



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

La présente déclaration d'intérêts a pour objectif la prévention des conflits d'intérêts au sein de la Haute Autorité de Santé. Elle est **rendue publique sur le site Internet de la HAS** à l'exclusion de la rubrique « coordonnées du déclarant » et de certaines mentions relatives aux proches parents.

Les déclarations publiques d'intérêts (DPI) doivent être actualisées chaque année, à l'initiative des déclarants et, en tout état de cause dès qu'un fait nouveau intervient dans leur situation professionnelle ou personnelle.



## HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Je soussigné(e), LOIC GUILLEVIN**

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques ou les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

**Je renseigne cette déclaration en qualité de membre du collège de la HAS.**

**Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.**

**Il vous appartient, à réception de l'ordre du jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance, si possible, avant sa tenue. 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.**

## 1. Votre activité principale

### 1.1. Votre activité principale exercée actuellement

**Activité libérale**

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
consultation privée hospitalière	Hôpital Cochin, Paris, Ile de France	09/2003	

**Autre** (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

**Activité salariée**

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Haute Autorité de Santé	St Denis La Plaine	Membre du Collège	01/2014	
AP-HP	Hôpital Cochin, Paris	Consultant PU-PH	09/2013	

**1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des cinq dernières années**

**Activité libérale**

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Responsable du Centre de Santé René Laborie, Mutuelle Nationale de la Presse et du Livre	29 rue de Turbigo, Paris, Ile de France	01/1990	01/2000
consultation privée hospitalière	Hôpital Cochin, Paris, Ile de France	09/2003	
consultation privée hospitalière	Hôpital Avicenne, Bobigny, Ile de France	09/1981	08/2003

**Autre** (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

**Activité salariée**

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris Université Paris Descartes	Hôpital Cochin 27 faubourg Saint-Jacques 75014 Paris	Consultant, Président du CEDIT de l'APHP	09/2013	

**Je n'ai pas d'activité à déclarer dans cette rubrique**

## 2. Vos activités exercées à titre secondaire

### 2.1 Vous participez ou avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS

*Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.*

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

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Centre National de Recherche Clinique	Président	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié :	01/2009	11/2012
Haute Autorité de Santé	Président du Comité de Validation des recommandations de pratiques professionnelles	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié :	09/2008	06/2011

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

**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 compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS**

*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.*

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

ORGANISME (société, établissement, association)	SUJET OU THÈME TRAITÉ	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
LABORATOIRE LFB	Interventions ponctuelles sous forme de conférences dans le cadre de symposiums organisés par le laboratoire. Le sujet porte exclusivement sur les données épidémiologiques au sein de l'APHP, les indications en général et dans les vascularites en particulier	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	09/2010	12/2013
LABORATOIRES ROCHE	Membre du conseil scientifique du registre AIR (pas d'honoraires)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	04/2010	08/2013
LABORATOIRES ACTELION	Membre du conseil scientifique du registre DUO (plan de gestion de risque après commercialisation du bosentan dans les ulcérations digitales, établi à la demande de l'EMA)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2013	
laboratoires BMS	CONSEIL SUR ABATACEPT	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	03/2010	03/2010
LABORATOIRE GSK	Membre du conseil scientifique sur le bélimumab au cours de lupus systémique. Réunion pour élaboration d'un protocole dans les vascularites réfractaires et le syndrome de Churg Strauss (en mai 2012)	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2010	06/2012
Laboratoires WYETH	Traitement des vascularites	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	10/2010	10/2010

LABORATOIRES ACTELION	Membre du Conseil Scientifique du laboratoire. Le produit concerné est le bosentan. Maladies ciblées : hypertension artérielle pulmonaire et ulcérations digitales de la sclérodémie	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2003	12/2013
LABORATOIRE OCTAPHARMA	Comité de surveillance d'un essai thérapeutique et une conférence de formation pour le laboratoire	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	06/2010	01/2013
MSD UNIVADIS	INTERVIEW SUR LE TRAITEMENT DES VASCULARITES	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	04/2010	04/2010
LABORATOIRE CSL BEHRING	Membre du conseil scientifique (non réuni depuis 2 ans).  Animation d'une réunion sur les immunoglobulines en 2012.	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2010	02/2012

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

**2.3 Vous participez ou avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS**

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

ORGANISME DOMAINE NOM DU PRODUIT	SI ESSAIS OU ÉTUDES cliniques ou pré-cliniques	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
<u>Organisme (société, établissement, association) :</u> Laboratoires OCTAPHARMA  <u>Domaine et type de travaux :</u> Essais d'enregistrement des immunoglobulines  <u>Nom du produit de santé ou sujet traité :</u> Participation au comité de surveillance des essais (une fois en France et actuellement en Autriche)	<u>Type d'étude :</u>   <u>Votre rôle :</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2011	12/2012
<u>Organisme (société, établissement, association) :</u> PHRC national EudraCT : 2012-001963-66  <u>Domaine et type de travaux :</u> MAINRITSAN 2. Traitement d'entretien des vascularites associées aux ANCA  <u>Nom du produit de santé ou sujet traité :</u> RITUXIMAB. Roche est sollicité pour la fourniture du produit	<u>Type d'étude :</u>   <u>Votre rôle :</u> Co-investigateur	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	12/2012	
<u>Organisme (société, établissement, association) :</u> PHRC national n° 2008-002846-51  <u>Domaine et type de travaux :</u> MAINRITSAN 1. Traitement d'entretien des vascularites associées aux ANCA  <u>Nom du produit de santé ou sujet traité :</u> RITUXIMAB (fourni en partie par le laboratoire ROCHE)	<u>Type d'étude :</u>   <u>Votre rôle :</u> Investigateur principal	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune  <input type="checkbox"/> Au déclarant  <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2008	

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

**2.4 Vous avez rédigé un article, vous intervenez ou êtes intervenu à 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, de la HAS**

Actuellement et au cours des 5 années précédentes :

ENTREPRISE OU ORGANISME INVITANT LIEU ET INTITULÉ DE LA RÉUNION SUJET DE L'INTERVENTION, NOM DU PRODUIT VISÉ	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRES PFIZER</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Conférence sur les traitements de l'immunodépression des maladies autoimmunes</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> Rédaction d'une brochure sur le même thème</p>	Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	06/2013	06/2013
<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRES ACTELION</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Réunions de formation continue organisées par le laboratoire</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> Une conférence en Espagne rémunérée par Actéliion mais dont le sujet n'avait pas de lien avec le laboratoire (financement générale de la journée par Actéliion)</p>	Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2011	12/2013
<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRES ACTELION</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Participation aux Journées françaises de l'HTAP</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pointre à Pitre en 2011</li> <li>• Ile de la Réunion en 2012</li> <li>• Fort de France en 2013</li> </ul> <p>• Congrès nationaux de médecine Une conférence à Dubaï et 2012.</p>	Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2011	12/2013

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> Laboratoires MERCK</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Congrès de l'American Collège of Rheumatology en 2011 et 2012(Chicago 2011 Washington 2012)</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> interventions scientifiques aux congrès, sans lien avec les médicaments de Merck</p>	<p>Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié</p>	<p>09/2011</p>	<p>12/2012</p>
<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRE NOVARTIS</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> INVITATION AU CONGRES DE L'AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. SAN DIEGO</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> aucun produit. Autres communications sans rapport avec novartis</p>	<p>Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié</p>	<p>11/2013</p>	<p>11/2013</p>
<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRE CSL BEHRING</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Symposium sur les immunoglobulines en janvier 2012</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> Présidence. Exposé sur les aspects médicoéconomiques des immunoglobulines</p>	<p>Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié</p>	<p>01/2012</p>	<p>12/2012</p>
<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRE UCB</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> participation à une réunion de formation en Italie</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> L'exposé n'avait pas de lien à UCB, mais celui ci a réglé des honoraires (probablement prévus par les organisateurs du congrès)</p>	<p>Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié</p>	<p>04/2013</p>	<p>04/2013</p>
<p><u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRES ACTELION (VOIR DECLARATION GLOBALE PAGE PRECEDENTE)</p> <p><u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Présidence des journées françaises de la sclérodémie</p> <p><u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> Traitement des ulcérations digitales. Prise en charge de la sclérodémie systémique.</p>	<p>Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant</p> <p><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié</p>	<p>01/2011</p>	<p>12/2013</p>

## HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

<u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRE SOBI  <u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Symposium sur les syndromes autoinflammatoires  <u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> Présidence	Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	12/2011	12/2011
<u>Entreprise ou organisme invitant (société, association) :</u> LABORATOIRE LFB  <u>Lieu et intitulé de la réunion :</u> Symposium sur les immunoglobulines au congrès de Médecine Interne  <u>Sujet de l'intervention, nom du produit visé :</u> Présidence. Exposé sur le traitement des vascularites (2012- Conférence pour les pharmaciens sur les aspects réglementaires et médicoéconomiques de la prescription des immunoglobulines (2013)	Oui	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié	01/2012	12/2013

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

**2.5 Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS**

NATURE DE L'ACTIVITÉ ET NOM DU BREVET, PRODUIT STRUCTURE QUI MET À DISPOSITION LE BREVET, PRODUIT	PERCEPTION intéressement	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
<u>Nature de l'activité et nom du brevet, produit :</u>  <u>Structure qui met à disposition le brevet, produit :</u>		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		

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

### 3. Les activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS

*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, taxe d'apprentissage...*

*Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres de bureaux et conseils d'administration.*

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

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME À BUT lucratif financeur	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Groupe Français d'Etude des Vascularites	Cotisations et dons	01/2009	01/2014

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

### 4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS

**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

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

### 5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la HAS

---

Les personnes concernées sont :

- le conjoint (époux[se], ou concubin[e], ou pacsé[e]), parents (père et mère) et enfants de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents (père et mère).

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des 5 années précédentes :

ORGANISMES CONCERNÉS

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

## 6. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir porter à la connaissance de la HAS

Autres éléments ou faits susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à votre indépendance.

Exemple : consultation pour un laboratoire pharmaceutique qui débutera après le démarrage des travaux pour lesquels la HAS vous a sollicité.

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	COMMENTAIRE	ANNÉE de début	ANNÉE de fin
Prise en charge de frais de congrès ou de frais inhérents à l'organisation de réunions dans des services de médecine	Il est actuellement habituel que, lorsqu'une invitation pour faire un exposé à un « staff », une réunion régionale organisée par les services de médecine des CHU ou les organisations de malades, que les frais de transport et d'hébergement soient pris en charge par un laboratoire pharmaceutique, sollicité par l'organisateur, et pour lequel l'organisateur n'est pas nécessairement informé.		

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

Saisie effectuée dans ESDI

Le : **05/02/2014**

Article L. 1454-2 du code de la santé publique

« Est puni de 30 000 euros d'amende le fait, pour les personnes mentionnées aux I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L.1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. »

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relativement à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.