



Reconnue d'utilité publique  
(décret du 29 octobre 1998)

## **Parrainages**

Ministère délégué à la santé  
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

## **Conférence de consensus**

**Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage**

**7 et 8 mars 2001**

**Cité des Sciences et de l'Industrie - Paris**

**TEXTE COURT**

## **PARTENAIRES**

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie  
Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme  
Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique  
Collège National des Généralistes Enseignants  
Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie  
Fédération Française d'Addictologie  
Fédération Française de l'Alcoologie Ambulatoire  
Fédération Française de Psychiatrie  
Socidrogalcohol  
Société Belge d'Alcoologie  
Société de Formation Thérapeutique du Généraliste  
Société Française de Pharmacologie  
Societa Italiana di Alcologia  
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie  
Société Nationale Française de Médecine Interne  
Sociedade Portuguesa de Alcoologia  
Société Suisse d'Alcoologie  
Société de Tabacologie

## **COMITÉ D'ORGANISATION**

François PAILLE, Président : Médecin interniste, NANCY  
Jean ADES : Psychiatre, COLOMBES  
Laëtitia ANDOUCHE : Méthodologie ANAES, PARIS  
Jean-Louis BALMES : Hépatogastro-entérologue, NIMES  
Dominique BARRUCAND : Neuropsychiatre, LIMEIL-BREVANNES  
Jean-Yves BENARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE/CHOISILLE  
Françoise CARPENTIER : Méthodologie ANAES, PARIS  
Sylvain DALLY : Médecin interniste, PARIS  
Jean-Michel DELILE : Psychiatre, BORDEAUX  
Jean-Dominique FAVRE : Psychiatre, CLAMART  
Claudine GILLET : Médecin généraliste, NANCY  
François GONNET : Médecin interniste, LYON  
Robert MOLIMARD : Médecin interniste, VILLEJUIF  
Claude ORSEL : Psychiatre, PARIS  
Didier PLAYOUST : Médecin Alcoologue, TOURCOING  
Jacques RANDU : Président d'Association, ECULLY  
Alain RIGAUD : Psychiatre, REIMS  
Didier SICARD : Médecin interniste, PARIS  
Michel THUILLIER : Psychiatre, AUXERRE  
Gérard VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

## **JURY**

Président : Didier SICARD : Médecin interniste, PARIS

Evry ARCHER : Psychiatre, LOOS  
Philippe BESSIERES : Médecin du travail, FLOIRAC  
Jacques BIRGE : Médecin généraliste, BOULAY  
Guy BOURELLE : Travailleur social, CHÂTEAU-THIERRY  
Michel BOUREL : Président d'Association, SÉROCOURT  
Chantal COURBIN : Infirmière, BORDEAUX  
Jean-Marc ELCHARDUS : Psychiatre, LYON  
Pierre FAGNIOT : Directeur d'un centre de Post-Cure, CHELLES  
Michel KOPP : Généraliste, ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN  
Gilles PELLETIER : Hépatogastro-entérologue, LE KREMLIN-BICETRE  
Eric PEYRON : Psychiatre, LYON  
Marie-Hélène POIROT : Sage-Femme, NANCY  
Marie-Noël QUEUDRAY : Intervenante en toxicomanie, AUXERRE  
Simone ROGER : Coordinatrice du service social du personnel, PARIS  
Anita SANKALE-DELGA : Service médical de l'assurance maladie, NANTES  
Natacha YARKO : Médecin généraliste, LA MEMBROLLE-SUR-CHOISILLE

## **EXPERTS**

Henri-Jean AUBIN : Psychiatre, LIMEIL-BREVANNES  
Alain AUBREGE : Médecin généraliste, VILLERS-LÈS-NANCY  
Bernadette BARNIER : Assistante sociale, NANCY  
Philippe BATEL : Psychiatre, CLICHY  
Jean-Yves BENARD : Psychiatre, LA MEMBROLLE-SUR-CHOISILLE  
François BLANC Médecin interniste, MONTPELLIER  
Sylvain DALLY : Médecin interniste, PARIS  
Thierry DANIEL : Psychiatre, LILLE  
Benoit FLEURY : Hépatogastro-entérologue, PESSAC  
Lionel GIBIER : Psychiatre, TOURS  
Claudine GILLET : Médecin généraliste, NANCY  
Pierre GUIBÉ : Médecin généraliste, PONTOISE  
Jacques HASSIN : Directeur Scientifique, PARIS  
Éric HISPARD : Médecin Alcoologue, PARIS  
Pierre KOPP : Professeur de Sciences Économiques, PARIS  
Gérard LAMBERT : Assistant Social, MONTGERON  
Michelle JOYEUX : Psychiatre, COLOMBES  
Antoinette MIALON : Psychiatre, SAINT-LO  
Gérard OSTERMANN : Psychothérapeute, BORDEAUX  
Didier PLAYOUST : Médecin Alcoologue, TOURCOING  
Jacques RANDU : Président d'Association, ECULLY  
Michel REYNAUD : Psychiatre, CLERMONT-FERRAND  
Alain RIGAUD : Psychiatre, REIMS  
Jean-Louis SCHLIENGER : Médecin interniste, STRASBOURG  
Chantal SIMON : Nutritionniste, STRASBOURG  
Anne-Marie TAVART : Médecin du travail, MÉRIGNAC  
Michel THUILLIER : Psychiatre, AUXERRE  
Gérard VACHONFRANCE : Psychiatre, PARIS

## **GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE**

Dominique DESCHAMPS : Toxicologue, PARIS  
Bernadette HANESSE : Médecin généraliste, VANDOEUVRE-LÈS-NANCY  
Samira DJEZZAR : Médecin interniste, PARIS  
Caroline RUBI : Psychiatre, LILLE  
Pierre LAHMEK : Hépatogastro-entérologue, LE RAINCY  
Philippe GORWOOD : Psychiatre, COLOMBES

## **LES QUESTIONS POSÉES**

### **QUESTION 1**

QUELS SONT LES ACTEURS ET LES MOYENS DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

### **QUESTION 2**

COMMENT ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT (Y COMPRIS LIEU, MODALITES ET DUREE) ?

### **QUESTION 3**

COMMENT GERER LES COMPENSATIONS, LES TRANSFERTS DE DEPENDANCES ET LES ASSOCIATIONS D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (USAGE NOCIF OU USAGE AVEC DEPENDANCE) ?

### **QUESTION 4**

QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN CAS D'ASSOCIATION A D'AUTRES TROUBLES ?

### **QUESTION 5**

COMMENT EVALUER L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLODEPENDANT SEVRE ?

## **AVANT-PROPOS**

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

## **PREAMBULE**

La consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives ; bien supérieure au coût du tabac ou de la toxicomanie aux produits illicites.

Cette vision purement économique se double dans notre pays d'une indulgence pour les conduites d'alcoolisation culturellement intégrées et acceptées comme une fatalité et d'un rejet de l'alcoolodépendant en tant que tel quand il perturbe les relations familiales, professionnelles et sociales. L'hétérogénéité des pratiques de prise en charge a conduit l'ANAES et la SFA à établir des recommandations destinées aux modalités de l'accompagnement après le sevrage. Ce dernier a déjà fait l'objet d'une première conférence de consensus le 17 mars 1999.

## **QUESTION 1 - QUELS SONT LES ACTEURS ET LES MOYENS DE L'ACCOMPAGNEMENT ?**

### **LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE**

Il existe un accord professionnel fort pour considérer que le soutien psychologique assuré par tout thérapeute formé, est le fondement même de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool.

### **LA PSYCHANALYSE ET LES PSYCHOTHÉRAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUE**

#### *RECOMMANDATIONS*

Elles doivent soumettre leurs résultats à une évaluation pour être recommandées.

### **LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES**

#### *RECOMMANDATIONS*

Ayant fait l'objet d'évaluation positive, elles doivent être encouragées et utilisées par un personnel formé spécifiquement pour l'alcoolodépendance.

### **LES GROUPES DE PAROLE ET LES AUTRES THÉRAPIES DE GROUPE**

#### *RECOMMANDATIONS*

Le jury, bien qu'il existe un accord professionnel favorable, ne dispose d'aucun élément d'évaluation pour encourager ou décourager ce type d'intervention.

## **LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE**

### *RECOMMANDATIONS*

La rencontre avec un mouvement d'entraide doit toujours être proposée aux patients alcoolodépendants.

Les membres des associations qui interviennent doivent recevoir une formation en alcoologie.

Leurs sensibilités, religieuses, laïques, humanitaires, sociales, idéologiques, doivent être facilement identifiables par les patients et les professionnels.

## **THÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE**

L'intervention simultanée auprès de l'autre conjoint ou éventuellement auprès des deux membres du couple s'impose.

Une vigilance particulière doit être exercée quant aux éventuelles violences intra-familiales et maltraitance d'enfants.

## **INTERVENTIONS EN MILIEU CARCÉRAL**

Les alcoolodépendants sont sur-représentés dans la population carcérale (près de 25%). En milieu carcéral, l'offre de soins n'est pas en rapport avec la spécificité de l'alcoolisme qui reste une question majeure de santé publique.

## **LES MOYENS MÉDICAMENTEUX**

### *RECOMMANDATIONS (Grade B)*

Le traitement médicamenteux intervient en complément de la prise en charge psychosociale et repose actuellement essentiellement sur l'Acamprosate et la Naltrexone. Il est nécessaire de mettre en place des essais contrôlés pour étudier :

- l'efficacité et la tolérance de ces médicaments ;
- l'efficacité et de la tolérance de leur association ;
- de nouvelles thérapeutiques.

Cas particulier du Disulfirame :

Bien qu'il n'y ait plus d'indication pour l'induction volontaire, par le thérapeute, de crises aversives, la consommation d'alcool à la fois en quantité et en fréquence, semble moindre chez les patients qui font l'expérience d'une réaction antabuse.

Le jury demande que soient disponibles des enquêtes de pharmacovigilance concernant le Disulfirame, dont l'efficacité reste discutée.

## **QUESTION 2 – COMMENT ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT (Y COMPRIS LIEU, MODALITES ET DUREE) ?**

### **INTRODUCTION**

Les diverses modalités d'accompagnement adaptées à la situation personnelle de l'alcoolodépendant doivent lui être proposées oralement et sous la forme **d'un livret** afin de l'associer au choix du type de mesures envisagées.

### *RECOMMANDATIONS*

Le jury recommande la remise commentée, avant le sevrage, d'un livret comportant des informations sur la maladie alcoolique, le sevrage, l'intérêt de l'accompagnement et du suivi, les coordonnées des acteurs et des contacts présents dans ces dispositifs.

## **LA PLACE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Constituant un dispositif de proximité facilement accessible, ils doivent **recevoir une formation initiale et continue** afin de leur permettre de nommer la maladie, de participer à la prise en charge des patients sans contribuer au **déni social** du risque alcool.

## **LE DISPOSITIF AMBULATOIRE SPÉCIALISÉ EN ALCOOLOGIE**

Ce sont des lieux ressources et experts pour les partenaires extérieurs.

## **L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN**

Une individualisation de l'activité « addictologie » au sein des établissements apparaît nécessaire pour pouvoir offrir en un seul lieu les soins alcoologiques spécialisés.

Une indication particulière d'hospitalisation temps plein est assurée par des structures d'internat de longue durée (1 à 3 mois, pouvant aller jusqu'à 6 mois) précédemment dénommées post-cure et constituant maintenant les soins de suite et de réadaptation (SSR).

## **L'HOSPITALISATION PARTIELLE**

Elle permet un appui institutionnel tout en conservant une certaine autonomie, mais on ne peut faire de recommandation précise dans ce domaine.

## **L'ÉQUIPE DE LIAISON**

Elle intervient auprès des patients et des équipes soignantes pour développer les relations avec les dispositifs ambulatoires.

## *RECOMMANDATIONS (Grade B)*

La notion de service hospitalier de référence a un intérêt essentiel pour la formation de spécialistes, la recherche et la prise en charge de malades difficiles ou graves.

En l'absence de réseaux fonctionnels ambulatoires existants actuellement, seuls ces services de référence peuvent constituer un recours.

## **LES DISPOSITIFS DE RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE**

La moindre tolérance du monde du travail à l'égard du sujet alcoolodépendant justifie l'importance du médecin du travail lors de la visite de pré-reprise.

## **LES MOUVEMENTS D'ENTRAIDE**

Ils facilitent l'approche du sujet en complémentarité des autres intervenants.

## **LES RÉSEAUX ET LES LIENS AVEC LES AUTRES ADDICTIONS**

La prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool repose sur des dispositions notoirement insuffisantes, mal coordonnées et peu complémentaires. Il est donc fondamental de mettre en place une nouvelle organisation diversifiée cohérente qui a plusieurs objectifs :

- la **lisibilité** des dispositifs qui composent le réseau, leur **accès**, le **développement des compétences des acteurs et l'augmentation de leurs effectifs**, **l'accompagnement de la réinsertion**, l'adaptation des structures ambulatoires et hospitalières aux besoins repérés ;
- la **facilitation** de la prise en charge des **co-addictions** et surtout **l'évaluation** de ces dispositifs.

## *RECOMMANDATIONS*

Le jury recommande le regroupement en réseaux spécialisés en alcoologie de l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins du sujet alcoolodépendant. Ce dispositif est actuellement totalement insuffisant. Des moyens financiers précis devraient être consacrés à renforcer l'ensemble des dispositifs existants en prenant en compte leur équilibre au niveau régional, et à encourager leur évaluation.

### **QUESTION 3 – COMMENT GÉRER LES COMPENSATIONS, LES TRANSFERTS DE DÉPENDANCES ET LES ASSOCIATIONS D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (USAGE NOCIF OU USAGE AVEC DÉPENDANCE) ?**

#### **ALCOOL ET TABAC**

Extrêmement fréquente cette co-morbidité alcool-tabac est à l'origine de répercussions somatiques majeures.

Aucune étude ne démontre un taux de rechute alcoolique supérieur en cas de double sevrage.

#### *RECOMMANDATIONS*

La formation des soignants en matière de tabacologie est recommandée. Le sevrage tabagique sera proposé systématiquement dans les suites immédiates ou à distance du sevrage éthylique. Le jury met en garde les praticiens contre la prescription systématique des psychotropes lors du sevrage tabagique. Il conviendrait de sensibiliser les pouvoirs publics au remboursement des substituts nicotiques, leur coût entravant la démarche de soins des populations les plus défavorisées.

#### **ALCOOL ET MÉDICAMENTS**

Parmi les classes médicamenteuses, les benzodiazépines ont le plus fort potentiel addictif.

#### *RECOMMANDATIONS*

- La prescription de benzodiazépines dans le sevrage éthylique sera limitée à 8 jours ;
- Si un traitement anxiolytique s'avère nécessaire, on privilégiera le recours aux molécules à demi-vie longue ;
- Il conviendra de toujours informer le patient du risque de transfert de dépendance ;
- Aucune étude n'ayant démontré, à ce jour, d'effet bénéfique des BZD sur le maintien de l'abstinence des patients alcoolodépendants sevrés, celles-ci doivent être administrées avec la plus grande prudence.

#### **LES SUBSTANCES ILLICITES ET LES PRODUITS DE SUBSTITUTION**

L'essentiel des phénomènes de transfert de dépendance concerne les héroïnomanes. La consommation d'alcool par les patients qui reçoivent de la Méthadone complique suffisamment la prise en charge pour encourager de tels patients à une prise en charge spécifiquement alcoolologique.

La consommation de cannabis n'est que peu influencée par le sevrage éthylique. La majorité de ces usagers présentent une consommation récréative ou contrôlée de cannabis, sans perturbations somato-psychiques particulières.

#### **LES COMPENSATIONS ALIMENTAIRES**

Le post-sevrage se marque par une appétence marquée pour les produits sucrés correspondant à une compensation orale hédonique et au déficit sérotoninergique engendré par l'arrêt de l'alcool. Ces troubles du comportement alimentaire doivent être prévenus par des conseils diététiques, une aide psychothérapique et éventuellement un traitement médicamenteux dont l'efficacité reste à évaluer.

### **QUESTION 4 – QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN CAS D'ASSOCIATION À D'AUTRES TROUBLES ?**

#### **DÉPRESSION**

Le sevrage a un effet bénéfique sur le trouble de l'humeur, surtout en cas de dépression secondaire.

#### **RISQUE SUICIDAIRE**

Il est particulièrement élevé (multiplié par 90 si la consommation d'alcool est supérieure à 100g/jour) ; le jury souligne le fait qu'il s'agit d'un argument majeur pour imposer l'évaluation

systématique de ce risque chez tout alcoolodépendant et la recherche chez tout suicidaire d'une alcoolodépendance.

### **RECOMMANDATIONS**

Ce n'est qu'après une période de 4 semaines de sevrage que la persistance d'une symptomatologie dépressive doit faire éventuellement mettre en route un traitement antidépresseur, en l'absence bien sûr de gravité du syndrome dépressif justifiant alors une hospitalisation.

### **ANXIÉTÉ**

Elle disparaît la plupart du temps avec la poursuite de l'abstinence.

### **RECOMMANDATIONS**

Les benzodiazépines ne sont pas conseillées, sauf en cas d'attaque de panique et d'anxiété généralisée, qui doivent être traitées par la prescription ponctuelle et discontinue de benzodiazépines.

### **TROUBLES PSYCHOTIQUES**

Toutes les psychoses peuvent être associées à une alcoolodépendance et se rencontrer après le sevrage. Le risque des dyskinésies tardives sous traitement neuroleptiques est augmenté en cas d'alcoolisme actuel ou dans les antécédents.

### **TROUBLES DE LA SEXUALITÉ**

Il s'agit d'un point majeur, souvent méconnu, central pour l'équilibre du couple et l'estime de soi. L'arrêt de l'intoxication alcoolique n'est pas toujours rapidement suivi de l'effet attendu et la difficulté à restaurer une vie sexuelle satisfaisante peut être source de rechute et d'échec justifiant donc une prise en charge dans ce domaine, bien au-delà du sevrage.

### **TROUBLES SOMATIQUES**

#### **La cirrhose**

La poursuite de l'abstinence améliore le pronostic de la cirrhose au cours de laquelle les benzodiazépines sont contre-indiqués.

#### **L'hépatite virale C**

La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C est augmentée de façon significative chez les malades alcoolodépendants et la consommation d'alcool aggrave ses conséquences hépatiques, d'où l'importance de proposer systématiquement un dépistage de l'hépatite C chez l'alcoolodépendant et de prendre en compte l'alcoolisme sur ce terrain.

#### **Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et de l'œsophage**

La plupart des cancers des VADS et de l'œsophage est liée à la synergie des effets de l'alcool et du tabac et doit encourager au double sevrage et à leur dépistage.

#### **Le syndrome de Korsakoff**

Sous-évalué dans sa prévalence, il peut s'améliorer dans 20 % des cas quand l'abstinence durable est obtenue.

### **RECOMMANDATIONS**

Améliorer les structures d'accueil favorables au maintien de l'abstinence au cours de l'ensemble de ces pathologies.

Ne pas considérer qu'une pathologie somatique est au-delà d'une prise en charge du phénomène de l'alcoolodépendance.

## **PROBLÈMES POSÉS PAR LA GRANDE EXCLUSION**

Près de ¾ des personnes sans abri consomment régulièrement de l'alcool. La prise en charge se heurte le plus souvent à une absence de demande et une mise en échec des démarches d'aide de soins.

L'objectif d'obtenir un relatif contrôle des consommations pour rendre possible une vie en collectivité est plus raisonnable que celui d'un sevrage et d'une abstinence durable.

## **QUESTION 5 – COMMENT ÉVALUER L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLODÉPENDANT SEVRÉ ?**

Il existe peu d'évaluations, limitées le plus souvent à des mesures d'activité et non d'efficacité.

Si le maintien de l'abstinence est un élément incontournable, il ne peut être considéré comme une fin en soi. L'objectif demeure le mieux être du sujet dans une meilleure insertion familiale, professionnelle et sociale.

### **INDICATEURS D'ÉVALUATION DES MOYENS D'ACCOMPAGNEMENT**

Les indicateurs proposés doivent s'appliquer à tous les moyens d'accompagnement pour la réalisation d'essais comparatifs, mais aussi dans le suivi des patients.

L'appréciation de l'état du sujet dans sa globalité bio-psycho-sociale justifie que des indicateurs de qualité de vie, de bien être psychologique et de santé physique (morbidité-mortalité-appréciation des facultés cognitives-comorbidités) reposent sur des questionnaires standardisés.

Les indicateurs de consommation d'alcool et d'appétence doivent reposer sur des données quantitatives et qualitatives. Les marqueurs les plus utilisés restent le VGM et l'activité de la Gamma-Glutamyl-Transpeptidase.

### **QUAND ÉVALUER ?**

Il n'existe pas de délai idéal pour effectuer l'évaluation. Elle peut être proposée à 3 mois, 6 mois et 1 an. Des rechutes peuvent justifier de façon empirique une évaluation plus tardive de 3 à 5 ans après le début de l'accompagnement.

### **QUI DOIT ÉVALUER ?**

La méthode d'accompagnement utilisée doit être évaluée par le thérapeute et par le sujet lui-même.

### **ÉVALUATION DES PROCÉDURES**

Par ailleurs la recherche de facteurs prédictifs de réponse doit être encouragée (même si l'étude « Match » n'a pas mis en évidence d'autre facteur prédictif que l'influence des troubles psychiatriques associés). Il convient de constituer des sous-groupes homogènes de malades définis sur des facteurs communs.

### **RECOMMANDATIONS**

Le jury constate l'absence courante dans les études déjà réalisées de l'utilisation d'indices composites, prenant en compte simultanément la réalité bio-psycho-sociale de l'individu et sa consommation d'alcool.

Le jury recommande fortement la mise au point d'une nouvelle échelle consensuelle, adaptée à la France, mesurant les indicateurs évoqués pour réaliser des essais contrôlés.

Le jury juge totalement indispensable également que soient mis au point des instruments de mesure d'indicateurs standardisés plus simples, inspirés de l'échelle précédente, pour le suivi courant des malades alcoolodépendants par les différents intervenants de l'accompagnement.

## CONCLUSION

L'alcoolodépendance demeure une pratique addictive spécifique, même si l'association croissante à d'autres dépendances rend de plus en plus complexe l'abord thérapeutique.

Trois notions fortes se dégagent de cette conférence :

- le sujet alcoolodépendant doit être informé des possibilités de suivi et de prise en charge, et recevoir un document écrit, commenté, adapté à la région d'intervention ;
- il est nécessaire de faciliter la mise en place de réseau d'intervenants centré sur le désir du sujet ;
- des outils validés doivent permettre une évaluation de l'accompagnement mis en place.

L'extrême indifférence à la question de l'alcoolodépendance observée jusqu'à présent dans notre société politique, civile, culturelle et professionnelle (en dehors du milieu alcoologique) ne peut servir de paravent à un renoncement irresponsable, et si lourd de conséquences pour l'avenir.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :  
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé  
Service Communication et Diffusion  
159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13  
ou téléchargeable sur le site : [http : //www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par :  
**DUPONT PHARMA et LIPHA SANTÉ**