

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS (DPI)

Formulaire à retourner à deontologie@france-assos-sante.org

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

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.)	Invalidité
Profession	Puéricultrice DE

() 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	défense et représentation des personnes atteintes de déficiences ou polyhandicapées et de leur famille

Fonction au sein de l'association représentée	Mandaté par le CA pour les représentations de santé FAS et de parentalité (Comité parentalité des personnes en situation de handicap)
---	---

Parcours de vie (brève biographie) :

Riche de 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 15 ans d'infirmière puéricultrice, ce statut m'a permis de confirmer et d'affirmer la nécessité de construire un partenariat avec les usagers du système de santé.

Très investit dans le monde associatif concernant la défense des droits des personnes en matière de santé et de handicap depuis de nombreuses années déjà militantes en tant que soignante je peux affirmer que rien ne peut se faire sans la participation à toutes les étapes du parcours en santé des usagers.

En effet, leur vécu quotidien, l'expertise qu'ils développent de leur pathologie, de leur handicap, de leur précarité, leurs attentes souvent implicites leurs permettent d'apporter un éclairage complémentaire à l'origine d'une meilleure qualité et sécurité de la prise en charge.

Membre du Ca et Du bureau de FAS depuis 2019, je me suis investie dans différents groupes de travail afin d'apporter mon expertise mais aussi celle des personnes en situation de handicap quelques soit leur handicap, j'ai accepté plusieurs représentations et auditions où j'ai essayé d'apporter les attentes des usagers du système de santé. J'ai aussi contribué à presque tous les CA et bureau.

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	RAS			
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	RAS				
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	HAS		Membre CEU	09/2018	En cours
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	Membre	Conseil engagement des Usagers HAS	09/2018	En cours
2	Membre	Comité parentalité des personnes en situation de handicap	09/2016	En cours
3	Administratrice	APF France Handicap	11/2018	01/2021
4	Représentante	Conseil scientifique Formation des infirmiers CNAM	01/2019	05/2022
5	Représentante	Commission d'Expertise du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie	03/2022	En cours
6	Représentante	Campus EFS	03/2022	En cours
7	Membre	Commission refus de soins de l'Ordre des Sages-Femmes	09/2017	En Cours
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			<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)		

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 (<i>mois/année</i>)	Fin (<i>mois/année</i>)
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 financeur (*)	Objet de l'activité	Début (<i>mois/année</i>)	Fin (<i>mois/année</i>)
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

	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 soussignée **Agnès Bourdon Busin** 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 **La Chapelle des Fougeretz**

Le **09/06/2022**

Signature obligatoire

