

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)

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 :

Documents à joindre **obligatoirement** à la présente déclaration :

- ☒ Une habilitation expresse de votre association, conforme à ses statuts, à la représenter (cf. Note 2018-7 du Comité de déontologie relative aux conditions de représentation d'une association d'usagers au sein de l'UNAASS, 5 novembre 2018)

| | |
|--|--------------------------------|
| Nom | MARCHAND |
| Prénom | Sabine |
| Date de naissance | |
| Numéro de téléphone | |
| Adresse électronique | |
| Qualité (titulaire ou suppléant) et collègue | Suppléant Collège 7 |
| Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.) | InValidité accident de travail |
| Profession | |

(*) 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 | E3M entraide aux malades de myofasciite à macrophages |
| Objet social de l'association représentée | <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître et reconnaître la MFM • Soutenir les malades • Soutenir financièrement la recherche |
| Fonction au sein de l'association représentée | membre du CA |

Parcours de vie (brève biographie) :

- Titulaire d'une licence d'Administration Economique et Sociale mention Développement Sociale Paris VIII
- D.U. de patient expert en Démocratie Sanitaire Université Pierre et MARIE CURIE de PARIS
- impliquée depuis 2012 au sein de E3M
- membre du CA d'E3M depuis 2018

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 | adhérente | de E3M | Novembre 2012 | Juin 2018 |
| 2 | membre du | CA d'E3M | Juin 2018 | ---/--- |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 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

| 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) | Organismes concernés | |
|--|----------------------|--|
| | 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

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

| | Elément 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 | | | | |

8. Si vous n'avez renseigné aucune rubrique après le 1, cochez la case suivante:

☒ 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. **Toute situation d'incompatibilité** (notamment celles mentionnées dans la note 2018-3 relative aux conséquences des avis du Comité de déontologie du 10 septembre 2018) **empêche de présenter sa candidature comme membre du Conseil d'administration ou d'un comité régional**. Pour une personne déjà membre, elle entraîne la perte de la qualité de représentant de l'association au sein de l'UNAASS et/ou de l'URAASS dans les conditions définies dans la note 2018-3 du Comité.

9.3. Les informations recueillies seront enregistrées et traitées. À l'exception des informations relatives aux coordonnées personnelles, aux montants déclarés, à l'identité des proches, votre déclaration sera publiée par le Comité de déontologie sur le site internet de l'Union.

9.4. Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courriel à l'adresse suivante : deontologie@france-assos-sante.org.

- 9.5. 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.
- 9.6. 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).
- 9.7. 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.
- 9.8. 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 soussigné-e Sabine MARCHAND 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.

Fait à GENNEVILLIERS
Le 8 mai 2019

Signature obligatoire

