



## Document-type de la déclaration publique d'intérêts (DPI)

Je soussigné Henri-Jean Aubin

**Reconnais avoir pris connaissance de la nécessité de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, 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, de l'organisme/des organismes au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou de l'instance/des instances collégiale(s), commission(s), conseil(s), groupe(s) de travail dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.**

**En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir le Directeur de l'OFDT pour prendre les mesures nécessaires afin d'éviter toute situation de conflits d'intérêts. Celle-ci serait susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, publications ou avis subséquents et d'entraîner leur remise en cause.**

**Je renseigne cette déclaration en qualité :**

- d'agent de l'OFDT : (préciser les fonctions occupées)
- de personne invitée à apporter une expertise à l'OFDT (p.ex. : participation à un comité de pilotage) : (préciser le thème/intitulé de la mission d'expertise).....
- de membre du conseil scientifique de l'OFDT
- autre : (préciser)

Numéro RPPS: 10001238152

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum tous les cinq ans.

Date : 26/01/2024

---

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 mail à l'adresse suivante : [administration@ofdt.fr](mailto:administration@ofdt.fr)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de l'OFDT. L'OFDT est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'OFDT.

## 1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel

### X Activité(s) salariée(s)

Employeur(s) principal(aux)	Adresse de l'employeur et lieu d'exercice, si différent	Fonction occupée dans l'organisme	Spécialité ou discipline, le cas échéant	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
Université Paris-Saclay	63 Rue Gabriel Péri 94276 Le Kremlin Bicêtre	PUPH	Psychiatrie, addictologie	01/09/2007	En cours
AP-HP	Hôpital Paul Brousse 12, avenue Paul- Vaillant-Couturier 94804 VILLEJUIF Cedex	PUPH	Psychiatrie, addictologie	01/09/2007	En cours
OPTIM'SERVICES RH – SERVICES MÉDICAUX (de la SNCF)	16 rue de Budapest- 75009 PARIS	Consultant addictologie	Psychiatrie, addictologie	01/11/2017	En cours

**Activité libérale**

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

## 2. Activité(s) exercée(s) à titre secondaire

### 2.1. Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) 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) et les associations, dont les associations d'usagers du système de santé.

X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette

## 2.2. Activité(s) de consultant, de conseil ou d'expertise exercée(s) auprès d'un organisme public ou privé entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

Sont notamment visées par cette rubrique les activités de conseil ou de représentation, la participation à un groupe de travail ou à un conseil scientifique, les activités d'audit ou la rédaction de rapports d'expertise.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme (société, établissement, association)	Mission exercée	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
IReSP - Institut pour la Recherche en Santé Publique	Membre - Comité Scientifique recherche sur les addictions		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		09/2020	En cours
OFTD	Membre Comité de pilotage ESCAPAD 2022		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		Juin 2021	En cours
European Health and Digital Executive Agency	expert appointed to assist with tasks in the context of managing of EU funding programmes (2021) and in of managing of EU and Euratom research and innovation programmes (2023)		<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	3915 (2021) 2925 (2023)	2021	2023

## 2.3. Participation(s) à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

### 2.3.1 Participation à des essais et études

Doivent être mentionnées dans cette rubrique les participations à la réalisation d'essais ou d'études cliniques, non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques et d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions (indiquez le sujet).

La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'une étude clinique doit être déclarée dans cette rubrique.

Sont considérés comme « investigateurs principaux » l'investigateur principal d'une étude monocentrique et le coordonnateur d'une étude multicentrique nationale ou internationale. Cette définition n'inclut pas les investigateurs d'une étude multicentrique qui n'ont pas de rôle de coordination - même s'ils peuvent par ailleurs être dénommés « principaux ». Ils sont désignés ci-après « investigateurs ».

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme promoteur (société, établissement, association)	Organisme(s) financeur(s) (si différent du promoteur et si vous en avez connaissance)	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Si essais ou études cliniques ou précliniques, préciser :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif) /mois/année)	Fin (jour(facultatif) /mois/année)
Kinnov Pharmaceutics		Cocktail - Double-blind, randomised, parallel-group, three-arm, dose range, placebo-controlled, proof-of-concept study to evaluate the efficacy, tolerability and safety of a combination of cyproheptadine and prazosin on alcohol consumption in patients with severe alcohol use disorder	<p><u>Type d'étude :</u></p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <p><u>Votre rôle :</u></p> <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	72270 (de 2019 à 2024)	11/10/2019	En cours
Bioprojet		A Multisite Randomized Clinical Trial Evaluating BP1.3656 versus Placebo-Controlled For Alcohol Use Disorder Treatment	<p><u>Type d'étude :</u></p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <p><u>Votre rôle :</u></p> <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input checked="" type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	3150	2018	2019
Bioprojet		A double-blind, placebo-controlled pilot trial of BP1.4979 for the treatment of binge eating disorder	<p><u>Type d'étude :</u></p> <input type="checkbox"/> <u>Etude monocentrique</u> <input type="checkbox"/> <u>Etude multicentrique</u> <p><u>Votre rôle :</u></p> <input type="checkbox"/> <u>Investigateur principal</u> <input type="checkbox"/> <u>Expérimentateur principal</u> <input type="checkbox"/> <u>Investigateur</u> <input type="checkbox"/> <u>Expérimentateur non principal</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Membre d'un comité de surveillance et de suivi</u>	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	1800,00	Mars 2023	En cours
Ethypharm		Étude de sécurité post-AMM Baclocur® en milieu réel en France (BACLOLIFE) urité post-AMM Baclocur® en milieu réel en France (BACLOLIFE)	<p><u>Type d'étude :</u></p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique <p><u>Votre rôle :</u></p> <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	3176	2019	En cours

### 2.3.2 Autres travaux scientifiques

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

Organisme ( <i>société, établissement, association</i> )	Sujet (nom de l'étude, du produit, de la technique ou de l'indication thérapeutique)	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début ( <i>jour(facultatif) /mois/année</i> )	Fin ( <i>jour(facultatif) /mois/année</i> )
The Alcohol Clinical Trials Initiative (ACTIVE)	Trouble de l'usage d'alcool	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	2074	2016	En cours
Lundbeck	Réévaluation de SELINCRO 18 mg avis de la Commission de la Transparence	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	960	Mars 2021	Avril 2021
Lundbeck	European Patent Office (EPO), Boards of Appeal,	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	4284	Juin 2023	Oct 2023

## 2.4. Rédaction d'article(s) et intervention(s) 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration

La rédaction d'article(s) et les interventions doivent être déclarées lorsqu'elles ont été rémunérées ou ont donné lieu à une prise en charge.

### 2.4.1 Rédaction d'article(s)

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

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé (société, association)	Sujet de l'article	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
Pfizer	Formation des médecins généralistes à la prise en charge des fumeurs - Sorbonne Université ; coordination intervention Sevrage tabagique - Congrès Preuves & Pratiques	X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	5400	Mars 2019	Juillet 2019
Global Media Santé	Video interview tabac	X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	480	Octobre 2020	Octobre 2020
Dendrites	Formation Zoom Addiction tabac	X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	600	Mars 2021	Mars 2021
Revue du prat-Egora	DPC sevrage tabagique - interview video	X Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	500	Octobre 2021	Octobre 2021

## 2.4.2 Intervention(s)

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

Actuellement et cours des 5 années précédentes :

Entreprise ou organisme privé/instituant (société, association)	Lieu et intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention, nom du produit visé	Prise en charge des frais	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
Pfizer	Paris	Formation des médecins généralistes à la prise en charge des fumeurs - Sorbonne Université ; coordination intervention Sevrage tabagique - Congrès Preuves & Pratiques	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	5400	Mars 2019	Juillet 2019
Global Media Santé	Virtuel	Video interview tabac	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	480	Octobre 2020	Octobre 2020
Dendrites	Virtuel	formation Zoom Addiction tabac	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	600	Mars 2021	Mars 2021
Revue du prat-Egora	Virtuel	DPC sevrage tabagique - interview video	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	500	Octobre 2021	Octobre 2021

**2.5. Invention ou détention 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

**X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

**3. Direction d'activités 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiales, objet(s) 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.  
Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration, y compris d'associations et de sociétés savantes.

**X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

**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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

Doivent être déclarées dans cette rubrique les participations financières sous forme de valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres 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 des participations financières ainsi que leur montant en valeur absolue et en 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.

**X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer**

**dans cette rubrique**

**5. Proches parents ayant des activités ou 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/des organismes ou de l'instance/des instances collégiale(s), objet(s) de la déclaration**

Les personnes concernées sont :

- vos parents (père et mère)
- vos enfants
- votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) ainsi que les parents (père et mère) et enfants de ce dernier.

Dans cette rubrique, vous devez renseigner, si vous en avez connaissance :

- toute activité (au sens des rubriques 1 à 3 du présent document) exercée ou dirigée actuellement ou au cours des 5 années précédentes par vos proches parents ;
- toute participation financière directe dans le capital d'une société (au sens de la rubrique 4 du



présent document) supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5 % du capital, détenue par vos proches parents.

Vous devez identifier le tiers concerné par la seule mention de votre lien de parenté.

## **6. Fonctions et mandats électifs\* exercés actuellement**

\*Entendus comme les mandats relevant des dispositions du code électoral.

**X Je n'ai pas de fonctions ou mandats électifs à déclarer**

## **7. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts**

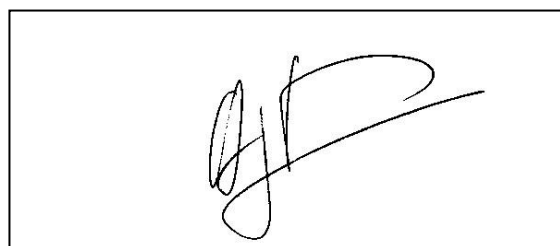
Seules doivent être mentionnées les sommes perçues par le déclarant.

Exemple : invitation à un colloque sans intervention avec prise en charge des frais de déplacement/hébergement ou rémunération

**X Je n'ai pas de lien d'intérêts à déclarer dans cette rubrique**

## **8. Mentions non rendues publiques**

**Néant**

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is stylized and appears to be a cursive name.

*Signature non rendue publique*