



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

Je soussigné Mickael NAASSILA

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 avvertir 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)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :

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 : 14 mai 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

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

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 de Picardie Jules Verne | Chemin du Thil 80025 Amiens | Professeur des universités Directeur Unité de recherche INSERM | Physiologie, Neurosciences, Addictologie | 09/2000 | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Activité libérale

| Activité | Lieu d'exercice | Spécialité ou discipline, le cas échéant | Début (jour(facultatif)/mois/année) | Fin (jour(facultatif)/mois/année) |
|----------|-----------------|--|--|--------------------------------------|
| NEANT | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Autre (activité bénévole, retraité...)

| Activité | Lieu d'exercice, le cas échéant | Début (jour(facultatif)/mois/année) | Fin (jour(facultatif)/mois/année) |
|----------|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| NEANT | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

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

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

| Organisme (société, établissement, association) | Fonction occupée dans l'organisme | Rémunération | Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité) | Début (jour(facultatif)/ mois/année) | Fin (jour(facultatif)/ mois/année) |
|--|--------------------------------------|---|---|--|--|
| Société Française d'Alcoologie (SFA) | Président | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 03/2015 | |
| Fédération Française d'Addictologie (FFA) | Vice-Président | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 03/2015 | |
| Société Européenne de recherche biomédicale sur l'alcoolisme (ESBRA) | Président | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 09/2022 | |
| Société Internationale de recherche biomédicale sur l'alcoolisme (ESBRA) | Vice-Président | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 09/2023 | |
| OR2S, Observatoire régional de la santé et du social | Membre du CA | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 09/2019 | |

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) |
|--|--------------------|--|--|---|--|--|
| INSERM | Membre des experts | Réduction des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool | <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 01/2019 | 01/2021 |
| | | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | | |

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 cet te

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) |
|---|---|--|--|--|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| CHU Amiens Picardie | IReSP- Fonds de lutte contre les addictions | SMARTBINGE- efficacité d'une applicaiton smartphone pour réduire le binge drinking chez les étudiants – essai clinique contrôlé multicentrique | Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <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 checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 11/2021 | |
| Université d'Amiens | IReSP- Fonds de lutte contre les addictions | Prefrontnalc – Role du cortex prefrontal dans la transition du binge drinking vers l'addiction | Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <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 checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 11/2021 | |
| ICM - Paris | IReSP- Fonds de lutte contre les addictions | ADELY – Efficacité du LSD dans l'addiction à l'alcool | Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 12/2021 | |

| 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) |
|---|---|--|--|---|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| AP-HP, Université Paris Saclay – équipe PSYCHOMADD | ANR | PAPAUD – Efficacité de la psilocybine dans l'addiction à l'alcool | <p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <p>Votre rôle :</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 checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 11/2022 | |
| Université d'Amiens | IReSP- Fonds de lutte contre les addictions | RAPSICO – Rôle du contexte dans l'efficacité de la psilocybine dans l'addiction à l'alcool | <p>Type d'étude :</p> <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique <p>Votre rôle :</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 checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 11/2023 | |
| AP-HP | IReSP- Fonds de lutte contre les addictions | ADD-ALPHA – Rôle de la sous unité alpha5 du récepteur nicotinique de l'acétylcholine dans les addictions | <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 12/2023 | |

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>) |
|--|--|--|---|---|---|
| Université de Picardie Jules Verne Finaceur Programme européen Era-Net Neuron | Psi-Alc- Efficacité de la psilocybine, de la kétamine dans l'addiction à l'alcool | <input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | 03/2019 | 03/2024 |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | | |

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 (<i>société, association</i>) | Sujet de l'article | 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>) |
|---|--------------------|--|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | | | |

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 invitant (<i>société, association</i>) | 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 (<i>jour(facultatif)/mois/année</i>) | Fin (<i>jour(facultatif)/mois/année</i>) |
|--|--------------------------------|---|--|---|---|--|--|
| INDIVIOR - https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/infosbeneficiaires/?refine.id_beneficiaire=965237 | Intervention congrès | <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | <input type="radio"/> 1000 euros | 18 mai 2018 | 18 mai 2018 | INDIVIOR - https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/infosbeneficiaires/?refine.id_beneficiaire=965237 | Intervention congrès |
| INDIVIOR - https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/infosbeneficiaires/?refine.id_beneficiaire=965237 | Intervention congrès | <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) | <input type="radio"/> 1000 euros | 31 juillet 2019 | 31 juillet 2019 | INDIVIOR - https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/infosbeneficiaires/?refine.id_beneficiaire=965237 | Intervention congrès |
| | | | <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) | | | |

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

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

| Nature de l'activité et nom du brevet, produit... | Structure qui met à disposition le brevet, produit... | Perception intéressement | Rémunération | Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité) | Début (jour(facultatif)/mois/année) | Fin (jour(facultatif)/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) | | | |

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.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

| Structure et activité bénéficiaires du financement | Début (jour(facultatif)/mois/ année) | Fin (jour(facultatif)/mois/ année) | Organisme(s) à but lucratif financeur(s) et montant versé par chaque financeur(s), avec indication facultative du pourcentage du montant des financements par rapport au budget de la structure |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

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

rubriqueActuellement :

| Structure concernée | Type d'investissement | Pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu |
|---------------------|-----------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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.

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

rubrique. Cochez la/(les) case(s), le cas échéant :

| Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A) | Organismes concernés | Activités Actuellement ou au cours des 5 années précédentes | Actionnariat |
|--|----------------------|---|--|
| | | | Actuellement Participation financière directe supérieure à un montant de 5 000 euros ou à 5 % du capital (Le montant est à indiquer au tableau A) |
| | | □ | □ |
| | | □ | □ |
| | | □ | □ |

6. Fonctions et mandats électifs* exercés actuellement

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

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

| Fonction ou mandat électif (préciser la circonscription) | Début (jour(facultatif)/ mois/année) | Fin (jour(facultatif)/ mois/année) |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| Élément ou fait concerné | Commentaires | Début (jour(facultatif)/ mois/année) | Fin (jour(facultatif)/ mois/année) |
|---|--------------|--|--|
| Membre du GHT addictologie | | 03/2020 | |
| Membre de la CRSA | | 03/2020 | |
| Membre du CRBSP | | 03/2018 | |
| Membre invité du CA de France Patients Experts Addictions | | 03/2023 | |

8. Mentions non rendues publiques

Tableau A

| Organisme | Lien de parenté | Activités (le cas échéant) | | | Actionnariat (le cas échéant) - Montant des participations financières détenues par un proche parent si > à 5 000 euros ou à 5 % du capital |
|-----------|-----------------|--|--|--------------------------------------|---|
| | | Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité) | Début (jour(facultatif)/mois/année) | Fin (jour(facultatif)/mois/année) | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Signature non rendue publique