

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 :

- ☒ Candidat ou représentant d'association titulaire au Conseil d'administration l'UNAASS
- ☐ Candidat ou représentant d'association suppléant au Conseil d'administration l'UNAASS
- ☐ Candidat ou représentant d'association au Bureau de l'UNAASS

Nom	BODOIGNET
Prénom	Emmanuel
Date de naissance	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	
Qualité (titulaire ou suppléant) et collègue	Titulaire – Collège 1
Situation sociale (salarié-e, retraité-e(*), étudiant-e, etc.)	Salarié
Profession	Chargé de Mission de Cadre Dirigeant – France Travail

(*) 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	AIDES
Objet social de l'association représentée	Association de lutte contre le VIH/Sida et les hépatites
Fonction au sein de l'association représentée	Président de Région Bourgogne-Franche-Comté Membre du Conseil d'Administration Vice-Président National

Parcours de vie (brève biographie) :

Alors que je découvre ma séropositivité, à l'âge de 22 ans, en 2018, j'ai peur. En effet, alors que je commence tout juste ma carrière professionnelle, l'on m'annonce que mon système immunitaire a été fortement endommagé par un dépistage tardif du VIH.

C'est dans un premier temps, complètement perdu, que je pousse la porte de AIDES, pour trouver du soutien et de l'accompagnement dans ma vie avec le VIH.

Résidant à Dijon, je décide rapidement de m'engager au sein de AIDES et devient président de la région Bourgogne-Franche-Comté en 2019 et intègre ainsi le Conseil d'Administration.

Ce qui m'inquiète à ce moment-là, ce n'est pas tant le VIH, que les autres pathologies auxquelles je vais être rapidement confrontées et mon passage en soins intensifs, puis en réanimation, durant plusieurs m'ont fait comprendre que la vie ne tient parfois pas à grand-chose.

Je suis fier de mon engagement au sein de AIDES, mais je comprends très rapidement que les combats que nous allons devoir mener, ne pourrons se faire qu'à plusieurs et c'est ainsi que je deviens suppléant en URAASS en 2020, puis titulaire et Vice-Président.

Lorsque l'occasion se présente, je décide de m'engager en tant que suppléant au Conseil d'Administration de FAS et démissionne ainsi de mes fonctions régionales.

En parallèle, je me suis engagé dans la Démocratie en Santé, notamment à la Conférence Nationale de Santé, à la Commission Permanente et plus localement au Conseil de Surveillance du CHU de Dijon.

Durant la crise COVID-19, j'ai intégré le Groupe de travail de la CNS, dédié et participé comme auteur au rapport remis au Gouvernement : « La démocratie en santé : une urgence de santé publique », faisant l'évaluation des Lois Kouchner, sur les 20 dernières années et des propositions pour les 20 prochaines années.

C'est aux côtés des collègues des associations agréées que nous nous sommes battus, pour chaque mesure pour faire avancer notre représentation et notre participation aux sujets qui nous concernent ; Rien pour nous, sans nous !

En décembre 2024, je suis élu Vice-Président de AIDES et le Conseil d'Administration a soutenu ma candidature pour présenter ma candidature au Conseil d'Administration de FAS.

Cela fait bientôt 8 années que je vis avec le VIH, dont plus d'une année, au cumul, à l'hôpital. Aujourd'hui âgé de 30 ans, je vais mieux et je souhaite poursuivre mon combat contre la maladie et porter nos combats de personnes malades, au Conseil d'Administration de FAS et poursuivre mon engagement pour la démocratie en 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				
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	France Travail BFC		Chargé de Mission de Cadre Dirigeant	06/2025	En cours
2	Vyv3 Bourgogne	16, boulevard de Sévigné – 21017 – DIJON CEDEX	Chargé de Mission de la Présidente – Cadre Mutualiste	01/2023	06/2025
3	VIPP & Philippe	5, rue Emile Streit – 25340 - ANTEUIL	Chargé de mission Relations Publique	03/2021	09/2021

☐ **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					
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	Administrateur	Association AIDES	06/2019	En cours
2	Administrateur	Réseau d'Assistance aux Victimes d'Agressions et de Discriminations (RAVAD)	09/2019	En cours
3	Membre de la Commission Permanente	Conférence Nationale de Santé	01/2020	En cours
4	Membre	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie BFC (CRSA BFC) – CSDU, CSMS, CSOS)	10/2021	En cours
5	Membre	Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins (IRAPS BFC)	10/2023	En cours
6	Suppléant	Coordination Régionale de la Santé Sexuelle	05/2025	En cours
7	Vice-Président	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie BFC (CRSA BFC) – Président CSDU	10/2021	06/2023
8	Suppléant	Commission des Usagers – CHU Dijon Bourgogne	10/2022	06/2023
9	Membre du Bureau	Coordination Régionale de Lutte contre VIH BFC (COREVIH BFC)	04/2019	05/2025
10	Membre	Comité d'Ethique et de Recherche UBFC (CER BFC)	03/2021	06/2025
11	Membre	TRT5-CHV	09/2019	09/2023

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	CHU Dijon	Membre du Conseil de Surveillance	☒ Aucune ☐ Du déclarant ☐ D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2023	En cours
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.

☐ 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 (<i>société, association, etc.</i>)	Fonction occupée	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
1	Haute Autorité de Santé – CEDIAG	Expert	☐ Aucune ☒ Du déclarant ☐ D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	04/2023	En cours
2	Haute Autorité de Santé – GT IST	Expert	☒ Aucune ☐ Du déclarant ☐ D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2023	En cours
3	Direction Générale de la Santé – GT IST – ANRS/CNS	Expert	☒ Aucune ☐ Du déclarant ☐ D'un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	01/2023	En cours

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	Association AIDES	DGS/ARS/CNA M/Autres collectivités	Association de patients – Gestionnaire d'ESSMS	06/2019	En cours
2	CHU Dijon Bourgogne	Assurance Maladie	Etablissement de Santé public	01/2023	En cours
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

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)	Organismes concernés	
	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

	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	Parti Socialiste	Adhérent	09/2011	En cours
2	CFDT	Adhérent	07/2021	En cours
3	Parti Socialiste	Délégué Fédéral de Côte-d'Or	06/2023	06/2025

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 Emmanuel BODOIGNET 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 Dijon

Le 12 juin 2025

Signature obligatoire

