

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

---

Je soussigné(e),

**Nom : Pagès**

**Prénom : Jean-Christophe**

reconnais, en remplissant et en signant la présente déclaration publique d'intérêts (DPI), avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou indirect avec les entreprises, établissements, administrations, organismes ou organisations dont les activités, les intérêts financiers, les techniques ou les produits entrent directement ou indirectement dans les missions du Haut Conseil des biotechnologies (HCB), ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, ainsi que sur demande du Secrétariat du HCB et au minimum annuellement, même si aucune modification n'est nécessaire. J'ai bien compris qu'il m'appartient, à réception de l'ordre du jour de chaque réunion, de vérifier que j'ai bien déclaré les liens d'intérêts qui pourraient concerner les sujets à l'ordre du jour. À défaut, je m'engage à en avvertir le membre du Secrétariat chargé de l'organisation de la réunion et, le cas échéant, le président de séance, si possible avant sa tenue. J'ai bien conscience qu'en cas de conflit d'intérêts potentiel, ma présence serait susceptible d'entacher d'irrégularité les délibérations ou les recommandations, références ou avis émis, et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aurait pu prendre l'administration au vu de ces travaux. J'accepte donc de me conformer aux décisions du président du HCB si un conflit d'intérêts potentiel devait être détecté.

Je déclare sur l'honneur que, à ma connaissance, tous les intérêts directs et indirects en lien avec les missions du HCB sont mentionnés dans la présente DPI et ses annexes.

J'ai bien compris que le renseignement de la DPI est le préalable obligatoire pour toute participation aux travaux du HCB. Par ailleurs, je suis informé(e) que l'article L.1454-2 du Code de la santé publique prévoit que « est puni de 30 000 euros d'amende le fait (...) 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 ».

Je dispose, pour m'aider à remplir la présente DPI, d'une notice préparée par le HCB qui précise et explicite les termes et attentes de la DPI. J'ai également la possibilité de poser des questions au Secrétariat du HCB, au travers des contacts dont les noms et coordonnées m'ont été indiqués, si j'ai un doute sur un point donné.

J'ai bien noté que ma DPI sera rendue publique, à l'exception des mentions relatives à l'identité de mes proches et aux données financières déclarées (annexes de la présente DPI), ainsi que de mes coordonnées et de ma signature, qui ne seront communiquées que pour les besoins de l'instruction de ma DPI.

Je suis informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant. Je peux exercer ce droit en envoyant un courrier électronique à l'adresse suivante :

[secretariat.hcb@hautconseildesbiotechnologies.fr](mailto:secretariat.hcb@hautconseildesbiotechnologies.fr)

**Je renseigne cette DPI en qualité de :**

- président(e) du HCB
- président(e) d'un des comités du HCB, précisez lequel : Comité Scientifique
- membre du Comité scientifique du HCB
- membre du Comité économique, éthique et social du HCB
- membre d'un groupe de travail du HCB, et non-membre d'un des comités, préciser le nom du groupe de travail du HCB :
- membre d'un groupe de travail extérieur au HCB<sup>1</sup>, non-membre d'un des comités, préciser le nom du groupe de travail extérieur au HCB :
- autre personne invitée à contribuer aux travaux du HCB
- membre du Secrétariat du HCB
- autre, je précise :

**Je remplis cette DPI :**

- au titre de ma première participation aux travaux du HCB ou pour un nouveau mandat ;
- en cours de mandat, car je souhaite déclarer ou modifier un ou plusieurs nouveaux intérêts ;
- en cours de mandat, sur demande du HCB, et dans ce cas je précise que :
  - j'ai apporté des modifications à ma DPI précédente ;
  - je n'ai pas apporté de modifications à ma DPI précédente.

---

<sup>1</sup> Il peut s'agir, par exemple, d'un membre d'une équipe de recherche à qui le HCB aurait commandé une étude.

## 1. Activité professionnelle principale

### 1.1. Activité principale exercée actuellement

Je suis actuellement :

- retraité(e), je passe au point 1.2.
- sans emploi, je passe au point 1.2.
- salarié(e) (y compris fonctionnaire), je précise dans le tableau ci-dessous avant de passer au point 1.2.
- en profession libérale, je précise dans le tableau ci-dessous avant de passer au point 1.2.
- actif / active à titre bénévole auprès d'un organisme ou d'une organisation, je précise dans le tableau ci-dessous avant de passer au point 1.2.
- autre, je précise dans le tableau ci-dessous avant de passer au point 1.2.

statut*	employeur**	domaine d'activité de l'employeur	fonction(s) du/de la déclarant(e)	lieu d'exercice de l'activité***	date de début d'activité
Fonctionnaire (PU-PH)	Université François Rabelais de Tours Etablissement Français du Sang	Enseignement supérieur et recherche	Professeur Directeur de la Recherche de la Valorisation et de l'Innovation	Tours Paris	01/09/1999 1/10/2015

\* salarié(e), profession libérale, bénévole, autre (préciser).

\*\* développer le nom de l'employeur, ne pas se limiter aux initiales.

\*\*\* indiquer la ville (préciser le pays si elle se situe en dehors de la France). En cas d'activité itinérante, la ville est celle du lieu déclaré par l'employeur (siège social).

**1.2. Activité(s) professionnelle(s) principale(s) antérieure(s)**

Au cours des cinq dernières années, j'étais ou j'ai été :

- retraité(e)
- sans emploi
- salarié(e),
- en profession libérale
- actif / active à titre bénévole auprès d'un organisme ou d'une organisation
- autre

Je précise dans le tableau suivant, dans l'ordre antéchronologique<sup>2</sup> pour la période complète des cinq dernières années.

statut*	employeur**	domaine d'activité de l'employeur	fonction(s) du/de la déclarant(e)	lieu d'exercice de l'activité***	date de début d'activité	date de fin d'activité

\* salarié(e), profession libérale, bénévole, autre (préciser).

\*\* développer le nom de l'employeur, ne pas se limiter aux initiales.

\*\*\* indiquer la ville (préciser le pays si elle se situe en dehors de la France). En cas d'activité itinérante, la ville est celle du lieu déclaré par l'employeur (siège social).

<sup>2</sup> En commençant par la période la plus récente.

## 2. Activités exercées à titre secondaire

### 2.1. Participation à une (des) instance(s) décisionnelle(s) ou consultative(s) (hors HCB)

Je ne participe pas et n'ai pas participé dans les cinq dernières années à des instances décisionnelles ou consultatives en lien direct ou indirect avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

Je participe, ou j'ai participé dans les cinq dernières années, à des instances décisionnelles ou consultatives en lien direct ou indirect avec les missions du HCB. Je remplis le tableau suivant dans l'ordre antéchronologique et j'indique le montant des rémunérations éventuelles dans l'annexe A, tableau A.1..

n°	organisme*, domaine d'intervention	fonction du/de la déclarant(e)	rémunération**			dates	
			aucune	au/à la déclarant(e)	à un tiers***	début	fin
1	ANSM	Président du comité de thérapie génique		X		01/09/2008	01/12/2012
2	Observatoire de la biologie de synthèse	Membre du CS	X			01/02/2012	-
3	Vaincre La Mucoviscidose	Membre du CS	X			01/09/2009	-
4	Thérapie génique en pays de Loire	Membre du CS	X			01/09/2010	-
5	Projet EPIXCHANGE (FP7) (Innovative gene therapies for epilepsy treatment)	Membre du CS	X			01/01/2014	30/10/2015
6							
7							

\* développer le nom de l'employeur, ne pas se limiter aux initiales.

\*\* mettre une X dans la case adéquate. Les remboursements de frais de déplacement ne sont pas à prendre en compte ici.

\*\*\* l'employeur du/de la déclarant(e) par exemple.

**2.2. Activité(s) de consultance ou de conseil**

Je n'ai pas, ou n'ai pas eu, dans les cinq dernières années, d'activité de consultance ou de conseil, même bénévole, auprès d'un organisme ou d'une organisation en lien avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

J'ai, ou j'ai eu dans les cinq dernières années, des activités de consultance ou de conseil, même bénévole, auprès d'un organisme ou d'une organisation en lien avec les missions du HCB. Je remplis le tableau suivant et j'indique le montant des rémunérations éventuelles dans l'annexe A, tableau A.2..

n°	organisme*, domaine d'intervention	fonction du/de la déclarant(e)	rémunération**			dates	
			aucune	au/à la déclarant(e)	à un tiers***	début	fin
1	Vectalys	Consultant ponctuel		X		01/10/2014	31/12/2014
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

\* développer le nom de l'organisme pour lequel l'activité a été conduite, ne pas se limiter aux initiales.

\*\* mettre une X dans la case adéquate. Les remboursements de frais de déplacement ne sont pas à prendre en compte ici.

\*\*\* l'employeur du/de la déclarant(e) par exemple.

**2.3. Travaux scientifiques ou études (hors travaux des comités du HCB)**

Je ne participe pas, ou n'ai pas participé dans les cinq dernières années, à des travaux ou études, même bénévoles, pour un organisme ou une organisation public ou privé en lien avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

Je participe, ou j'ai participé dans les cinq dernières années, à des travaux ou études, même bénévoles, pour un organisme ou une organisation public ou privé en lien avec les missions du HCB. Je remplis le tableau suivant et j'indique le montant des rémunérations éventuelles dans l'annexe A, tableau A.3..

n°	organisme*	fonction du/ de la déclarant(e)	nature des travaux	rémunération**			dates	
				aucune	au/à la déclarant(e)	à un tiers***	début	fin
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

\* développer le nom de l'organisme pour lequel l'activité a été conduite, ne pas se limiter aux initiales.

\*\* mettre une X dans la case adéquate. Les remboursements de frais de déplacement ne sont pas à prendre en compte ici.

\*\*\* l'employeur du/de la déclarant(e) par exemple.

**2.4. Rédaction d'articles et ouvrages, participation à des colloques, interventions auprès d'organismes ou organisations publics ou privés**

Je ne participe pas, ou n'ai pas participé dans les cinq dernières années, à la rédaction d'articles ou d'ouvrages, comme intervenant à des colloques, séminaires, réunions publiques ou sessions de formation, avec le soutien financier direct ou indirect d'un organisme ou d'une organisation public ou privé en lien avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

Je participe, ou j'ai participé dans les cinq dernières années, à la rédaction d'articles ou d'ouvrages, comme intervenant à des colloques, séminaires, réunions publiques ou sessions de formation, avec le soutien financier direct ou indirect d'un organisme ou d'une organisation publique ou privée en lien avec les missions du HCB. Je remplis le tableau suivant et j'indique le montant des rémunérations éventuelles dans l'annexe A, tableau A.4..

n°	organisme*	fonction du/de la déclarant(e)	nature de l'intervention	prise en charge frais**	rémunération***			dates	
					aucune	au/à la déclarant(e)	à un tiers****	début	fin
1	AMGEN	Intervenant	Présentation de mon activité hospitalière (diagnostic des cancers)	Non		X		06/02/2014	06/02/2014
2									
3									
4									
5									
6									
7									

\* développer le nom de l'organisme pour lequel l'activité a été conduite, ne pas se limiter aux initiales. Il s'agira de l'organisme qui invite ou qui prend en charge l'intervention.

\*\* indiquer par « oui » ou par « non » si les frais de déplacement et/ou d'inscription étaient pris en charge par un organisme tiers.

\*\*\* mettre une X dans la case adéquate. Les remboursements de frais de déplacement ne sont pas à prendre en compte ici.

\*\*\*\* l'employeur du/de la déclarant(e) par exemple.



**2.5. Inventions et brevets**

Je ne suis pas, et n'ai pas été dans les cinq dernières années, inventeur/trice d'une innovation brevetée ou protégée par toute autre forme de propriété intellectuelle en lien avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

Je suis, ou j'ai été dans les cinq dernières années, inventeur/trice d'une innovation brevetée ou protégée par toute autre forme de propriété intellectuelle en lien avec les missions du HCB. Je remplis le tableau suivant et j'indique le montant des rémunérations éventuelles dans l'annexe A, tableau A.5..

n°	nature de l'innovation ou de l'activité	Organisme qui met à disposition le brevet, la licence, le produit...	revenu ou intéressement pour le/la déclarant(e)*	rémunération**			dates	
				aucune	au/à la déclarant(e)	à un tiers****	début	fin
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

\* répondre par « oui » ou « non ».

\*\* mettre une X dans la case adéquate. Les remboursements de frais de déplacement ne sont pas à prendre en compte ici.

### 3. Activités ayant bénéficié d'un financement

Je ne bénéficie pas, et n'ai pas bénéficié dans les cinq dernières années, pour moi-même ou pour l'équipe ou la structure dans laquelle je travaille le cas échéant, d'un financement direct ou indirect par un organisme en lien avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

Je bénéficie, ou j'ai bénéficié dans les cinq dernières années, pour moi-même, pour l'équipe ou la structure dans laquelle je travaille le cas échéant, d'un financement direct ou indirect par un organisme en lien avec les missions du HCB. Je renseigne le tableau ci-dessous et complète le tableau B.1. de l'annexe B.

n°	organisme ou organisation bénéficiaire du financement*	organisme ou organisation qui finance ou cofinance**	dates	
			début	fin
1	CHRU de Tours	AMGEN (Plateforme Cancérologie hospitalière)	2008	2013
2	INSERM (U966)	projet REBORNE (FP7-EC) (partenaires européens financés par le projet : INSERM, EFS, BIOMATLANTE, CEA, POLICLINICO, Hopital Henri Mondo, Xpand Biotechnology BV,	2009	...
3	(suite de la ligne 2)	UPC, UAM, UNIMORE, UMFTVB, CHU Tours, UNITUE, UULM, UNIV Verona, Alcimed SAS, UiB, UMC, IOR, MPIP, AOU MEYER, ULG-PARO)	...	2015
4				
5				
6				
7				
8				

\* en général l'organisme ou l'organisation qui emploie le/la déclarant(e) (les cas de consultances ou d'études sont mentionnés ailleurs).

\*\* indiquer les noms *in extenso* et préciser le domaine d'activité.

#### 4. Participation au capital d'une société

Je ne participe pas financièrement, et n'ai pas financièrement participé dans les cinq dernières années, au capital social d'une société dont l'objet social est en lien avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

Je participe financièrement, ou j'ai participé financièrement dans les cinq dernières années, au capital social d'une société dont l'objet social est en lien avec les missions du HCB. Je renseigne le tableau ci-dessous et complète le tableau C.1. de l'annexe C.

n°	Structure bénéficiant de la participation financière du/de la déclarant(e)	Type d'investissement*
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

\* valeurs mobilières cotées ou non, actions, obligations, autres avoirs financiers en fonds propres.

## 5. Intérêts au travers de parents proches

Aucun de mes parents proches n'a, ou n'a eu au cours des cinq dernières années, d'intérêt en lien avec les missions du HCB. Je n'ai donc pas d'intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

Au moins un de mes parents proches a, ou a eu au cours des cinq dernières années, un intérêt en lien avec les missions du HCB. Je renseigne le tableau ci-dessous et complète le tableau D.1. de l'annexe D.

n°	Organismes ou organisations avec lesquels l'un de mes parents proches a des intérêts
1	Mutualité Sociale Agricole
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

## 6. Autres intérêts

Je n'ai pas d'autre intérêt à déclarer ici et je passe au cadre suivant.

J'ai un ou plusieurs autre(s) intérêt(s) à mentionner. Je renseigne le tableau ci-dessous et complète le tableau E.1. de l'annexe E.

n°	élément ou fait concerné	commentaires ou explications du/de la déclarant(e)	dates	
			début	fin
1	AERES	Président d'un comité de visite d'une unité en lien avec des essais cliniques (Bluebird Bio)	12/12/2013	12/12/2013
2	Etablissement Français du Sang	Expertise dossiers de financement	01/01/2012	-
3	Vaincre La Mucoviscidose	Expertise dossiers de financement	01/01/2008	-
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Je n'ai déclaré aucun intérêt dans les cadres 2, 3, 4, 5 et 6 de la présente DPI, je l'imprime, je la date, la signe et la transmets au Secrétariat du HCB.

J'ai déclaré au moins un intérêt dans les cadres 2, 3, 4, 5 ou 6 de la présente DPI. Je complète les annexes correspondantes de la présente DPI, je l'imprime, je la date, la signe et la transmets au Secrétariat du HCB. Ma signature vaut aussi pour les annexes de la présente DPI.

Fait à Paris  
le 13/03/2017  
par (nom et prénom) PAGES Jean-Christophe

Signature manuscrite obligatoire

Signature, coordonnées et annexes non rendues publiques.