ansm
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Déclaration publique d'intérêts

Nom	**BROUSSE**
Prénom	**GEORGES**
Fonction	**PU PH**
Profession/Spécialité(s)	**ADDICTOLOGIE PSYCHIATRIE**
Adresse professionnelle	**58 RUE MONTALEMBERT** **SERVICE PSYCHIATRIE ET ADDICTOLOGIE** **CMPB** **CHU CLERMONT FERRAND** **63000 CLERMONT FERRAND**
Adresse professionnelle complémentaire ou adresse personnelle	
N° de téléphone	
N° de télécopie	
Adresse électronique	

Les coordonnées personnelles, les numéros de téléphone, de télécopie et l'adresse électronique ne sont pas publiés.

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS

Je soussigné(e)...G Brousse....

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 de l'ANSM, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

☐ **d'agent de l'ANSM**

☐ **de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'ANSM**

☒ **de personne invitée à apporter mon expertise à l'ANSM**

☒ **Autre (préciser) : depot de projet de recherche**

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 avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

Les informations recueillies sont 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 de l'ANSM. L'ANSM 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'ANSM. 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 : efides@ansm.sante.fr

1.VOTRE ACTIVITE PRINCIPALE

1.1. Activité principale exercée actuellement

1.1.1 Activité libérale ☐

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.1.2.-Autre (activité bénévole, retraité...) ☐

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.1.3-Activité salariée ☒

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
UNIVERSITE AUVERGNE CHU CLERMONT FERRAND	**Place Hnri Dunant UFR Medecine 63000 Clermont Ferrand** **58 Rue montalembert CHU Clermont Ferrand 63000**	**PU** **Addictologie** **PH**	**09/2014**	

1.2. Activité exercée à titre principale au cours des cinq années précédentes

A ne remplir que si différente de celle remplie dans la rubrique 1.1

1.2.1-Activité libérale ☐

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.2.2-Autre (activité bénévole, retraité...) ☐

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

1.2.3-Activité salariée ☒

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
UNIVERSITE AUVERGNE CHU CLERMONT FERRAND	**Place Hnri Dunant UFR Medecine 63000 Clermont Ferrand** **58 Rue montalembert CHU Clermont Ferrand 63000**	**MCU** **Addictologie** **PH**	**2007**	**2014**

2. VOS ACTIVITÉS EXERCÉES A 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 de l'ANSM

☒ **Néant**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes

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

ORGANISME *(société, établissement, association)*	FONCTION OCCUPEE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
		☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			
		☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			
		☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			

2. 2. Activités de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence de l'ANSM

☐ **Néant**

- Actuellement et **au cours des 5 années précédentes**

- 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 ou de rapports d'expertise. Si l'objet de l'activité est général (sans lien avec un produit), SVP indiquez le domaine de votre intervention.

ORGANISME *(société, établissement,association)*	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Lundbeck	**Nalmefene (reduction consommation alcolol)**	☐ Aucune ☒ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....		**09 / 2013**	**09 2015**
INDIVIOR	**Buprenorphine**	☐ Aucune ☒ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			
		☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			

2.3. Participation à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence de l'ANSM

- Actuellement et au cours des 5 années précédentes

2.3.1 Participation à des essais cliniques, précliniques et études épidémiologiques pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence de l'ANSM

☐ Néant

Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à la réalisation d'essais ou d'études non cliniques et précliniques (études méthodologiques, essais analytiques, essais chimiques, pharmaceutiques, biologiques, pharmacologiques ou toxicologiques...), d'études cliniques et d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions... (dans ce dernier cas, indiquez SVP le sujet)

- Est considéré comme « investigateur principal », 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 ».

- La qualité de membre d'un comité de surveillance et de suivi d'un essai clinique est à déclarer dans cette rubrique.

ORGANISME PROMOTEUR *(société, établissement, association)*	ORGANISME FINANCEUR *(si différent du promoteur)*	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	ROLE	TYPE D'ETUDE	REMUNERATION	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
SERVIER		**Agomelatine**	☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur principal ☒ Expérimentateur non principal ☐ Autre (préciser)	☐ monocentrique ☒ multicentrique	☐ Aucune ☒ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	**2010**	**2012**
AIPADIR		**Baclofene**	☐ Investigateur principal ☐ Investigateur coordonnateur ☐ Co-investigateur ☐ Expérimentateur principal ☒ Expérimentateur non principal ☐ Autre (préciser)	☐ monocentrique ☒ multicentrique	☒ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	**2012**	

2.3.2 Autres travaux scientifiques pour des organismes publics ou privés entrant dans le champ de compétence de l'ANSM

☐ Néant

ORGANISME *(société, établissement, association)*	DOMAINE ET TYPE DE TRAVAUX	NOM DU PRODUIT ET INDICATION THERAPEUTIQUE	REMUNERATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
			☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			
			☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			

2.4. Rédaction d'articles et interventions 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 de l'ANSM

☐ **Néant**

- Actuellement et **au cours des 5 années précédentes**
- Les interventions sont à déclarer dans la mesure où les frais de déplacement/hébergement sont pris en charge et/ou rémunérées. S'il n'y a pas de prise en charge, ni rémunération, elles sont exclues de la déclaration

ENTREPRISE ou ORGANISME invitant (société, association...)	LIEU ET INTITULÉ de la réunion	SUJET de l'intervention et NOM du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Lundbeck	**Plusieurs interventions En congrés** **Congrés Encephale 2015** **Congrés Français de psychiatrie 2014** **Société Française d'Alcoologie**	**Alcool et urgences**	☒ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☒ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			
Lundbeck	**Plusieurs interventions reunions medecins** **Clermont ferrand (2)** **St Etienne** **Ussel** **Toulouse** **Montpellier**	**Neurobiologie dependance** **Alcool urgences** **Alcoolet troubles de l'humeur**	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☒ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			**2014** **2014** **2015** **2015** **2014**
Astra Zeneca	**Conference Lyon**	**Dual disorders**	☒ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☒ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			**2015**
BMS	**Reunions medecins clermont**	**Dual disorders**	☐ Oui ☒ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			
INDIVIOR	**Reunion Medecins st Flour** **Reunion medecin equipes Clermont** **Reunion medecin equipes Limoge** **Lyon**		☒ Oui ☐ Non	☒ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....			**2012** **2014** **2015** **20 Novembe 2015**

jansen	Reunions medecins clermont		non				2015

2.5 Inventeur ou détenteur d'un brevet

☒ Néant

- Détenteur ou inventeur d'un brevet, d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence de l'ANSM

NATURE DE L'ACTIVITE et nom du brevet, produit	STRUCTURE qui met à disposition le brevet	PERCEPTION intéressement	REMUNERATION		Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
		☐ Oui ☐ Non	☐ Aucune ☐ Vous ☐ Organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :.....	Montant perçu (mention non rendue publique) :		

3. ACTIVITES QUE VOUS DIRIGEZ OU AVEZ DIRIGEES ET QUI ONT BENEFICIE D'UN FINANCEMENT PAR UN ORGANISME A BUT LUCRATIF DONT L'OBJET SOCIAL ENTRE DANS LE CHAMP DE COMPETENCE DE L'ANSM

☒ Néant

- Actuellement et au cours des 5 années précédentes

- Sont notamment concernés les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, département, service et les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration des associations, sociétés savantes...

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...

ORGANISME à but lucratif financeur	STRUCTURE ET ACTIVITE bénéficiaires du financement	MONTANT versé	MONTANT versé (mention non rendue publique)	POURCENTATGE par rapport au budget de fonctionnement de la structure (mention non rendue publique)	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
		☐ ≤10000 € ☐ >10000 €				
		☐ ≤10000 € ☐ >10000 €				

4.PARTICIPATIONS FINANCIÈRES ACTUELLES DANS LE CAPITAL D'UNE SOCIÉTÉ DONT L'OBJET SOCIAL ENTRE DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ANSM

☒ Néant

- **Actuellement**

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 du 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 la société, le type et la quantité des valeurs ou le pourcentage de la fraction 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)

STRUCTURE CONCERNEE	Type d'investissement *(valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)*	MONTANT détenu	POURCENTAGE du montant de l'investisssement dans le capital de la structure (mention non rendue publique)	MONTANT détenu (mention non rendue publique)	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

		☐ ≤ 5000 € ☐ > 5000 €				
		☐ ≤ 5000 € ☐ > 5000 €				

5.PROCHES PARENTS SALARIES OU POSSEDANT DES INTERETS FINANCIERS DANS UNE STRUCTURE DONT L'OBJET SOCIAL ENTRE DANS LE CHAMP DE COMPETENCE DE L'ANSM

☒ **Néant**

- S'ils sont connus, les intérêts financiers actuels ≥ 5000 € et/ou 5%du capital
- les activités exercées actuellement et, si **elles cont connues, au cours des 5 années précédentes**

Les personnes concernées sont :

- le conjoint [époux (se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], parents (père et mère) et enfants du conjoint
- les enfants
- les parents (père et mère)

Note : Seuls le nom de l'organisme, la mention « proche parent » et la période concernées sont rendues publiques.

ORGANISME CONCERNE	SALARIAT (mention non rendue publique) Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité) (mention non rendue publique)	ACTIONNARIAT (mention non rendue publique) Montant Si ≥ 5000 € ou 5% du capital (mention non rendue publique)	Nature du lien de parenté (mention non rendue publique)	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)

6. AUTRES LIENS D'INTERETS QUE VOUS CONSIDEREZ DEVOIR ETRE PORTES A LA CONNAISSANCE DE L'ANSM

☐ **Néant**

Autres faits ou intérêts qui pourraient être considérés comme préjudiciables à votre impartialité

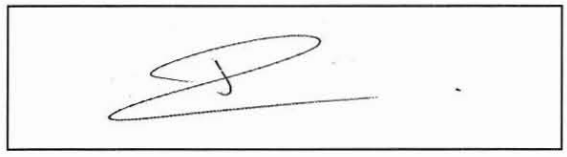
ELEMENT OU FAIT CONCERNE	Nature de l'activité	Commentaire	Date de début (j/m/a)	Date de fin (j/m/a)
Investigateur principal PHRC Interregional Ne portant pas sur produits de santé	*Epidemiologie des conduites d'alcoolisation aux urgences*	*Finacement PHRC*	2010	2014

Co Investigateur principal PHRC National Rechreche facteurs genetiques psychologiques et environementaux associés à la survenue de symptomes psychotiques sous cocaine	*Recherche clinique Associé à APHP (Lariboisiere)*		2010	En cours

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de m'abstenir de traiter un dossier si j'estime avoir des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon impartialité.

Fait à Clermont ferrand.....

Le 2 avril 2016.....



Signature

Article L. 1454-2 du code de la santé publique :
« Est puni de 30 000 € d'amende le fait pour les personnes mentionnées aux 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 » (C. santé publ., art. L. 1454-2).