

ANNEXE
à l'arrêté prévu à l'article R. 1451-1 du code de la santé publique
document-type de la déclaration publique d'intérêts

Je soussigné(e)

Pr. Jacques YOUNG

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation 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.

Article L. 1454-2 du code de la santé publique : « Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées au 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. »

Je renseigne cette déclaration en qualité (plusieurs réponses possibles) :

X d'agent de [nom de l'institution] : (préciser les fonctions occupées) **PUPH, Univ Paris Saclay**

de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de [nom de l'institution] :

X de personne invitée à apporter mon expertise à HAS : personne invitée à apporter mon expertise à HAS : **PNDS syndrome de Cushing**

autre : (préciser)

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé : **10001247955**

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 annuellement.

Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité, soit de l'expertise que l'organisme souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avvertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

Date : 10 décembre 2022

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 : xxxxx

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des mentions non rendues publiques) sera publiée sur le site internet de ****. L'***** 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'****.

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 Paris Saclay, et Assistance Publique Hôpitaux de Paris,	Hôpitaux Universitaires Paris Saclay site Hôpital Bicêtre 78 rue du Général Leclerc 94270 Le Kremlin-Bicêtre	PU-PH	Endocrinologie	09/2002	en activité

Activité libérale

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

Autre (activité bénévole, retraité...)

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

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'Endocrinologie	Membre du conseil d'administration (CA) et du Conseil Scientifique pérenne CSP	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	néant	Octobre 2018 (CA) Janvier 2019 (CSP)	Décembre 2022 (CA) Decembre 2021 (CSP)
ANSM	Conseil scientifique transitoire Acetate de cyprotérone et méningiomes	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	néant	2018	2021
Société Française d'Endocrinologie	Membre du conseil d'administration (CA)	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	néant	2014	2017

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)/m ois/année)
Laboratoire RECORDAT collaboration ponctuelle	Conseil participation Board Ulster	Osilodrostat	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	1900 Euros	nov 2022	collaboratio n ponctuelle
Laboratoire RECORDAT collaboration ponctuelle	Conseil: participation Board Madrid	Osilodrostat	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	1100 Euros	sept 2022	collaboratio n ponctuelle
Laboratoire RECORDAT collaboration ponctuelle	Conseil: participation Board Paris	Osilodrostat	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	900 Euros	2021	collaboratio n ponctuelle

NOVARTI S PHARMA SAS	Contrat d'expert scientifique	Osilodrostat	<input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	592 Euros		
NOVARTI S PHARMA SAS	Contrat de participation à une manifestation scientifique	Osilodrostat	<input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	270 Euros		
HRA Pharma Rare Diseases	Conseil: participation Board Paris	Metopirone Ketoconazole	<input checked="" type="checkbox"/> X A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	1200 Euros	Mars 2021	Mars 2021 intervention ponctuelle
			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			

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, précisez :	Rémunération	Montant de la rémunération (préciser, le cas échéant, la périodicité)	Début (jour(facultatif)/mois/année)	Fin (jour(facultatif)/mois/année)
Etude LINC 2 extension Novartis puis Recordati		Osilodrost at Etude LINC 2	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input checked="" type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) APHP	inconnue pour moi	2015	2021
Etude LINC 3 Novartis puis Recordati		Osilodrost at Etude LINC 3	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input checked="" type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) APHP	inconnue pour moi	2015	2020
Etude LINC 6 Recordati		Osilodrost at Etude LINC 6	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur <input checked="" type="checkbox"/> Expérimentateur non principal <input type="checkbox"/> Membre d'un comité de surveillance et de suivi	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) APHP	inconnue pour moi	2022	Non encore débuté 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 (société, établissement, association)	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)
MERCK	Lutrelif (GnRH) "Etude rétrospective phénotypique comparative: réponse à la GnRH pulsatile chez les femmes avec hypogonadisme hypogonadotrophique congénital ou avec aménorrhée hypothalamique fonctionnelle"	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	4000 euros	2021	2022

<p>MERCK</p>	<p>Ménopur</p> <p>Facteurs pronostiques de réponse aux gonadotrophines chez les hommes avec hypogonadisme hypogonadotrophique congénital</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)</p>	<p>2000 euros</p>	<p>2019</p>	<p>2020</p>
		<p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

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"/> Au déclarant			

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 (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)
RECORDATI	Nantes Congrès SFE	Osilodrostat	<input checked="" 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)	2022 Intervention ponctuelle à un congrès		
RECORDATI	Nantes Congrès SFE	Osilodrostat	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	2021 Intervention ponctuelle à un congrès		
RECORDATI	Vidéo- conférence Nantes Congrès SFE	Osilodrostat	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	2020 Intervention ponctuelle à un congrès		

HRA Pharma	Traitement Cushing sévéres Congres SFE France Lyon	<input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	912 Euros	<input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	2020 Intervention ponctuelle à un congrès	2020	2020
IPSEN PHARMA	Animation d'un atelier sur le diagnostic Cushing Marseille	<input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	1034 Euros + hébergement + transport + restauration 769 Euros + 150 Euros + 45 Euros	<input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) <input type="checkbox"/> Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	Intervention ponctuelle à un congrès	2021	2021
NOVARTIS PHARMA SAS	Intervention sur le traitement Cushing Lyon	<input type="checkbox"/>	592 €	<input type="checkbox"/> Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)	Intervention ponctuelle à un congrès	2019	2019
SANDOZ	Intervention à un symposium Paris	<input type="checkbox"/>	848€	<input type="checkbox"/> Association « Recherche Endocrinologie Bicêtre » (association loi 1901)			

SANDOZ		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant Associat ion « Reche rche Endocri nologie Bicêtre » (associa tion loi 1901)	740 Euros	Juin 2019	Intervention ponctuelle	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

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)
		○				
		○ Oui ○ Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			
		○ Oui ○ Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)			

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 rubrique

Actuellement :

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 :

	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)
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)
NOVARTIS PHARMA SAS	Congrès: prise en charge, hébergement, transport 670+785+310 Euros	Mai 2019	Mai 2019

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 5000 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)	



10 Décembre 2022

Signature non rendue publique

