Déclaration Publique d'Intérêt

Participation au **Groupe de Travail**, mis en place par la Société Française d'Alcoologie et concernant la **rédaction de Recommandation pour la pratique clinique** sur le thème :
« Dépistage, diagnostic et traitement des troubles de l'usage d'alcool »

Je soussigné(e) *Francis ABRAMOVICI*

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 ci-dessus nommé, dont je suis membre et invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité de membre du groupe de travail ci-dessus nommé.

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

- [ ] Activité salariée
- [x] Activité libérale
- [ ] Autre (activité bénévole, retraité…)

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 salariée
- [x] Activité libérale
- [ ] Autre (activité bénévole, retraité…)

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 compétences, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, du Groupe de travail 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, Centre National des Professions 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 (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (Oui/Non)	DÉBUT (année)	FIN (année)
Unaformec	Secrétaire général adjoint	Oui	2010	2014
Unaformec Ile de France	Président	Non	2003	2014

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, du Groupe de travail 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.

[X] Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (Oui/Non)	DÉBUT (année)	FIN (année)

2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, du Groupe de travail objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médicoéconomiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

[x] Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au 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 précliniques préciser	RÉMUNÉRATION (Oui/Non)	DÉBUT (année)	FIN (année)

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, du Groupe de travail objet de la déclaration

☐ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au 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 (Oui/Non)	DÉBUT (année)	FIN (année)
Transferase	Oui	Oui	2012	2014

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, du Groupe de travail objet de la déclaration

[x] Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou 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 (Oui/Non)	DÉBUT (année)	FIN (année)

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, du Groupe de travail 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.

[x] Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME A BUT lucratif financeur	POURCENTAGE DU MONTANT des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure	DÉBUT (année)	FIN (année)

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, du Groupe de travail objet de la déclaration

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).

[x] Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

STRUCTURE CONCERNÉE	TYPE D'INVESTISSEMENT	% investissement dans le capital de la structure	MONTANT RETENU

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, du Groupe de travail 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. Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné.

[x] Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

	ACTIVITES HORS ACTIONNARIAT	ACTIONNARIAT			
Organisme	Préciser la nature de l'activité	Montant si ≥ à 5 000 € ou 5% du capital	Lien de parenté	DÉBUT (année)	FIN (année)

6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance du Groupe de travail

X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNE	COMMENTAIRES	DÉBUT (année)	FIN (année)	PRÉCISEZ le cas échéant les sommes perçues

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : ☐ et signez cette dernière page

Fait à Lagny

Le
22/11/2013

signature obligatoire

Francis Abramovici

Les éventuels liens d'intérêt de chacun des membres seront mentionnés en annexe du document RPC : « Dépistage, diagnostic et traitement des troubles liés d' l'usage d'alcool »

La Société Française d'Alcoologie 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 du Groupe de travail.

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 : sophie.gorge@transferase.net

Une fois votre DPI renseignée, envoyez-la par mail à sophie.gorge@transferase.net

Imprimez-là puis renvoyez-la signée par courrier postal à :

Transferase Consulting & RP
Sophie GORGE
88 avenue Charles de Gaulle
92200 Neuilly Sur Seine
FRANCE