

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)

Formulaire à retourner à [deontologie@france-assos-sante.org](mailto:deontologie@france-assos-sante.org) au plus tard le 12/06/2025

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

Candidat ou représentant d'association titulaire au Conseil d'administration l'UNAASS

Candidat ou représentant d'association au Bureau de l'UNAASS

Nom	RAMBAUD
Prénom	Claude
Date de naissance	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	
Qualité (titulaire ou suppléant) et collègue	Titulaire Collège 7
Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.)	retraîtée
Profession	Retraîtée inactive

*(\*) 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	Le LIEN
Objet social de l'association représentée	Lutte, information et études des infections Nosocomiales et sécurité-patient
Fonction au sein de l'association représentée	Vice présidente

Parcours de vie (brève biographie) :

Juriste – droit de la santé – consultante en gestion et prévention des risques liés aux soins au sein de la société Europe-Management que j’ai dirigée jusqu’en 2005 – Retraitée

### **Depuis 2005 : vie associative**

#### **Le LIEN : activité bénévole**

- Présidente du LIEN 2006 – 2012 puis Vice-présidente depuis 2012 ( en cours)
  - Organisation des Etats Généraux de la sécurité patients : 6 éditions – 2007 – 2009 – 2011 – 2013 – 2015 – 2017
  - Responsable de rédaction : magazine en ligne et en format papier [www.securite-patient.fr](http://www.securite-patient.fr)

**Le CISS** : Présidente du CISS – collectif interassociatif sur la santé 2012 – 2014

#### **France Assos Santé :**

- Vice-présidente de France Assos Santé 2019 – 2025 ( 2 mandats de 3 ans)

#### **Mandats en cours au titre de la représentation des usagers de la santé :**

##### **Mandats territoriaux :**

- Ru en CDU et CS dans un établissement public – CH Brioude 43
- Ru en CDU dans une clinique privée – Clinique Marcel Sembat – 92

##### **Mandats nationaux :**

- ONIAM – Administratrice - suppléante
- CNOSS – ministère – membre titulaire
- Conseil nationale de la certification périodique des professionnels de santé – membre permanent
- ANSES - Administratrice suppléante
- HAS : membre de la commission indicateurs et de la commission CQSS Qualité sécurité des soins
- SPF – Santé Publique France – Comité Antibiorésistance

## 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	néant			
2	néant			

**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	France Assos Santé Indemnité pour la fonction de vice-présidente	4, villa bosquet Paris 7eme	Vice présidente	Juin 2019	En cours

**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	Aucune				

**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	Association LE LIEN : Administratrice vice-présidente	13, rue Le Corbusier 92100 BOULOGNE	2019	En cours
2	HAS : RU en commission qualité CQSS	HAS - 5 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.	2025	En cours

3	Ru en CDU et RU en conseil de surveillance	Centre hospitalier Brioude 43100	2021	
4	RU en CDU Commission des usagers	Clinique Marcel Sembat Boulogne 92100	2022	

## 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.*

**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 ANSE</i> )
1	<b>Ministère de la Santé :</b> - CNOSS – comité offre de soins	Représentante des usagers de la santé	Aucune rémunération	Depuis 2019	En cours
2		Membre permanent	Aucune rémunération	Depuis 2023	
3	ONIAM – RU au CA Montreuil	Suppléante	Aucune rémunération	Depuis 2019	En cours
4	ANSES – RU au CA Maison Alfort	Suppléante	Aucune rémunération	Depuis 2020	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, etc.*

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

	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.*

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

*(\*) 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).*

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

*(\*) 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**

## **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.*

**x 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

## 7. Tableaux complémentaires

### 7.1. Tableau A

	Montants
1	
2	

### 7.2. Tableau B

	Montants France Assos Santé sur 5 ans
1	
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](http://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](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 soussigné-e Claude Rambaud 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 Boulogne le 26 mai 2025

Claude Rambaud