Déclaration publique d'intérêts

Le **11/03/2025**

Je soussignée Céline CHEBAL-RAIZER

Née le 15/05/1974

Conformément aux articles L 4021-3 et D4021-4-1 du code de la santé publique le Règlement intérieur du CMK impose les déclarations d'intérêts aux membres des instances et des experts désignés au nom du Conseil National Professionnel. En conséquence je reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts, direct ou par personne interposée, que j'ai ou ai eu au cours des cinq dernières années, avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, du Collège de la Masso-kinésithérapie (CMK) au sein duquel/desquels j'exerce mes fonctions ou ma mission, ou dont je suis membre ou auprès duquel/desquels je suis invité(e) à apporter mon expertise. Il m'appartient, à réception soit de l'ordre du jour de chaque réunion pour laquelle je suis sollicité(e), soit de l'expertise que le CMK souhaite me confier, de vérifier si l'ensemble de mes liens d'intérêts sont compatibles avec ma présence lors de tout ou partie de cette réunion ou avec ma participation à cette expertise. En cas d'incompatibilité, il m'appartient d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, ma présence est susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions, recommandations, références ou avis subséquents et d'entraîner leur annulation.

J'indique mon numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), si je suis un professionnel de santé :10005431183

Je m'engage à actualiser ma DPI à chaque modification de mes liens d'intérêts. En l'absence de modification, je suis tenu(e) de vérifier ma DPI au minimum annuellement.

Si je suis missionné en tant qu'expert j'ai pris connaissance des dispositions de l'article R4321-138 du code de la santé publique qui m'interdit d'accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu mes propres intérêts, ceux d'un de mes patients, d'un de mes proches, d'un de mes amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à mes services.

Je suis informé que toute déclaration insincère engage ma responsabilité disciplinaire.

1. Activité(s) principale(s), rémunérée(s) ou non, exercée(s) actuellement et au cours des 5 dernières années, à temps plein ou à temps partiel* **(* Les rémunérations perçus sont les rémunérations en rapport avec l'activité thérapeutique, la prévention, l'éducation à la santé, le bien-être, l'activité physique ainsi que l'activité liée aux participations aux réunions et travaux effectués dans le cadre d'une structure de soins de type**

CPTS, MSP, ESP, en dehors d'une activité liée à un mandat électif)

Activité libérale

Type d'activité : Masseur- Kinésithérapeute- Ostéopathe
Établissement : Cabinet de kinésithérapie et d'Ostéopathie
Adresse : 260, Rue François de Neufchâteau 88140 BULGNEVILLE
Période : Depuis Janvier 2000

Type d'activité : Intervenante en APA pour le dispositif PRESCRIMOUV
Établissement : Cabinet de kinésithérapie et d'Ostéopathie
Adresse : 260, Rue François de Neufchâteau 88140 BULGNEVILLE
Période : Depuis Septembre 2019

Type d'activité : Intervenante en prévention en entreprise au sein du réseau PEP'S
Établissement : Cabinet de kinésithérapie et d'Ostéopathie
Adresse : 260, Rue François de Neufchâteau 88140 BULGNEVILLE
Période : Depuis Septembre 2023

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

2. Activité(s) exercée(s) au titre de l'enseignement, de la formation initiale, de la formation continue.

Nom de la structure : ……
Fonction occupée : ……...
Montant total perçu annuellement : ……
Période : du……au……..

Nom de la structure : ……
Fonction occupée : ……...
Montant total perçu annuellement : ……
Période : du……au……

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

4. Activité(s) exercée(s) au titre d'une institution professionnelle (syndicat, conseil de l'ordre, assesseurs en chambre disciplinaire ou section des assurances sociales, URPS, UNPS, CPTS, MSP, UNAPL, Carpimko, FIFPL, ANDPC…..)
Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, du Collège de la Masso Kinésithérapie, objet de la déclaration.

Nom de la structure : FFMKR
Fonction occupée : Vice-Présidente à la qualité, Certification et Formation
Montant total perçu annuellement : Variable (7200€/an d'indemnités de bureau+ indemnités en fonction des réunions)
Période : depuis Juin 2023

Nom de la structure : URPS
Fonction occupée : Secrétaire Générale Adjointe
Montant total perçu annuellement : Variable (Pas d'indemnités de bureau, uniquement indemnités en fonction des réunions)
Période : depuis 2016

Nom de la structure : UNPS
Fonction occupée : Membre suppléant du CNCP pour les professions non médicales
Montant total perçu annuellement : Variable (uniquement indemnités en fonction des réunions)
Période : depuis 2022

Nom de la structure : UNAPL
Fonction occupée : Présidente de la Commission formation
Montant total perçu annuellement : Aucune indemnité
Période : depuis Mars 2022

Nom de la structure : CPTS de la Plaine
Fonction occupée : Co-Présidente
Montant total perçu annuellement : Variable(Pas d'indemnités de bureau, uniquement indemnités en fonction des réunions)
Période : depuis Juin 2024

Nom de la structure : ANDPC
Fonction occupée : Présidente de la section professionnelle Kiné
Montant total perçu annuellement : Variable (salaire en fonction des réunions)
Période : depuis 2020

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

5.2 Rédaction d'article(s) et intervention(s) dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, du Collège de la Masso Kinésithérapie, objet de la déclaration

5.2.2 Intervention(s)

Titre de l'intervention : ……
Autres co-auteurs : ……..
Montant total perçu annuellement : ……
Date de publication : ……

Titre de l'intervention : ……
Autres co-auteurs : ……..
Montant total perçu annuellement : ……
Date de publication : ……

Titre de l'intervention : ……
Autres co-auteurs : ……..
Montant total perçu annuellement : ……
Date de publication : ……

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

10. Fonctions et mandats électifs exercés actuellement (Hors paragraphe 4 qui concerne les activité(s) exercée(s) au titre d'une institution professionnelle (syndicat, conseil de l'ordre, URPS, UNPS, CPTS, MSP, UNAPL, Carpimko, FIFPL, ANDPC…..)

Nom de la structure : ……
Fonction occupée : ……..
Montant total perçu annuellement : ……
Période : du……au……

Nom de la structure : ……
Fonction occupée : ……..
Montant total perçu annuellement : ……
Période : du……au……

Nom de la structure : ……
Fonction occupée : ……..
Montant total perçu annuellement : ……

Période : du……au……

11. Autre lien, dont vous avez connaissance, qui est de nature à faire naître des situations de conflits d'intérêts

Lien(s) :

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

Signature :

79 Avenue de Fontainebleau – 94270, Le Kremlin-Bicêtre
Tél. 01 58 46 04 21 – E-mail : secretariat@cnpmk.org