012 | En cours |
| MSD  | Essais thérapeutiques                       | MODERN<br>MK-3415A-002<br>MK-1439<br>MK-8591 | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal            | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>.....<br>.....<br>..... | 2012 | En cours |
| Pfizer   | Cohorte                                     | POEM   | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal            | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)                            | 2013 | 2014     |

|                 |   |  |  |  |      |          |
|-----------------|---|--|--|--|------|----------|
| Gilead          | Cohorte<br><br>Essais<br>Thérapeutiques | STORY<br>TARANIS<br><br>GS-US-292-<br>1823<br>GS-US-292-<br>1826<br>GS-US-311-<br>1717<br>GS-US-380-<br>4030<br><br>GS-US-380-<br>4449 | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2013 | En cours |
| AMGEN           | Essai<br>Thérapeutique                  | AMGEN<br>20130286  | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2017 | 2018     |
| EDCTP<br>Europe | Essais<br>Thérapeutique                 | INTENSE-TBM  | <u>Type d'étude :</u><br><input type="checkbox"/> Etude monocentrique<br><input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique<br><br><u>Votre rôle :</u><br><input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal<br><input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur principal<br><input type="checkbox"/> Co-investigateur<br><input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 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 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 :<br>précisez :          | Rémunération<br>(montant à porter au tableau A.4)  | Début (mois/année) | Fin (mois/année) |
|---|----------------------------|---|---|--|--------------------|------------------|
| Arsenal   | Plusieurs interventions    | Pas d'intervention sur un produit spécifique  | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br>A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)                          | 2012               | 2014             |
| MSD   | Plusieurs interventions    | Pas d'intervention sur un produit spécifique  | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2012               | 2017             |
| Mitochondrie                                    |                            | Réalisation d'une brochure dermato-VIH Pas d'intervention sur un produit spécifique | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2014               | 2014             |
| Pierre Fabre                                    |                            | Mission d'expertise   | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2016               | 2016             |
| Novartis  |                            | Présentation d'une Maladie d'une fièvre persistante                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2014               | 2014             |

|  |  |  |   |  |      |      |
|--|--|--|---|--|------|------|
| Gilead   |  | Participation à l'organisation des états régionaux du Sud-Ouest (Réunion régionale)<br><br>Ateliers Cliniques et regards Croisés | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2017 | 2018 |
| Janssen  |  | Réunion Clinique   | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2018 | 2018 |
| Gilead<br>BMS<br>Janssen<br>ViiV Healthcare<br>GSK<br>MSD<br>Pfizer<br>Roche | Financement du voyage et de l'hébergement à l'occasion de 1 à 2 congrès internationaux / an (CROI, ICAAC, IAS) | Pas d'intervention sur un produit spécifique   | <input checked="" type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | 2012 | 2018 |

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

### 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<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|--|--|-----------------------|---------------------|
| Cohorte Aquitaine ANRS CO3                         | Gilead                                 | 02/2016               | 01/2016             |
| Cohorte Aquitaine ANRS CO3                         | Janssen                                | 01/2017               | En cours            |
|  |  |                       |                     |
|  |  |                       |                     |
|  |  |                       |                     |

(\*) 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

**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<br><br>(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<br>(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   |
|-----------------|---|
| Gilead          | 2018 : 0<br>2017 : 0<br>2016 : 0<br>2015 : 0<br>2014 : 1647 euros |
| ViiV Healthcare | 2018 : 1017 euros   |

**Tableau A.3**



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

Tableau A.4

| Entreprise ou organisme | Montant perçu   |
|-------------------------|---|
| Gilead                  | 2018 : 1892 euros<br>2017 : 1956 euros<br>2016 : 3665 euros<br>2015 : 2250 euros<br>2014 : 3198 euros |
| BMS                     | 2016 : 600 euros<br>2015 : 1130 euros<br>2014 : 680 euros   |
| Janssen Cilag           | 2018 : 1147 euros<br>2015 : 561 euros   |
| ViiV Healthcare         | 2016 : 2581 euros<br>2014 : 820 euros   |
| MSD                     | 2017 : 2081 euros<br>2016 : 613 euros<br>2015 : 1400 euros  |
| Pierre Fabre            | 2016 : 2500 euros   |
| Ipanema                 | 2015 : 978 euros  |
| Actelion                | 2016 : 182 euros  |
| Novartis                | 2014 : 330 euros  |
| Mitochondrie            | 2014 : 288 euros  |

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 |
|-----------|---|
| Gilead    | 124775 euros soit < 10% du budget de fonctionnement de la cohorte Aquitaine   |
| Janssen   | 112574 euros soit < 10% du budget de fonctionnement de la cohorte Aquitaine   |
|           |   |
|           |   |
|           |   |

Tableau C.1

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

**Tableau D.1**

|           | <b>Salariat</b>  | <b>Actionnariat</b>                       |                 |                              |                            |
|-----------|--|---|-----------------|------------------------------|----------------------------|
| Organisme | Fonction et position dans la structure<br><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<br><i>(mois/année)</i> | Fin<br><i>(mois/année)</i> |
|           |  |   |                 |                              |                            |
|           |  |   |                 |                              |                            |
|           |  |   |                 |                              |                            |
|           |  |   |                 |                              |                            |

Tableau E.1

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

Fait à Bordeaux.....

Le 3 juillet 2019.....

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'BOMMEY', with a long horizontal stroke extending to the right.

*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)