DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)

Formulaire à retourner à deontologie@france-assos-sante.org au plus tard le 12/06/2025

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

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

☐ Candidat ou représentant d'association suppléant au Conseil d'administration l'UNAASS

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

Nom	SIMONIN-BÉNAZET
Prénom	Catherine
Date de naissance	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	
Qualité (titulaire ou suppléant) et collège	Titulaire
Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.)	Retraitée inactive après une invalidité au 01/01/1997
Profession	Chirurgien-dentiste

(*) 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	Ligue Nationale contre le cancer
Objet social de l'association représentée	Accompagnement des personnes atteintes de cancer et leurs proches – Prévention- Observatoire – Plaidoyer- Recherche implication des patients experts relecteurs et dans l'évaluation en oncologie au niveau EU- Financement de la recherche
Fonction au sein de l'association représentée	Administratrice et Présidente de la commission société et politiques de santé : gestion de la démocratie en santé – Observatoire sociétal – plaidoyers et relation institutionnelles.

Parcours de vie (brève biographie) :

J'ai travaillé 8 ans en étant malade atteinte d'une RCH avec des conséquence importantes collectorisée à 33 ans.
J'ai poursuivi ma vie professionnelle en assumant mes rendez-vous médicaux sur mes jours de repos.
Puis un cancer a aggravé ma situation et mes séquelles. Après un handicap lourd à gérer, j 'ai voulu me reclasser en salariée à l'assurance maladie mais j'ai reçu un refus car trop malade.
Après avoir tout tenté pour la gestion de mes séquelles, j'ai dû opter devant les échecs des traitements pour une mise en invalidité en janvier 1997.
En raison de mes séquelles j'ai été privée de vie sociale pendant de longues années.
Mon engagement associatif découle de prises de décisions radicales afin de pouvoir reprendre une vie sociale et défendre les usagers de la santé mettant au service du bien commun mes 36 années de patiente immergée régulièrement dans notre système de santé.

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	NC			
2	NC			

☐ **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	NC				
2	NC				
3	NC				

☐ **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)

	Financeur	Adresse du financeur	Fonction occupée	Début *(mois/année)*	Fin *(mois/année)*
1	NC				
2	NC				
3	NC				

☐ **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	RU CH MONTAUBAN	Montauban	2022	2025
2	Membre du conseil de surveillance	CH Montauban	2022	2025
3	Administratrice Ligue Nationale contre le cancer	Paris	2019	2025
4	Membre de la commission de la transparence « Usager expert »	Saint Denis	2024	2027
5	Membre de la Commission AERAS	Paris	2019	2025
6	Membre du Conseil de la CNAM	Paris	2022	2026
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 **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			☐ Aucune ☐ Du déclarant ☐ D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……		
2			☐ Aucune ☐ Du déclarant ☐ 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.

x **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			☐ Aucune ☐ Du déclarant ☐ D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ……		
2			☐ Aucune ☐ Du déclarant ☐ 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**
☐ **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).

x **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**

		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	Ma fille infirmière travaille dans une clinique privée de Montauban
	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.

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
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 ..... 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 Villemade .....

Le 10 mai 2025 .....

Signature obligatc