

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)

Formulaire à retourner à [deontologie@france-assos-sante.org](mailto:deontologie@france-assos-sante.org)

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

- Candidat ou représentant d'association titulaire au Conseil d'administration l'UNAASS
- Candidat ou représentant d'association suppléant au Conseil d'administration l'UNAASS
- Candidat ou représentant d'association au Bureau de l'UNAASS

Nom	SIMONIN
Prénom	Catherine
Date de naissance	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	
Qualité (titulaire ou suppléant) et collègue	Titulaire
Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.)	Retraitée inactive
Profession	Chirurgien-dentiste en invalidité depuis 1997

*(\*) Si vous êtes retraité-e, veuillez préciser si vous êtes actif-ve ou inactif-ve (cf. Note 2018-6 du Comité de déontologie relative à la qualification de l'exercice d'une profession de santé, 5 novembre 2018)*

Association représentée	La Ligue Nationale contre le cancer
Objet social de l'association représentée	Lutte contre le cancer dans tous les domaines
Fonction au sein de l'association représentée	Administratrice Nationale

Parcours de vie (brève biographie) :

Docteur en chirurgie dentaire pendant 17 ans en libéral, l'accumulation de deux maladies graves m'ont contrainte à l'arrêt de mon activité professionnelle avec une mise en invalidité car sans possibilité de reclassement professionnel.

J'ai repris une vie sociale en regardant les autres pratiquer mon sport, en devenant juge de saut d'obstacles.

Puis je suis arrivée à la Ligue contre le cancer au sein de laquelle j'ai bien sûr opté pour la démocratie en santé et la défense des Droits des usagers.



## 1. Vos activités principales (actuellement et au cours des 5 dernières années)

**Activité(s) libérale(s) / Rémunération : montant à porter au tableau 7.1.A (p. 11-12)**

	Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1				
2				

**Activité(s) salariée(s) / Rémunération : montant à porter au tableau 7.2.B (p. 11-12)**

	Employeur	Adresse de l'employeur	Fonction occupée	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1					
2					
3					

**Autre(s) activité(s) rémunérée(s) (conférences, formations, y compris pour France Assos Santé, etc.) / Rémunération : montant à porter au tableau 7.3.C (page 11-12)**

	Financier	Adresse du financier	Fonction occupée	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1					
2					
3					

**Activités bénévoles** (au sein d'associations, de syndicats, fonctions de délégué du personnel, de représentant des usagers, etc.)

	Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	Administratrice LNCC	14, rue Corvisart 75013 Paris	06/2014	En cours
2	Administratrice membre du Bureau UNAASS	10, ville Bosquet 75007 Paris	2017 Bureau 2019	En cours
3	Administratrice Ligue contre le cancer 82	140, av de l'Europe 82000 Montauban	2011	En cours
4	Membre de la CT HAS	Saint Denis la Plaine	2019	En cours
5	CNS	Ministère de la santé	2020	En cours
6	DGS GT grille de référence Et CSP	AERAS	2018	En cours
7	Conseillère	CNAM	2022	En cours
8	CNAM	CCL COVID 19	2020	En cours
9	Membre de la CDU et CS	CH Montauban	2012	En cours
10				



## 2. Vos activités exercées à titre secondaire

### 2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de la santé ou du médico-social

*Ces organismes sont notamment les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients, etc.*

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes / Rémunération : montant à porter au tableau 7.4.D (p. 11-12)

	Organisme (société, association, etc.)	Fonction occupée	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Du déclarant <input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) .....		
2			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Du déclarant <input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) .....		

### 2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de la santé ou du médico-social.

*Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise, etc.*

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes / Rémunération : montant à porter au tableau 7.5.E (p. 11-12)



	Organisme (société, association, etc.)	Fonction occupée	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Du déclarant <input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) .....		
2			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Du déclarant <input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) .....		

### 3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme dont l'objet social entre dans le champ de la santé ou du médico-social

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraire, biens (mobiliers et/ou immobiliers), taxes d'apprentissage, etc. *Les personnes concernées sont notamment les président-e-s, trésorier-ère-s et membres des bureaux et conseils d'administration.*

- Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique  
 Actuellement et au cours des 5 années précédentes

	Structure et activité bénéficiaires du financement	Organisme financeur (*)	Objet de l'activité	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1					
2					
3					



4					
5					

*(\*) Le budget de fonctionnement de la structure, le % du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure, et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau 7.6.F (p. 11-12)*

#### 4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de la santé et/ou du médico-social

*Tout intérêt financier : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu (les fonds d'investissement en produits collectifs de type Société d'investissement à capital variable ou Fonds commun de placement - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration).*

- Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique  
 Actuellement et au cours des 5 années précédentes

	Structure concernée	Type d'investissement (*)
1		
2		
3		

*(\*) Le % de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau 7.7.G (p. 11-12)*



## 5. Proches parents salariés et/ou ayant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet entre dans le champ de la santé et/ou du médico-social

Les personnes concernées sont :

- le conjoint [époux-se, pacsé-e ou concubin-e], les enfants et les parents de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents.

Cette rubrique doit être renseignée si le-la déclarant-e a connaissance des activités de ses proches parents.

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

Actuellement et au cours des 5 années précédentes

		Organismes concernés
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau 7.8.H, p. 11-12)	1	Clinique Coeur & S <sup>o</sup> Ruelle
	2	sa fille est infirmière
	3	
	4	
	5	



## 6. Autres liens d'intérêts devant être portés à la connaissance de l'union y compris hors du champ de la santé pour les liens d'intérêts importants

*Il peut s'agir notamment de liens avec un syndicat, un parti politique, un groupe de réflexion (think tank), une association autre que celle pour laquelle cette déclaration est faite, etc.*

- Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique  
 Actuellement et au cours des 5 années précédentes

	Élément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau 7.9.I, p. 11-12)	Année de début	Année de fin
1				
2				
3				



Vous pouvez exercer ces droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'UNAASS : [dpo@france-assos-sante.org](mailto:dpo@france-assos-sante.org).

- 9.8. Si au cours de votre mandat, une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et ce tout au long de votre mandat, vous vous engagez à actualiser votre DPI auprès du Comité de déontologie même sans modification.
- 9.9. Le Comité est susceptible de vous solliciter pour des informations supplémentaires utiles à une meilleure appréciation des liens d'intérêts (par exemple en cas de déclaration incomplète).
- 9.10. Outre l'examen des déclarations publiques d'intérêts réalisé par le Comité de déontologie, **votre rôle est primordial** : il vous appartient de vérifier si les liens que vous avez déclarés vous semblent compatibles avec votre présence dans une réunion du Conseil d'administration ou du comité régional, et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le-la président-e de séance, si possible, avant sa tenue.
- 9.11. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'instance concernée (Assemblée générale, Bureau, Conseil d'administration, comité régional, etc.) au vu de cette délibération.

Je soussignée, Catherine SIMONIN reconnais avoir dûment renseigné la présente déclaration et pris connaissance des obligations qui y sont liées, notamment de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les personnes physiques ou morales dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de la santé et/ou du médico-social.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel dans les conditions précisées aux articles 9.3 et 9.4 de la présente.

Fait à VILLEMADE

Le 14/06/2022

Signature obligatoire

