

# ATTESTATION DE PROFESSIONNEL DE SANTE

---

## NOTICE

### Que doit contenir votre attestation :

- cochez les cases qui correspondent à votre situation en précisant votre profession de santé (médecin – généraliste ou spécialiste en précisant la spécialité, pharmacien, psychologue, infirmier, Professeur, enseignant-chercheur, etc.)

- vous pouvez, si vous le souhaitez, ajouter à la main au verso d'autres détails sur ce que vous avez constaté chez un (ou plusieurs) patient(s) (sans citer son nom), sur les bienfaits du baclofène et les changements dans sa vie, sur les conséquences lorsque le médicament n'est plus pris aux doses efficaces, etc.

- vous pouvez éventuellement préciser la date depuis laquelle il ou elle prend du baclofène, les doses successives prises (jusqu'au maximum), la dose de stabilisation (dose à laquelle il ou elle se sent bien et ne ressent plus le besoin de boire)

**VOTRE ATTESTATION NE SERA CONNUE QUE DU JUGE.  
ELLE DEMEURERA STRICTEMENT CONFIDENTIELLE ET NE SORTIRA PAS DE  
SON DOSSIER. PERSONNE D'AUTRE  
N'EN CONNAITRA JAMAIS LA TENEUR.**

*Après avoir rempli à la main votre attestation*

*(avec tampon ou numéro ADELI si vous en avez un), il vous suffira*

*de l'envoyer par mail à l'adresse suivante :*

*[contact@baclohelp.org](mailto:contact@baclohelp.org)*

*puis par courrier à cette adresse :*

**COLLECTIF BACLOHELP**  
Coordonnateur : Thomas MAËS-MARTIN  
23 rue Marie Stuart  
75002 PARIS

## ATTESTATION

**Je soussigné M.**.....  
**Titre éventuel (Professeur, Docteur, Expert, Maître de conférence, etc.):** .....  
**Profession de santé (actuelle ou passée) :**.....  
**Numéro ADELI (si existant) :**.....  
**Adresse professionnelle (ou personnelle si retraité) :**.....  
.....**CP :** .....  
**Exerçant ou ayant exercé dans la ou les communes de.**.....  
.....**CP :** .....  
**Numéro de téléphone pour vous joindre :**.....  
**Adresse courriel :**.....

**Atteste** (entourer les mentions utiles) **soigner / avoir soigné / suivre / avoir suivi / aider / avoir aidé des patients ayant besoin d'un traitement par le baclofène dans le traitement de leur addiction à l'alcool.**

Depuis la modification de la RTU par l'ANSM en juillet 2017 j'ai constaté ce qui suit (cocher la ou les cases) :

- Le baclofène à hautes doses a permis à mon / mes patients (nombre estimé : \_\_\_) de sortir de la maladie alcoolique (jusqu'à \_\_\_ mg par jour).
- Je n'ai constaté aucun effet secondaire grave dû au baclofène à hautes doses (jusqu'à \_\_\_ mg par jour).
- Les effets secondaires dus au baclofène à haute dose (jusqu'à \_\_\_ mg par jour) que j'ai constatés sont tous temporaires et sans gravité.
- Vu la situation de mes patients (nombre estimé : \_\_\_) souffrant de la maladie alcoolique, le rapport bénéfique risque est nettement favorable à l'autorisation du baclofène à hautes doses.
- Il est impossible, pour certains de mes patients, de réduire les posologies sans risque de reprise de la consommation d'alcool.
- J'ai constaté une crainte infondée sur les risques du baclofène chez certains de mes patients alcooliques ayant une indication certaine de baclofène.
- Des patients disposant d'ordonnances hors AMM payantes rencontrent de réelles difficultés à les payer (minima sociaux) et par conséquent réduisent d'eux même le nombre de boîtes achetées (nombre estimé : \_\_\_)
- J'ai constaté une impossibilité administrative de délivrer le baclofène aux posologies prescrites par le médecin avec le risque de reprise de la consommation d'alcool (nombre estimé : \_\_\_).
- J'ai noté une incompréhension et une crainte face à cette décision administrative qui me semble non fondée (nombre estimé : \_\_\_).

*Attestation destinée au dossier du Collectif BACLOHELP, représenté par Thomas MAËS-MARTIN, afin de servir aux recours en justice contre les décisions de l'ANSM du 24 juillet 2017 et suivants.*

**Fait le .... / .... / 2018**

**Tampon ou numéro ADELI (si existant) et signature**

