

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 chargé d'élaborer les recommandations de prise en charge des PVVIH suivis en France

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)
Université Bordeaux Segalen CHU Bordeaux	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)
ANRS Membre du conseil scientifique de l'AC 5 Membre du conseil scientifique sectoriel 13 (recherche clinique)		X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2011 2018	2017 2019
Groupe d'experts « Recommandations sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH en France »		X Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	1997	2018
Société nationale Française de Médecine interne Membre du Conseil d'Administration		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2014	2020

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 <i>(société, établissement, association)</i>	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération <i>(montant à porter au tableau A.2)</i>	Début <i>(mois/année)</i>	Fin <i>(mois/année)</i>
MSD		X Au déclarant		2018
ViiV Health Care		X Au déclarant		2015
Janssen		X Au déclarant		2015
Abbvie		X Au déclarant		2014
BMS		X Au déclarant		2013
Gilead		X Au déclarant		2016

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)
Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites virales	Essais thérapeutiques académiques	LIGHT QUADRIH SOFTRIH OPTIPRIM OPTIMAL NEAT TIPI ROCNRAL INTERACTIV L VIR ETRAL LAMIDOL MONOGEST OPTIPRIM 2 QUATUOR	<p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <p>Votre rôle :</p> <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 Contribution au fonctionnement		
	Cohortes	COHORTE AQUITAINE VIH 2 PRIMEVA PRIMO HEPAVIH LYMPHOVIR HIV CHEST PRETHEVIC CODEX COPANA COVERTE				
MSD	Essais thérapeutiques industriels	MODIFY	<p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <p>Votre rôle :</p> <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	X A un organisme dont vous êtes membre ADERA		

<p>Pfizer</p> <p>GSK</p>	<p>Essais thérapeutiques</p>	<p>POEM</p> <p>VIKING</p> <p>SWORD 2</p>	<p><u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p><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</p>	<p>X A un organisme dont vous êtes membre ADERA</p> <p>X A un organisme dont vous êtes membre ACCELENCE</p>		
<p>Gilead</p>		<p>STORY</p> <p>GS US 104</p> <p>GS-US-311-1717</p> <p>GS-US-292-1826/4043</p> <p>GS-US-380-4030</p> <p>GS-US- 236-0141</p> <p>COPEDOL</p> <p>TARANIS</p>	<p><u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p><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</p>	<p>X A un organisme dont vous êtes membre ADERA</p> <p>ACCELENCE</p>		
<p>MSD</p>		<p>MK 1439</p>	<p><u>Type d'étude :</u> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique</p> <p><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</p>	<p>X A un organisme dont vous êtes membre ACCELENCE</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)
Gilead MSD Abbott ViiV Janssen Actelion Novo BMS	Interventions dans symposium, réunion de FMC, réunion post congrès	Aucune intervention portant sur la promotion de molécules	✓ Oui	✓ Au déclarant (aucune activité rémunérée entre janvier 2016 et septembre 2018)	2008	2018
Gilead MSD ViiV Janssen	Invitation chaque année à 2 congrès internationaux (CROI, IAS ou IAC)		✓ Oui	X Aucune hormis éventuels remboursements de frais sur justificatifs	2008	2019

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 rémunérations

Rémunérations personnelles perçues selon 2.2, 2.3 et 2.4

Année	Montant perçu / organisme
2013	619 euros Janssen 794 euros MSD 1790 euros Gilead 1403 euros ViiV 2638 euros BMS
2014	1560 euros MSD 6186 euros Gilead 280 euros Abbvie 1367 euros ViiV
2015	1416 euros ViiV 4790 euros Gilead 579 euros Janssen 282 euros Actelion 901 euros Novo

Année	Montant perçu / organisme
2016	673 euros Gilead 787 euros MSD
2018	407 euros MSD

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 fin 2015) **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.

Année/ organismes	Montants perçus en euros (ADERA / ACCELENCE)
2013	
GSK	2300 (ADERA)
Pfizer	7400 (ADERA)
MSD	760 (ADERA)
2014	
Pfizer	8785 (ADERA)
Gilead	2130 (ADERA)

2015	
Pfizer	3013 (ADERA)
Gilead	4540 (ADERA) + 1512 (ACCELENCE)
GSK	6450 (ACCELENCE)
2016	
GSK	
Gilead	5600 (ADERA) + 2930 (ACCELENCE)
	39115 (ACCELENCE)
2017	
Pfizer	169 (ADERA)
GSK	3060 (ACCELENCE)
Gilead	9199 (ACCELENCE)
2018	
Pfizer	
GSK	2200 (ADERA)
Gilead	1560 (ACCELENCE)
	18997 (ACCELENCE)

Fait à Bordeaux.....

Le 12 juin 2019.....



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