



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

*Pour :*

- les membres des commissions spécialisées,*
- les membres du comité de validation des recommandations de bonne pratique,*
- les experts,*
- toute personne qui collabore occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité de Santé, ou qui apporte son concours au Collège ou aux commissions spécialisées*

En application du code de la sécurité sociale, ces personnes ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal (délit de prise illégale d'intérêts), traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect (code de la sécurité sociale, articles L.161-44, R.161-85 et R.161-86).

Ces personnes adressent au Président du Collège, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration publique d'intérêts mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits ou les activités entrent dans le champ de compétences de la HAS, les organismes professionnels ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Afin de faciliter cette déclaration d'intérêts, la HAS a élaboré le présent formulaire.

En cas de manquement à ces dispositions, le Collège statuant à la majorité de ses membres peut mettre fin à leurs fonctions.

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), **JACQUES BLACHER**

### Liste des groupes de travail associés

- Expert : Commission de la Transparence

**Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien direct ou indirect avec les entreprises ou établissements dont les produits ou activités entrent dans le champ de compétences de la Haute Autorité de Santé ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le même secteur.**

**Si j'envisage une évolution de ma situation au cours de la durée prévue des travaux auxquels je suis invité à participer, et par conséquent la création de nouveaux liens d'intérêts, je m'engage :**

- soit à le mentionner à la rubrique "Autres éléments" de la présente DPI ;
- soit à en informer de vive voix la HAS afin qu'elle soit en mesure d'apprécier l'existence d'éventuels conflits d'intérêts. Je m'engage ensuite à actualiser ma DPI en conséquence, dès que ma situation évoluera ;
- soit à renoncer à participer aux travaux pour lesquels je suis sollicité.

## 1. Votre activité principale

**Activité libérale**  
Précisez l'activité et le lieu d'exercice :

**Activité salariée**  
Remplir le tableau ci dessous

Employeur principal (Etablissement, société, organisme, association)	Adresse de l'employeur	Position dans la structure	Année début	Année fin
ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS	Hôpital Hôtel-Dieu – 1 place du Parvis Notre Dame – 75004 PARIS	CHEF DE SERVICE	2003	

**Autre** (activité bénévole, retraité...)  
Précisez l'activité et le lieu d'exercice :

## 2. Vos autres activités professionnelles

### 2.1 Vous êtes (ou avez été) dirigeant, associé, ou participez (ou avez participé) à une instance dirigeante d'une structure entrant dans le champ de compétences de la HAS

*Sont concernés les établissements de santé, les entreprises, les organismes de conseil intervenant dans les secteurs de santé, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, collèges de bonne pratique...).*

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

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité	Rémunération	Année début	Année fin
		£ Aucune £ Vous (1) £ Organisme (2)		

(1) Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

(2) L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

**2.2 Vous intervenez (ou êtes intervenu) de manière durable ou ponctuelle auprès d'une structure entrant dans le champ de compétences de la HAS**

*Il peut s'agir d'une activité de conseil, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise, d'actions de formations, à la demande d'une entreprise ou d'un organisme*

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

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nature de l'activité	Activité ponctuelle (AP) ou activité régulière (AR)	Rémunération	Année début	Année fin
Commission de transparence	Expertise du dossier EXFORGE HCT	AP	£ Aucune T Vous (1) £ Organisme (2)	2010	2010
laboratoire MSD CHIBRET	Expertise du dossier ETORICOXIB (ARCOXIA), notamment dans le cadre d'une augmentation du risque cardiovasculaire liée à son utilisation	AP	£ Aucune T Vous (1) £ Organisme (2)	2011	2011
laboratoire ROCHE	Expertise du dossier DALCETRAPIB, notamment dans le cadre du risque cardiovasculaire en rapport à son utilisation	AP	£ Aucune T Vous (1) £ Organisme (2)	2011	2011
HAS	Expertise du protocole d'essai thérapeutique TAK – 491 CLD 307 (TAKEDA),	AP	£ Aucune T Vous (1) £ Organisme (2)	2010	2010

(1) Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

(2) L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

**2.3 Vous participez (ou avez participé) à des travaux scientifiques**

*Les activités visées dans cette rubrique sont les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques et précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions...etc. Doivent être mentionnées les études à financement privé et les études à financement public (PHRC, STIC).*

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

Structure (société, établissement, organisme, association)	Domaine et type d'études	Nom du produit de santé	Votre rôle	Année début	Année fin
inserm	essai	Vitamines du groupe B et acides gras Omégas 3	Investigateur	2000	2010
SERVIER	Etude d'observation Colhyge	COVERAM	Investigateur principal	2009	2011
SERVIER	Etude d'observation Avant'Age	COVERAM	Investigateur principal	2010	2012
NOVARTIS	Essai thérapeutique	ALISKEREN	Investigateur	2008	2011

**2.4 Vous intervenez (ou êtes intervenu) ou assistez (ou avez assisté) à des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses organisés par des entreprises ou organismes**

**2.4.1 Interventions dans un cadre promotionnel**

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

Structure (société, établissement, organisme, association)	Lieu de la réunion	Intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération	Année
LABORATOIRES	multiple	FMC	Interventions ponctuelles à la sollicitation de la majorité des laboratoires	Oui	£ Aucune T Vous (1) £ Organisme (2)	2012

(1) Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

(2) L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

**2.4.2 Interventions dans un cadre non promotionnel ou simple participation**

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

Structure (société, établissement, organisme, association)	Votre rôle	Lieu de la réunion	Intitulé de la réunion	Sujet de l'intervention	Prise en charge des frais de déplacement	Rémunération	Année
						£ Aucune £ Vous (1) £ Organisme (2)	

(1) Vous êtes rémunéré par l'entreprise pour cette activité

(2) L'entreprise ne vous rémunère pas mais rémunère l'institution dont vous dépendez et/ou par laquelle vous êtes rémunéré

**2.5 Vous êtes détenteur d'un brevet**

*Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle en relation avec le champ de compétences de la HAS*

Structure (société, établissement, organisme, association)	Nom du procédé ou nom du produit breveté	Année début	Année fin

### 3. Vous avez des intérêts financiers dans une structure entrant dans le champ de compétences de la HAS

*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)*

**Actuellement**

Structure (société, établissement, organisme, association)	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	Part de l'investissement dans le capital de la structure

### 4. Vous exercez ou avez exercé une responsabilité dans une institution qui reçoit des financements privés

*Sont concernées par cette rubrique :  
- les personnes qui font partie des instances dirigeantes d'une structure (conseil d'administration, conseil de surveillance, directoire...)  
- les personnes responsables d'organisme de recherche, institut, association de recherche, association de patients...  
(exemple : le montant s'apprécie annuellement, d'une même source ; les versements peuvent prendre la forme de subventions pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versement en nature ou en numéraires, matériels, taxes d'apprentissage, divers...)*

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

Structure bénéficiaire	Origine du financement	% du versement au regard du budget de l'institution	Objet du versement	Année(s) de versement

## 5. Vous exercez des fonctions à responsabilité dans une association de patients ou d'usagers

Sont concernées par cette rubrique le Président, les membres du Conseil d'administration, le trésorier, le Président du Conseil scientifique et le directeur scientifique

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

Association	Objet	Fonction occupée	Année début	Année fin

## 6. Vous avez des proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure entrant dans le champ de compétences de la HAS

Conjoint [époux(se) ou concubin(e) ou pacsé(e)], ascendants ou descendants jusqu'au second degré, collatéraux immédiats y compris leur conjoint. Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné.

**Actuellement**

Structure (société, organisme, association)
NOVARTIS PHARMA

## 7. Autres éléments ou faits que vous considérez devoir être portés 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, ou dans un futur proche**

Élément ou fait concerné	Commentaire	Année début	Année fin





## HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Pendant toute la durée des travaux pour lesquels la HAS m'a sollicité, je m'engage à actualiser sans délai ma DPI en cas de modification des liens d'intérêts déclarés ci-dessus ou du fait de l'acquisition d'intérêts supplémentaires.  
Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me déporter si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance.

*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 des droits d'accès et de rectification des données vous concernant.*

Saisie effectuée dans ESDI

Le : **12/07/2012**