

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS AGRÉÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

☒ Candidat-e ou représentant-e d'association au conseil d'administration l'UNAASS

☐ Candidat-e ou représentant-e d'association au comité régional de l'URAASS de

☐ Salarié-e de l'UNAASS

☐ Salarié-e de l'URAASS de


☐ Autre (préciser :)

Documents à joindre obligatoirement à la présente déclaration :

☒ **Habilitation expresse de l'association à agir en qualité de représentant-e (pour les représentant-e-s d'association)**

☒ Parcours de vie

Nom	sannié
Prénom	thomas

Né-e le		
Adresse		
N° de téléphone		
Adresse électronique		
Fonction au sein de l'UNAASS/URAASS	Membre du CA	
Situation sociale (salarié-e, retraité-e, étudiant-e, etc.)	salarié	
Profession	Coordinateur financier d'un réseau de santé	
Association représentée	Association française des hémophiles	
Objet social de l'association représentée (préciser si l'association a des activités économiques)	<p>L'Association française des hémophiles (AFH) a pour objet d'informer, d'aider et de représenter toutes les personnes concernées par l'hémophilie, la maladie de willebrand et les autres maladies hémorragiques rares dont les pathologies plaquettaires rares.</p> <p>Elle représente et défend les intérêts des personnes atteintes d'hémophilie, de la maladie de Willebrand et d'autres pathologies de la coagulation ainsi que de leurs proches.</p> <p>Elle assure directement ou indirectement le soutien de ses membres et de leurs proches.</p> <p>Elle œuvre en faveur de l'amélioration de la sécurité des patients, notamment dans le cadre des traitements qu'ils suivent.</p> <p>Pas d'activité économique.</p>	

Fonction au sein de l'association représentée (préciser la qualité de bénévole ou salarié-e)	Bénévole, président d'honneur, membre invité au CA, aucun droits de vote dans cette instance.

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale**

Rémunération : montant à porter au tableau 7.1.A (page 14 et s.)

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

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

Rémunération : montant à porter au tableau 7.2.B (page 14 et s.)

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

☐

☒ **x Activité salariée et toute autre activité rémunérée non mentionnée ci-dessus**
(formations, y compris pour l'UNAASS ou une URAASS, conférence, etc.)

Rémunération : montant à porter au tableau 7.3.C (page 14 et s.)

	Employeur principal / organisme financeur	Adresse de l'employeur / l'organisme	Fonction occupée	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	Pole de ressources ETP Ile de France www.poletp.fr	34 rue villiers de l'Isle Adam	Coordinateur administratif et financier	Mars 2014	En cours

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1

☐ **Activité libérale**

Rémunération : montant à porter au tableau 7.4.D (page 14 et s.)

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

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

Rémunération : montant à porter au tableau 7.5.E (page 14 et s.)

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

☒ **Activité salariée et toute autre activité rémunérée non mentionnée ci-dessus**
(formations, y compris pour l'UNAASS ou une URAASS, conférence, etc.)

Rémunération : montant à porter au tableau 7.6.F (page 14 et s.)

	Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	HAS	Saint Denis	Membre du Conseil de l'engagement patient	Mars 2019	En cours

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.

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

Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :

Rémunération : montant à porter au tableau 7.7.G (page 14 et s.)

	Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début (mois/ann ée)	Fin (mois/ann ée)
1	Etablissement français du sang	Membre du CA	<input checked="" type="checkbox"/> x Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Octobre 2012	En cours
2	EHESP	Membre du CA	<input checked="" type="checkbox"/> x Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Déc. 2015	En cours

3	ANSM	Membre du Comité interface	<input checked="" type="checkbox"/> x Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	2016	En cours
4	AP-HP	Membre du Conseil de surveillance	<input checked="" type="checkbox"/> xAucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Décembre 2007	En cours
5	Commission régionale d'activité libérale Ile de France	Président	<input checked="" type="checkbox"/> xAucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)	Avril 2018	En cours
6	Haute Autorité de Santé	Membre du Conseil de l'engagement patient	<input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant	Mars 2019	En cours
7	Haute Autorité de Santé	Membre Commission médico-économique et santé publique	<input checked="" type="checkbox"/> Audéclarant	2012	2017
8	ONIAM	Membre du comité d'orientation	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune	05/2018	En cours

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.

☐ 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 7.8.H (page 14 et s.)

	Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début (mois/ann ée)	Fin (mois/ann ée)
1	EDUSANTÉ – Action financée par Sobi	MEMBRE DU COMITÉ SUR LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser) ...Association française des hémophiles.....	2016	En cours
2			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous être membre ou salarié (préciser)		

3			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
4			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
5			<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

2.3. Vous avez été auditionné-e pour un projet de loi

Projet de loi	Date de l'audition	Organisme représenté
Loi de modernisation du système de santé	2015	France Assos Santé

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 numéraires, matériels, taxes d'apprentissage... **Les personnes ayant à déclarer de tels financements sont notamment concernés les présidents, trésoriers 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	Association française des hémophiles	(voir annexe - dpi)	Défense de l'intérêt des patients	Octobre 2012	Juin 2018
2	European Haemophilia Consortium	(voir annexe DPI)	Défense de l'intérêt des patients au niveau européen	Juin 2018	En cours
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 7.9.I (page 14 et s.)

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

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

Actuellement :

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

	Structure concernée	Type d'investissement (*)
1		
2		
3		
4		
5		

(*) Le % de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau 7.10.J (page 14 et s.)

5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social 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 (père et mère) de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents (père et mère).

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

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

Actuellement ou, si les activités sont connues, 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 7.11.K, page 14 et s.)	1
	2
	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)

Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme à la présente déclaration : il peut s'agir notamment de liens avec un syndicat, un think tank, un parti politique, une association autre que celle pour laquelle cette déclaration est faite.

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

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

	Elément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau 7.12.L, page 14 et s.)	Année de début	Année de fin
1				
2				
3				
4				
5				

7. Tableaux complémentaires (les demandes sont trop vagues sur les salaires perçus : salaire mensuel, annuel, brut, net ?)

7.1. Tableau A

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.2. Tableau B

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.3. Tableau C

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.4. Tableau D

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.5. Tableau E

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.6. Tableau F

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.7. Tableau G

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.8. Tableau H

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.9. Tableau I

	Montants
1	
2	
3	
4	

5	

7.10. Tableau J

	Montants
1	
2	
3	
4	
5	

7.11. Tableau K

	Lien de parenté
1	
2	
3	
4	
5	

7.12. Tableau L

	Montants
1	
2	

3	
4	
5	

8. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : ☐ et signez après les mentions légales qui suivent

9. Mentions légales

9.1. Aux termes de l'article L.441-1 du Code pénal « *Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.* »

9.2. Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux coordonnées personnelles, aux montants déclarés, à l'identité des proches) pourra être publiée sur le site internet de l'Union. L'Union est responsable, par l'intermédiaire du comité, de l'analyse de la déclaration ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'Union.

9.3. 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 : deontologie@france-assos-sante.org

9.4. Si au cours du mandat, une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et ce tout au long de mon mandat, vous vous engagez à actualiser votre DPI auprès du comité de déontologie et de prévention des conflits de l'Union, et au minimum annuellement même sans modification.

9.5. Le comité se réserve le droit de vous solliciter pour des informations supplémentaires utiles à une meilleure appréciation des liens d'intérêts.

9.6. Indépendamment de l'examen des déclarations publiques d'intérêts 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.

9.7. 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'administration au vu de cette délibération.

Je soussigné-e thomas sannié reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble de la présente déclaration, des obligations qui y sont liées, et 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.

Fait à Paris

Le 3 juin 2019

Signature obligatoire (suivie de la mention lu et approuvé)

