

## UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS AGRÉÉES DU SYSTÈME DE SANTÉ

### DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

Je renseigne cette déclaration en qualité de :

☒ Candidat ou représentant d'association au comité régional de l'URAASS de  
Occitanie

Documents à joindre obligatoirement à la présente déclaration :

☒ Habilitation expresse de l'association à agir en qualité de représentant-e (pour les  
représentant-e-s d'association)

☒ Parcours de vie

Nom	BRUEL
Prénom	Jean-Michel
Né-e le	12 août 1946
Adresse	
N° de téléphone	
Adresse électronique	
Fonction au sein de l'UNAASS/URAASS	Membre du bureau de l'URAASS Occitanie
Situation sociale (salarié-e, retraité-e, étudiant-e, etc.)	Retraité des universités

Profession	Retraité (ancien Professeur des Universités / Praticien Hospitalier
Association représentée	Association François Aupetit Crohn-RCH
Objet social de l'association représentée (préciser si l'association a des activités économiques)	<p>L'afa, reconnue d'utilité publique, se consacre aux <b>Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales (MICI)</b>, maladie de Crohn et rectocolite hémorragique. L'association s'est donnée plusieurs missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>guérir</b> en soutenant des programmes de recherche fondamentale et clinique, en proposant des améliorations dans le parcours de soins et en produisant des connaissances sur nos maladies ou sur le "vivre avec" ;</li> <li>- <b>informer et soutenir</b> les malades et leurs proches via un réseau de professionnels et de bénévoles formés et nos outils internet ;</li> <li>- <b>partager</b> son expérience avec les autres malades et leurs proches sur internet ou lors de rencontres locales ;</li> <li>- <b>représenter</b> tous les malades et leurs proches, porter leurs voix auprès des décideurs politiques et de santé ;</li> <li>- <b>former et informer</b> les professionnels de santé sur le quotidien avec la maladie ;</li> <li>- <b>communiquer</b> sur nos maladies encore beaucoup trop méconnues et tabous ;</li> <li>- <b>agir</b> en tant qu'acteur de santé publique dans la démocratie sanitaire.</li> </ul>
Fonction au sein de l'association représentée (préciser la qualité de bénévole ou salarié)	bénévole



## 1. Votre activité principale

### 1.1. Votre activité principale exercée actuellement

#### ☒ **Activité libérale : SANS OBJET**

Rémunération : montant à porter au tableau 7.1.A (page 14 et s.)

	Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	<b>SANS OBJET</b>			

☐ **Autre** (activités au sein d'associations, de syndicats, fonctions de délégué du personnel, de représentant des usagers, etc.)

Rémunération : montant à porter au tableau 7.2.B (page 14 et s.)

	Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	Représentant des Usagers CRSA Occitanie	Montpellier	06/2016	
2	AFA Crohn RCH	Bénévole	01/2014	
3				

#### ☒ **Activité salariée et toute autre activité rémunérée non mentionnée ci-dessus** (formations, y compris pour l'UNAASS ou une URAASS, conférence, etc.)

Rémunération : montant à porter au tableau 7.3.C (page 14 et s.) **SANS OBJET**

	Employeur principal / organisme financeur	Adresse de l'employeur / l'organisme	Fonction occupée	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	<b>SANS OBJET</b>				
2					



## 1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des 5 dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1 = **SANS**

### OBJET

☐ **Activité libérale**

Rémunération : montant à porter au tableau 7.4.D (page 14 et s.)

	Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	<b>SANS OBJET</b>			
2				

☐ **Autre** (activités au sein d'associations, de syndicats, fonctions de délégué du personnel, de représentant des usagers, etc.)

Rémunération : montant à porter au tableau 7.5.E (page 14 et s.)

	Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	<b>SANS OBJET</b>			
2				

☐ **Activité salariée et toute autre activité rémunérée non mentionnée ci-dessus**

(formations, y compris pour l'UNAASS ou une URAASS, conférence, etc.)

Rémunération : montant à porter au tableau 7.6.F (page 14 et s.)

	Employeur principal	Adresse de l'employeur	Fonction occupée dans l'organisme	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	<b>SANS OBJET</b>				
2					

## 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.*

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

**Actuellement ou au cours des 5 années précédentes :**

Rémunération : montant à porter au tableau 7.7.G (page 14 et s.)

	Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début (mois/ann ée)	Fin (mois/ann ée)
1	CRSA - Occitanie	Représentant des Usagers	<input type="checkbox"/> Aucune	06/2016	
2			<input type="checkbox"/> Aucune		

**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.*

☐ 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 7.8.H (page 14 et s.)

	Organisme (société, établissement, association)	Fonction occupée dans l'organisme	Rémunération	Début (mois/ann ée)	Fin (mois/ann ée)
1	CRSA Occitanie	Représentant des Usagers dans divers groupes de travail : - Semaine Sécurité du Patient - Comité Régional d'Impulsion et d'Analyse du Partenariat en Santé - Directives Anticipées - e-Santé	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ..... .....	06/2016	
2			<input type="checkbox"/> Aucune		

**2.3. Vous avez été auditionné-e pour un projet de loi SANS OBJET**

Projet de loi	Date de l'audition	Organisme représenté

**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 numéraires, matériels, taxes d'apprentissage... Les personnes ayant à déclarer de tels financements sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration.

☒ 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 financier (*)	Objet de l'activité	Début (mois/ann ée)	Fin (mois/an née)
1					
2					

(\*) 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 7.9.I (page 14 et s.)



#### 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

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

Actuellement :

*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 SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion, ni la composition – sont exclus de la déclaration).*

	Structure concernée	Type d'investissement (*)
1		
2		

(\*) Le % de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau 7.10.J (page 14 et s.)





**5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social 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 (père et mère) de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents (père et mère).

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 ou, si les activités sont connues, 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 7.11.K, page 14 et s.)	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)**

*Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme à la présente déclaration : il peut s'agir notamment de liens avec un syndicat, un think tank, un parti politique, une association autre que celle pour laquelle cette déclaration est faite.*

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

**Actuellement, au cours des 5 années précédentes :**

	Elément ou fait concerné	Commentaires (Le montant des sommes perçues est à porter au tableau 7.12.L, page 14 et s.)	Année de début	Année de fin
1				



## 7. Tableaux complémentaires

### 7.1. Tableau A

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

### 7.2. Tableau B

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

### 7.3. Tableau C

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

### 7.4. Tableau D

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

### 7.5. Tableau E

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

### 7.6. Tableau F

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	



7.7. Tableau G

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

7.8. Tableau H

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

7.9. Tableau I

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

7.10. Tableau J

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	

7.11. Tableau K

	Lien de parenté
1	<b>aucun</b>
2	

7.12. Tableau L

	Montants
1	<b>Néant</b>
2	





8. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : ☐ 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. Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux coordonnées personnelles, aux montants déclarés, à l'identité des proches) pourra être publiée sur le site internet de l'Union. L'Union est responsable, par l'intermédiaire du comité, de l'analyse de la déclaration ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein de l'Union.
- 9.3. Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : [deontologie@france-assos-sante.org](mailto:deontologie@france-assos-sante.org)
- 9.4. Si au cours du mandat, une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et ce tout au long de mon mandat, vous vous engagez à actualiser votre DPI auprès du comité de déontologie et de prévention des conflits de l'Union, et au minimum annuellement même sans modification.
- 9.5. Le comité se réserve le droit de vous solliciter pour des informations supplémentaires utiles à une meilleure appréciation des liens d'intérêts.
- 9.6. Indépendamment de l'examen des déclarations publiques d'intérêts 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.

9.7. 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'administration au vu de cette délibération.

Je soussigné Jean-Michel BRUEL reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble de la présente déclaration, des obligations qui y sont liées, et 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.

Fait à Grabels  
Le 25.03.2019

*Signature obligatoire (suivie de la mention lu et approuvé)*

