



## **DECLARATIONS D'INTERET DES CONSEILLERS NATIONAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS – JUIN 2025**

DR AVRANE JEAN-JACQUES

PR MARTINE BAGOT (Académie de médecine)

DR BALAND-PELTRE KARINE

DR BENSEDRINE SOPHIA

PR BERTOLUS CHLOE

DR BILLOT-BOULANGER CATHERINE

DR BOUDAUD ERIC

DR CACOUB-OBADIA NATHALIE

DR CANARELLI JEAN

DR CATHALA PHILIPPE

DR COCQUERELLE CATHERINE

DR CONTY-HENRION ODILE

DR DE MONTERA ANNE-MARIE

DR DELAHAYE JEAN-FRANCOIS

DR DEMONTROND JEAN-BERNARD

DR DESMEDT-VELASTEGUI SOPHIE

DR DOMBLIDES PHILIPPE

DR DREUX DOMINIQUE

DR DURANTON SANDRINE

DR FONTENOY JEAN-LUC

DR GENE SONNY

DR GLAVIANO-CECCALDI MARIE-PIERRE

DR GORMAND ELISABETH

DR GUEROULT ISABELLE

DR GUINTOLI-CENTURI CATHERINE

DR HARMAND-ICHER HELENE

DR HONNART DIDIER  
DR JANOWIAK JEAN-FRANCOIS  
DR JOACHIM CLARISSE  
DR JOUSSE LUCIE  
DR LABARRIERE PIERRE  
DR LACROIX VALERIE  
DR LE MAGADOUX FRANCOISE  
DR LECUYER DAMIEN  
DR LEGEAIS DIDIER  
DR LIN LUCIEN  
DR LOUIS-VAHDAT CHRISTINE  
DR MAICHE ELISABETH  
DR MARTELLI-LUCIANI JEANNE  
DR MELLET BRUNO  
DR MOURGUES JEAN-MARCEL  
DR MUNIER GILLES  
DR NASSOY-STEHLIN FREDERIQUE  
DR NGOMBA FELIX  
DR OURACI LEILA  
PR OUSTRIC STEPHANE  
DR PAQUIS PHILIPPE  
DR PLATEL JEAN-PHILIPPE  
DR PREVOT YVANE  
DR PRUDHOMME FREDERIC  
DR ROGERIE MARIE-JOSEPHE  
DR SALMON-EHR VERONIQUE  
DR SEBBAN SYDNEY  
DR SIRET CLAIRE  
DR SPINDLER DIDIER  
DR TAFANI CHRISTOPHE  
DR THERON PATRICK  
DR TRARIEUX ANNE-MARIE  
DR VASSAS FREDERIC  
MME VESTUR HELENE (CONSEIL D'ETAT)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *ARRAUD*

Prénoms : *Jean Jacques*

Élu au Conseil national depuis le :

*juin 2022*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
- En cabinet
- Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité
- Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*Revue Conseil Université Paris Sorbonne  
Vice Président CPTS Paris 17*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

**6. Autres liens**

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris Le : 25/06/25

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *BA GOT*

Prénoms : *Marthe*

Élu au Conseil national depuis le : *Juin 2022*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *2075*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Kyowa Kien	Conseil	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	5 derniers années	En Cours
Recadate	Conseil	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	5 derniers années	En Cours

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



***Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.***

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **BACAND -PETRE**

Prénoms : **Kouine Chistelle Nalpahe**

Élu au Conseil national depuis le : **juin 2022**

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

- En cabinet
- Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité
- Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

**Nouakchott**

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*Membre du conseil d'administration de la copie des experts de justice de NET2*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25 juin 2025 .....

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **BEN SEDRINE**

Prénoms : **SOPHIA**

Élu au Conseil national depuis le : **19 Juin 2025**

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de **VAR - 83**
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- membre du CA de la Société Française de Médecine Vasculaire SFMV
- membre du CA du DRC-MV
- représentant du corps auprès du corp de MV
- Délégué CARMF

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
VIATRIS	Conseil-experte intervenant	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : + 800 euros + 300 euros + 1000 euros + 400 euros + 1000 euros + 400 e	Sept 2023	Dec 2024
PFIZER	Formation (intervenant)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : 245 euros 32 e 30 e + 200 e + 300 e	Novembre 2023	NOV 2023
BMS	transport/hebergement	253 + 164 e	Sept 2022	Sept 2022
URGO	intervention formation	+ 200 e + 200 e	juin 2022	Mai 2022

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 28 Juin 2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *Boutouls*

Prénoms : *Chloé Cécile, Valérie*

Élu au Conseil national depuis le : *2022*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *Pau*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Présidente du CRHP (Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris) par 3 ans
- Présidente de l'association "Les CRF"

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

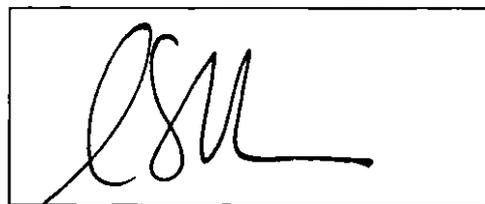
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris..... Le : 25.06.25.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

B

Nom :

BILLOT - BOULANGER

Prénoms :

CATHERINE

Élu au Conseil national depuis le :

juin 2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de
- Élu au conseil régional de

GUADELOUPE

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à PARIS ..... Le : 25 Juin 2025

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méj à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : BOUDAUD

Prénoms : ERIC

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser) EHPAD La retraite  
A-gers

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins
- Elu au conseil départemental de *Maine et Loire*
- Elu au conseil régional de

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire  
*fonctionnement*
- Autre :  
Préciser le cadre :

#### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*- Élu de crédit réel professionnel de Santé Angees.*

#### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

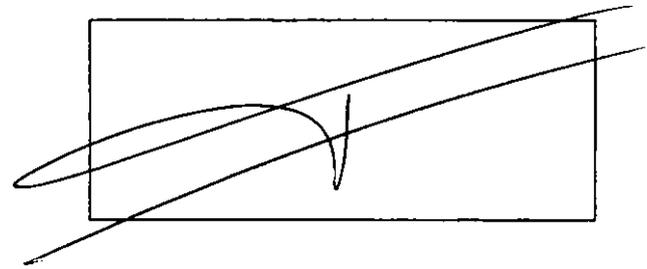
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 27/8/2025 .....

Signature obligatoire



***Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.***

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : CACOUB OBADIA

Prénoms : Nahalé

Élu au Conseil national depuis le : 19/06/2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser) EPHAD

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de PARIS

Élu au conseil régional de IDF

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

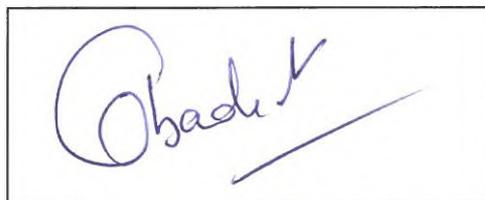
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris..... Le : 25/06/2025.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)



Annexe 2.3 :

### DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

VOIR MA DPI  
SUR LE SITE  
<http://dpi.sank.gouv>  
Revenir à jour  
Régulièrement

Je soussigné(e)

Nom : CANARELLI JEAN

Prénoms : JEAN, PIERRE, JULES

Élu au Conseil national depuis le : 2020

#### 1. Activités professionnelles

##### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :
- En cabinet
- Dans un établissement de soins
- Activité salariée :
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité
- Retraité actif

#### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *Cane du Sud*
- Élu au conseil régional de *LERSE*

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

*VOIR DPI*

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

*VOIR DPI*

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

VOIR DPJ

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ... PARIS ..... Le : ... 25/06/2025 .....

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : CATHALA

Prénoms : Philippe

Élu au Conseil national depuis le : 2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier *CHU Montpellier*

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de *Hérault* (*Président*)

Élu au conseil régional de *Occitanie* (*Treasorier adjoint  
chargé relations Université*)

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*Chair of Finance and Planning World Medical Association  
(comme DAEI\*)*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

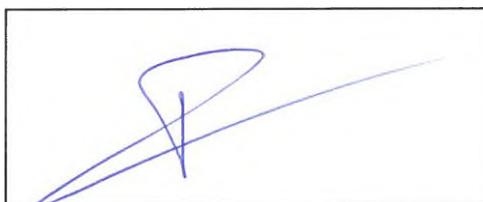
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 26/6/25 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *COCQUEREUX*

Prénoms : *CATHERINE*

Élu au Conseil national depuis le : *13. Juin 2015*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

- En cabinet
- Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

*Somme (80)*

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... PARIS ..... Le : ..... 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méI à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *CONY HENRION*

Prénoms : *Odile*

Élu au Conseil national depuis le :

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de *Ille et Vilaine*

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25 Juin 2025

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : AM de MONTENAI

Prénoms :

Élu au Conseil national depuis le : 2019

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de
- Élu au conseil régional de

Mayotte

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	REMUNERATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" 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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

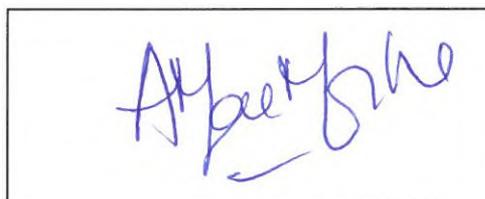
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : 25/06/25 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : DELAHAYE

Prénoms : JEAN-FRANÇOIS

Élu au Conseil national depuis le :

juin 22

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de
- Élu au conseil régional de

Mayenne  
Bretagne

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

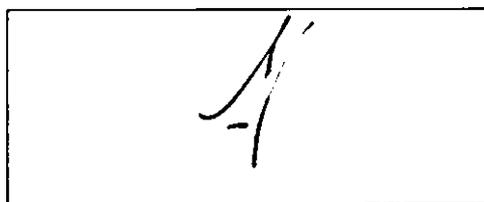
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 16 / 07 / 25 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

Demortiere

Prénoms :

Jean Bernard

Élu au Conseil national depuis le :

06/2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée :

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

HAD 803  
SMAD 22

Retraité

Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

CD 14

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input checked="" 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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

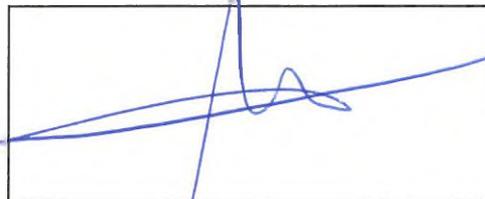
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/2025

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.generai@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.generai@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *DESTIEDT - VELASTEGUI*

Prénoms : *Sophie, Alice, Anne*

Élu au Conseil national depuis le : *juin 2022*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *?*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de *Hauts de France*
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

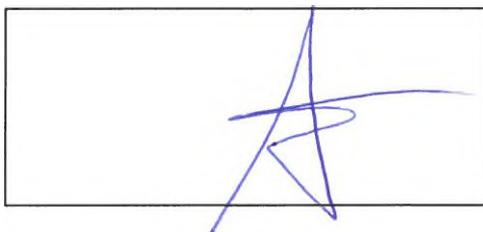
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25.06.2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : DOMBLIDES

Prénoms : philippe

Élu au Conseil national depuis le : 19 juin 2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale : Pneumologie

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée :

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de Grande

Élu au conseil régional de Nouvelle Aquitaine

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

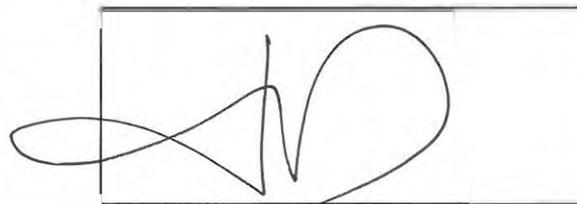
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : DREUX

Prénoms : Dominique

Élu au Conseil national depuis le : Juin 2019

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
- En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de **ESSONNE (91)**
- Élu au conseil régional de **/**

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

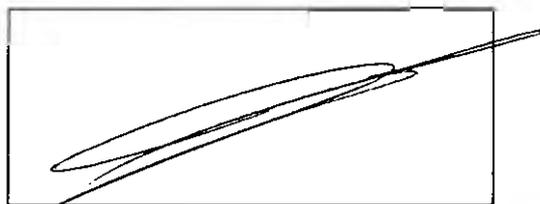
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 25.06.2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : DURANTON

Prénoms : Sandrine

Élu au Conseil national depuis le : 18/06/2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de VAL D'OISE 95
- Élu au conseil régional de ~~IDF~~ Ile de France.

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.

Autre : Présidente Formation Respective  
Préciser le cadre : AQON iraf

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
/		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

Fantenoy

Prénoms :

Jean-Luc

Élu au Conseil national depuis le :

16/06/2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

- En cabinet
- Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

Élu au conseil régional de

93  
IDF

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

→ Président COOM 93

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) .		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *GENE*

Prénoms : *Soumy*

Élu au Conseil national depuis le : *juin 2022*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *Guadeloupe*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*Conseil national depuis 3 ans (représentant de la Guadeloupe pour la région Antilles - Guyane)*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

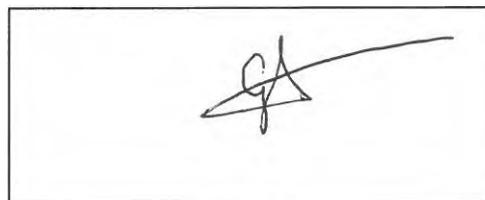
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à .....Paris..... Le : .....25.10.6.12015.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS  
DES CONSEILLERS NATIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : *GIAMANO GECAUDI*

Prénoms : *Nave - Pierre -*

Élu au Conseil national depuis le : *2019*

**1. Activités professionnelles**

**1.1. Activité principale exercée actuellement**

- Activité libérale :**
- En cabinet
- Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

**2. Mandats ordinaires**

- Élu au conseil départemental de *Pay de D5-A.*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CNU IF	Président	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2020	
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ
Pneuphar	Directeur	Epoux

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris Le : 25/06/2017

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **GORRAND**

Prénoms : **Elisabeth, Jeanne**

Élu au Conseil national depuis le : **19/06/2021**  
**cyr mandant président 2019-2021**

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de **Rhône**
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*présidente du CD 69*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public *non*

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

**6. Autres liens** *non*

Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

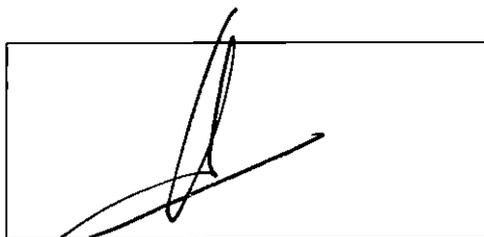
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à *Paris* ..... Le : *25/06/2028*

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : GUEROU LT

Prénoms : Isabelle

Élu au Conseil national depuis le : 19 juin 2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
- En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de Vendée
- Élu au conseil régional de Paca

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de *Paca*
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*délegatee carmp  
présidente groupe FNC Groupe Medical  
interochp*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... *Paris* ..... Le : ..... *25/6/2025* .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *Gumbeli - Couston*

Prénoms : *Catherine*

Élu au Conseil national depuis le : *juin 2022.*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de *l'Ariège*

Élu au conseil régional de *l'Occitanie*

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/25 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : Harmond - Icher -

Prénoms : Hélène -

Élu au Conseil national depuis le : 2022 - 06 -

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

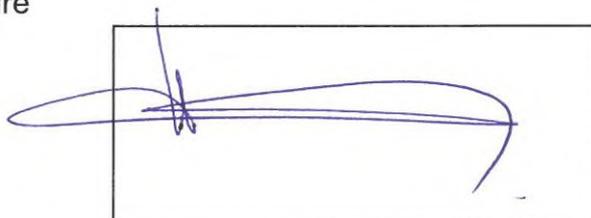
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Boziers ..... Le : ..... 24/06/2025 .....

Signature obligatoire



***Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.***

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : HONNART

Prénoms : Biliz

Élu au Conseil national depuis le : 19.06.25

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif** (Expert judiciaire et Expert Visiteur HAS)

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

Élu au conseil régional de BFC

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.  
*Groupe hospitalier*
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Secrétaire Général Adjoint FSN
- Conseiller CNP Nidécain d'Argence
- Secrétaire Général Compagnie Nationale des Experts Médicaux de Toulon

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 25 juin 2015 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)



Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *JANOWIAK*

Prénoms : *Jean-François*

Élu au Conseil national depuis le : *16 juin 2022*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *La Loire 142* *Président*  
*depuis le 24 MARS 2002* *depuis le 10 Fév 2018*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" 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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à PARIS..... Le : 25 Juin 2025.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : JOACHIN

Prénoms : Clauise

Élu au Conseil national depuis le : 2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

CHU martinique

Université des Antilles

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

la martinique

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

*3<sup>e</sup> vice Présidente AEDH.*

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*→ Vice-Présidente Association pour la recherche épidémiologique  
Signe et en Biologie  
→ Vice-Présidente Association recherche en Médecine  
des Recherches Louis Pasteur et collaboration*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/25 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *Joussé*

Prénoms : *Lucie Marie*  
*16/06/2022 puis le*

Élu au Conseil national depuis le : *19 juil 2025*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de *Hauts de Seine*

Élu au conseil régional de *Ile de France*

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de *De la Prave*
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

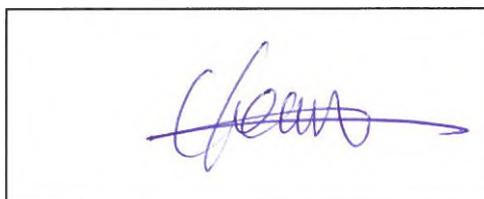
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LABARRON

Prénoms : René René

Élu au Conseil national depuis le : 6 2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
- En cabinet
- Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de 74
- Élu au conseil régional de



### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

CDAM 74

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

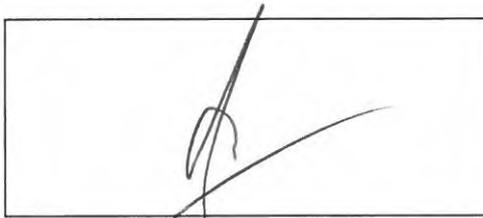
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... *Amiens* ..... Le : ..... *3 7 2025* .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *LACROIX*

Prénoms : *Valérie*

Élu au Conseil national depuis le : *13.06.2025*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser) *CNAM*

Retraité

Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) .		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris..... Le : 25.06.2025.....

Signature obligatoire



***Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.***

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **LE MAGADOUX**

Prénoms : **Françoise**

Élu au Conseil national depuis le **22 Juin 2022**

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de **Ille et Vilaine**
- Élu au conseil régional de **Bretagne**

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris Le : 25/6/2025

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **LECUYER**

Prénoms : **Denise**

Élu au Conseil national depuis le : **19 juin 2025**

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de **l'Aisne**

Élu au conseil régional de **Hauts de France**

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

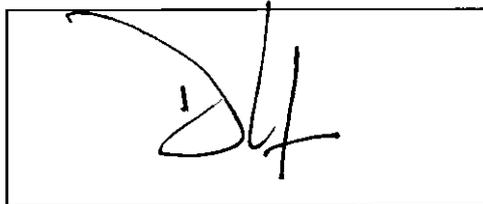
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25 juin 2025

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)



Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *LEGEAIS*

Prénoms : *Didi*

Élu au Conseil national depuis le : *29 Juin 2025*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *d'Isère (38)*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*ELU URPS*  
*ELU ACADEMIE DE CHIRURGIE*  
*Membre de la commission PARITAIRE LOCALE*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		



## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à .....*Paris*..... Le : .....*01 Juillet 2025*.....

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **LIN**

Prénoms : **Lucien**

Élu au Conseil national depuis le : **juin 22**

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de **MARTINIQUE**
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

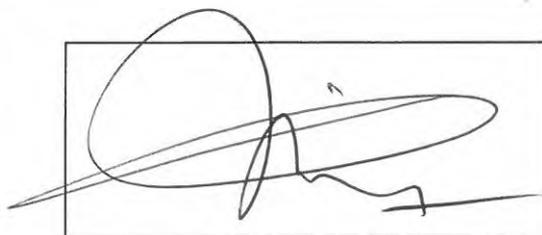
Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... *Paris* .....

Le : .....

*27 / 06 / 25*

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *Louis-Vahdat*

Prénoms : *Christine*

Élu au Conseil national depuis le : *juin 2022*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

*Paris*

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... *Paris* ..... Le : ..... *25-6-25* .....

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : MAICHE

Prénoms : Elisabeth

Élu(e) au Conseil national depuis le : 19/06/2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu(e) au conseil départemental de LOIRE - ATLANTIQUE (44)
- Élu(e) au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) .		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris..... Le : 25/06/2025.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

Maillard Luane

Prénoms :

Jeanne Dominique

Élu au Conseil national depuis le :

2019

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
- En cabinet
- Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de
- Élu au conseil régional de

Haute Corse  
PACA

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*Je ne possède aucun mandat.*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
/		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : MELLET

Prénoms : Bruno

Élu au Conseil national depuis le : juin 2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
  - Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de *Bouches du Rhône*
- Élu au conseil régional de *Provence-Alpes-Côte d'Azur*

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES..	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" 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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

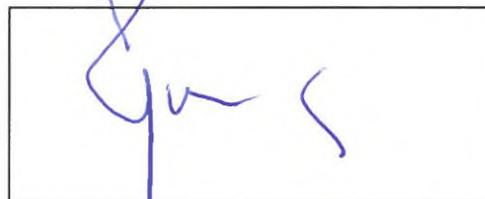
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25 juin 2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : MOURGUES

Prénoms : Jean-Nezcel

Élu au Conseil national depuis le : juin 2013

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :** médecine générale

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

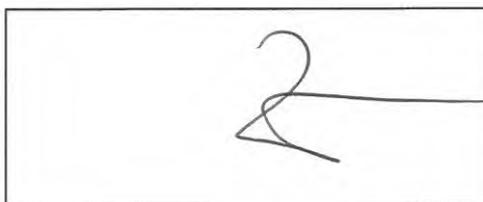
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 28 juin 2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medicin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medicin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : MUNIER

Prénoms : Gilles - André

Élu au Conseil national depuis le : juin 2013

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de la Seine (55)
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations



### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		



## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25 juin 2025 .....

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *NASROY - STEPHAN*

Prénoms : *Frédérique*

Élu au Conseil national depuis le : *06/2019*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

*SSTI (santé au travail)*

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de *Territoire de Belfort*

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

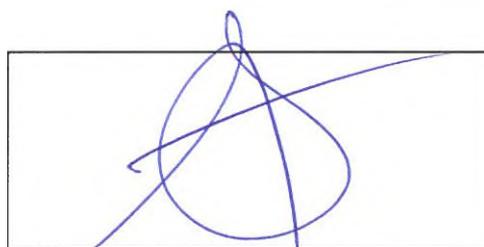
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **NGONBA WONGOLA**

Prénoms : **Felix**

Élu au Conseil national depuis le : **2022**

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

**En cabinet**

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

**973 (GUYANE)**

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) .		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

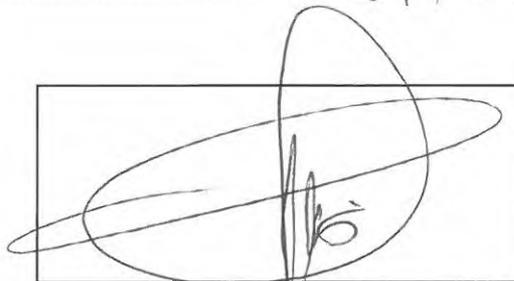
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 27/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : OURAÏ

Prénoms : Leïla

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Établissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

Elu au conseil départemental de La Savoie

Elu au conseil régional de

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de

Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale

Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de

Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.

Autre :  
Préciser le cadre :

#### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

#### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

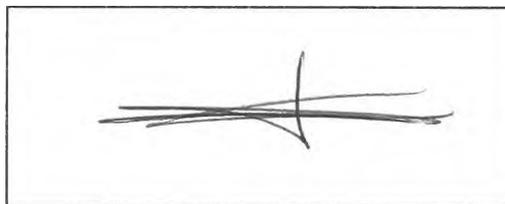
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... PARIS ..... Le : ..... 25/09/2025 .....

Signature obligatoire



***Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.***

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS  
DES CONSEILLERS NATIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : *OUSTRUC*  
Prénoms : *Stéphane Jean*  
Élu au Conseil national depuis le : *2010*

**1. Activités professionnelles**

**1.1. Activité principale exercée actuellement**

- Activité libérale :**
- En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

**2. Mandats ordinaires**

- Élu au conseil départemental de
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Univest de Toulouse	PU-MG	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) Fonction publique	2009	au bas
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

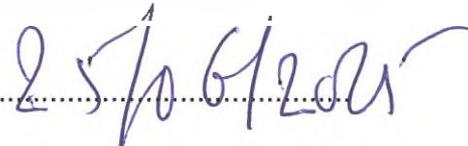
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à .....



Le : .....



Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

PARVIS

Prénoms :

Philippe Bernard Francis

Élu au Conseil national depuis le :

19/06/2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

06.

Élu au conseil régional de

PACA

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

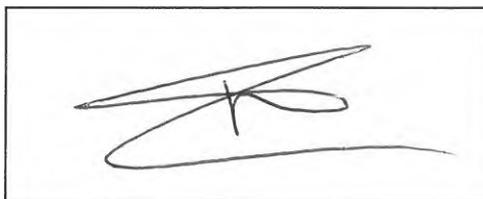
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... PARIS ..... Le : ..... 25 10 2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

PLATEL

Prénoms :

Jean-Philippe

Élu au Conseil national depuis le :

JUN 2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
- En cabinet
- Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de **NORD**
- Élu au conseil régional de **Hauts-de-France**

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

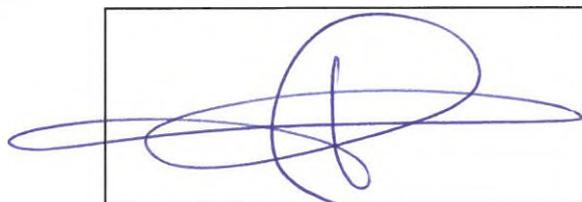
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à PARIS ..... Le : 25/06/15 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : PREVOT

Prénoms : Yvane-Thérèse-Gabrielle

Élu au Conseil national depuis le : 2016

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de 873

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) .		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

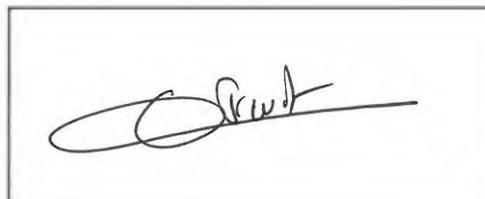
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... PARIS ..... Le : ..... 25.06.2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méil à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)



Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : Prudhomme

Prénoms : Frédéric

Élu au Conseil national depuis le : 2019

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de **Yvelines**
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*Président de l'APTA78 (association plateforme territoriale d'appui des yocistes).*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

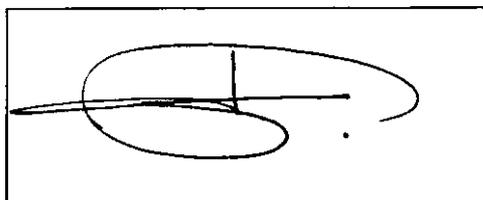
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 25/06/2025 .

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

**Nom :** ROGERIE

**Prénoms :** Marie-Joséphine, Yvette, Anne-Marie, Michèle

**Élu au Conseil national depuis le :** juin 2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
  - Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de Mayenne (50)
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		



### 6. Autres liens

Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris..... Le : 25 juin 2025

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : SALVADOUR-JIRA

Prénoms : VERONIQUE

Élu au Conseil national depuis le : juin 2022

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
- En cabinet
- Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser)
- Retraité
- Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de LA FARNOS (51)
- Élu au conseil régional de



### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

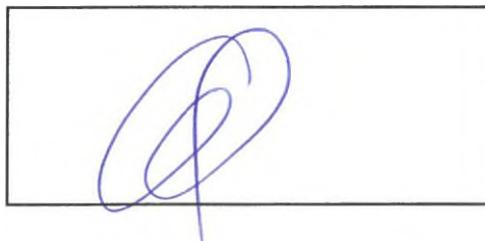
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ
laboratoire ZANO	Déléguée hôpital key account France	Fille

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Paris ..... Le : ..... 25/06/25 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

SEBBAN

Prénoms :

SYANEY

Élu au Conseil national depuis le :

19 06 2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

26 Avenue de Villiers 75017 Paris

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Fondation Paul Arquet N°8 92100

Autre structure (à préciser)

EDARDA 75 9 Bis Rue JBaptiste  
DUMAS 75017 -

Retraité

Paris

Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

Paris -

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

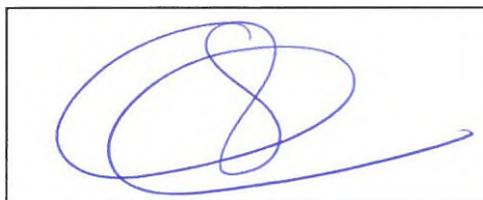
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... PARIS ..... Le : ..... 25/06/2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : SIRET

Prénoms : Claire

Élu au Conseil national depuis le : 19 06 2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de 77

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

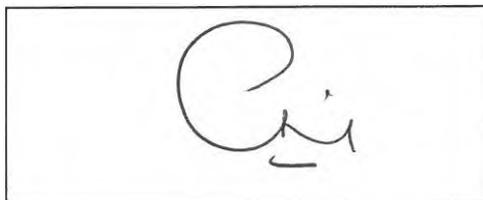
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ
DANAE Médical.	directeur technique	fil.

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris Le : 25.06.15

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

SPINDLER

Prénoms :

Tucker

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

EMPAT

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins
- Elu au conseil départemental de **68**
- Elu au conseil régional de **Grand-Est**

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.

Autre :  
Préciser le cadre :

*formation restreinte régionale*

#### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

#### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		



## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris Le 22/07/2025

Signature obligatoire



***Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.***

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *TAFANI*

Prénoms : *Christophe*

Élu au Conseil national depuis le : *juin 2011*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

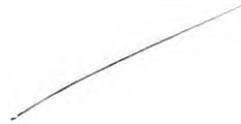
- Élu au conseil départemental de *LOIRET*
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations



### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

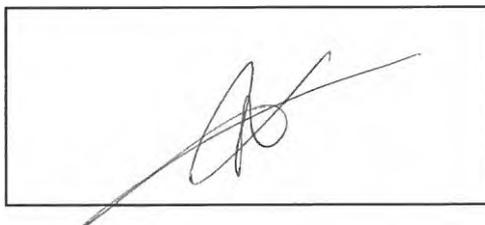
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris..... Le : 27.06.2015.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medicin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medicin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : THERON

Prénoms : Patrick MAURICE

Élu au Conseil national depuis le : Juin 2019  
Renouvelé en Juin 2025

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée :**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de Val de MARNE de l'Ordre des Médecins

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Toutes de nature strictement bénévoles (non)  
Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Administrateur GCS Réseau Prévention Pain Ile France
- SGA Union Nationale Réseau Prévention Pain
- Membre Comité Scientifique groupe réflexion Réseau Conseil Copain
- Président Association proposant club élite selon Réseau (SFA 102)

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

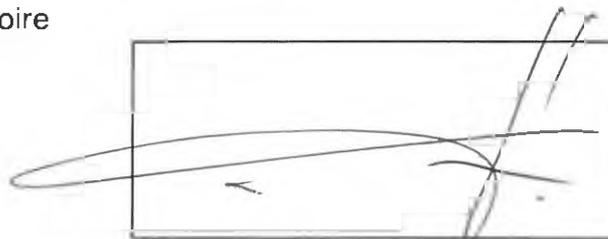
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPEE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à PARIS Le: 25 Juin 2025

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 mé! à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medicin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medicin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

Travilleux

Prénoms :

Alice - David

Élu au Conseil national depuis le :

2018.

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

### 2. Mandats ordinaires

- Élu au conseil départemental de
- Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) :		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à ..... Luxemb ..... Le : ..... 29 février 2025 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.genera@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.genera@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS  
DES CONSEILLERS NATIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : UAPSKS

Prénoms : FREDERIC

Élu au Conseil national depuis le : 19 / 6 / 25

**1. Activités professionnelles**

**1.1. Activité principale exercée actuellement**

- Activité libérale :**
  - En cabinet
  - Dans un établissement de soins
- Activité salariée :**
  - Etablissement hospitalier
  - Autre structure (à préciser)
- Retraité**
- Retraité actif**

**2. Mandats ordinaires**

- Élu au conseil départemental de LA REUNION
- Élu au conseil régional de LA REUNION - MAYOTTE

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

URPS NL Région

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES ...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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)		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

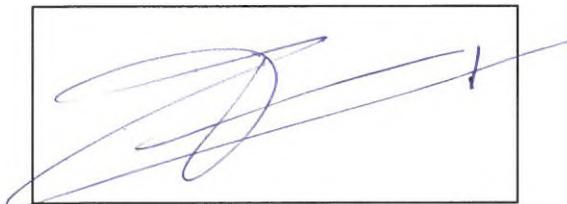
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris..... Le : 26/6/25.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)

Annexe 2.3 :

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS NATIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : VESTUR

Prénoms : Hélène, Suzanne

Élu au Conseil national depuis le :

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée :

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser) - Conseil d'Etat

Retraité

Retraité actif

### 2. Mandats ordinaires

Élu au conseil départemental de

Élu au conseil régional de

### 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale.
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre :  
Préciser le cadre :

### 4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

*(Handwritten mark)*

### 5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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) .		

## 6. Autres liens

- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil national.

Fait à Paris ..... Le : 7 juillet 2025

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au secrétariat général du conseil national de l'Ordre des médecins 4 rue Léon Jost 75855 PARIS Cedex 17.**

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 méi à l'adresse suivante : [secretariat.general@cn.medecin.fr](mailto:secretariat.general@cn.medecin.fr)