

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 : AURA

.....

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 | TIME |
| Prénom | Marie-Catherine |
| Date de naissance | |
| Numéro de téléphone | |
| Adresse électronique | |
| Qualité (titulaire ou suppléant) et collègue | Titulaire collègue territoire |
| Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.) | Retraitée inactive |
| Profession | Enseignante |

() 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 | APF France handicap |
| Objet social de l'association représentée | Défense et accompagnement de personnes vivant avec un handicap |
| Fonction au sein de l'association représentée | Représentante Régionale AURA-Co animatrice du réseau thématique nationale Santé |

Parcours de vie (brève biographie) :

Née à Paris, élevée au Sénégal jusqu'en 1957. Baccalauréat Sciences Ex en 1964, après trois années de médecine et un enfant, je bifurque vers l'enseignement, car mes premiers stages hospitaliers d'externes et l'enseignement des « mandarins » ne me satisfont pas. En 2004, une intervention chirurgicale me laisse paraplégique et je dois arrêter mon activité professionnelle et m'oblige à me déplacer en fauteuil roulant. Plutôt que de me lamenter sur mon sort je décide de ne pas me focaliser sur ce que je n'ai plus, la marche et de me focaliser sur ce que j'ai encore et d'être utile socialement. Je découvre un autre monde, et je m'engage rapidement dans une association où je me vois rapidement confier des responsabilités électives, au niveau départemental, puis régional et national 2009 suite à une formation de RU proposée par le CISSARA, je deviens administratrice et secrétaire du bureau.

Je suis toujours membre du bureau, secrétaire générale de France Assos Santé ARA, et poursuis de nombreuses missions, RU Hôpital et clinique pour garder un lien avec les patients, ce qui me semble essentiel pour porter les problématiques des patients, membre du bureau du CTS, membre de la CRSA AURA, membre de la CSMS et vice-présidente de la CSOS, membre du COSSI et de l'OMEDIT, membre du bureau du CENS (Comité d'Ethique du Numérique en Santé AURRA), membre du comité régional paritaire des CPTS, membre d'une CPTS de mon territoire et membre du DAC administratrice et du bureau. Je coanime le réseau thématique national Santé d'APF France handicap. Et siège à la commission bienveillance, bientraitance et Santé du CNCPPH et au CDCA de la Drôme

Je participe au GT nationaux de France asso Santé, révision des statuts, E-Santé, et régionaux santé jeunes, patient partenaire.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 | aucune | | | |
| 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 | aucune | | | | |
| 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 | | | | | |

xActivités 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 | Représentante Régionale | Auvergne-Rhône-Alpes | 11/2019 | 11/2023 |
| 2 | Secrétaire générale FAS ARA | Auvergne-Rhône-Alpes | | 04/2022 |
| 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.

xJe 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 (<i>société, association, etc.</i>) | Fonction occupée | Rémunération | Début (<i>mois/année</i>) | Fin (<i>mois/année</i>) |
|---|---|------------------|--|--------------------------------|------------------------------|
| 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 (<i>société, association, etc.</i>) | Fonction occupée | Rémunération | Début (<i>mois/année</i>) | Fin (<i>mois/année</i>) |
|---|---|------------------|--|-----------------------------|---------------------------|
| 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.

xJe 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).

xJe 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.

x 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 |
| | 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.

xJe 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 | | | | |

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:

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 données à caractère personnel collectées à travers la présente déclaration d'intérêt sont traitées par l'UNAASS à des fins de validation par le Comité de déontologie de l'absence de conflit d'intérêt. Elles sont conservées pendant la durée de votre mandat de représentant de votre association auprès de l'UNAASS.

9.4. Les informations autres que les données relatives aux coordonnées personnelles, aux montants déclarés, à l'identité des proches et au parcours de vie, seront publiées par le Comité de déontologie sur le site internet de l'UNAASS www.france-assos-sante.org.

9.5. Les informations relatives aux coordonnées personnelles, aux montants déclarés, à l'identité des proches et au parcours de vie sont à destination exclusive des services internes de l'UNAASS (Comité de déontologie, Présidence, Direction générale) et ne sont pas communiquées à des tiers.

- 9.6. Les informations communiquées dans ce formulaire au paragraphe « Parcours de vie » peuvent être, pour partie, des données de santé au sens du RGPD. En signant la présente, vous consentez au traitement de ces données particulière, dans le cadre précisé ci-dessus à l'art. 9.3.
- 9.7. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 pour la protection des données (RGPD) et à la Loi informatique et libertés modifiée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'opposition à ce traitement de vos données, ainsi que des droits d'accès, de rectification et d'effacement, de limitation du traitement et de portabilité. Vous pouvez exercer ces droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'UNAASS : 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 soussigné-e Marie-Catherine TIME 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 Montélimar.....

Le 07 mars 2022

Signature obligatoire

