

## 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 :

.....CORSE.....

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

**X 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  | COHEN  |
| Prénom   | Robert   |
| Date de naissance  | <div style="background-color: #cccccc; width: 100px; height: 40px;"></div>       |
| Numéro de téléphone  |  |
| Adresse électronique   |  |
| Qualité (titulaire ou suppléant) et collègue                   | Titulaire collège 7  |
| Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.) | Retraité bénévole  |
| Profession   | Ingénieur Divisionnaire de l'Industrie et des mines<br>retraité depuis mars 2005 |

(\* 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                       | Association pour le Droit de Mourir Dans la Dignité  |
| Objet social de l'association représentée     | L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD), association nationale laïque à vocation humanitaire, a pour objets:- de promouvoir le droit de disposer de façon libre et réfléchi sa propre personne. |
| Fonction au sein de l'association représentée | Délégué Régional pour la Corse   |

Parcours de vie (brève biographie) :

.....Ingénieur de l'Industrie et des mines de 1968 à 2005.

Bénévole à l'ADMD depuis 2003, .....Délégué depuis 2005

RU depuis 2006.....

.....Membre de la Commission Régionale de Santé et d'Autonomie.

Membre de la Commission Spécialisé de l'Offre de soin.et de la commission permanente

Membre du Comité stratégique pour la construction du nouvel Hôpital.

Membre du CTS

Membre du Conseil de Surveillance de l'hôpital d'Ajaccio comme représentant des usagers.

Vice Président de la Commission Des Usagers (CDU).Membre du comité d'éthique.

Participation a trois groupes de travail sur la certification de l'hôpital (Fin de vie, droits des patients et certification), Membre du Comité de Pilotage du nouvel hôpital.

Président de la CDU de l'hôpital de Castelluccio

Membre du comité d'éthique de l'hôpital de Castelluccio et du groupe de travail Certification.

Vice président de la CDU du CR du Finosello

Membre du groupe droits des patients deans le cadre de la certification

Membre de la Commission Régionale de Conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogène et des infections nosocomiales (CRCI) depuis octobre 2009.

Correspondant formation et animateur de groupes d'échange pour la Corse.....

.....  
Formations suivies : Dispensées par le (CISS), puis l'UNAASS

2008 Représentation des usagers dans les CRUQPC

2009 Risques Infectieux // RU face à l'information dans les Ets de Santé

2010 Certification des Ets de Santé

2011 CRCI // Rapport CRUQPC

2012 Lutter Contre la Maltraitance // Les indicateurs en santé : les lire, les exploiter

2013 La Democratie sanitaire //animation groupe echange// correspondant formation

2014 RU et Instances (2 jours) // Correspondants Formation

2014 Comité d'éthique

2015 RU et la Sécurité des patients//3 réunions correspondants formation2016

2016 Participation à la journée pertinence des soins à PARIS organisée par le CISS

2017 Formation sur le Droit des Patients organisée par le CHA formateur l'IRAP  
Participation à la journée « l'Assurance Maladie la solidarité a un avenir » à PARIS organisée par le siège.

2018 Formation à l'hôpital d'Ajaccio Annonce d'un dommage lié aux soins

Formation RU en Commission Libérale organisée par l'UNAASS

Participation à la journée « Dossier Médical Personnalisé à PARIS » organisée par le CISS

En 2017 et 2018 entre 4 réunions au siège comme correspondant formation et animateur de groupe d'échange

Membre du Comité Régional de l'URAASS Corse

Loisirs : Tennis, Randonnées, Bridge

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 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<br>(mois/année) | Fin<br>(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<br>(mois/année) | Fin<br>(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<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|---|-----------|----------------------|------------------|-----------------------|---------------------|
| 1 |           |                      |                  |                       |                     |
| 2 |           |                      |                  |                       |                     |
| 3 |           |                      |                  |                       |                     |

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

|    | Activité               | Lieud'exercice                         | Début<br>(mois/année) | Fin<br>(mois/année) |
|----|------------------------|--|-----------------------|---------------------|
| 1  | BENEVOLE<br>ADMD ET RU | VOIR MON PARCOURS DE VIE CI-<br>DESSUS | 2005                  |                     |
| 2  |                        |  |                       |                     |
| 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.*

**X** **J'en 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<br><input type="checkbox"/> Du déclarant<br><input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>..... |                    |                  |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 2 |  |  | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Du déclarant<br><input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>..... |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

**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.*

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

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

Rémunération :

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



|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 2 |  |  | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Du déclarant<br><input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)<br>..... |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

### 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 de 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-set membres des bureaux et conseils d'administration.**

**X** 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 financer(*) | 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'ils s'agissent d'actions, d'obligations ou d'autres savoirs financiers en fonds propres ; doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une deses filiales ou une société dont elle détient une part 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).

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

☐ Actuellement en cours des 5 années précédentes

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

(\*) Le %  
del'investissement dans le capital de la structure et le montant détenus ont 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 déclarant 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)<br>ayant un lien avec les organismes suivants<br>(Le lien de parenté est à indiquer au tableau 7.8.H,<br>p. 11-12) | Organismes concernés |  |
|--|----------------------|--|
|  | 1                    |  |
|  | 2                    |  |
|  | 3                    |  |
|  | 4                    |  |
|  | 5                    |  |

## 6. Autres liens d'intérêts devant être reportés à la connaissance de l'uniony 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.*

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

☐ Actuellement en cours des 5 années précédentes

|   | Élément ou fait concerné | Commentaires<br>(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 |                          |   |                |              |

## 7. Tableaux complémentaires

### 7.1. Tableau A

|   |          |
|---|----------|
|   | Montants |
| 1 |          |
| 2 |          |

### 7.2. Tableau B

|   |          |
|---|----------|
|   | Montants |
| 1 |          |
| 2 |          |
| 3 |          |

### 7.3. Tableau C

|   |          |
|---|----------|
|   | Montants |
| 1 |          |
| 2 |          |
| 3 |          |

### 7.4. Tableau D

|   |          |
|---|----------|
|   | Montants |
| 1 |          |
| 2 |          |

### 7.5. Tableau E

|   |          |
|---|----------|
|   | Montants |
| 1 |          |
| 2 |          |

#### 7.6. Tableau F

|   | Montants |
|---|----------|
| 1 |          |
| 2 |          |
| 3 |          |
| 4 |          |
| 5 |          |

#### 7.7. Tableau G

|   | Montants |
|---|----------|
| 1 |          |
| 2 |          |
| 3 |          |

#### 7.8. Tableau H

|   | Lien de parenté |
|---|-----------------|
| 1 |                 |
| 2 |                 |
| 3 |                 |
| 4 |                 |
| 5 |                 |

#### 7.9. Tableau I

|   | Montants |
|---|----------|
| 1 |          |
| 2 |          |
| 3 |          |

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

X 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](mailto:deontologie@france-assos-sante.org)>.