

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 :

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	BOURDON BUSIN
Prénom	Agnès
Date de naissance	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	
Qualité (titulaire ou suppléant) et collègue	Titulaire Collège handicap
Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.)	En invalidité
Profession	Infirmière puéricultrice

(*) 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	<p>Elle a pour buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la représentation, la défense et le soutien à titre collectif et individuel des personnes en situation de handicap et la lutte contre les discriminations • l'action de groupe contre toutes les formes de discriminations dont sont victimes les personnes en situation de handicap devant toute juridiction ; • la pleine et effective participation à la société des personnes en situation de handicap sur la base de l'égalité avec les autres ; • l'amélioration de la réponse aux besoins, de la situation sociale et matérielle, de l'état de santé, à tous les âges de la vie, des personnes en situation de handicap ainsi que de leur famille et de leurs proches aidants ; • la participation de tous aux actions visant à atteindre ces but
Fonction au sein de l'association représentée	Administrateur

Parcours de vie (brève biographie) :

Elue APF France handicap depuis 2003 j'ai intégré le conseil d'administration en 2018. J'ai représenté cette association au sein du CISS Bretagne de 2009 à 2013. J'ai intégré le conseil de l'engagement des usagers de la HAS début 2019 et la commission d'évaluation du refus de soins placée auprès de CNOSF en 2017.

Militante dans diverses associations du secteur du handicap et de la santé (APEDYS, AFSED ...), mon parcours en tant que patiente d'une maladie génétique rare invalidante et de maman d'enfants en situation de handicap, couplé à mon expérience de professionnel d'infirmière puéricultrice pendant plus de 15 ans m'a permis de mesurer la nécessité de prendre en compte l'avis des patients.

J'ai eu l'occasion de travailler en collaboration avec certaines équipes de professionnel de santé du CHU de Grenoble et Rennes pour améliorer la prise en charge du patient notamment dans l'annonce du handicap et ou de la maladie, mais aussi dans l'accueil de l'utilisateur. J'ai également été patient expert pour l'accueil des patients en situation de handicap au CHU de Rennes et impliquée dans le réseau de périnatalité de Bretagne au titre des usagers.

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				
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					
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	APF formation	9-11 Rue Clisson, 75013 Paris	Formatrice occasionnelle	Octobre 2014	Octobre 2015
2					
3					

✶ **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	admiratrice	APF France handicap	Janvier 2018	A ce jour
2	élu	APF France handicap Bretagne	Octobre 2003	Janvier 2018
3	usager	HAS – comité de l'engagement des usagers	Avril 2019	A ce jour
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.

☐ 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	APF France handicap	Administratrice	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Du déclarant <input type="checkbox"/> D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	2018	A ce jour
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 (société, association, etc.)	Fonction occupée	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
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.

☒ 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/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).

☒ 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	
	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.

☒ Je 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 informations recueillies seront enregistrées et traitées. À l'exception des informations relatives aux coordonnées personnelles, aux montants déclarés, à l'identité des proches, votre déclaration sera publiée par le Comité de déontologie sur le site internet de l'Union.

9.4. Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courriel à l'adresse suivante : [<deontologie@france-assos-sante.org>](mailto:deontologie@france-assos-sante.org).

- 9.5. 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.
- 9.6. 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).
- 9.7. 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.
- 9.8. 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 Agnès BOURDON *Bourdon*... 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.

Fait à Paris.....

Le 27/05/2019.....

Signature obligatoire



