



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes

Repérer toutes les expositions à
l'alcool et accompagner chaque
femme

Validé par le Collège le 6 février 2025

Descriptif de la publication

Titre	Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes Repérer toutes les expositions à l'alcool et accompagner chaque femme
Méthode de travail	Méthode d'élaboration des « fiches points clés – organisation des parcours » (HAS, 2015) avec groupe de travail et groupe de lecture.
Objectif(s)	Diminuer les risques encourus par les femmes exposées à l'alcool. Déconstruire les représentations liées au genre féminin et donner à chaque femme accès à une information juste et claire sur le caractère aggravé de ses risques liés à l'alcool par rapport aux hommes ainsi qu'aux mesures d'accompagnement en conséquence. Faire de l'alcool un sujet de santé et de qualité de vie pour toutes les dimensions de l'existence de chaque femme, tout au long de sa vie, et pas seulement en cas de grossesse et maternité éventuelles. Accompagner chaque femme vers une diminution de son risque alcool, tout au long de son parcours de vie et de consommation, sur la base d'un repérage régulièrement actualisé, dans le respect de ses choix et priorités ainsi que de son savoir expérientiel.
Cibles concernées	Les professionnels de premier recours dont les principaux sont : dentistes, diététiciens et nutritionnistes, infirmiers dont la pratique avancée, kinésithérapeutes, médecins généralistes, pairs-aidants et patients experts, pharmaciens, professionnels de la périnatalité, de la petite enfance, de la santé au travail et de l'emploi, de la santé des femmes, de la santé mentale, de la santé sexuelle, de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur, des services d'urgence, travailleurs sociaux et médico-sociaux.
Demandeur	Direction générale de la Santé (DGS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Cheffe de projet scientifique : Marie-Olivia Chandesris Assistante du projet : Isabelle Le Puil puis Marie-Catherine John Responsable de l'unité parcours, pertinence et coopération : Valérie Ertel Pau Chef du service des bonnes pratiques : Pierre Gabach puis Morgane Le Bail
Recherche documentaire	Patricia Marie : documentaliste Maud Lefevre : assistante documentaliste
Auteurs	Marie-Olivia Chandesris et le groupe de travail
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf). Par ailleurs, la base de données publiques « Transparence-Santé » (www.transparence.sante.gouv.fr) rend accessibles les informations déclarées par les entreprises concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations déclarées par les entreprises ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 6 février 2025
Actualisation	

Autres formats

- Synthèse des points critiques intitulée : « Diminuer le risque alcool des femmes : les points critiques en premier recours »
- Fiches outils d'aide au premier recours pour diminuer le risque alcool de toutes les femmes

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – février 2025 – ISBN :

Sommaire

Introduction	7
Méthode d'élaboration	11
Méthode des fiches points clés – organisation des parcours	11
Élaboration et rédaction des fiches points clés	11
Stratégie de recherche documentaire	11
Stratégie de sélection et d'analyse documentaires	12
Stratégie d'intégration de l'expertise professionnelle ainsi que de l'expertise issue des patients et des usagers du système de santé	14
Périmètre et cible des productions	15
Validation et diffusion	18
Note méthodologique, de synthèse documentaire et d'expertise des professionnels, des patients et des usagers	20
1. Ce qu'il faut savoir sur l'alcool en population féminine, sur les enjeux d'un accompagnement des femmes, sur l'organisation sanitaire actuelle en la matière	21
1.1. État des représentations sociales liées à l'usage d'alcool par les femmes et perception des risques associés	21
1.1.1. Les représentations sociales liées à l'alcool sont intriquées aux représentations liées au genre	21
1.1.2. L'alcool comme reflet des rapports de genre et de leurs évolutions	24
1.1.3. La perception des risques liés à l'alcool chez les femmes : des évolutions mais la persistance d'une différenciation de genre délétère pour leur santé	26
1.2. Les spécificités du risque alcool en population féminine (personnes de sexe et/ou de genre féminins)	29
1.2.1. Vulnérabilités physiologiques spécifiques liées au sexe biologique féminin	29
1.2.2. Vulnérabilités spécifiques liées au genre féminin	31
1.2.3. Le risque alcool est amplifié chez les femmes	37
1.2.4. Les situations favorisantes et les raisons de consommer de l'alcool pour les femmes	40
1.2.5. Le risque alcool en période périnatale	50
1.3. Données sanitaires épidémiologiques relatives à l'alcool chez les femmes	63
1.3.1. Les consommations d'alcool en population féminine (hors périnatalité)	64
1.3.2. Données de consommation et/ou d'exposition à l'alcool des femmes en période périnatale	67
1.3.3. Données de morbi-mortalité attribuable à l'alcool chez les femmes (hors périnatalité)	72
1.3.4. Données de morbi-mortalité attribuable à l'alcool en période périnatale	74

1.4.	Repères de consommation, classification des usages et repérage de l'exposition à l'alcool chez les femmes	79
1.4.1.	Les repères de consommation s'agissant de l'exposition des femmes à l'alcool	79
1.4.2.	La classification des usages d'alcool des femmes	81
1.4.3.	Le repérage interventionnel des usages féminins d'alcool : application du RPIB	82
1.5.	État des lieux de l'organisation de notre système de santé et des pratiques professionnelles s'agissant de l'exposition des femmes à l'alcool	84
1.5.1.	Le fonctionnement genré de notre système de santé s'applique à la question alcool	84
1.5.2.	Insuffisance de notre système de santé en matière de santé des femmes face à l'alcool	85
1.5.3.	État des lieux en matière de repérage de l'exposition des femmes à l'alcool et à ses risques	90
1.5.4.	État des lieux en matière d'accompagnement des femmes face à l'alcool	94
2.	Accompagner dès le premier recours chaque femme pour diminuer le risque alcool	106
2.1.	La nécessité d'un premier recours diversifié et d'une dynamique partenariale pour accompagner chaque femme	106
2.1.1.	Une nécessaire diversité d'acteurs, de dispositifs, de structures	106
2.1.2.	Accompagner chaque femme implique une nécessaire dynamique partenariale et d'adaptation à la réalité des situations et des besoins des femmes	113
2.2.	Informé, un impératif de santé publique et déjà un « agir » contribuant à diminuer le risque alcool des femmes	115
2.2.1.	Libérer la parole sur le sujet alcool chez les femmes	115
2.2.2.	Faire de l'alcool un sujet de santé classique et automatique pour toutes les femmes et tout au long de leur vie	115
2.2.3.	Informé de façon juste et claire sur la situation des femmes face à l'alcool, un enjeu majeur de santé publique	116
2.2.4.	Informé est déjà un « agir » contribuant à diminuer le risque alcool des femmes	116
2.2.5.	L'importance de renforcer une information juste sur l'alcool et de généraliser sa diffusion	117
2.2.6.	Proposition du groupe de travail en termes de contenu d'information alcool s'agissant de la population féminine	119
2.3.	Repérer pour pouvoir agir sur les déterminants et les risques liés aux expositions à l'alcool des femmes	121
2.3.1.	Le repérage des risques liés aux expositions à l'alcool des femmes suit les mêmes principes qu'en population générale	121
2.3.2.	Le repérage des risques liés aux usages d'alcool des femmes doit être soucieux de leurs spécificités	124
2.3.3.	Le repérage des risques liés à l'alcool chez les femmes permet un repérage bien plus vaste des déterminants de leur santé	125
2.3.4.	Repérer les risques liés à l'alcool pour la périnatalité : une question systémique et non restreinte à l'étape de grossesse diagnostiquée	126

2.3.5. De l'importance du repérage des TSAF pour diminuer le risque alcool des enfants exposés, mais aussi de leur entourage familial	128
2.4. Accompagner chaque femme à diminuer son risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective	129
2.4.1. Des conditions préalables favorisant l'accès à l'accompagnement de chaque femme exposée à l'alcool	130
2.4.2. La diminution du risque alcool des femmes s'appuie sur les objectifs généraux d'accompagnement et des objectifs visant plus spécifiquement la condition des femmes	134
2.4.3. L'accompagnement des femmes face à l'alcool relève d'un partenariat entre les différents acteurs concernés et d'une structuration en réseau pluridisciplinaire	154
Table des annexes	158
Références bibliographiques	188
Participants	202
Abréviations et acronymes	206

Introduction

La consommation de boissons alcoolisées reste très importante en France (1), que ce soit en fréquence et volumes de consommations autant qu'en prévalence d'usagers, ces derniers représentant, selon les dernières estimations, 85 % de l'ensemble de la population adulte âgée de 18 à 75 ans (soit 43 millions de personnes) (2). S'agissant de l'estimation des consommations sur la base des ventes de boissons alcoolisées, la France se situe, en 2022, au 13^e rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avec une moyenne de 10,5 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus¹. Cet indicateur global ne permet cependant pas d'apprécier les comportements à l'échelle individuelle (notamment en termes de modalités de consommation) et leurs évolutions tout particulièrement selon le genre des personnes. Pourtant, au gré de l'acquisition progressive de leurs droits, les comportements d'usage d'alcool des femmes, même s'ils restent inférieurs en quantité par rapport aux consommations masculines (3), ont évolué à la hausse de même qu'ils tendent à se rapprocher de ceux des hommes en prévalence d'usage et dans leurs modalités (qualitatives et quantitatives) (2, 4, 5). La libération et la normalisation des consommations féminines, voire leur valorisation au titre de marqueur d'émancipation, tendent à faire oublier que les femmes ont une susceptibilité majorée aux dommages liés à l'alcool par rapport aux hommes (5-7). Cela soulève aussi une contradiction de fond quant au jugement sociétal plutôt négatif porté sur leurs pratiques d'alcoolisation, mais également en termes de rapport bénéfices/risques pour les femmes de l'évolution de leurs usages (8).

Les dommages liés à l'alcool demeurent considérables (9). L'alcool constitue la première cause d'hospitalisation en France (10-14) et représente à lui seul 200 items de la codification hospitalière dans le cadre du PMSI (15). L'alcool est en effet associé à plus de 60 maladies et représente plus de 200 affections et traumatismes avec par ordre de fréquence des principales affections : cancers, pathologies cardiovasculaires, troubles métaboliques dont le diabète, troubles neurocognitifs, troubles psychiatriques dont les conduites addictives, maladies hépato-digestives, accidents et suicides. La mortalité annuelle attribuable à l'alcool, et par nature évitable, estimée en France entre 40 000 et 50 000 décès (soit jusqu'à près de 8 % de la mortalité globale), se situe dans la fourchette haute à l'échelle mondiale (16-19). En plus d'être une cause fréquente de décès prématurés, ces dommages peuvent lourdement altérer la santé ainsi que la qualité de vie (15, 19). L'alcool est en effet susceptible d'affecter toutes les dimensions de la personne, de son entourage et de la société : physique, psychique, relationnelle, affective, familiale, socioprofessionnelle, économique, juridique. Divers facteurs influencent les effets provoqués par l'alcool, la fréquence, le type et la gravité des conséquences dommageables qui lui sont attribués. Qu'il s'agisse de la précocité et/ou des modalités d'usage, des contextes de survenue, des comorbidités (médicales autant que sociales), des vulnérabilités spécifiques liées à certaines populations ou encore de l'accès à l'information sanitaire et aux soins, l'alcool en tant que question de santé justifie une approche globale de chaque personne, qui ne se restreigne donc pas à la seule estimation des quantités consommées (une telle évaluation s'avérant d'ailleurs toujours faussée du fait de divers biais de sous-déclaration (18, 20, 21)). Quoi qu'il en soit, au-delà du caractère spécifique de chaque situation individuelle, existent de grandes tendances. Parmi celles-ci, le fait que les dommages liés à l'alcool soient maximaux chez les plus jeunes, l'alcool s'avérant être le premier facteur de risque de mortalité prématurée et d'incapacité chez les 15-49 ans au niveau mondial en 2016 (22). Le fait aussi que la population féminine subit des dommages globaux aggravés témoignant d'une inégalité des

¹ [Consommation d'alcool | OCDE \(oecd.org\)](https://www.oecd.org/fr/consommation-alcool/) (site consulté le 26 avril 2024).

hommes et des femmes face à l'alcool (4, 23, 24) alors même que leurs consommations, malgré leurs évolutions à la hausse, restent de moindre quantité par rapport à celles des hommes (2, 25).

Le présent travail constitue le second volet du dossier intitulé « Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool : repérer tous les usages et accompagner chaque personne » et publié en octobre 2023 (26). Faisant suite à une saisine de la direction générale de la Santé (DGS), ce dossier s'inscrit dans la continuité des travaux de la HAS sur la thématique alcool (27-35). Il trouve également une particulière résonance avec la dernière expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) publiée en 2021 sur le sujet de la réduction des dommages liés à l'alcool (22) ainsi qu'avec les objectifs portés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont le *Global alcohol action plan 2022-2030* instituant la prévention et la réduction des effets nocifs de l'alcool comme une priorité de santé publique (36). Ce second volet aborde et approfondit la question de la sous-population des femmes au regard de l'évolution de leurs usages, de leurs spécificités et des vulnérabilités qui y sont associées, augmentant leur niveau de risque face à l'alcool.

Les facteurs liés au sexe et au genre, ainsi que les déterminants de santé et les facteurs intersectionnels (traumatismes, discriminations, violences, pauvreté, etc.) ont une influence considérable sur les consommations d'alcool et leurs effets sur la santé (24, 37, 38). Les facteurs biologiques liés au sexe féminin et les facteurs sociaux liés au genre féminin influencent les consommations d'alcool, dans leur prévalence autant que dans leurs modalités (fréquence, intensité, contextes de survenue, etc.). Ils induisent non seulement des effets différents sur les femmes, les hommes et les personnes d'identités de genre diverses, mais également, et en retour des usages d'alcool au sein de ces populations, ils provoquent des réactions différenciées à leur égard, que ce soit à l'échelle sociale (y compris professionnelle) autant que sanitaire. Les professionnels de santé, eux-mêmes consommateurs, sont influencés par leur propre rapport intime à l'alcool, par leur genre et par les mêmes représentations que tout autre citoyen (39, 40). Aux représentations portant sur l'alcool en lui-même – sa valorisation culturelle d'une part et la stigmatisation des usagers ayant perdu le contrôle de leurs consommations d'autre part (se référer au chapitre 1.1 de l'argumentaire en population générale (26)) – s'ajoutent les représentations liées au genre féminin. C'est ainsi que le tabou à l'œuvre autour du sujet alcool est amplifié s'agissant des usages féminins, y compris dans les pratiques des soignants, les femmes exposées constituant un public minorisé (et donc négligé) et surstigmatisé (41). L'inégalité entre les hommes et les femmes devant l'alcool ne relève donc pas seulement de facteurs biologiques spécifiques de vulnérabilité accentuant les effets toxiques de l'alcool sur le corps des femmes, mais également des effets de discrimination systémique à leur égard du fait de leur genre (24, 37). C'est aussi pour ces raisons que les femmes sont exposées à un risque accru d'agression sexuelle et de violences conjugales (24, 42-44).

Les freins et les blocages constatés chez les professionnels de santé en matière de prévention et d'accompagnement des femmes exposées à l'alcool relèvent de nombreux facteurs, y compris sociétaux en lien avec ces représentations et qui sont très ancrés. Parmi ces facteurs : la méconnaissance et/ou la sous-évaluation des risques spécifiquement encourus par les femmes (y compris en cas de grossesse), la sous-estimation et/ou la dévalorisation des symptômes rapportés par des femmes, le tabou, le déni et/ou la réprobation à l'égard des usages féminins d'alcool. De même, malgré les différences en termes de facteurs de risque et de comportements entre hommes et femmes, les usages féminins d'alcool sont étudiés et évalués selon le modèle masculin considéré comme le prototype de la consommation d'alcool. Alors que ce modèle sert de grille de lecture et d'interprétation des usages d'alcool (45-47), les résultats d'évaluation et les modalités d'accompagnement qui sont proposés par les praticiens de santé (dont les médecins généralistes) diffèrent selon le sexe et/ou le genre de la personne. Les femmes sont ainsi plus souvent jugées négativement, voire réprimées quand les hommes sont au contraire plus facilement valorisés, au point d'enjoindre aux premières un arrêt

complet de leurs consommations quand il est proposé aux seconds simplement de les modérer (40). Un premier enjeu de ce travail consiste dès lors à favoriser une meilleure connaissance et implication des praticiens quant aux spécificités des femmes vis-à-vis de l'alcool afin qu'ils puissent adapter leur approche sanitaire en conséquence, en termes d'information, de repérage de leurs usages et d'accompagnement (24), en se prémunissant de jugements inappropriés.

Un deuxième enjeu est d'ouvrir le champ d'attention des professionnels de santé à l'ensemble des femmes (personne de sexe et/ou de genre féminins), à l'ensemble des risques qu'elles encourent et ce tout au long de leur vie et sans limite d'âge (jeune fille mineure, jeune femme, femme adulte, femme âgée). Les femmes sont d'abord des femmes, avant d'être éventuellement enceintes. Mais plus encore, la périnatalité ne résume pas à elle seule la question de l'ensemble des enjeux de l'exposition des femmes à l'alcool et aux dommages qui en résultent et affectent leur santé et leur qualité de vie, quelle que soit la période de leur existence. Les femmes doivent ainsi être informées des risques généraux et spécifiques (dont celui de cancer du sein (48, 49)) liés à leurs usages d'alcool, et des moyens de les diminuer, pas seulement lorsqu'une grossesse est déjà en cours. Comme développé en population générale, l'information et l'accompagnement sanitaires en matière d'alcool devraient ainsi pouvoir intervenir au plus tôt dans la vie de chaque femme puis de façon régulière tout au long de son existence. Il s'agit de permettre à toutes les femmes de pouvoir agir en conséquence des impacts majorés de l'alcool pour leur santé (physique et psychique), leur bien-être social et leur sécurité, leur vie affective, familiale, relationnelle et professionnelle, via un accès facilité à l'information, aux aides et, le cas échéant, aux soins.

Si la question sanitaire des femmes face à l'alcool ne peut se réduire à la seule période éventuelle de périnatalité (*a fortiori* la seule période gestationnelle), la périnatalité et les risques induits par l'alcool qui peuvent l'impacter ne relèvent pas seulement des usages féminins d'alcool. D'une part, les usages d'alcool du géniteur sont aussi impliqués dans l'occurrence des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) (50). D'autre part, la période de la périnatalité dans son ensemble (depuis le désir d'enfant et donc le projet de conception jusqu'à l'éducation parentale), et non pas la seule période de grossesse diagnostiquée, est d'une particulière vulnérabilité s'agissant des effets délétères de l'alcool. L'exposition à l'alcool constitue une triple menace pour la santé de la femme enceinte, pour le déroulement même de la grossesse ainsi que pour la santé, le développement et le bien-être d'un futur enfant (51). Même si la périnatalité ne peut donc être exclusive dans la particulière attention sanitaire qui doit être accordée aux femmes en matière d'alcool, elle est abordée dans ce travail avec pour fil conducteur d'en souligner toujours la dimension systémique. La question « Alcool et périnatalité » et la prévention des dommages associés à ses usages, que ce soit pour la santé reproductive (l'alcool étant un facteur de risque pour la fertilité (52) et la fécondité, en favorisant notamment les fausses couches), pour la santé des femmes et pour celle de futurs enfants relèvent d'une prise de conscience et d'un engagement d'ampleur collective (50, 51). L'enjeu d'améliorer les connaissances en la matière est de taille. Si beaucoup de femmes ignorent encore que l'alcool est un facteur de risque embryofœtal à tous les stades de la gestation, notamment à son tout début (lorsque la grossesse n'est pas encore identifiée) et ce même pour des consommations considérées comme de faible quantité (53), cette méconnaissance des risques affecte la société en son ensemble, y compris des professionnels de santé (se référer au chapitre 1.3.5 de l'argumentaire en population générale (26)). Cette méconnaissance porte aussi sur le rôle des hommes géniteurs dont les usages d'alcool ont d'une part les mêmes impacts délétères sur la santé reproductive, d'autre part contribuent à l'occurrence de malformations (l'alcool étant tératogène) et de TSAF, par toxicité épigénétique² transmise via les gamètes

² Historiquement, l'épigénétique a été définie comme l'étude des changements héréditaires, réversibles et adaptatifs de l'expression des gènes n'impliquant pas de changement de la séquence nucléotidique de l'ADN. D'une manière générale, l'épigénétique renvoie à tout mécanisme modifiant l'expression génique de transmission héréditaire mais échappant aux lois de la génétique mendélienne.

mâles (50, 55, 56). L'enjeu sanitaire est d'autant plus important qu'en conséquence des différentes modalités d'exposition périnatale (en préconceptionnel, durant la phase conceptionnelle, durant toute la gestation, y compris en amont de la notoriété d'une grossesse, puis lors de l'allaitement), et ce même en l'absence de trouble de l'usage d'alcool (TUA) chez l'un ou l'autre parent, l'alcool représente, en France, la première cause évitable de retard mental d'origine non génétique, ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant (57). D'incidence nationale estimée à 1 % de l'ensemble des naissances vivantes (15, 22, 27, 58), soit une marge haute à l'échelle mondiale, la prévention, le repérage et l'accompagnement des TSAF confrontent à des enjeux complexes dont le déni sociétal du risque autant que de l'ampleur des dommages morpho-fonctionnels irréversibles qui en résultent. Un tel déni conduit en effet à la minimisation des consommations comme des risques et au silence sur le sujet des dommages de l'alcool pour la périnatalité. S'inscrit dans ce cadre aussi l'enjeu du diagnostic et de l'accompagnement précoces des enfants concernés par l'alcoolisation fœtale. Passant facilement inaperçue à la naissance en cas de forme incomplète, l'expression tardive des TSAF par des troubles des apprentissages, de la scolarité et du comportement parfois sévères, mais restant non identifiés dans leur étiologie, prive d'une prise en charge pluridisciplinaire précoce visant à soutenir le développement de l'enfant ainsi que d'interventions (de dépistage ou de prévention) pour la fratrie éventuelle comme d'un accompagnement parental.

L'étude des femmes face à l'alcool souligne plus encore qu'en population générale la dimension systémique et collective de cette question majeure de santé qu'est l'exposition à l'alcool. En témoignent les raisons qui sous-tendent les usages féminins d'alcool parmi lesquelles le poids des normes et de la pression sociale, l'environnement de vie, les facteurs traumatiques et de stress, l'accessibilité aux ressources sanitaires, etc. S'il n'est pas vecteur d'information favorable à la santé, l'entourage, tout en niant leur vulnérabilité, tend à favoriser le déni et, par effet d'entraînement, les consommations des femmes, y compris enceintes, et contribue ainsi à l'occurrence de nombreux troubles neurodéveloppementaux (TND) pourtant évitables. Ces constats, comme le tribut aggravé des femmes face à l'alcool via les comportements d'autrui et notamment les violences qu'elles subissent, soulignent l'importance d'une approche systémique et de responsabilisation sociétale (bien loin du principe de responsabilité individuelle). Ils invitent aussi à questionner l'intérêt d'une approche par le genre, que ce soit en termes de sensibilisation, d'actions de prévention, de repérage et d'accompagnement visant à diminuer le risque alcool des femmes à l'aune de leurs spécificités, notamment en termes de modes de vie et vulnérabilités. Le présent argumentaire s'emploie à déployer l'ensemble de ces axes.

Concrètement, trois mécanismes épigénétiques sont actuellement identifiés : méthylation de l'ADN, altération des histones (méthylation ou acétylation des histones), modification des microARN. L'éthanol affecte ces trois mécanismes épigénétiques, que ce soit en préconceptionnel, en prénatal ou en postnatal. Les modifications épigénétiques survenues en prénatal, tératogènes et neurotoxiques, persistent après la naissance et pourraient ainsi constituer des biomarqueurs potentiels des TSAF (54). Site de l'INSERM : [Épigénétique – INSERM, La science pour la santé](#) (consulté en ligne le 14 novembre 2024).

Méthode d'élaboration

Méthode des fiches points clés – organisation des parcours

Dans la continuité du travail effectué en population générale (se référer au chapitre « Méthode d'élaboration » de l'argumentaire en population générale (26)), la méthode des « fiches points clés – organisation des parcours » a été maintenue pour ce second volet du travail.

Pour rappel, les fiches points clés s'adressent aux :

- professionnels contribuant à la santé exerçant en ville, en établissements hospitaliers ou en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) qui souhaitent s'organiser pour améliorer leur pratique ;
- institutionnels responsables de la mise en œuvre des parcours de soins au niveau des territoires, en premier lieu les agences régionales de santé (ARS).

La méthode d'élaboration des « fiches points clés – organisation des parcours » est décrite dans un guide méthodologique publié sur le site de la HAS³.

Ces fiches n'abordent pas les soins addictologiques puisque les TUA ne sont pas le sujet de ce travail et qu'ils font déjà l'objet de recommandations générales actualisées (59). Bien qu'il n'existe pas de recommandations nationales spécifiquement dédiées aux femmes en situation de TUA, des travaux abordent cette question de façon genrée (47).

Ces fiches traitent de l'accompagnement de tout usager du système de santé (en l'occurrence dans ce second volet, de sexe et/ou de genre féminins) vers une diminution de son risque alcool, quelle que soit sa situation particulière vis-à-vis de l'alcool (y compris donc en cas de non-usage, lequel ne prévient pas des complications liées à l'alcool en cas d'abstinence secondaire et/ou émanant de tiers consommateurs). Elles n'excluent pas non plus les personnes en situation de TUA, lequel s'inscrit toujours dans un *continuum* évolutif des usages (se référer au chapitre 1.6.3 de l'argumentaire en population générale (26)) et parce que ces personnes peuvent tirer bénéfice d'un accompagnement en premier recours visant la diminution du risque alcool.

Ces fiches sont indissociables de celles produites dans le premier volet dédié à la population générale (26), dont l'ensemble des principes est applicable aux femmes. Elles en sont complémentaires car elles abordent les points critiques et d'attention particulière pour les femmes en premier recours au regard de leurs spécificités.

Élaboration et rédaction des fiches points clés

Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire est décrite en Annexe 1.

³ Haute Autorité de santé. Guide méthodologique – Fiches points clés, organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine ; 2015.
[Haute Autorité de santé – Guide méthodologique – Fiches points clés, organisation des parcours \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/guide-methodologique-fiches-points-cles-organisation-des-parcours)

Stratégie de sélection et d'analyse documentaires

Pour ce second volet de travail, la recherche documentaire initiale et utilisée pour les travaux en population générale, tout en restant pertinente pour la question de la population féminine (se référer au chapitre « Stratégie de sélection et d'analyse documentaire » de l'argumentaire en population générale (26)), a été complétée par une recherche spécifique et donc plus ciblée. Nous ne préciserons donc ici que les aspects nouveaux dans la stratégie documentaire.

Dans la continuité de l'argumentaire en population générale, le même type de plan a été choisi pour l'argumentaire en population féminine. Partant, l'analyse des documents sélectionnés a été intégrée dans le contenu de l'argumentaire, particulièrement au sein du chapitre 1 consistant en un état des lieux, tout en étant enrichie et confrontée aux données d'expertise issues du groupe de travail dans le chapitre 2. Les travaux de la HAS sur le sujet ont été intégrés à chaque fois qu'ils correspondaient à la question posée.

La recherche documentaire, dans le cadre de la méthode choisie, n'ayant pas pour but l'exhaustivité mais la pertinence, nous nous sommes focalisés sur les articles jugés les plus importants et utiles pour étayer les questions soulevées. Ainsi, les caractéristiques principales de la documentation complémentaire retenue et analysée pour ce travail ainsi que les premiers constats qui peuvent en être tirés sont les suivants.

- La question des représentations sociales a été approfondie à l'aune de la notion de genre en complément des références bibliographiques disponibles issues du travail en population générale. De même, une clarification sémantique a été nécessaire pour définir et distinguer sexe et genre et ainsi pouvoir appréhender distinctement les facteurs liés au sexe de ceux liés au genre. Si la littérature médicale et scientifique a été suffisante pour passer en revue les facteurs liés au sexe féminin, une documentation émanant de revues de psychologie sociale et de sociologie a été nécessaire pour appréhender les facteurs liés au genre, leurs implications et leurs enjeux (4-6, 24, 60-62).
- Il est notable que, s'agissant de la question des femmes exposées à l'alcool, la littérature scientifique autant que les recommandations des sociétés savantes ainsi que les documents institutionnels ciblent essentiellement (parfois exclusivement) la période de la grossesse et de l'allaitement. La documentation s'est, en conséquence, trouvée très déséquilibrée au profit de la période périnatale et aux dépens de la santé des femmes hors périnatalité. Il est aussi important de relever qu'en dehors de la grossesse elle-même, les autres dimensions et périodes critiques de la périnatalité (fertilité et fécondité, phases préconceptionnelle et conceptionnelle, phase initiale d'ignorance d'une grossesse débutante, lien parent-enfant, parentalité) sont bien moins souvent explorées et analysées que la période de la grossesse diagnostiquée et donc connue ainsi que de l'allaitement. Quoi qu'il en soit, il a été possible d'extrapoler un certain nombre de déterminants des usages d'alcool documentés chez les femmes enceintes ou allaitantes, aux femmes ne se trouvant pas dans cette configuration (femmes hors périnatalité) mais exposées à des facteurs causaux identiques.

La sélection de travaux et publications, d'origine nationale, relatifs aux parcours de soins s'agissant des femmes exposées à l'alcool durant une grossesse ou l'allaitement et plus largement en période périnatale, inclut notamment :

- le chapitre « consommation de substances psychoactives et périnatalité », issu des recommandations pour la pratique clinique (RPC) « Interventions pendant la période

périnatale » produites par le Collège national des sages-femmes de France (51). Une sélection d'articles de scientifiques vient compléter l'étayage du rôle toxique de l'alcool à toutes étapes de la périnatalité ;

- le document « Alcool et développement » produit par la Société française d'alcoologie (SFA) incluant une « actualisation des connaissances sur les faibles niveaux de consommations » ainsi que le sujet de « la consommation préconceptionnelle des deux parents » (63). Une sélection d'articles de science fondamentale sur la toxicité épigénétique de l'alcool médié par les gamètes mâles complète l'étayage de cette question ;
- le guide à l'usage des professionnels produit par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé « Alcool et grossesse, parlons-en » (64) ;
- la fiche pratique du kit addictions du Collège de la médecine générale (CMG) « Consommation de substances psychoactives et périnatalité » (65) ;
- l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatif à la révision des repères alimentaires pour les femmes enceintes et allaitantes (66) ;
- les différentes productions HAS traitant de la femme enceinte s'agissant de l'information (67), du suivi et de l'orientation en cas de situation à risque (68, 69), de l'orientation pour l'accouchement (70) et de la préparation à la naissance et la parentalité (71) ;
- les données d'exposition à l'alcool durant la grossesse et de prévalence des TSAF :
 - le rapport d'élaboration HAS « Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage » (27) ;
 - les données épidémiologiques émanant, entre autres, des enquêtes nationales périnatalité (ENP) (72, 73), des données de surveillance de Santé publique France (SPF) (58) et de l'Institut de veille sanitaire (InVS) (74).

Il est notable que le rapport de surveillance de la santé périnatale en France publié en 2022 par SPF n'est pas utilisable s'agissant de l'exposition à l'alcool. Ce rapport mentionne en effet que : « Les données existantes sur la consommation d'alcool durant la grossesse n'ont pas été intégrées dans cette analyse car issues en majorité d'enquêtes et d'autodéclarations, favorisant la sous-estimation de la consommation réelle, liée en partie à la question de désirabilité sociale » (75).

- L'objectif de ce travail étant d'appréhender la question de toutes les femmes face à l'alcool, sans limite d'âge, quel que soit le moment de leur vie, sans restriction à des situations particulières, un effort particulier a été mené pour éviter l'écueil d'une focalisation sur la seule période périnatale, *a fortiori* sur la seule période de grossesse diagnostiquée. Restreindre la question alcool comme sujet de santé à la seule grossesse eût été très réducteur (étant donné la fréquence et l'ampleur des dommages possibles hors périnatalité) et discriminant (pour les femmes qui ne vivent pas de grossesse). Il s'est ainsi agi d'éviter autant que possible un focus excessif sur la périnatalité mais sans l'exclure et de trouver un équilibre entre toutes les dimensions de la vie des femmes, toutes susceptibles d'être affectées par l'alcool (vie affective, professionnelle, sociale, santé physique et/ou psychique, sécurité et qualité de vie, etc.).

Hormis la production de Fédération Addiction en 2012 portant sur les femmes mais restreinte à la seule situation d'addiction (ne ciblant donc que les TUA) (47), la documentation en la matière s'est avérée être d'origine internationale avec notamment :

- l'étude québécoise particulièrement utile et exemplaire intitulée : « Alcool au féminin – Rapport final sur les enjeux liés à la consommation d'alcool chez les Québécoises », émanant de l'Association pour la santé publique au Québec (ASPQ) (4) ;
- le rapport « Le sexe, le genre et l'alcool : directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes » (24, 76), le rapport final intitulé « Repères canadiens sur l'alcool et la santé » (77) ainsi que le chapitre dédié aux femmes au sein du rapport final pour consultation publique intitulé « Le projet d'actualisation des directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada » (78), émanant du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances ;
- la production « *Women and alcohol: a women's health resource* », émanant du *Center of Excellence for Women's Health* (CEWH) (79) ;
- le document « *Brief intervention on substance use with girls and women* » sous-titré « *50 Ideas for Dialogue, Skill Building, and Empowerment* », émanant du CEWH (80), traite de toutes les dimensions des femmes en dehors de la périnatalité, mais aussi des étapes de désir et planification d'enfant, périnatalité dont l'allaitement, parentalité s'agissant de l'alcool, du tabac, des opioïdes et autres substances.

Mais il n'a pas été identifié de publication portant sur des modalités de repérage des consommations d'alcool qui seraient spécifiques aux femmes (hors grossesse durant laquelle l'AUDIT est validé et recommandé) et plus généralement d'évaluation situationnelle par rapport à l'alcool qui serait plus spécifique aux femmes.

- Il n'a pas été identifié de travaux ni publications relatifs à la réduction des risques et des dommages (RdRD) spécifiquement dédiés à la population féminine. Ce constat est cohérent avec le fait qu'il s'agit de principes et modalités pratiques d'intervention qui sont non genrés.
- Pour rappel et dans la continuité du travail en population générale, les publications et recommandations relatives aux prises en charge addictologiques des TUA, ainsi qu'à la gestion en elle-même des complications attribuées à l'alcool (notamment somatiques et psychiques) n'ont pas été retenues puisqu'elles ne faisaient pas l'objet du présent travail, dont le périmètre d'action se situe en amont (repérage et accompagnement visant à diminuer le risque alcool dans le cadre du premier recours).

Stratégie d'intégration de l'expertise professionnelle ainsi que de l'expertise issue des patients et des usagers du système de santé

Comme dans le travail effectué en population générale et conformément aux principes de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) (81-83), l'expertise scientifique ici produite résulte de l'analyse des données de la littérature scientifique complétée et enrichie par :

- l'expertise issue des professionnels concernés à partir de leur pratique clinique et leur expérience de terrain (se référer à la composition des groupes de travail et de lecture) ;
- le vécu et les savoirs expérientiels ainsi que l'expression des besoins et préférences émanant des usagers du système de santé et de patients pairs, dont des patients experts.

Le groupe de travail (GT) est détaillé dans le chapitre « Participants » en fin de document.

Les mêmes constats que durant les travaux en population générale ont été faits s'agissant des femmes. D'une part, le sujet alcool se caractérise par l'importance des données expérientielles ne faisant pas l'objet de publications scientifiques et donc se révélant accessibles uniquement par les échanges directs avec les professionnels et les usagers du système de santé (tels qu'ils ont été possibles durant les réunions de GT et via les avis du groupe de lecture (GL)). D'autre part, il convoque de nombreuses questions qui dépassent le seul périmètre de la science et de la médecine. Ces questions, qui n'en demeurent pas moins des enjeux incontournables, peuvent être de nature sociétale (discriminations et violences, de tous types, majorées à l'égard des femmes), culturelle (valorisation de l'alcool et de l'émancipation des femmes que leurs consommations tendent à illustrer), sociologique (l'alcool comme levier d'intégration et de reconnaissance au cœur d'univers masculins, notamment professionnels), politique (les questions d'identité de genre ou d'égalité ne manquent notamment pas d'être convoquées en ce domaine). Comme ce fut déjà le cas pour le travail en population générale, ces réalités impactent nécessairement ce second volet de production dédié aux femmes puisque pour proposer des éléments de réponse aux nombreuses questions soulevées, il ne pouvait se restreindre aux seules données scientifiques.

Périmètre et cible des productions

Périmètre de la population concernée : les femmes

La population concernée par ce travail est la population féminine, c'est-à-dire les personnes de sexe et/ou de genre féminins. Les éléments d'information, les conseils et interventions d'aide et d'accompagnement développés dans cet argumentaire, s'agissant des risques associés à l'alcool et à ses usages ainsi que des moyens de les diminuer, s'adressent à toute personne reconnue au sein de cette population. Si la situation particulière des personnes transgenres, les discriminations spécifiques à leur rencontre et les implications bio-anatomiques d'une éventuelle transition médicale de genre (traitement hormonal, réassignation sexuelle) ne sont pas l'objet de ce travail et n'y sont donc pas développées, les personnes de sexe féminin seul ou de genre féminin seul peuvent naturellement bénéficier des informations, conseils et préconisations visant la diminution des risques en lien avec les facteurs de vulnérabilité liés au sexe et/ou au genre féminins.

Le nombre très restreint de travaux spécifiquement dédiés à la question « femmes et alcool », en dehors des seules périodes de grossesse et d'allaitement, que ce soit au niveau national comme international – à l'exclusion du Canada qui se démarque par des travaux spécifiques conséquents (4, 24, 76) –, questionne. D'aucuns peuvent à ce titre soulever la question de pourquoi faire un focus femmes, estimant qu'une telle démarche pourrait être à double tranchant et être susceptible de renforcer la stigmatisation à l'œuvre à l'égard des femmes en les définissant comme une population distincte. L'argumentaire vient développer l'ensemble des raisons qui justifient un tel travail et l'importance d'un accompagnement éclairé par les spécificités des femmes au profit de leur santé, leur sécurité, leur qualité de vie. La question tend dès lors à s'inverser, à savoir que le défaut de tels travaux spécifiquement dédiés aux femmes témoignerait de leur discrimination au profit d'un modèle médical masculin exclusif, comme cela a longtemps pu être constaté dans les travaux de recherche et les essais cliniques (84-86). Par son rapport d'élaboration prospective publié en 2020, la HAS est engagée dans cette voie, celle de la pleine reconnaissance du sexe et du genre comme des facteurs qui « influent sur notre sensibilité aux maladies, leur expression, nos parcours de santé et de vie, ainsi que sur nos comportements en tant qu'usagers comme en tant que professionnels » (87).

L'intérêt d'inclure toutes les femmes dans le périmètre de ce travail, sans restriction d'âge (et donc également les mineures autant que les femmes d'âge avancé, y compris au-delà de la ménopause), sans restriction de situation donnée (par exemple, situation festive, situation de désir d'enfant ou de grossesse en cours, situation de femmes dans la vie active hors grossesse et maternité, etc.), sans restriction de modalités d'exposition à l'alcool (tous types d'usage depuis le non-usage jusqu'au TUA, mais aussi l'exposition *in utero* s'agissant d'accompagner dès en amont un enfant à naître, enfin l'exposition indirecte via les conséquences de l'usage d'un tiers), y compris donc les femmes qui ne consommeraient pas ou du moins qui sembleraient ne pas être en situation de risque et/ou de problème apparent, relève de plusieurs arguments :

- la question alcool étant d'autant plus taboue chez les femmes, cela les conduit d'autant plus à masquer leurs usages et les professionnels à faire silence sur le sujet dans une dynamique d'auto-amplification généralisée à l'échelle sociétale du déni de la réalité des usages d'alcool et du niveau d'exposition à la diversité de ses risques (41) ;
- la méconnaissance par la population autant que par certains professionnels de santé de l'ensemble des risques liés à l'alcool, y compris en période périnatale, notamment durant la grossesse, conduit à ce que nombre de femmes se trouvent exposées à des risques qui leur sont méconnus, notamment parce qu'elles n'en ont pas été informées ;
- même non-consommatrices ou très faiblement, l'alcool étant universellement présent, ses effets sur leur environnement peuvent les impacter négativement (par exemple, en favorisant la discrimination, la négligence et les violences à leur égard) ;
- les femmes peuvent être vectrices d'informations favorables à la santé, notamment pour leur entourage (dont les enfants). Ainsi, même s'il n'a pas été constaté en 2020 de différence selon le sexe dans la connaissance par 91 % des personnes interrogées de la recommandation de « zéro alcool pendant la grossesse », une différence significative est observée s'agissant de l'existence d'un risque dès le premier verre de boisson alcoolisée qui est mieux connue des femmes, de même que la fausseté de l'énoncé comme quoi « il est conseillé de boire un petit verre de vin de temps en temps pendant la grossesse » (88).

Traiter de la population féminine a une portée globale puisque cela implique l'ensemble de la population et peut tout autant apporter aux hommes qu'aux femmes en termes de meilleure gestion des risques liés à l'alcool pour eux-mêmes et pour leur entourage. C'est en ce sens que ce travail a été mené, depuis l'analyse de la littérature jusqu'aux réunions d'échange avec les experts, c'est-à-dire dans le sens de la déstigmatisation, du décroisement et de la dimension systémique de l'alcool dans notre société. Divers arguments viennent sous-tendre cette portée globale.

- Les travaux en population féminine ont permis d'apporter un éclairage complémentaire et essentiel sur la situation des hommes face à l'alcool, et plus généralement sur celle de toute la population. En particulier, le retentissement esthétique et pondéral de l'alcool, abordé de façon plus évidente en population féminine, concerne en réalité également les hommes qui subissent tout autant de conséquences esthétiques et pondérales quand bien même certains hommes les négligeraient peut-être plus que des femmes. La question nutritionnelle en lien avec les usages d'alcool ne peut donc être genrée même si elle est plus développée dans ce second volet de travail dédié aux femmes.
- Si certaines questions sont donc plus abordées dans le présent dossier dédié aux femmes, elles ne leur sont pourtant pas spécifiques. Les hommes aussi sont exposés à un surcroît de violences et d'agressions (y compris sexuelles) sous l'effet de l'alcool. Contrairement aux idées

reçues, c'est aussi tout particulièrement le cas pour la périnatalité. Considérée à tort comme exclusive des femmes (au sens de leur responsabilité exclusive), au motif de la période de gestation, l'impact des usages d'alcool des hommes (et donc leur rôle) n'est, à bien des égards, pas moindre. Les impacts sur la fertilité et les effets tératogènes et neurodéveloppementaux de l'alcool consommé en préperconceptionnel et durant la conception peuvent être médiés par les gamètes mâles. Les usages masculins, et plus généralement ceux de l'entourage, favorisent les usages féminins d'alcool, y compris durant la grossesse et l'allaitement (89). La santé et qualité de vie des enfants (depuis le désir qui a sous-tendu leur conception jusqu'à leur éducation et leur vie d'adulte) peuvent être affectées par tous usages parentaux d'alcool au titre d'une responsabilité partagée et relevant d'un interactionnisme toxique systémique. Ainsi, tout comme la nutrition ou l'exposition aux discriminations et violences, la question périnatale, y compris la grossesse en elle-même, ne devrait pas non plus être appréhendée de façon genrée s'agissant des effets de l'alcool.

- Les conséquences en termes de santé publique sont importantes : le message « zéro alcool » ne devrait-il pas être étendu plus largement que seulement durant la période de grossesse connue ? Ne devrait-il pas s'adresser aussi aux hommes, s'agissant de la période préconceptionnelle et de la conception ? L'influence des usages masculins d'alcool sur ceux des femmes et sur leur santé, tout comme l'influence des usages parentaux d'alcool sur la vie, le développement et les futurs usages de leurs enfants soulignent combien l'alcool ne peut être une question appréhendée seulement à l'échelle individuelle mais bien de façon systémique et collective.
- Enfin, la libération de la parole sur le sujet alcool n'est pas un enjeu exclusif aux femmes quand bien même le tabou et les jugements sont aggravés à leur égard et les freinent ainsi d'autant plus à en parler. Cette parole n'est peut-être pas moins difficile pour les hommes, voire plus encore pour les professionnels de santé, et ce de façon variable en fonction de leur genre et de leur propre rapport à l'alcool (40). Ainsi, la formule « Une difficulté de dire face à une difficulté d'entendre » d'un expert de la dernière expertise collective 2021 de l'INSERM sur l'alcool illustre la difficulté généralisée à parler du sujet alcool, y compris pour les professionnels de santé (22).

Périmètre d'intervention sanitaire : le premier recours

Tout comme pour les travaux effectués en population générale, le périmètre du présent volet dédié aux femmes se situe en premier recours et donc bien en amont des soins addictologiques (ces derniers relevant de recommandations nationales et internationales existantes en la matière (59, 90-97)). Ce travail n'aborde donc pas ces soins tout en les identifiant comme une orientation possible en cas de besoins spécifiques le justifiant (à condition, par ailleurs, que les personnes concernées l'acceptent). Ce travail ne cible donc pas spécifiquement les conduites addictives (troubles de l'usage tels que définis par le DSM-5 (98)) vis-à-vis de l'alcool mais bien toute modalité d'usage d'alcool et quelle que soit la situation particulière de chaque personne comme précédemment développé. Dans la continuité de la production effectuée en population générale (26), les fiches s'attachent aux spécificités des femmes s'agissant du repérage des usages d'alcool (quelles qu'en soient les modalités) et de l'accompagnement qui peuvent être pratiqués dans le cadre du premier recours, pour toutes femmes (y compris celles souffrant d'un TUA mais pas exclusivement ces dernières). Ce travail se situe dans une démarche visant, par quelque intervention que ce soit applicable en premier recours, à diminuer les risques individuels autant que collectifs liés à l'alcool sur la base du fait qu'un tel objectif est considéré

comme toujours possible et accessible à tous, usager d'alcool ou pas, et en difficulté ou pas avec l'alcool.

Comme pour l'addictologie, les modalités et le contenu d'un accompagnement spécialisé en médecine somatique et/ou en santé mentale, d'une assistance sociale, d'un soutien associatif (via des pairs, éventuellement des patients experts) ne sont pas non plus développés puisque sortant du périmètre de ce travail. Comme pour l'addictologie, ces accompagnements possibles sont eux aussi précisés au titre d'orientation afin d'œuvrer, en facilitant ces orientations, à la continuité du parcours de santé de chaque femme. Il s'agit par là, en outillant les acteurs de premier recours, de favoriser les passerelles, l'accès à l'information, aux aides, aux accompagnements, éventuellement aux soins spécialisés, de façon adaptée à chaque situation individuelle.

Cible de la production : les acteurs de premier recours

Tout comme dans le travail effectué en population générale, la cible de la présente production dédiée à la population féminine est constituée par les professionnels de premier recours. Il ne s'agit pas seulement des médecins généralistes, mais de tous acteurs (sanitaires ou non, notamment des acteurs de l'éducation et de la culture) intervenant en premier recours auprès des femmes (personnes de sexe et/ou de genre féminins) exposées à l'alcool et œuvrant pour leur santé (se référer au chapitre 2.1 du présent argumentaire relatif aux acteurs de premier recours).

Le premier recours en matière d'alcool se définit à partir des missions (se référer au chapitre 2.1.2 de l'argumentaire en population générale (26)). Il ne se définit pas à partir du type d'acteur (le médecin généraliste, représentant le prototype de l'acteur de premier recours, est pourtant loin d'être exclusif en la matière) ni à partir de la structure d'exercice (l'hôpital, comme tout autre lieu dédié à la santé, peut être un lieu où se déploient des missions de premier recours en matière d'alcool, tout comme aussi l'école, l'université, un lieu festif). Telles que définies en population générale, ces missions incluent l'information sur la réalité des risques liés à l'alcool et sur les moyens de les diminuer, le repérage régulier des usages d'alcool afin, en réponse, d'offrir à chaque personne la possibilité d'accéder à une diversité d'actions possibles dès le premier recours pour diminuer son risque alcool (se référer à la fiche outil d'aide au premier recours produite dans le cadre du premier volet de travail dédié à la population générale (26)).

Dans la continuité du périmètre des missions de premier recours défini en population générale, il s'agit de contribuer à préserver, si ce n'est améliorer, la santé et la qualité de vie de chaque femme, par le biais d'une diminution de son risque alcool. Ce risque, évalué à l'échelle individuelle, devant être régulièrement actualisé tout au long de son existence, il ne peut donc se restreindre aux seuls usages d'alcool d'une femme durant sa ou ses grossesses. Il s'agit bien au contraire de favoriser l'accès à tout ce qui peut contribuer à diminuer le risque alcool, y compris sans cibler directement les consommations à l'instar des principes et interventions proposés par les acteurs de la RdRD.

Validation et diffusion

L'ensemble de la production issue de l'analyse documentaire (nationale et internationale), des données d'expertise et d'expérience du terrain ainsi que des pratiques professionnelles émanant des échanges entre les experts à l'occasion des réunions de GT a été soumis à un GL (se référer au

chapitre Participants). Les remarques du GL ont été discutées avec le GT pour aboutir à une version amendée.

L'ensemble de la production a aussi été soumis aux instances institutionnelles (direction générale de la Santé, direction générale de l'Offre de soins, direction de la Sécurité sociale, Caisse nationale d'assurance maladie, Santé publique France, Institut national du cancer).

Les productions (guide points clés, synthèse des points critiques, fiches outils dont une fiche outil d'aide synthétique) ainsi que l'argumentaire méthodologique et leurs annexes ont été soumis à la commission recommandations, parcours, pertinence, indicateurs (CRPPI) puis au Collège de la HAS pour validation.

Note méthodologique, de synthèse documentaire et d'expertise des professionnels, des patients et des usagers

« Agir dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes : repérer toutes les expositions et accompagner chaque femme »

1. Ce qu'il faut savoir sur l'alcool en population féminine, sur les enjeux d'un accompagnement des femmes, sur l'organisation sanitaire actuelle en la matière

Ce chapitre propose un état des lieux synthétique de la situation des femmes face à l'alcool en France.

1.1. État des représentations sociales liées à l'usage d'alcool par les femmes et perception des risques associés

1.1.1. Les représentations sociales liées à l'alcool sont intriquées aux représentations liées au genre

1.1.1.1. Les femmes subissent les mêmes représentations sociales liées à l'alcool qu'en population générale mais leur impact est amplifié

Comme développé dans la production source en population générale (se référer au chapitre 1.1 de l'argumentaire en population générale (26)), les représentations sociales⁴ (62, 99), qui s'établissent à plusieurs niveaux, déterminent les usages d'alcool, leurs modalités, leurs évolutions ainsi que les valeurs (positives autant que négatives) qui y sont associées.

- Bien que variable selon les classes d'âge et les catégories sociales, la consommation d'alcool est déterminée par la culture et les normes sociales en vigueur dans la société (62). En France, la consommation d'alcool est une pratique sociale coutumière, ancrée dans la tradition, notamment par le biais de divers rituels sociaux rythmant la vie des individus et des groupes sociaux.
- La consommation d'alcool est hautement valorisée en France tel un élément essentiel de patrimoine culturel et pour son terroir. C'est pourquoi les consommateurs, et tout particulièrement les consommateurs de vin, bénéficient d'une certaine aura, l'étiquette « alcoolisme », *a fortiori* trouble de l'usage d'alcool (TUA) selon la nouvelle nomenclature (98), ne leur étant pas facilement associée. Les mots pour les qualifier sont au contraire soit neutres soit positifs, sans doute afin de préserver une image positive du vin, ainsi que l'identité sociale de ces consommateurs. Ce seul exemple du vin permet d'éclairer une part des raisons sous-jacentes au manque d'information fiable en matière d'alcool. Portés par les mêmes représentations, et pour beaucoup consommateurs eux-mêmes⁵, les professionnels de santé contribuent eux aussi à véhiculer une information sanitaire inappropriée soulignant par là l'importance d'améliorer non seulement leur niveau de connaissances mais l'appropriation de ces connaissances.

⁴ Une représentation sociale peut se définir comme une « vision du monde que les individus ou les groupes portent en eux et utilisent pour agir ou prendre position », c'est la définition reprise par Elsa Taschini *et al.*, 2015 à partir de Abric *et al.*, 1994 (99).

⁵ Les professionnels de santé font partie des 85 % d'adultes (18-75 ans) déclarant consommer de l'alcool (2).

- Le versant négatif des représentations sociales consiste en la stigmatisation, y compris par les professionnels de santé (100), et l'exclusion des personnes considérées comme ayant perdu le contrôle de leurs usages d'alcool, parfois même simplement en difficulté, considérant leur responsabilité individuelle et leur manque de volonté alors même qu'elles s'inscrivent dans une dynamique collective de pression sociale à consommer, parfois dès le plus jeune âge, ce qui ne laisse que peu ou pas de place aux choix individuels. En matière d'alcool, les rôles sont construits, en particulier en réponse au contexte économique et à l'environnement social (60). Les personnes ne sont donc pas seules maîtresses de leurs usages, *a fortiori* en situation de TUA où la volonté n'est plus opérante du fait de l'altération de neurocircuits impliqués dans le contrôle comportemental, la gestion des émotions et les automatismes (22, 101, 102).

Les représentations sociales liées au genre viennent amplifier les conséquences de ces représentations sociales liées à l'alcool. Le genre (genre féminin, minorité de genre), comme le statut social ou une comorbidité psychiatrique sont des facteurs aggravant la stigmatisation et la discrimination (101, 103).

Au gré de l'évolution des droits des femmes (droit de vote obtenu en 1944, droit de disposer d'un compte bancaire en 1965, dépénalisation de la contraception en 1967), la consommation d'alcool par les femmes s'est progressivement normalisée au point de se voir même valorisée comme marqueur de libération et d'émancipation (6, 104). Pourtant, en valorisant l'usage d'alcool chez les femmes, elles se voient exposées à des risques aggravés du fait, entre autres, de leur vulnérabilité physiologique à l'alcool par rapport aux hommes. Si, pour des raisons d'égalité, les femmes souhaitent boire aussi librement et autant que les hommes, les risques encourus ne sont pas équivalents mais amplifiés.

Le tabou, le jugement, la stigmatisation, la discrimination des femmes en difficulté avec leurs usages d'alcool étant aggravés, ils freinent et réduisent d'autant l'accès des femmes à l'aide et aux soins par rapport aux hommes. En miroir, les attentes des femmes en matière d'information sont aussi amplifiées du fait même de cette silenciation et du tabou, de la part de la société et des professionnels de santé.

L'absence de prise en compte des facteurs structurels et systémiques comme déterminants des usages d'alcool dans notre société est critique, quel que soit le type d'usage, y compris donc en l'absence de TUA (c'est-à-dire de conduite addictive), notamment en période périnatale durant laquelle tout usage d'alcool est problématique mais où les incitations, parfois même la pression, à consommer restent importantes. Ainsi, ne mettre l'accent que sur le choix individuel des personnes, tout en perpétuant la stigmatisation, conduit à négliger l'importance et l'impact des facteurs collectifs sur la santé maternelle et foétale (105).

1.1.1.2. Les représentations sociales liées à l'alcool sont différenciées du fait du genre

Aux représentations sociales différenciées en matière d'alcool du fait du genre s'ajoute une discrimination de genre qui contribue à la vulnérabilité des femmes exposées à l'alcool et en amplifie les dommages.

À l'aune, d'une part, du développement des pratiques de consommations d'alcool féminines et des mutations à l'œuvre s'agissant de l'objet « alcoolisme au féminin » (c'est-à-dire des TUA affectant les femmes), d'autre part, de la mutation constante des stéréotypes féminins (62), la question se pose pourtant de l'intérêt, ou pas, de dégenrer l'approche et l'analyse de l'expérience de l'alcool et de son

usage problématique afin de réduire les inégalités de genre en la matière. Il est notable qu'une analyse par le genre apporte un éclairage très riche sur les conduites, leurs motivations et leurs évolutions.

Femmes et alcool

« Boire ou être une femme, il faut choisir » (6) est une formule qui ne manque certes pas de provocation, mais aussi de pertinence s'agissant de la question de la différenciation des représentations liées à l'alcool en fonction du genre. Boire de l'alcool peut en effet passer pour incompatible avec la féminité et la maternité. La fonction maternelle notamment implique d'apporter des soins incessants aux enfants et rend inacceptables tout écart de conduite ou toute absence, même temporaires (6).

Dans l'imaginaire collectif, un homme qui boit est considéré comme un bon vivant, alors qu'une femme est plus facilement jugée négativement. Elle peut être considérée comme négligente, défaillante, mauvaise mère, voire dépravée (104, 106). Elle n'est donc pas respectable. La honte et la culpabilité sont d'ailleurs bien plus souvent éprouvées par les femmes que les hommes (5), contribuant à la dissimulation de leurs usages et à l'autoexclusion des dispositifs d'accompagnement et de soins (41, 107).

Sur le plan psychosocial, une consommation jugée comme excessive est évaluée plus négativement lorsque le consommateur est une femme que lorsqu'il est un homme (108, 109). En d'autres termes, une femme qui consomme n'est pas sympathique comme le serait un homme.

Spécialiste de la question des femmes face à l'alcool, la psychologue Elsa Taschini écrit ceci : « dans les sociétés occidentales, la consommation d'alcool par les femmes est, depuis l'Antiquité, associée à l'immoralité [...] l'abandon de leur morale, voire à une sexualité débridée. Dans cette optique, l'alcool pouvait être interdit aux femmes mariées, par crainte que sa consommation conduise à l'adultère » (62).

Femmes et trouble de l'usage d'alcool (TUA)

En matière de TUA, les représentations sociales sont significativement différenciées du fait du genre. C'est ainsi qu'aux attributs négatifs tels que la solitude, la clandestinité, la honte, la culpabilité appliqués aux femmes en situation de TUA, s'opposent des attributs positifs tels que le fait d'être bon vivant, de boire de manière conviviale appliqués aux hommes alcooliques. De fait, les valeurs attachées à la féminité et à la maternité s'opposent assez puissamment au stéréotype de l'homme alcoolique (62).

Chez les hommes, l'usage d'alcool et partant le TUA (ou alcoolisme) sont bien plus souvent considérés comme relevant d'un phénomène d'entraînement en lien avec les conditions de travail, de sociabilité et de festivité (sur le principe des *afterworks* au café, au bar). Tout à l'inverse, l'usage d'alcool des femmes et partant le TUA sont d'emblée perçus comme beaucoup plus problématiques, en lien avec des troubles psychologiques considérés comme « typiquement féminins » et/ou une personnalité pathologique et dissimulatrice (6, 62, 110).

1.1.1.3. Impact des représentations sociales liées à l'alcool et liées au genre sur les acteurs de santé

Les professionnels de santé sont affectés par les mêmes représentations sociétales erronées et amplifiées s'agissant des femmes. S'y ajoutent, en effet, la question du genre avec ses représentations spécifiques et les discriminations qui en résultent. De tels constats rappellent le caractère systémique de ces représentations et expliquent au moins en partie le décalage, d'autant plus important s'agissant de femmes, entre les pratiques professionnelles et les recommandations sanitaires en matière d'alcool.

Cela permet ainsi de comprendre pourquoi le système de santé et ses propres acteurs contribuent, en les entretenant, aux stéréotypes de genre en matière d'alcool et aux inégalités de santé subies par les femmes. Cette situation est comparable à celle observée dans d'autres circonstances sanitaires, comme l'infarctus du myocarde pour lequel des retards de prise en charge et une péjoration du pronostic sont constatés chez les femmes (87, 111, 112).

1.1.2. L'alcool comme reflet des rapports de genre et de leurs évolutions

En dépit des évolutions considérables des représentations liées à l'alcool, autant pour les hommes que pour les femmes (Annexe 2), l'alcool demeure un marqueur de genre et illustre l'état des rapports de genre dans leur conflictualité irrésolue.

Les travaux de François Beck *et al.* (6, 61) apportent un riche éclairage de cette question après avoir rappelé en préambule qu'il convient d'entendre le terme « genre » comme « la construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et non comme la dimension biologique de l'identité sexuelle ». Beck *et al.* ajoutent : « L'idée sous-jacente est que le statut de femme ou d'homme se trouve davantage déterminé par les rôles sociaux, les activités sociales et professionnelles ou la personnalité que par des critères naturels génétiques et morphologiques liés au sexe » (61).

S'agissant des rapports de genre et de leurs évolutions, la consommation d'alcool et l'évolution de ses modalités d'usage en sont une illustration particulièrement pertinente et s'intègrent parfaitement au cadre plus général des luttes féministes pour l'égalité de genre.

1.1.2.1. Un modèle ancestral et son évolution radicale

Une opposition binaire semble avoir toujours caractérisé les hommes et les femmes s'agissant d'alcool : « alors que le fait de boire pour les hommes est symbole de force, de vitalité et de virilité, la sobriété devient une expression de la féminité, de la pureté et de la sécurité » (6). Un dualisme radical associant l'usage d'alcool à la masculinité et la sobriété, voire l'abstinence, à la féminité (Annexe 2). Mais une telle « opposition classique entre acquis (devenir un homme) et inné (sobriété naturelle) est l'illustration parfaite des relations de genre du type dominants-dominées ». En conséquence de quoi, « le fait de boire en public a été perçu pour les cercles de femmes progressistes comme une façon d'exprimer leur force et leur liberté, de s'émanciper [...] un moyen d'exprimer leur volonté de sortir du carcan de la femme au foyer imposé par la société et d'une certaine façon de revendiquer une égalité des droits et des devoirs » (6).

Un tel modèle n'est plus vraiment d'actualité. Les évolutions en la matière ont été très importantes, y compris pour les hommes (Annexe 2). Ainsi, s'agissant du modèle masculin, consommer de l'alcool n'est plus à coup sûr garanti de renforcer l'image de masculinité. Et même, « le fait de devoir boire pour assumer son rôle de « mâle » peut devenir un signe d'impuissance » (61). De même qu'il n'est plus considéré que la consommation d'alcool des femmes en public soit antinaturelle et constitue une menace concurrentielle pour les hommes (6).

1.1.2.2. Un modèle féminin de rapport à l'alcool en constante mutation

L'état actuel des usages des femmes dans notre société est le résultat d'évolutions importantes.

- Les femmes revendiquent désormais pleinement leur droit de consommer de l'alcool comme les hommes et tout à fait librement. L'alcool, c'est en somme pour les femmes tout un symbole.

- L'alcool œuvre tel un authentique levier d'émancipation et de reconnaissance, notamment dans des milieux professionnels jusque-là pour l'essentiel masculins, *a fortiori* aux niveaux de haute responsabilité (104). Intégrer de tels milieux peut conduire à reproduire leurs modalités masculines d'usage d'alcool dans l'ignorance des surrisques encourus.
- L'alcool est désormais aussi très utilisé par les femmes comme vecteur de socialisation, pour intégrer et s'identifier à des groupes sociaux (41, 106, 113). Pourtant, la société continue de percevoir et d'apprécier leurs usages de façon différenciée par rapport aux hommes. Ainsi, si un homme qui boit reste considéré comme un bon vivant, une femme qui adopte le même comportement est considérée comme licencieuse, désinhibée et disponible sexuellement et s'expose ainsi à un risque accru d'agressions sexistes et sexuelles (6).

Si les femmes consomment aussi pour des raisons qui leur sont propres (114, 115), ces changements ne sont donc pas sans effets adverses pour la santé, la sécurité, la qualité de vie et même la reconnaissance des femmes. Dans l'inconscient collectif, l'alcool tend toujours à malmenier les représentations habituelles de la féminité et de la maternité, quand bien même sa valeur symbolique comme marqueur de libération et d'émancipation des femmes ne fait plus de doute.

Par ailleurs, des mutations continuent d'opérer, comme en témoigne la pratique croissante du *binge drinking* en population féminine (2, 10). Le système de santé semble en retard de phase, ne serait-ce que dans son insuffisance de prédiction d'une telle évolution et dans les actions consécutives en termes d'accompagnement sanitaire adapté.

1.1.2.3. Face aux évolutions sociétales, des écueils nouveaux

Certains écueils peuvent être identifiés.

- L'absence de messages et d'actions de prévention adaptée à la hauteur des évolutions d'usage d'alcool des femmes offre aux détracteurs de leur émancipation une opportunité d'instrumentalisation et de justification des rapports de domination et de pouvoir. En s'appuyant sur des « vérités biologiques », ces opposants à leur émancipation dénoncent les dégâts plus rapides de l'alcool chez les femmes, y compris pour des consommations occasionnelles (ivresse plus rapide, moindre tolérance) ainsi que le risque accru et accéléré d'entrée dans un trouble de l'usage (habitude et dépendance plus rapides). Alors que les femmes sont de fait physiologiquement plus vulnérables, négliger ces risques toxiques au motif de l'égalité de droit à l'usage génère une terrible confusion. Ces divers combats, tout aussi essentiels les uns que les autres (santé, sécurité, égalité, etc.), ne devraient pas être confondus et être chacun pleinement investis. Cela implique de travailler plus et encore, tout en l'assumant, ce qui alimente la conflictualité entre hommes, femmes et personnes d'autres genres aussi.
- Les alcooliers se sont emparés de cette lutte féministe de revendication d'égalité pour en faire une opportunité de cible marketing actuellement privilégiée (22). L'instrumentalisation de la question du genre et des conflits de genre conduit à des investissements et des campagnes publicitaires spécifiques ainsi que des messages permissifs, voire incitatifs, ciblant spécifiquement les femmes sans aucune attention aux risques sanitaires encourus. Encourager les femmes à ne plus se cacher pour consommer de l'alcool et à revendiquer leur droit de consommer comme elles le désirent, y compris comme des hommes, en est un exemple classique (5).

1.1.3. La perception des risques liés à l'alcool chez les femmes : des évolutions mais la persistance d'une différenciation de genre délétère pour leur santé

Le défaut de perception des risques liés à l'alcool, à son exposition et à ses usages, chez les femmes relève de plusieurs facteurs.

1.1.3.1. Perception différenciée des risques liés à l'alcool en défaveur des femmes

Les risques sont perçus de façon différenciée selon le genre. Les femmes et les hommes ont des représentations et des perceptions différentes des risques associés aux produits et aux consommations (47). Cette perception différenciée des risques concerne autant les citoyens usagers du système de santé que les professionnels de santé eux-mêmes.

Les risques liés à l'alcool chez les femmes sont ainsi minimisés alors même qu'elles y sont plus vulnérables et paient un coût de dommages amplifiés et accélérés par rapport aux hommes (cirrhose plus précoce, dégâts neuronaux plus importants) (24). Les professionnels de santé ont tendance à être plus soucieux des complications liées à l'alcool chez les hommes et cela se concrétise par un défaut de dépistage et des retards de soins chez les femmes exposées à l'alcool (40).

Les femmes subissent bien plus de jugements négatifs, de condamnations et de discriminations que les hommes. En particulier, une femme est condamnée dans ses usages durant la grossesse alors même qu'elle n'est pas seule impliquée et responsable de complications pour l'enfant à naître. La méconnaissance autant que le déni quant à l'implication des usages d'alcool du géniteur (via la toxicité épigénétique et l'effet tératogène de l'alcool médié par les gamètes mâles) et de l'entourage (dont le co-parent) (50, 51) sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant alimentent la discrimination et la culpabilité pesant sur les femmes enceintes. En ce sens, les campagnes de prévention de l'alcoolisation fœtale ne devraient pas cibler exclusivement les femmes enceintes, mais bien aussi leur entourage et plus généralement l'ensemble de la population.

Si le BEH 2023 tend à montrer une réduction des écarts de perception des risques de l'alcool pour la grossesse entre les hommes et les femmes (88), il demeure important de renforcer les connaissances chez les hommes en la matière. Les comportements de consommation du partenaire et plus généralement de l'entourage, de même que leurs normes d'usage et leur degré d'acceptabilité de la consommation d'alcool durant la grossesse ont un impact significatif sur la consommation des femmes enceintes (64, 116).

1.1.3.2. Minimisation, déni, retard de prise en compte des risques liés à l'alcool chez les femmes, y compris pour la grossesse

Ce n'est qu'à partir de 2004, grâce à la loi du 9 août 2004, qu'une campagne d'information « zéro alcool pendant la grossesse » a été réalisée par l'Institut national pour la prévention et l'éducation en santé (INPES) en direction du grand public et des professionnels de santé (117). La prise de conscience du danger de la consommation d'alcool par les femmes enceintes et sa prise en compte dans des actions de prévention sont donc récentes (74).

En 2015, l'INPES révélait un niveau inquiétant de méconnaissance et de perceptions erronées en matière de risques liés à l'alcool durant la grossesse (118). Dans cette étude, 18 % des Français pensaient qu'une femme enceinte peut boire quelques gorgées d'alcool de temps en temps sans prendre

de risque pour son bébé. Par ailleurs, 37 % estimaient que les risques apparaissaient pour le bébé seulement à partir d'une consommation quotidienne d'alcool.

Si le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2023 révèle certes une amélioration des niveaux de perception des risques de l'exposition à l'alcool durant la grossesse (88), des représentations erronées persistent.

- La recommandation du repère « zéro alcool pendant la grossesse » s'est progressivement installée dans les représentations du public : 91 % des personnes interrogées la connaissent en 2020 (+ 10 points entre 2004 et 2020), sans différence selon le sexe. S'agissant des grandes occasions, la proportion de ceux qui déclarent qu'un verre ne comporte pas de risque a été divisée par deux entre 2004 et 2020 (48 % vs 25 %).
- Pourtant, dans cette même étude, seulement 47 % de la population a spontanément répondu qu'il n'existait pas de niveau de consommation d'alcool sans risque pour le bébé. Un tel résultat témoigne d'une minimisation du risque pour une part non négligeable de la population puisque plus de la moitié des Français ne déclaraient pas de risque dès le premier verre en 2020.
- Cette minimisation du risque est aussi illustrée par le fait qu'encore au moins 1 personne sur 10 (12 %) ne percevait pas une ivresse comme un risque en 2020.
- Si les idées reçues sur la consommation de vin pendant la grossesse et de bière pendant l'allaitement tendent à reculer, des croyances erronées persistent. Environ un cinquième de la population pense encore que la bière peut favoriser l'allaitement, et qu'il était conseillé de boire un verre de vin de temps en temps pendant la grossesse (en lien probable avec le statut particulier du vin dans le contexte culturel français).

Cet article important du BEH 2023 (88) conclut que malgré des améliorations, il persiste un écart significatif entre la connaissance de ce repère « zéro alcool », qui est élevée, et les perceptions des niveaux de consommation à risque, notamment pour des faibles quantités. Santé publique France souligne aussi les limites de ces résultats, tout particulièrement l'écueil d'un possible biais de désirabilité sociale qui a pu se renforcer au cours des quinze années d'observation sous l'influence des campagnes de prévention. Il est ainsi possible qu'une partie des évolutions positives observées dans cette étude puissent être rapportées à ce biais de désirabilité sans avoir pour autant modifié de façon concrète et significative les usages d'alcool durant la grossesse.

1.1.3.3. Le focus sur les risques liés à l'alcool durant la grossesse se fait aux dépens des risques pesant aussi sur toutes les autres dimensions de la vie des femmes

Bien que perfectible, l'intérêt privilégié pour les risques de l'alcool en situation de grossesse non seulement témoigne d'une vision conservatrice (réduisant les femmes à leur fonction reproductive), mais opère aussi comme s'il n'y avait pas d'autres risques significatifs pour les femmes que dans cette circonstance précise. La grande majorité de la littérature scientifique et institutionnelle porte sur les risques chez la femme enceinte et n'aborde pas ou de façon elliptique et toujours en arrière-plan, tous les autres risques encourus par les femmes (femmes hors période génitale, femmes n'ayant pas de projet d'enfant). Il en résulte une méconnaissance amplifiée des risques autres que ceux qui menacent effectivement les grossesses exposées à l'alcool mais qui ne reflètent pas l'entière des risques liés à l'alcool chez les femmes (et de la morbi-mortalité qui y est associée), en particulier le risque cancérogène, le risque neurocognitif, le risque cardiovasculaire, etc.

Dans une étude québécoise publiée en 2024 (4), la population générale a été sondée sur sa connaissance des risques associés à la consommation d'alcool. S'agissant des femmes, environ une

répondante sur cinq (soit à peine moins du quart des femmes sondées) répond connaître les effets à long terme de la consommation d'alcool chez les femmes relativement aux risques de développement de cancer du sein et de maladies du foie (se référer tout particulièrement à la figure 4 présentée en p. 24 de ce document). Les risques spécifiques des femmes s'agissant de la production de lait maternel et de l'occurrence de fausses couches semblent être davantage connus par les femmes sondées.

De tels résultats sont en cohérence avec de précédentes études (119), révélant aussi un très faible niveau de connaissance du risque de cancer du sein et, à tout le moins, une compréhension confuse de ce risque (notamment l'idée que, puisqu'il n'en cause pas toujours, il ne serait pas un facteur de risque de cancer du sein). Une telle méconnaissance peut aussi être favorisée par des campagnes de prévention qui mettraient plus en avant les répercussions à court terme et les plus visibles de l'alcool (notamment les effets sur l'apparence physique et sur la santé mentale) que les conséquences à long terme. De même que les effets recherchés avec l'alcool qui sont considérés comme bénéfiques peuvent en faire négliger les conséquences tardives.

1.1.3.4. Impact des comportements d'usage d'alcool des professionnels de santé sur leur perception des risques liés à l'alcool chez les femmes

La manière dont les professionnels consomment eux-mêmes de l'alcool influence leur communication en matière de santé et les conseils sanitaires qu'ils peuvent donner en matière d'alcool à leurs patients. Leur perception du risque alcool peut donc être influencée par leur propre style et hygiène de vie, et particulièrement leur propre rapport à l'alcool.

Un article récent relate de tels effets des pratiques d'usage d'alcool au sein de la profession sage-femme (39). Les pratiques d'usage des professionnels de santé influencent ainsi les conseils qu'ils peuvent prodiguer en matière de consommations d'alcool, y compris durant la grossesse. Au point que certains vont même invoquer des effets bénéfiques comme celui de favoriser la production de lait maternel, une donnée qui est pourtant désormais bien reconnue comme erronée.

Promouvoir et diffuser les recommandations sanitaires en vigueur en matière d'alcool justifie, pour les professionnels de santé, de porter un regard critique sur leurs propres usages et leurs propres représentations. Promouvoir l'hygiène de vie des professionnels de santé est donc tout aussi important, notamment pour la qualité des informations sanitaires transmises aux femmes enceintes (de sorte qu'elles soient claires, justes, non ambiguës) et leur conformité avec les recommandations en matière d'alcool promues par les agences sanitaires.

1.1.3.5. Rôle et importance du système de santé et de ses acteurs pour améliorer le niveau de perception des risques et le pouvoir d'agir des femmes face à l'alcool

Les femmes sont insuffisamment sensibilisées quant aux risques liés à l'alcool et à ses usages. C'est particulièrement le cas s'agissant du cancer du sein lié à l'alcool (4). Le défaut d'information contribue au faible niveau de connaissance, voire à l'ignorance, ou du moins à une perception confuse de ce type de risque. Par ailleurs et comme en population générale, les personnes se soucient plus des risques visibles et immédiats que des risques différés et insidieux (s'installant de façon silencieuse et sur le long terme) comme c'est le cas pour bien des dommages liés à l'alcool. Enfin, les messages sanitaires resteront inaudibles s'ils ignorent les effets recherchés avec l'alcool comme source de plaisir ou d'autres effets considérés comme positifs, parmi lesquels l'effet socialisant (d'appartenance à un groupe social).

1.2. Les spécificités du risque alcool en population féminine (personnes de sexe et/ou de genre féminins)

Si l'ensemble des données relatives aux risques liés aux usages d'alcool, incluant aussi la dimension d'évitabilité du risque (se référer au chapitre 1.3 de l'argumentaire en population générale (26)), sont naturellement applicables à la population féminine, pour autant les hommes et les femmes apparaissent inégaux devant l'alcool, et ce en raison de facteurs liés au sexe et/ou au genre (6, 24, 62, 120, 121). Au point que, sur certains aspects du moins, il est même légitime de parler de physiopathologie différenciée selon le sexe (particulièrement durant la grossesse au regard des modifications métaboliques et pharmacocinétiques qu'elle induit) et selon le genre (au regard des effets puissants de pression sociale et normative) (6, 61, 122).

1.2.1. Vulnérabilités physiologiques spécifiques liées au sexe biologique féminin

1.2.1.1. Les facteurs liés au sexe biologique féminin

Les facteurs liés au sexe sont des facteurs biologiques et sont à entendre par contraste avec le genre sociétal (soit l'identité de genre choisie par la personne). Ces facteurs liés au sexe biologique incluent (24) :

- anatomie (masse et volume corporels) ;
- physiologie et métabolisme (enzymes et hormones) ;
- génétique ;
- neurobiologie.

Avant même toute comparaison entre les sexes, il est important de rappeler que nombre de ces facteurs liés au sexe interviennent de base sur la santé des individus. Il se trouve qu'en égard à l'alcool, les facteurs biologiques liés au sexe rendent effectivement les femmes plus vulnérables physiologiquement que les hommes.

L'anatomie : masse et volume

Les femmes et les hommes métabolisent l'alcool différemment et plusieurs facteurs anatomiques y contribuent (5, 24) :

- le gabarit incluant le poids corporel, mais aussi la taille des organes qui est moindre chez les femmes ;
- la quantité d'eau corporelle étant moindre, le volume de distribution est de fait plus faible chez les femmes que chez les hommes. Le volume de liquide corporel étant plus faible, la concentration en alcool (alcoolémie) est plus forte ;

- le corps des femmes contient proportionnellement plus de masse grasseuse, laquelle fixe l'alcool. Car, non seulement la masse adipeuse est plus importante chez les femmes, mais elle est aussi moins vascularisée, ce qui favorise aussi la concentration de l'alcool.

Les hormones et les enzymes : le métabolisme

- Au niveau hormonal

L'influence des hormones sur la métabolisation et les effets de l'alcool dans l'organisme est différente chez les hommes et les femmes. L'impact de l'alcool sur les systèmes hormonaux est également différent selon le sexe.

Ces effets hormonaux fluctuent au cours de la vie d'une femme, considérant en particulier la ménopause (123, 124) et sous l'effet des cycles menstruels, notamment sous l'effet de la progestérone (125).

Quand bien même les usages ne semblent pas être modifiés au gré des cycles menstruels, la susceptibilité de l'organisme à l'alcool peut être différente au gré des variations hormonales (125). Ainsi, les changements hormonaux pendant la grossesse et la ménopause, ou après l'ingestion d'un comprimé de contraception orale, influencent la pharmacocinétique en modifiant l'action des enzymes, le métabolisme et les processus d'élimination de l'alcool chez les femmes.

Enfin, les fluctuations hormonales des femmes, générant parfois des troubles de l'humeur, les rendent aussi plus vulnérables à l'alcool, s'agissant à la fois de la propension à consommer de l'alcool et à en subir les effets délétères. Le syndrome prémenstruel tout comme la ménopause peuvent ainsi être des facteurs favorisant la consommation d'alcool (126, 127).

- Au niveau enzymatique

Certains paramètres de la pharmacocinétique sont différents chez les hommes et les femmes. En particulier, le métabolisme de « premier passage » de l'éthanol est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Plus généralement, métabolisant plus lentement l'alcool, les femmes sont plus vulnérables aux effets toxiques de l'alcool.

Les enzymes décomposent l'alcool différemment d'un sexe à l'autre. En particulier, l'action et la vitesse d'action des enzymes gastriques diffèrent chez les femmes et les hommes. Les enzymes responsables de l'élimination de l'alcool sont aussi moins efficaces chez les femmes, notamment parce que leur foie contient moins d'enzymes susceptibles de dégrader l'alcool (5, 47).

La génétique

Si le sexe génétique féminin est de fait, et par nature, un facteur de vulnérabilité à l'alcool, les femmes auraient une moindre susceptibilité génétique à développer un TUA que les hommes. D'après Kendler *et al.*, l'externalisation du risque génétique de TUA était plus marquée chez les hommes que chez les femmes (128).

La neurobiologie

L'alcool agit différemment sur le cerveau des femmes et des hommes. Les facteurs liés au sexe biologique contribuent à influencer de façon différenciée les expériences subjectives et objectives associées à l'ingestion d'alcool.

Les femmes subissent plus d'effets négatifs de l'alcool. Si l'alcool affaiblit considérablement les facultés à tous les égards, cet affaiblissement est plus marqué chez les femmes. Ainsi, les déficits cognitifs associés à la consommation d'alcool varient en fonction du sexe. En termes d'impacts morpho-fonctionnels, les régions les plus touchées sont, chez les femmes, le lobe frontal et temporal, les ventricules et le corps calleux, tandis qu'il s'agit seulement du corps calleux chez les hommes (129-131).

Ces résultats ont des implications sur l'altération des fonctions exécutives, l'inhibition, l'impulsivité, l'expérience subjective et le comportement. D'un point de vue comportemental, les hommes et les femmes réagissent en effet différemment à l'alcool. Ainsi, les facteurs liés au sexe et les différences dans les effets neurobiologiques qui résultent des usages d'alcool ont des répercussions différenciées sur les tendances comportementales selon le sexe, mais aussi selon l'âge entre les hommes et les garçons, et entre les femmes et les filles.

Enfin, les effets du calage (*binge drinking*) d'alcool sont aussi propres au sexe, puisque l'intoxication aiguë accroît la perfusion corticale dans les lobes frontaux de façon bilatérale chez les hommes, mais pas chez les femmes.

1.2.1.2. L'impact des facteurs liés au sexe biologique féminin sur la réaction de l'organisme à l'alcool

Chacun de ces facteurs liés au sexe biologique influe sur l'absorption, le métabolisme, la distribution, l'excrétion de l'alcool en défaveur des femmes par rapport aux hommes, notamment au niveau cérébral :

- l'absorption de l'alcool : celle-ci s'avère plus rapide chez les femmes, d'où un taux d'alcoolémie plus élevé à même quantité consommée par rapport aux hommes ;
- la distribution de l'alcool dans l'organisme étant influencée par la quantité d'eau dans l'organisme et la masse adipeuse et corporelle, elle contribue aussi à un taux d'alcoolémie plus élevé chez les femmes que chez les hommes ;
- le métabolisme de l'alcool : les capacités métaboliques de l'alcool, influencées par les enzymes, sont moindres chez les femmes ;
- l'excrétion de l'alcool : elle dépend de la vidange gastrique, l'oxydation hépatique et les hormones.

1.2.2. Vulnérabilités spécifiques liées au genre féminin

Des facteurs liés au genre contribuent aux effets négatifs de l'alcool, particulièrement ceux subis par les femmes, mais également toutes les personnes en situation de minorité de genre. L'on sait que le genre féminin tout comme les minorités de genre paient un plus lourd tribut à l'alcool. Ces facteurs liés au genre augmentent ainsi les risques d'agression sexuelle comme de tout autre type de violences faites aux femmes. Il est notable que ces effets délétères encourus par les femmes du fait de leur genre résultent non seulement de leurs propres consommations d'alcool, mais également des conséquences indirectes de l'alcool, par exemple via les usages d'une tierce personne.

En France, le lien entre alcool et genre reste peu abordé, à l'exception de travaux ethnographiques et anthropologiques (132, 133). Cette réticence peut être rapprochée d'une certaine crainte de stigmatiser des groupes spécifiques par la mise au jour de leurs particularités (6, 104, 134). Parler des particularités et des vulnérabilités des personnes de genre féminin n'a bien sûr aucune vocation à les stigmatiser, encore moins les discriminer, mais au contraire à mieux les accompagner dans leur rapport

à l'alcool en œuvrant à leur pouvoir de savoir et d'agir au bénéfice de leur qualité de vie. Pour ce faire, il est nécessaire d'adopter dans les messages sanitaires des approches réfléchies et adaptées aux spécificités de genre.

1.2.2.1. Conceptualisation de la notion de genre en matière d'alcool

Le genre est à entendre comme la construction sociale des différences entre les hommes et les femmes (62). Ainsi, en matière d'usage de substances psychoactives, si le terme « sexe » renvoie aux différences physiologiques des effets des consommations de telles substances sur l'organisme des femmes et des hommes, le terme « genre » a trait à la différence des rôles sociaux attribués à l'un ou l'autre sexe (62, 135).

Le genre relève d'un ensemble de facteurs et de processus sociaux et culturels qui influencent l'expérience en matière de santé et de soins. Ces facteurs incluent les rôles, les rapports, les identités et les pratiques institutionnelles de genre (24). Beck *et al.* soulignent par ailleurs que les qualités qui sont attribuées au genre ne sont pas absolues mais s'inscrivent dans des systèmes de pensée ou des concepts construits à différents moments et dépendent des relations de pouvoir prévalant dans chaque société donnée (6, 60).

Cet intérêt pour le genre en matière d'alcool s'est concrétisé par la création en 2000 du projet international GENACIS (*Gender, Alcohol and Culture, an International Study*) (136). À partir des données provenant de la plupart des pays européens, cette étude GENACIS a permis de montrer que plus l'égalité des sexes est respectée dans un pays, moins les différences de genre sur l'alcoolisation s'avèrent importantes.

1.2.2.2. Les facteurs liés au genre féminin en matière d'alcool

Comme précisé plus haut, les facteurs liés au genre sont temporels et culturels, autrement dit hautement variables, ce qui complique la mesure et l'évaluation de leurs répercussions sur la santé (24).

L'identité de genre

Le degré d'adhésion aux modèles de masculinité et de féminité influence les comportements et les habitudes, notamment s'agissant des usages d'alcool. Les hommes consomment plus d'alcool et plus souvent. De même, les personnes qui font partie d'une minorité sexuelle ou de genre consomment plus d'alcool que les autres.

Les rôles et les normes de genre

Il s'agit des comportements normatifs attendus selon l'appartenance au genre masculin ou féminin. Ces attentes dominantes s'imposent donc autant aux hommes qu'aux femmes. La conformité aux normes associées aux rôles masculins traditionnels (domination, séduction, agressivité, comportements à risque) est ainsi liée à une plus grande consommation, tandis que la conformité aux normes relatives aux rôles féminins traditionnels (vie de famille et soins de celle-ci, éducation des enfants) est liée à une plus faible consommation, voire à l'abstinence (6). Ces normes sont inculquées, dès le plus jeune âge, au gré des processus de socialisation (incluant l'adhésion aux traditions et aux valeurs d'une société donnée), mais aussi via les médias. Ces normes demeurent ensuite très solidement

ancrées et influencent autant les comportements d'usage d'alcool que les interactions sociales au travers de ces usages.

Les rapports de genre

Une dynamique de genre existe dans les relations qui se jouent entre les individus et notamment au sein des couples. Dans tous les types de couple, les partenaires peuvent s'influencer mutuellement. Les femmes sont ainsi influencées par les habitudes de consommation de leur partenaire, ce qui peut insensiblement les conduire vers des normes de consommation élevée (24).

Il est notable que l'usage d'alcool et ses modalités cohabitent souvent avec d'autres facteurs ou dynamiques relationnelles liés au genre, comme la violence conjugale, la coercition, la dépendance affective.

Les relations de genre sont un aspect incontournable de l'évaluation du contenu et de l'incidence des messages de santé publique. Elles constituent des axes importants d'actions possibles d'accompagnement visant à diminuer les risques liés aux usages d'alcool, parmi lesquels :

- la promotion de l'égalité des genres ;
- la promotion d'un soutien mutuel entre partenaires ;
- la communication entre partenaires et la gestion des conflits ;
- la division des tâches, notamment en termes de responsabilités parentales ;
- le soutien pratique et émotionnel entre partenaires ;
- etc.

L'institutionnalisation du genre

Les représentations de genre sont aussi ancrées au sein des institutions, y compris sanitaires (100). Les politiques et les pratiques y sont genrées et cela se répercute dans la loi ainsi que dans les médias.

Cette institutionnalisation du genre contribue aux inégalités de santé entre hommes et femmes ainsi qu'à la stigmatisation et la discrimination accrues envers celles qui se trouvent en difficulté avec l'alcool. Les femmes et les mères rencontrent plus d'obstacles pour accéder à l'information, aux aides, aux accompagnements en matière d'alcool. De même que les politiques en matière de protection de la jeunesse peuvent prendre une allure punitive à l'égard des mères usagères d'alcool et/ou d'autres substances (s'agissant de la menace de retrait de la garde de leurs enfants) contribuant à les éloigner d'autant plus du système sanitaire et des accompagnements possibles (24).

1.2.2.3. Les impacts des facteurs liés au genre féminin relativement à la question alcool

L'impact du genre sur les représentations sociales portant sur les femmes et leur rapport à l'alcool

Cet axe de réflexion fait écho aux éléments développés dans le chapitre 1.1.1 du présent argumentaire.

L'alcool contribue aux stéréotypes de genre en les amplifiant, ce qui contribue à majorer la discrimination et les agressions à l'égard des femmes. Femmes et alcool ne font, en effet, pas bon ménage, que ce soit en termes d'image ou de jugement à leur encontre. Une consommation jugée comme excessive

est évaluée plus négativement lorsque le consommateur est une femme que lorsqu'il est un homme (62, 108, 109). Les femmes sont ainsi beaucoup plus réprimandées et stigmatisées pour leurs usages d'alcool que les hommes, surtout les femmes enceintes et les mères, ce qui n'est pas sans répercussions négatives sur la libération de la parole et sur l'accès aux systèmes de soins (24).

L'alcool a un effet dégradant sur l'image des femmes et participe ainsi à leur dévalorisation. Comme le rapporte Beck *et al.*, « la consommation d'alcool est associée à l'idée de débauche sexuelle ou du moins d'une diminution de la retenue sexuelle. La femme ivre est pratiquement synonyme de femme de mauvaise vie » (6). L'image de désinhibition à laquelle renvoie la consommation féminine d'alcool (débauche, exubérance, femme facile et qui se lâche) suscite la désapprobation sociale, voire le blâme et contribue aux attitudes stigmatisantes, que ce soit de la part de leur entourage ou même des professionnels de santé (62).

L'alcool accentue les pressions normatives exercées sur les femmes et notamment les injonctions normatives en termes de rôles conjugaux, familiaux, parentaux. L'archétype de la femme au foyer dont la fonction maternelle implique d'apporter des soins continus aux enfants rend assez inacceptables les écarts de conduite ou toute absence, même temporaires (5, 6). Une mère de famille, *a fortiori* une femme enceinte qui consomme de l'alcool est considérée comme une irresponsable. Dans un tel contexte et en dépit de l'évolution des représentations (indépendance et émancipation des femmes), la réprobation sociale des consommations féminines d'alcool reste d'actualité, car les femmes restent gardiennes des valeurs morales et mère exemplaire (6, 137).

Un tel stéréotype d'une femme « nécessairement sobre » œuvre à la fois comme une injonction d'abstinence et comme un jugement négatif à l'encontre des femmes qui ne la respectent pas, *a fortiori* des femmes en situation de TUA (108, 109). La représentation de l'alcoolisme des femmes est ainsi très dégradée et dévalorisée par rapport à celui des hommes (5, 62), lequel est mis en lien avec les difficiles conditions socio-économiques et de travail ainsi que les modalités de sociabilité des hommes (se retrouver au café, entrant donc dans le cadre d'un comportement collectif et public). L'alcoolisme masculin est ainsi caractérisé de convivial et festif et relèverait d'un effet d'entraînement. À l'inverse, celui des femmes est considéré comme problématique. Il serait, tout au contraire des hommes, solitaire, clandestin, donc coupable, et lié à des troubles psychologiques « typiquement féminins » (6, 61). La disqualification des femmes en difficulté avec leurs usages d'alcool repose sur le postulat d'une personnalité dissimulatrice et pathologique (110, 138).

Les conséquences de ces représentations péjoratives (femme débauchée, irresponsable, dissimulatrice, malade mentale, etc.) contribuent aux nombreux dommages induits par l'alcool sur la vie des femmes : reniement par la famille, perte de la confiance en soi et d'élan vital, atteinte à leur image, à leur féminité, à leur dignité (106). Prises dans le cercle vicieux de ces représentations, de la souffrance et de la honte qu'elles provoquent, les femmes se risquent d'autant plus au dérivatif de l'alcool et dissimuleront d'autant ce type d'usage (41, 107).

Impact du genre sur les modalités d'usage et les dommages liés à l'alcool chez les femmes

Le genre influence les usages d'alcool et d'autres substances (2, 24, 25, 61). Les facteurs liés au genre ont donc un impact sur la consommation d'alcool et ses répercussions chez les femmes.

D'emblée, il est important de souligner qu'en termes de dommages, les facteurs liés au sexe et ceux liés au genre agissent dans une sorte de synergie aggravative. Les interactions entre le sexe et le genre accroissent par exemple le risque d'intoxication accélérée chez les filles et les femmes, surtout

quand la pression sociale encourage l'alcoolisation massive ou *binge drinking* (boire la plus grande quantité le plus rapidement possible) (7, 109).

Si l'on considère uniquement le genre féminin, il expose à une vulnérabilité sociale accrue, particulièrement s'agissant du risque de subir des agressions et des violences de tous types (verbales, psychologiques, physiques, sexuelles) (42) plutôt que d'en provoquer elles-mêmes, comme c'est le cas s'agissant des hommes alcoolisés. Ainsi, si l'usage problématique d'alcool des hommes est associé au danger pour le consommateur lui-même ou pour autrui, s'agissant des femmes, le danger semble surtout exister pour la consommatrice qui s'avère relativement inoffensive pour les autres (62). Si les violences sont plus souvent imputées aux hommes exposés à l'alcool, les situations peuvent naturellement s'avérer plus complexes et les femmes en être aussi sujettes.

Quoi qu'il en soit, l'importance des dommages que subissent les femmes via l'alcoolisation de tiers incite à promouvoir des messages transformateurs en matière de genre. Les messages de santé publique visant la santé et la sécurité des femmes en matière d'alcool devraient aussi cibler les hommes et les garçons afin de mieux les sensibiliser aux répercussions de l'alcool en fonction du sexe et du genre et promouvoir des attitudes et comportements qui empêchent l'exploitation des filles et des femmes alcoolisées (24).

Enfin, il est notable d'observer une influence mutuelle et réciproque entre les pratiques d'usage et les représentations de genre. L'influence des pratiques et du genre dans la construction sociale des représentations liées à l'alcool fait inversement écho à l'influence des représentations sur les pratiques. La nette augmentation des alcoolisations des femmes témoigne du développement de nouvelles pratiques sociales en retour desquelles les représentations sociales évoluent également.

Impact des enjeux d'identité de genre sur le rapport à l'alcool

L'identité de genre est bien sûr étroitement liée au champ représentationnel. Les enjeux identitaires en termes de consommation d'alcool ont ainsi des effets potentiellement considérables. L'on sait que le degré d'adhésion aux modèles de masculinité et de féminité influe notablement sur les comportements d'usage d'alcool. Mais cela peut aussi notablement influencer sur la compréhension et l'appropriation des messages de santé publique. Si boire de l'alcool accentue l'identité masculine et virilise, peut-être comprend-on mieux pourquoi les hommes (parmi lesquels les professionnels de santé de genre masculin) sont plus indulgents à l'égard des hommes souffrant de TUA (alcoolisme masculin), que des femmes dans la même situation (alcoolisme féminin). Cela conduit à la question connexe suivante : pour mieux s'occuper des femmes face à l'alcool, faut-il être soi-même de genre féminin ? Plus généralement, si les représentations de genre servent ainsi de grille de lecture de la réalité, on peut aussi s'interroger sur l'efficacité des messages de prévention liés à la consommation d'alcool qui sont potentiellement menaçants pour l'identité sociale des consommateurs (62). Pour autant, de tels messages peuvent constituer une opportunité pour faire évoluer le regard et les représentations. Par exemple, s'agissant d'un homme, son regard et ses représentations quant au rapport des femmes à l'alcool et ce qu'elles peuvent en subir peuvent évoluer tout comme ses propres représentations du genre masculin puisque désormais l'alcool n'est plus tellement ou du moins n'est plus systématiquement un marqueur de virilité (139). Par-delà les caricatures (d'un côté, l'alcool au masculin associé au groupe de camarades, à la fête, au foot, au bar, aux collègues, etc., de l'autre, l'alcool au féminin associé au vertige, à la sexualité, à la psychopathologie féminine, à la solitude, au caractère choquant, décevant, dégradant) et sans pourtant dégenrer complètement la question alcool, au risque de nier les rapports sociaux et leur impact dans la vie des individus, ne pourrait-elle être envisagée dans le souci et le respect des identités de genre tout en œuvrant à diminuer les risques spécifiques qui y sont associés (62) ?

Impact du genre sur le niveau de perception des risques liés aux différentes modalités d'exposition à l'alcool chez les femmes

En conséquence des stéréotypes liés au genre féminin précédemment listés (la femme comme gardienne des valeurs morales, comme garante du foyer, de la parentalité et des soins à l'enfant, comme image de la sobriété à l'égard de l'alcool comme de la sexualité), existent de nombreux impensés s'agissant des usages d'alcool des femmes (par exemple, celui du *binge drinking* dont la prévalence est pourtant croissante chez les femmes (2)). De tels impensés sont eux-mêmes source de déni quant aux risques encourus. Les professionnels de santé comme l'entourage et la société en son ensemble contribuent à invisibiliser les femmes dans leurs différentes modalités d'usage d'alcool et la diversité des risques qui y sont associés.

La perception des risques liés à l'alcool est différenciée en fonction du genre. S'agissant de la périnatalité, les femmes ont ainsi plus conscience de ces risques que les hommes (88). Ce sont quasi exclusivement les femmes qui prennent en charge la prévention des risques liés à l'alcool pour la grossesse et la santé de l'enfant, alors même que l'alcoolisation fœtale résulte aussi des consommations du co-géniteur et qu'elles sont soumises à un environnement permissif en la matière, voire éventuellement négligent à leur égard.

Pourtant, en situation d'alcoolisation aiguë, la perception du risque est plus significativement altérée chez les femmes au gré d'une moindre tolérance physiologique de l'ivresse. L'intoxication aiguë altère, en effet, plus significativement et plus vite la capacité de détecter les signaux d'alerte ou d'interpréter l'information sociale, de même qu'elle modifie le comportement attendu dans un scénario d'agression hypothétique. En de tels contextes, les femmes sont plus vulnérables aux agressions sexuelles, quand bien même les personnes de genre masculin ne sont pas épargnées par de tels dommages.

Impact du genre sur les pratiques professionnelles et les messages de santé publique

Les acteurs de santé sont des citoyens comme les autres, ils sont influencés par les mêmes représentations sociales liées au genre et les mêmes impensés. Leurs pratiques professionnelles en sont affectées (47). Il a pu être montré des différences de traitement proposé par des praticiens de santé, en l'occurrence des médecins généralistes, selon le genre du patient. S'il est proposé aux hommes une diminution de leur consommation, c'est un arrêt complet qui est préconisé aux femmes (62). Plus globalement, il en résulte des inégalités de santé aux dépens des femmes sous la forme d'un défaut d'information fiable et adaptée sur les risques liés à l'alcool chez les femmes de même qu'un défaut de repérage systématique de leurs usages et conséquemment un défaut d'accompagnement approprié.

Améliorer les connaissances des acteurs de santé et partant l'efficacité de leurs pratiques professionnelles impose de tenir compte des spécificités liées au genre, à savoir non seulement l'évolution des modalités d'usage d'alcool des femmes, mais également les représentations liées au genre et les types de rapports sociaux que celles-ci suscitent.

C'est ce que Fédération Addiction a pu montrer dans le cadre d'une démarche de développement et de mise en œuvre d'actions spécifiques « femmes⁶ » au sein de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) (140) : dispositifs dédiés, soins spécifiques, groupes

⁶ [Bases d'expériences en ligne : Actions spécifiques femme | GREA – Groupement Romand d'études des addictions](#)

de parole, ateliers bien-être, sorties, plages horaires spécifiques, partenariats spécialisés, etc. Une clarification préalable des représentations de chaque équipe autour de la question du genre féminin s'est, de fait, révélée indispensable. Il n'en demeure pas moins que cela questionne l'appropriation, par les acteurs de santé eux-mêmes, des messages de santé publique lorsqu'ils se trouvent adaptés au genre au regard de la puissance de représentations profondément ancrées au cœur de la société.

Enfin, la stigmatisation associée à la consommation d'alcool, que ce soit pendant la grossesse ou en dehors, peut amener les femmes à éviter les services en santé (y compris périnatale) et sociaux où cette stigmatisation opère également (100). Il est donc essentiel que les fournisseurs de soins soutiennent activement les femmes en général, les femmes enceintes et les nouvelles mères tout particulièrement en leur fournissant des soins adaptés, en tenant compte de leur vécu et de leurs motifs de consommation (violences subies) dans un environnement exempt de jugement (24).

1.2.3. Le risque alcool est amplifié chez les femmes

1.2.3.1. Inégalité des hommes et des femmes face à l'alcool

Les hommes et les femmes apparaissent inégaux devant l'alcool avec des conséquences cliniques différentes, et ce en raison de facteurs liés à leur sexe et de facteurs liés à leur genre qui accentuent les effets de l'alcool sur le corps, la santé et la qualité de vie des femmes (62).

À mêmes quantités consommées et à mêmes modalités d'usage (fréquence, intensité, rapidité, etc.) que les hommes, les effets délétères sont plus précoces et plus intenses chez les femmes. Les femmes subissent donc plus de méfaits tout en consommant des quantités moindres. Ces différences relèvent d'une physiopathologie différenciée selon le sexe.

Les conséquences physiopathologiques de la consommation d'alcool comportent en effet des différences significatives entre les sexes.

- À consommation égale, y compris lorsque le poids corporel est équivalent, le taux d'alcoolémie est plus élevé et plus rapidement chez les femmes (5). Une moindre consommation peut donc entraîner une alcoolisation plus rapide, avec un taux d'alcoolémie qui est en moyenne 1,2 fois supérieur à celui d'un homme (62). Or, une femme en état d'ébriété est bien plus vulnérable qu'un homme dans le même état avec la survenue plus rapide d'un état d'apathie, de somnolence, de perte de contrôle de soi augmentant les risques de relation sexuelle non protégée et d'agression sexuelle (51).
- L'alcool cause plus de complications physiques et plus rapidement chez les femmes, notamment en termes de lésions hépatiques (favorisées par les effets pro-inflammatoires des œstrogènes) pouvant se compliquer de fibrose et ce même quand elles consomment de plus petites quantités (24). Les femmes sont donc plus rapidement touchées par la cirrhose (et donc le carcinome hépatocellulaire) que les hommes. On recense notamment aussi une réactivité cardiaque à l'alcool plus prononcée chez les femmes ainsi qu'un risque majoré et plus précoce de vieillissement de la peau. Les risques neurologiques seraient aussi amplifiés (130, 141). Au-delà des repères de consommation d'alcool dits à moindre risque, les conséquences sont considérées comme étant 5 à 8 fois plus graves chez les femmes.
- La consommation d'alcool accroît significativement le risque de multiples cancers, dont celui du sein (24, 48, 142-144).

Les femmes subissant des effets plus néfastes et plus rapides que les hommes, elles doivent être au fait de ces différences quand elles décident quelle quantité et selon quelles modalités consommer (24).

1.2.3.2. L'effet « télescopique »

Les effets délétères de l'alcool sont plus intenses chez les femmes et ils surviennent plus rapidement. L'effet télescopique correspond au fait que la période entre la première consommation d'alcool et le début des problèmes de santé et des conséquences connexes est plus courte chez les femmes que chez les hommes (145). Une autre façon de présenter cet effet est de dire que, chez les femmes, moins de temps s'écoule entre la première consommation d'alcool et le traitement, les problèmes de santé survenant plus tôt et étant plus graves.

1.2.3.3. Les repères de consommation d'alcool à moindre risque en question chez les femmes

La recherche scientifique a bien montré des dommages plus élevés avec des quantités d'alcool plus faibles pour les femmes ainsi que des différences globales entre les sexes dans la pharmacocinétique de l'alcool dans les corps des hommes et des femmes. Comme précédemment développé, on observe une plus grande vulnérabilité aux agressions sexuelles et à la violence entre partenaires intimes ainsi que des normes et des stéréotypes sexuels plus négatifs sur la consommation d'alcool chez les femmes. Si, dans certains pays, des lignes directrices spécifiques au sexe et au genre ont été publiées, invitant à une consommation d'alcool plus faible chez les femmes que chez les hommes, dans d'autres pays, comme en France, les recommandations ne tiennent pas compte du sexe et du genre (23, 76).

Si les repères de consommation d'alcool dits à moindre risque tels que définis en France sont considérés comme l'intervalle de consommation qui entraîne un risque vie entière estimé comme « faible », l'absence de différenciation selon le sexe et le genre se voit questionnée par la réalité d'une vulnérabilité et de dommages amplifiés chez les femmes. C'est ce dont témoignent les données relatives aux points suivants.

- La mortalité liée à l'alcool

Les travaux de Jürgen Rehm (146) et de Kevin Shield (147) ont montré que le risque absolu de mortalité attribuable augmente plus rapidement chez les femmes que chez les hommes puisqu'il atteint le taux de 1 % dès une consommation de 15 g/j « vie entière » pour les premières mais de 25 g/j pour les seconds (23).

- L'épidémiologie des cancers liés à l'alcool

Comme les données scientifiques l'objectivent, en dépit d'un effet dose, il n'y a pas d'effet seuil au risque de cancer induit par l'alcool (23, 144, 148, 149). Particulièrement chez les femmes, un risque de cancer du sein (qui n'est donc pas un risque faible) en lien avec l'alcool existe, y compris pour de faibles niveaux de consommation, et donc même pour des doses inférieures aux repères officiels de consommation d'alcool dits à moindre risque.

- La périnatalité

Il n'existe, durant toute la période périnatale, aucune consommation d'alcool qui soit dénuée de risque. Au regard des risques liés à l'exposition des gamètes en préconceptionnel ainsi qu'à ceux liés à l'exposition embryo-fœtale en tout début de grossesse, y compris s'agissant de faibles niveaux de consommation d'alcool (53, 150), le principe de non-application des repères de consommation d'alcool à moindre risque aux femmes enceintes (s'agissant des grossesses diagnostiquées) mérite d'être étendu. Ainsi, le principe de précaution du zéro alcool dès qu'un projet de grossesse est envisagé ou une contraception interrompue mérite d'être clairement explicité et diffusé au sein de la population générale et ne devrait donc pas se restreindre uniquement aux femmes une fois qu'elles sont déjà enceintes.

Éduquer les populations à tendre vers des niveaux plus sécuritaires de consommation d'alcool, en l'occurrence la population des femmes dans sa grande diversité, impose de pouvoir comprendre et s'approprier les spécificités liées au sexe et au genre qui en influencent défavorablement les risques. Disposer de repères de consommation d'alcool indifférenciés ne dispense donc pas de s'adapter à leur plus grande vulnérabilité et ainsi d'offrir aux femmes et aux filles un conseil plus nuancé et plus éducatif sans que cela nuise aux valeurs de liberté, d'autonomie et d'égalité entre hommes et femmes. Encore faut-il s'être bien approprié cette question et ses enjeux. Dans leur article, Greaves *et al.* encouragent quant à eux clairement l'élaboration de lignes directrices sur la consommation d'alcool à moindre risque qui soient spécifiques au sexe et au genre et leur diffusion auprès des cliniciens, des usagers du système de santé et plus largement des citoyens (76).

1.2.3.4. Toutes les dimensions de la vie des femmes sont plus sévèrement affectées par l'exposition à l'alcool

Ces dimensions sont de nature diverse.

- Physique

Se référer au chapitre 1.2.3.1 du présent argumentaire s'agissant du retentissement neurocognitif, hépatique (cirrhose), cardiaque, à type de cancer, etc.

- Psychologique (47, 101, 151)

Les femmes consommatrices d'alcool souffrent plus souvent de :

- troubles de la perception de leur corps et de leur image ;
- troubles des conduites alimentaires (TCA) ;
- troubles anxieux et dépressifs ;
- faible estime d'elles-mêmes ;
- dépendance affective à leur partenaire.

Leur entrée en soins est plus souvent motivée par des problèmes de santé mentale ou la crainte d'avoir affaire aux services sociaux.

- Addictive

À consommation identique, le risque de trouble de l'usage d'alcool avec dépendance serait 12 à 20 fois plus élevé chez les femmes (5, 47).

Les hommes et les femmes souffrant d'un TUA semblent cependant avoir des trajectoires vis-à-vis de l'alcool très différentes (152, 153). La consommation problématique et/ou régulière survient plus tardivement chez les femmes par rapport aux hommes mais elles ont recours aux soins plus rapidement que les hommes (62).

Ces différences dans l'histoire du TUA entre hommes et femmes reposent notamment sur des spécificités, en partie de nature hormonale, dans le processus de récompense (154).

- Sociale

Les femmes consommatrices d'alcool sont plus isolées que les hommes, leur précarité sociale est majorée et elles subissent plus d'inégalités au travail.

Les femmes sont considérablement plus souvent victimes de violences que les hommes. Même s'il n'est pas l'unique déclencheur et qu'il ne préjuge pas d'un passage à l'acte violent, l'alcool est fréquemment retrouvé. Ainsi, l'alcool est directement impliqué dans 30 % des violences faites aux femmes et dans 30 % des féminicides (155). L'alcool accroît les risques de violence conjugale et d'agression sexuelle au sein des couples, entre des personnes qui se fréquentent ou entre des inconnus, qu'il soit consommé par les agresseurs, les victimes ou les deux (24).

- Professionnel

Le travail joue moins son rôle de protection vis-à-vis de l'addiction pour les femmes en raison des difficultés spécifiques qu'elles peuvent rencontrer sur le lieu du travail, comme le harcèlement, les violences, une pression plus forte pouvant inciter au dopage, les difficultés à concilier vie professionnelle et vie privée (5, 47).

- Judiciaire

L'usage d'alcool contribue aux inégalités sociales de genre, y compris en matière judiciaire à l'instar de la non-reconnaissance judiciaire des agressions (quelle que soit la nature, physique, sexuelle et autre) à l'égard des femmes au motif de leur alcoolisation. L'altération de la capacité de consentement (notamment à des relations sexuelles) n'est donc pas considérée dans l'occurrence d'agressions. Il en résulte que les femmes bénéficient d'une moindre protection juridique.

1.2.4. Les situations favorisantes et les raisons de consommer de l'alcool pour les femmes

Il est essentiel de comprendre ce qui motive les usages d'alcool ainsi que leurs facteurs favorisants et contextes de survenue afin de pouvoir adapter en conséquence l'information sanitaire, que celle-ci soit à l'attention des professionnels de santé ou des citoyens, ainsi que pour favoriser le repérage et améliorer les modalités d'accompagnement.

Sur ce sujet très important des situations à risque et des raisons de consommer de l'alcool chez les femmes, on constate de nouveau un important déséquilibre de la littérature scientifique et institutionnelle au profit de la seule situation de femme enceinte. Il est pourtant tout aussi important chez les femmes en dehors de toute grossesse. Notons d'emblée que ce qui est identifié en contexte de grossesse est *a priori* aussi valable pour les femmes non enceintes, voire non désireuses de l'être, et sera donc appliqué au genre féminin en général.

1.2.4.1. Analyse de la bibliographie consacrée aux facteurs associés aux consommations d'alcool chez la femme enceinte et allaitante

Nous proposons une sélection d'articles remarquables, s'agissant de méta-analyses et revues systématiques récentes, et suffisamment actualisés.

***A Qualitative Systematic Review of Factors Associated with Alcohol Use, Reduction, and Abstinence in Pregnancy* par Lyall V et al. (105)**

Cette revue qualitative systémique publiée en 2021 dans l'*International journal of environmental research and public health* s'intéresse aux facteurs associés à la consommation d'alcool, à la réduction et à l'abstinence pendant la grossesse.

Les auteurs notent que les facteurs structurels et systémiques sont largement absents des études, lesquelles tendent à ne se concentrer que sur les dimensions de choix individuel. Cette revue confirme pourtant que les usages d'alcool ne résultent pas de la seule volonté des personnes et partant de leur seule responsabilité individuelle. Cinq grandes classes de facteurs identifiés comme influençant les usages d'alcool et leurs modalités chez les femmes (en l'occurrence femmes enceintes) témoignent de l'ampleur systémique de leurs déterminants :

- les rapports sociaux et les normes sociales ;
- le poids de la stigmatisation ;
- les traumatismes et autres facteurs de stress ;
- les modalités et la qualité de l'information et des messages portant sur l'alcool ;
- l'accessibilité à des soins équitables et de qualité ainsi qu'à des ressources de base, que ce soit en termes de santé, mais aussi d'habitat, d'éducation, de sécurité.

Par là, il est évident que les usages d'alcool ne relèvent pas du seul choix de la personne qui consomme de l'alcool (en l'occurrence la femme enceinte) puisque ces usages paraissent bien plus largement déterminés par divers facteurs structurels à l'échelle collective.

Les auteurs insistent dans leur propos en précisant que la focalisation sur la seule responsabilité individuelle, tout en faisant silence sur l'impact des déterminants structurels et systémiques des usages d'alcool, ne fait qu'accentuer la stigmatisation et partant le risque d'autoexclusion et de défaut d'accès aux soins du fait de la honte éprouvée par les personnes. Soutenir la santé maternelle et fœtale implique donc de cibler les déterminants structurels et systémiques des usages d'alcool et de ne pas en faire qu'une question individuelle, y compris pendant la grossesse.

***Why do women consume alcohol during pregnancy or while breastfeeding* par Popova S et al. (116)**

Cette revue de la littérature intitulée « Pourquoi les femmes consomment-elles durant la grossesse ou l'allaitement ? » et publiée en 2022 dans *Drug and alcohol review* incluait 42 études couvrant 16 pays.

Les raisons les plus fréquemment rapportées (les deux premières étant les plus fréquentes) s'agissant de la consommation d'alcool par les femmes durant leur grossesse incluait :

- la pression/incitation sociétale à consommer (y compris par le biais de médecins banalisant l'usage d'alcool) ;
- la croyance que seuls l'alcool « fort » et l'alcool en grande quantité sont nocifs ;

- le manque de sensibilisation aux effets néfastes de l'alcool sur le fœtus ;
- le fait de faire face à des conditions et des expériences de vie difficiles ;
- l'intuition influencée par l'expérience personnelle ou celle de pairs (mères ayant bu durant leur propre grossesse) de l'absence de nocivité de l'alcool pour leurs enfants ;
- la croyance en des propriétés bénéfiques de l'alcool ;
- les conseils inappropriés de médecins ;
- les grossesses non désirées ou du moins non planifiées ;
- le TUA, en particulier en cas de dépendance ;
- l'influence de la tradition culturelle des usages d'alcool.

Les raisons les plus fréquemment rapportées s'agissant de la consommation d'alcool par les femmes durant l'allaitement incluaient :

- la croyance que l'alcool stimule la production de lait maternel (notamment la bière) ;
- les consignes ambiguës/insuffisamment claires des médecins ;
- la méconnaissance des risques de l'exposition à l'alcool pour le nourrisson ;
- la recherche de l'effet psychotrope de l'alcool s'agissant d'améliorer l'humeur ;
- les situations festives.

En résumé, outre les circonstances personnelles, les croyances erronées, la méconnaissance que des risques existent pour toute consommation de boisson alcoolisée (quels qu'en soient le type et la quantité et à quelque moment que ce soit de la grossesse), le défaut de consigne et/ou de conseil appropriés y compris de la part du système et des acteurs de santé, l'impact de la culture et de la tradition constituent des facteurs d'influence déterminants sur les consommations d'alcool durant la grossesse et/ou l'allaitement. Comprendre les contextes et les raisons de ces consommations est indispensable pour prévenir les TSAF et les autres problèmes de santé maternelle et infantile via une éducation sanitaire adaptée.

Women's views and experiences of occasional alcohol consumption during Pregnancy **par Hammer R et al. (156)**

Cette revue qualitative systémique avec recommandations intitulée « Opinions et expériences des femmes sur la consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse » et publiée en 2022 dans *Midwifery* incluait 27 études couvrant 11 pays. Cette revue cherchait à comprendre le contexte et les raisons expliquant les consommations d'alcool des femmes durant la grossesse. Cette revue excluait les situations de TUA.

Cinq items principaux combinent et représentent les points de vue et les expériences des femmes durant leur grossesse en matière d'abstinence et de consommation occasionnelle d'alcool :

- le manque d'information fiable en matière d'alcool ;
- une information sanitaire inappropriée véhiculée par des professionnels de santé ;
- la perception par les femmes des messages de santé publique ;
- les expériences des femmes et leur perception du risque ;
- les normes sociales et le contexte culturel.

Les raisons qui sous-tendent la consommation occasionnelle d'alcool chez la femme enceinte sont donc complexes et influencées par une diversité de facteurs socioculturels.

En conséquence de tels constats, cette revue de la littérature propose l'ensemble des recommandations suivantes :

- améliorer les connaissances des professionnels, la pratique et le niveau d'implémentation du repérage des usages d'alcool ;
- améliorer le niveau d'information des femmes ;
- diffuser des messages appropriés ;
- diversifier les sources d'information ;
- donner aux femmes les moyens de choisir et œuvrer à leur pouvoir d'agir (*empowerment*) ;
- cibler et travailler sur les déterminants sociostructurels des usages d'alcool.

Les stratégies de sensibilisation quant aux enjeux des usages d'alcool durant la grossesse devraient donc être améliorées. Elles ne devraient notamment pas se concentrer uniquement sur la responsabilité individuelle des femmes mais au contraire s'adresser bien plus largement à l'entourage de la femme enceinte (partenaire, co-parent, famille, amis, etc.). Plus généralement, favoriser un environnement sociostructurel plus favorable aux femmes quant à l'exposition à l'alcool, particulièrement durant leur grossesse et l'allaitement de l'enfant, devrait impliquer la société en son ensemble, dont les acteurs de santé. Ces stratégies devraient aussi tenir compte des expériences des femmes et de leurs contextes de vie quotidienne.

Alcool et grossesse, parlons-en – Guide à l'usage des professionnels (64)

Ce document, produit sous l'égide du ministère français du Travail, de l'Emploi et de la Santé, a été publié en 2011. Positionnant la grossesse comme moment clé quant aux risques liés à l'alcool, de nombreux constats y sont faits qui témoignent de l'importance d'améliorer le niveau d'information sanitaire et les messages de prévention tout comme le repérage des consommations et l'accompagnement des femmes enceintes. Parmi ces constats, il est un fait majeur que beaucoup de femmes méconnaissent encore les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, et ce par l'effet de différents mécanismes.

De multiples raisons sous-tendent ainsi les consommations d'alcool des femmes enceintes auxquelles s'ajoutent un certain nombre de difficultés qui viennent freiner, voire empêcher le suivi les recommandations d'abstinence :

- la pression sociale à consommer, rappelant en cela le rôle notable de l'entourage (partenaire, co-parent, famille, amis, etc.) et de la société dans son ensemble dans les usages d'alcool des femmes durant leur grossesse ;
- la méconnaissance des effets nocifs potentiels de l'alcool sur le fœtus et plus encore pour le déroulement même de la grossesse, ce qui soulève la question du rôle du système de santé et de ses acteurs dont les messages peuvent encore être ambigus ou incertains quant aux risques liés aux usages d'alcool en général et pour la périnatalité en particulier ;
- la notoriété d'enfants nés apparemment sains malgré les consommations de leurs mères conduit des femmes enceintes à minimiser les risques liés à leurs propres usages ;
- le déni comme mécanisme puissamment à l'œuvre dans le retard de prise de conscience et l'accès aux aides. Considéré comme le principal frein, particulièrement en cas de TUA, il est en réalité actif pour tout type d'usage d'alcool durant la grossesse. C'est ainsi, par le déni, que les femmes ont le sentiment de boire « comme tout le monde », sous-estiment leur consommation et ignorent les risques encourus ;
- la recherche, parfois inconsciente, d'effets psychotropes de l'alcool (anxiolytique, antalgique, hypnotique, etc.) *a fortiori* si la femme enceinte souffre de conditions de vie difficiles (par exemple, violences conjugales). Il est donc essentiel pour les professionnels de santé de

toujours avoir à l'esprit la question des effets recherchés avec les boissons alcoolisées, de type psychosensoriel, ainsi que le rôle de ces usages dans la vie sociale ;

- la recherche d'effets « positifs » présumés de l'alcool, parfois suggérés par les médecins eux-mêmes, et la crainte de les perdre (fait que certains médecins estiment qu'un peu de vin rouge est bon pour la santé, y compris durant la grossesse) ;
- la présence d'un TUA et la crainte du sevrage ;
- la réprobation sociale généralisée sur la consommation d'alcool chez les femmes, parce qu'elle suscite la honte et provoque la peur de voir la garde de leur enfant leur être retirée, freine la parole et conduit à l'isolement et au mutisme. Les femmes pouvant plus facilement encore que les hommes en arriver à se cacher pour consommer, cela illustre l'impact délétère amplifié à l'égard des femmes des représentations sociales liées à l'alcool et liées au genre. À ce titre, les professionnels de santé devraient eux-mêmes, non seulement éviter de se placer dans le registre de la morale, mais également prendre conscience de leur propre rapport à l'alcool ainsi que de leurs représentations à l'égard des femmes consommant de l'alcool durant leur grossesse pour ne pas susciter de réaction de fuite et de renoncement.

L'influence de l'entourage dans les usages des femmes est particulièrement soulignée dans une étude australienne publiée en 2012 constatant que 75 % des femmes qui avaient bu durant leur grossesse l'avaient fait avec leur partenaire masculin et que 40 % des occasions avaient été initiées par ce dernier (89). La place des hommes dans la prévention des TSAF et autres complications de l'exposition à l'alcool en période périnatale est ici soulignée, en plus d'être développée dans le chapitre 1.2.5.3 du présent argumentaire.

Au total

Si les directives officielles préconisent l'abstinence d'alcool pendant la grossesse, leur application pratique se confronte à une réalité tout autre qui impose aux femmes une forte pression sociale à consommer et tout un ensemble d'autres facteurs qui la confrontent, la fragilisent et l'isolent (24). Que l'on mette à part ou pas la situation de trouble de l'usage d'alcool, comprendre les raisons qui poussent les femmes à consommer (qu'elles soient enceintes ou pas), leurs contextes et leurs environnements est essentiel afin que les acteurs de santé et les décideurs sanitaires s'adaptent à la réalité vécue et répondent aux besoins réels plutôt que de répliquer des injonctions jugeantes et sourdes aux conditions de vie et aux difficultés rencontrées par les femmes, particulièrement pendant la grossesse, l'allaitement ainsi que durant la période où les femmes planifient de tomber enceintes.

1.2.4.2. Analyse de la bibliographie consacrée aux raisons des consommations d'alcool des femmes hors grossesse

Comme précédemment expliqué, il y a très peu, voire pas d'articles s'intéressant spécifiquement à la situation des femmes face à l'alcool en dehors de la période de la grossesse et l'allaitement. La sélection d'articles est donc encore plus restreinte mais il faut aussi avoir à l'esprit que les facteurs identifiés dans les articles précédents portant sur la situation des femmes enceintes et/ou allaitantes s'appliquent naturellement aussi aux femmes hors grossesse.

Alcohol and drinking within the lives of midlife women par Kersey K et al. (157)

Cette revue systématique de type méta-analyse intitulée « Alcool et consommation d'alcool dans la vie des femmes adultes » a été publiée en 2022 dans *The International Journal on drug policy*. Elle s'intéresse aux changements sociétaux à l'œuvre dans les sociétés occidentales et comment ils ont conduit à des contextes et des environnements favorables (permissifs, voire incitatifs) aux usages d'alcool des femmes, en l'occurrence femmes adultes. L'augmentation de leurs consommations d'alcool et des méfaits qui y sont associés implique de questionner le rôle de l'alcool dans la vie des femmes et les contextes et circonstances qui y sont associés afin d'adapter au mieux les stratégies sanitaires visant à préserver leur santé.

Une multitude de facteurs interviennent qui témoignent de la complexité des contextes et des environnements contribuant aux usages d'alcool féminins ainsi que le rôle de l'alcool dans la vie des femmes à travers la pluralité de ses fonctions. Parmi ces facteurs, et de façon non exhaustive :

- la place et la signification sociales de l'alcool s'agissant notamment de l'appartenance à des groupes sociaux et/ou culturels et plus généralement de l'identité sociale (impliquant la dimension professionnelle et économique), mais également la place et la signification de l'alcool s'agissant de la situation familiale ou de la sexualité ;
- les effets psychoactifs de l'alcool, notamment comme expérience incarnée de plaisir ;
- les effets sociabilisants de l'alcool ;
- l'image et l'impact de l'alcool comme possibilité et moment de répit au cœur des vies compliquées et des responsabilités stressantes des femmes de la quarantaine ;
- les discours sociétaux et politiques sur la consommation d'alcool qui ont notamment conduit à la normalisation des usages féminins d'alcool ;
- la pression sociale en général et plus particulièrement du conjoint, de l'entourage, y compris professionnel ;
- les conditions de vie (matérielles, affectives, etc.).

Il est essentiel de confronter et de comprendre la diversité des significations et des fonctions de l'alcool dans la vie des femmes en tenant compte des facteurs certes individuels, mais aussi des facteurs matériels et socioculturels ainsi qu'en s'appuyant sur la façon dont les femmes adultes rendent compte et donnent du sens à leurs usages d'alcool. Les politiques et interventions de santé publique en matière d'alcool ne devraient donc pas se restreindre au seul objectif de réduction des consommations d'alcool mais intégrer, d'une part les multiples facettes du rôle fonctionnel de l'alcool dans la vie des femmes, d'autre part leur position sociale et économique, enfin les contextes et environnements socioculturels qui sont les leurs et déterminent pleinement leurs usages.

À partir de livres et d'une synthèse d'articles de presse sur le sujet de l'alcool au féminin

Divers ouvrages (41, 106, 113) et de nombreux autres témoignages interrogent la place de l'alcool dans l'identité féminine à l'aune des évolutions sociétales majeures du dernier siècle (et qui se poursuivent). Ces éléments de réflexion ont déjà été développés dans le chapitre 1.1.1.1 du présent argumentaire s'agissant des représentations sociales liées à l'alcool que subissent les femmes.

Plusieurs problèmes sont soulevés s'agissant des risques encourus par les femmes à l'aune des évolutions notables de leurs usages d'alcool :

- la confusion entre usage d'alcool et émancipation conduit à minimiser les dangers qui y sont associés ;

- les motifs légitimes d’usage d’alcool, parmi lesquels la recherche de plaisir et de socialisation, ne permettent pas aux femmes de prendre pleinement conscience de certains risques et de pouvoir agir en connaissance de cause. À titre d’exemple, le risque cancer confronte à la notion de priorité des risques en regard des plaisirs immédiats et ponctuels des consommations d’alcool. Un tel choix personnel, priorisant l’immédiateté au long terme, ne peut cependant être préféré qu’à condition de pouvoir être justement éclairé dans sa décision, ce qui est pourtant loin d’être toujours le cas ;
- la question de l’égalité entre hommes et femmes et du droit d’accès aux territoires jusque-là strictement masculins conduit à négliger la vulnérabilité physiologique amplifiée des femmes face à l’alcool et les risques associés qui n’ont d’autre effet que de la dévaloriser. Pourtant, il ne devrait pas être nécessaire de consommer de l’alcool comme les hommes pour pouvoir bénéficier d’une juste reconnaissance et d’une égalité de genre au niveau social, professionnel, sanitaire, juridique, etc. ;
- tout comme d’autres substances psychoactives y incitent parfois aussi, l’alcool peut être choisi par une femme pour pouvoir ressembler aux héroïnes, écrivaines, chanteuses, etc., autrement dit l’alcool intervient comme processus d’identification. L’usage d’alcool comme acte de rébellion et comme « label de la femme moderne et non convenable » expose pourtant potentiellement à la perte de contrôle, à la vulnérabilité aux agressions et violences et partant prive justement des bénéfices acquis par les femmes dans leur droit d’en consommer comme elles le souhaitent. La prise de conscience de tels enjeux est essentielle.

1.2.4.3. Circonstances à risque d’usage d’alcool et de trouble de l’usage d’alcool (TUA) chez les femmes

Les mêmes circonstances et facteurs de risque qu’en population générale sont applicables à la population féminine (se référer à l’argumentaire du premier volet du présent travail dédié à la population générale (26)). Nous proposons ici un focus sur les facteurs si ce n’est spécifiques du moins particulièrement importants pour les personnes de sexe et/ou de genre féminins. Une multitude de facteurs et caractéristiques interagissent en effet avec le sexe et le genre féminins et, outre le fait de favoriser les usages d’alcool, co-aggravent les méfaits associés dans une dynamique synergique et d’intersectionnalité propre à amplifier aussi la stigmatisation, la discrimination et l’ensemble des inégalités sociales de santé dont elles souffrent.

Souffrance psychique et charge mentale

À l’origine d’une fuite dans l’alcool, il y a souvent des souffrances auxquelles les femmes ne peuvent faire face : un vécu traumatique dans l’enfance, des violences conjugales, une dépendance affective, des violences sexuelles, des questionnements identitaires, un sentiment de solitude, etc. (5).

La charge mentale accrue des femmes (responsabilité du rôle parental, double, voire triple vie : familiale, professionnelle, personnelle, laquelle passe souvent en arrière-plan, générant frustration et souffrance) conduit certaines femmes à user d’alcool à visée relaxante, anxiolytique et parce que cela représente une échappée par rapport à des obligations éprouvantes et envahissantes (24).

L’usage problématique d’alcool chez les femmes semble en effet être particulièrement associé au besoin de s’échapper alors qu’il est bien plus associé chez les hommes à une vulnérabilité psychologique et/ou à un effet du groupe de pairs (5).

Le travail

Selon l'INSERM, 20 % des salariés disent avoir besoin de « se doper » avant d'aller au travail, toutes substances confondues. Chez les femmes, un lien étroit existe entre usage d'alcool et troubles mentaux en corrélation avec l'environnement professionnel. Ce lien entre travail et alcool chez les femmes, en particulier celles qui sont hautement diplômées et en situation de forte responsabilité (à l'instar des femmes cadres), est souligné par plusieurs études et auteurs (5, 22, 106, 158).

En témoignent diverses paroles de femmes sur le sujet, parmi lesquelles :

- « Mon travail a alimenté mon alcoolisme » ;
- « Pour tenir [au travail], on trinque (entre collègues) » ;
- « Au début, je buvais un verre pour avoir un sas de décompression entre ma vie pro et perso » (106).

Les femmes usent plus facilement de l'alcool pour des raisons en lien avec leur travail parce qu'elles sont plus sujettes à l'anxiété sociale, parce qu'elles craignent plus de mal faire leur travail, de parler en public, d'être illégitimes (41). En buvant, elles se désinhibent, elles se sentent plus assurées (106).

Par ailleurs, le travail joue moins son rôle de protection des addictions s'agissant des femmes en raison des inégalités sociales de genre avec des manifestations telles que pression, harcèlement, discriminations, violences, qui sont amplifiées à leur égard. Les femmes en viennent à consommer de l'alcool pour surmonter ces difficultés, pour être plus performantes, pour tenter de concilier vie privée et vie professionnelle (5). Certaines estiment même que l'alcool est utilisé comme « un outil de management » par leur hiérarchie, soulignant par là la dimension structurelle de l'alcool dans notre société et dans les milieux professionnels en particulier.

Les violences faites aux femmes

Les violences faites aux femmes (qu'elles soient verbales, physiques, psychiques, sexuelles, gynécologiques, etc.) constituent un facteur de risque majeur pour la santé et la qualité de vie des femmes (42). On constate une prévalence élevée de violences physiques et sexuelles subies durant l'enfance ou à l'âge adulte par les femmes ayant des usages problématiques d'alcool (24, 106).

Une revue systématique datée de 2021 (159) décrit les effets négatifs de la violence conjugale sur les issues de santé physique des femmes, parmi lesquels : majoration des symptômes de ménopause, majoration du risque de diabète, développement de maladies et de douleurs chroniques, survenue d'infections transmissibles sexuellement, comportements à risque dont l'abus de drogue et d'alcool.

Le lien entre violences conjugales et consommation d'alcool témoigne en effet d'un autre type d'interaction majeure avec le sexe et le genre, la plupart des victimes étant des femmes (24). Ce type de violence survient plus souvent durant la grossesse qu'à d'autres périodes de la vie, et c'est le plus souvent au moment de la grossesse que les femmes en subissent pour la première fois. Les antécédents d'agression sexuelle et de viol « multiplient par 36 le risque de tomber dans l'alcool, d'évoluer vers un TUA et une maladie addictive de manière générale » (106).

Il est notable que cette interaction synergique entre violences subies et exposition à l'alcool chez les femmes a des effets inter-rétroactifs puisque la réduction des violences qu'elles subissent améliore leur situation face à l'alcool de même qu'une meilleure gestion de leurs consommations d'alcool contribue à réduire le risque de violences à leur rencontre (160-163).

Mais il y a aussi un risque important d'effet boomerang. En effet, les femmes qui consomment de l'alcool deviennent plus vulnérables aux comportements violents de leur conjoint, aux agressions

sexuelles ou au harcèlement car leur capacité de discernement et d'autodéfense est amoindrie. Tendant à consommer de l'alcool pour diminuer la souffrance et supporter les violences, elles risquent ainsi de se retrouver dans un cercle vicieux dans lequel l'alcool ne fait que renforcer le désespoir à l'origine de sa prise (5).

Les antécédents traumatiques

Tout antécédent traumatique (se référer aux définitions présentées en Annexe 3), qu'il s'agisse d'un vécu de perte (par exemple, l'absence de figure parentale avec trouble de l'attachement) ou bien de de violences (affectives, physiques, sexuelles (44), économiques ou toutes autres), qu'il soit survenu dans les premières années de vie ou plus tardivement, qu'il soit simple (par exemple, un choc brutal mais ponctuel) ou bien complexe, et plus généralement tout antécédent de maltraitance et l'occurrence d'un trouble ou syndrome de stress post-traumatique (TSPT/SSPT ou, selon l'intitulé anglophone, PTSD pour *Post-Traumatic Stress Disorder*) constituent un facteur de risque majeur pour la santé et l'usage de substances psychoactives, dont l'alcool. De façon notable, les traumatismes obstétricaux, tels qu'un antécédent d'accouchement et/ou de post-partum difficile, constituent aussi une situation à risque d'usage d'alcool. Par ailleurs, la synergie entre antécédents traumatiques, sexe, genre et usages d'alcool constitue un contexte intersectionnel propice à la stigmatisation et la discrimination.

Une étude récente est éloquentes quant à l'impact sur la santé des traumatismes subis dans l'enfance par les minorités de genre et les personnes de sexe et/ou de genre féminins. Ils constituent un facteur de risque majeur pour la santé mentale à l'âge adulte et pour l'usage de substances psychoactives au sein des minorités sexuelles féminines (164).

Les comorbidités psychiatriques et/ou addictives

Comme développé dans l'argumentaire en population générale, des antécédents et/ou la présence de troubles psychopathologiques et/ou de troubles de l'usage (conduites addictives) favorisent de façon significative les usages d'alcool des femmes (101). Des troubles de la perception de leur corps et de leur identité sont aussi fréquemment retrouvés (5).

La présence d'une comorbidité psychiatrique (quelle qu'elle soit puisque tout type de trouble mental peut favoriser l'usage d'alcool) et/ou addictive caractérisée conduit au diagnostic de pathologie duelle (165). Parmi de telles comorbidités, on retiendra principalement, pour leur particulière fréquence chez les femmes :

- TCA ;
- troubles mentaux, en particulier à type de :
 - troubles de l'humeur, dont dépression,
 - troubles anxieux, notamment anxiété sociale,
 - troubles de stress post-traumatique ;
- co-addiction, notamment au tabac et aux médicaments psychotropes, y compris traitements substitutifs opioïdes (TSO), ou à toute autre substance psychoactive avec notamment la possibilité de polyconsommation.

Les variations hormonales et périodes de la vie génitale

La souffrance, quelle qu'elle soit, à l'endroit de la vie génitale peut favoriser l'usage d'alcool (106), notamment dans les circonstances suivantes.

- Le syndrome prémenstruel et le trouble dysphorique prémenstruel

Ils semblent significativement associés à l'usage problématique de substances psychoactives, dont l'alcool, et au phénomène de *craving* (126, 127, 166).

- La ménopause

L'importance de l'âge d'une femme, tout particulièrement la période de la ménopause, comme variable à prendre en compte dans la compréhension et la prise en charge de leurs consommations d'alcool a été mise en évidence. Les symptômes anxio-dépressifs liés à cette période de la vie, associée à d'importants remaniements hormonaux, pourraient constituer un facteur de risque de TUA. Les changements de vie (comme le départ à la retraite) et les évolutions du corps liées à l'âge peuvent impacter la perception qu'une femme a d'elle-même. Ainsi, la consommation d'alcool pourrait devenir une stratégie de compensation et/ou d'adaptation⁷ (167) face aux bouleversements vécus à travers cette période de vie, en dépit des conséquences néfastes en retour de cette consommation sur la santé physique et mentale des femmes (24, 123, 124).

Autres

- Question d'intimité et de sexualité : les experts estiment que l'usage problématique d'alcool chez les femmes est particulièrement lié à leur intimité et leur sexualité, lesquelles restent encore trop souvent perçues par la société comme quelque chose de sale et d'indécent. Les femmes souffrent d'un tel jugement tout comme de la connotation sexuelle liée à l'usage féminin d'alcool et des injonctions autant que des menaces qui pèsent sur elles en la matière (106).
- Isolement et sentiment d'insécurité : les femmes consommatrices d'alcool semblent plus isolées que les hommes.
- Dépendance affective et difficultés dans le couple.
- Interactionnisme toxique : il s'agit de l'impact de l'entourage (notamment le ou la conjointe) sur les usages des femmes et sur leur santé entre autres via la négligence et les violences qu'elles subissent du fait de tiers alcoolisés (89). Les dynamiques relationnelles sous-tendent cet interactionnisme toxique depuis la figure d'identification dans l'enfance jusqu'à l'exposition aux habitudes de consommation d'alcool, éventuellement à type de TUA, des partenaires et des autres membres de la famille (se référer à l'annexe 8 du document « Alcool et grossesse, parlons-en » produit par le ministère de Santé (64)) ainsi qu'aux abus et violences intrafamiliales.

1.2.4.4. Intersectionnalité

L'intersectionnalité est une notion sociologique qui permet de comprendre la complexité des inégalités sociales, d'analyser les formes combinées de domination et de repenser la lutte contre les discriminations, notamment à l'égard des minorités. Le terme a été proposé en 1989 par l'universitaire afroféministe américaine Kimberlé Williams Crenshaw, initialement pour parler spécifiquement de l'intersection entre le sexisme et le racisme subis par les femmes afro-américaines (168).

⁷ « Stratégie d'adaptation » est un terme issu de la notion de *coping* et correspond à « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

S'agissant des usages d'alcool, les facteurs comme la pauvreté, l'exposition au racisme, les antécédents traumatiques, la stigmatisation en tant que minorité sexuelle et de genre s'entrecroisent et agissent en synergie avec l'alcool et en démultiplient ainsi les méfaits (24).

La notion d'intersectionnalité peut ainsi être appliquée à la situation des femmes face à l'alcool. Il existe en effet un vaste éventail de caractéristiques intersectionnelles (âge, race, capacités, éducation, statut socioéconomique, orientation sexuelle, etc.), d'idéologies (comme le sexisme, le racisme, le capacitisme) et de processus sociaux et politiques (colonisation, capitalisme, etc.) qui dictent les préceptes relatifs au sexe et au genre touchant ultimement toute la population, en particulier les femmes et les filles susceptibles de consommer de l'alcool (24). Ainsi, les répercussions de l'alcool sur la santé des femmes et en termes de discriminations résultent le plus souvent d'une combinaison d'interactions entre le sexe et le genre dans un contexte intersectionnel venant aggraver les méfaits de l'alcool. Myriade de facteurs intersectionnels, de caractéristiques et de processus qui circonscrivent plus précisément la réalité des femmes, parmi lesquels de façon non exhaustive : la pauvreté, l'âge, les antécédents traumatiques, les violences conjugales et plus généralement toutes violences faites aux femmes (physiques, psychologiques, gynécologiques, sexuelles, etc.). Cette convergence de facteurs interagissant de façon synergique les uns avec les autres conduit à des dégâts liés à l'alcool facilités et amplifiés chez les femmes, rend leur rétablissement en cas de TUA plus difficile et contribue à l'exclusion sociale autant que du système sanitaire. Enfin, le sexe et le genre entraînent aussi l'intériorisation de la stigmatisation chez les femmes ainsi que des traumatismes le plus souvent répétés, provoquant souvent un cercle vicieux de consommation d'alcool, de conséquences négatives et d'autoexclusion du système sanitaire. Une illustration en est donnée en Annexe 4. Il s'agit de la figure intitulée « Cadre d'intersectionnalité féministe » reproduite par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances en p. 35 de son rapport publié en 2022, intitulé « Le sexe, le genre et l'alcool » (24), mais émanant de travaux de recherche sur l'intersectionnalité chez les femmes (169).

L'intersectionnalité intervient naturellement aussi durant toute la période périnatale. Des déficits nutritionnels, une consommation d'autres toxiques, un environnement socioéconomique défavorable (précarité), un trouble mental, des maltraitements subies, des TUA dans l'entourage, etc., agissent en synergie, amplifiant la stigmatisation et la discrimination de genre ainsi que les conséquences néfastes de l'alcool, dont l'occurrence de grossesses à risque, voire pathologiques (69), de TSAF, de pathologie maternelle, sans compter les difficultés d'accès aux soins des femmes enceintes, des mères et de leurs enfants (163). On notera enfin que l'adoption, notamment d'enfants issus d'Europe de l'Est, constitue un authentique facteur intersectionnel puisqu'il augmente le risque de TSAF.

1.2.5. Le risque alcool en période périnatale

Toute exposition périnatale à l'alcool, y compris avant ou durant la conception ainsi que durant la phase de méconnaissance d'une grossesse débutante, constitue un triple risque : pour la grossesse elle-même, pour la femme, pour l'enfant.

1.2.5.1. Alcool et santé reproductive ne font pas bon ménage

L'alcool altère la fertilité des femmes et des hommes. Les données présentées ci-après sont issues du chapitre « Consommation de substances psychoactives et périnatalité » des recommandations pour la pratique clinique publiées en 2021 via le Collège des sages-femmes (51).

- L'alcool est susceptible de modifier la fertilité masculine, via différents mécanismes : diminution de la testostérone, réduction du volume séminal et de la concentration spermatique, diminution de la mobilité et altération de la morphologie des spermatozoïdes, apoptose des cellules de Sertoli, anomalies nucléaires et altérations biochimiques et épigénétiques⁸ de l'ADN et de l'ARN spermatique (52, 55, 170-173).
- L'alcool peut induire des troubles de la fertilité féminine via des troubles hypothalamo-hypophysaires responsables de modifications du cycle menstruel. D'après une étude réalisée au Danemark en 2016, portant sur plus de 6 000 Danoises âgées de 21 à 45 ans, la consommation de plus de 14 verres d'alcool par semaine, comparée à l'abstinence, était associée à une baisse de 18 % de la fécondité attendue (174).

1.2.5.2. L'exposition périnatale à l'alcool génère un triple risque : pour le déroulement de la grossesse et pour la santé de la femme et du futur enfant

Par ses effets délétères toxiques, l'alcool constitue une menace non seulement pour le déroulement de la grossesse et pour la santé de la femme, mais aussi pour la santé du fœtus, du nourrisson et de l'enfant avec des répercussions qui peuvent impacter sa vie entière.

L'exposition périnatale à l'alcool menace le bon déroulement de la grossesse

L'alcool impacte de façon délétère l'ensemble des déterminants de la fécondité en agissant sur les issues de préconception (dont la fertilité, la placentation, la nidation, etc.) puis sur la grossesse en elle-même et le développement embryo-fœtal, enfin sur l'accouchement (prématurité) (51).

L'exposition à l'alcool conduit ainsi à une augmentation des risques d'anomalies placentaires du fait d'un impact négatif sur la placentation, dont la croissance des cellules placentaires et leur implantation avec défaut d'invasion trophoblastique. En conséquence de quoi, l'exposition périnatale à l'alcool est associée à une augmentation de probabilité de placenta accreta, de décollement placentaire et d'hématome rétro-placentaire (HRP), et du point de vue anatomique, à une diminution du poids placentaire, des anomalies histologiques de nombre et de taille des villosités ainsi qu'à des modifications de la vascularisation placentaire perturbant les échanges placentaires (175). L'ensemble de ces anomalies morphogénétiques et de la vasoconstriction placentaire est dose-dépendant (aussi identifié sous la dénomination de syndrome PAS pour *Placenta Associated Syndrome*). Le syndrome PAS augmente les risques de fausse couche, de mort fœtale, de saignements, de prématurité, d'hypertension artérielle (HTA) gravidique, de retard de croissance intra-utérin (RCIU) et de rupture prématurée des membranes (RPM) (176).

En résumé, les conséquences d'une exposition à l'alcool pour le déroulement et le pronostic de la grossesse incluent :

- fausse couche (avec un effet dose), mort fœtale, mortalité néonatale (177, 178) ;

⁸ Historiquement, l'épigénétique a été définie comme l'étude des changements héréditaires, réversibles et adaptatifs de l'expression des gènes n'impliquant pas de changement de la séquence nucléotidique de l'ADN. D'une manière générale, l'épigénétique renvoie à tout mécanisme modifiant l'expression génique de transmission héréditaire mais échappant aux lois de la génétique mendélienne. Concrètement, trois mécanismes épigénétiques sont actuellement identifiés : méthylation de l'ADN, altération des histones (méthylation ou acétylation des histones), modification des microARN. L'éthanol affecte ces trois mécanismes épigénétiques, que ce soit en préconceptionnel, en prénatal ou en postnatal. Les modifications épigénétiques survenues en prénatal, tératogènes et neurotoxiques, persistent après la naissance, et pourraient ainsi constituer des biomarqueurs potentiels des TSAF. Site de l'INSERM : [Épigénétique – INSERM, La science pour la santé](#) (consulté en ligne le 14 novembre 2024).

- RCIU associé à un fœtus petit pour l'âge gestationnel (PAG) et à un faible poids à la naissance (177, 179) ;
- prématurité, une étude révélant que le risque d'avoir un enfant né avant terme augmente de 23 % chez les mères ayant consommé plus de 3 boissons alcoolisées par semaine (177).

L'exposition périnatale à l'alcool menace la santé de la femme

L'alcool constitue une menace pour la santé des femmes en général mais ce risque s'amplifie en période périnatale et notamment durant ses grossesses. Toutes les dimensions de la vie et de la santé d'une femme enceinte peuvent être affectées, comme c'est le cas déjà en dehors de la périnatalité mais avec un surrisque spécifique du fait du contexte de grossesse puis de maternité. On peut ainsi observer les conséquences suivantes.

- Au niveau somatique

En plus des conséquences physiques délétères habituelles de l'alcool sur l'organisme (au niveau neurologique, hépatique, vasculaire, etc.), la grossesse modifie un éventail de processus pharmacocinétiques, comme en témoignent les changements dans les réactions métaboliques de la mère. L'augmentation du volume d'eau dans l'organisme, la vidange gastrique prolongée, ainsi que l'influence de l'alcool (l'éthanol) sur l'action de l'insuline au niveau du métabolisme des lipides et du glucose provoquent des effets complexes sur le corps. L'alcool constitue notamment un facteur de risque de troubles métaboliques et hypertensifs de la grossesse (HTA gravidique) (51).

- Au niveau psychique

L'alcool constitue un facteur de risque pour la santé mentale au sens large, et de dépression en particulier (151). S'agissant de périnatalité, l'alcool est significativement associé au risque de dépression du post-partum (DPP) (180) et plus globalement à toutes complications psychiques en période périnatale.

Il est notable que la dépression périnatale chez les femmes est associée à une morbi-mortalité élevée. Le faible niveau d'instruction, le mauvais état économique des familles, les antécédents de maladie mentale, la violence familiale, le tabagisme ou la consommation d'alcool périnatale et la multiparité sont des facteurs de risque de dépression périnatale chez les femmes. Il est donc essentiel à la fois d'identifier précocement les femmes déprimées ou sujettes à la dépression ainsi que d'en réduire les facteurs de risque, dont l'usage d'alcool en période périnatale (181). Promouvoir la santé mentale maternelle passe aussi par la diminution des risques liés à l'alcool chez les femmes.

Améliorer le niveau d'information et les actions de santé publique en matière de consommation d'alcool par les femmes est essentiel pour préserver la santé des femmes et l'avenir de leurs grossesses, mais également pour prévenir les complications psychiques périnatales et la morbi-mortalité qui y est associée (180).

Il est enfin notable que l'usage d'alcool peut constituer une complication d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) consécutif à un accouchement traumatique et/ou des complications obstétricales (51).

- Au niveau social

La femme enceinte et maternante est exposée à plus d'isolement et à plus de maltraitements (négligences, violences (24)). Le contexte de grossesse accroît la vulnérabilité sociale liée au genre féminin (64).

L'exposition périnatale à l'alcool menace la santé du futur enfant : troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale et troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool

Les dommages subis par l'enfant à naître résultent des conséquences de l'exposition à l'alcool des gamètes en préconceptionnel et durant la conception (182) ainsi que de l'exposition embryo-fœtale à l'alcool durant toute la période de gestation (depuis la conception jusqu'à l'accouchement) puis de l'enfant en postnatal (15, 27, 51, 64). D'une part, l'alcoolémie fœtale est identique, voire supérieure, à celle de la mère du fait de la diffusion placentaire rapide et sans filtration ainsi que de l'absence d'équipement enzymatique de détoxification (51, 63). L'embryon et le fœtus ne peuvent, en effet, métaboliser l'alcool du fait de leur immaturité hépatique (66). Ils sont donc exposés plus longtemps aux effets toxiques de l'alcool car le petit foie immature de l'enfant élimine l'alcool beaucoup plus lentement (51). D'autre part, en postnatal, l'exposition à l'alcool via l'allaitement et l'impact sur l'environnement de l'enfant produisent aussi des conséquences délétères. Les déficits en termes de développement intellectuel et les problèmes psychiatriques dominent le tableau clinique des enfants exposés à l'alcool.

L'alcool peut impacter le développement de l'embryon, du fœtus, du nourrisson et *in fine* l'avenir de l'enfant au regard du risque d'invalidité définitive, liée en particulier aux conséquences en termes de dysfonction cérébrale, mais pas seulement. Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale forment un continuum qui regroupe l'ensemble des manifestations pouvant survenir chez un individu du fait des consommations des géniteurs et futurs parents (27). Les conséquences des consommations parentales de boissons alcoolisées en période périnatale pourront affecter toutes les dimensions de la vie et de la santé de l'enfant à naître et ce tout au long de sa vie adulte : conséquences physiques (à type de malformations et dysfonctions d'organes), neurocognitives (à type de troubles des apprentissages), psychocomportementales avec retentissement sur la vie sociale (difficultés d'intégration sociale, impulsivité), addictives, etc. (63). C'est ainsi qu'à l'âge adulte, les conséquences restent très graves avec amplification des symptômes constatés à la naissance et durant l'enfance, auxquels s'ajoutent les troubles du sommeil, du comportement, et de l'usage d'alcool et souvent d'autres drogues (66).

En dépit d'un effet dose et de susceptibilité individuelle variable (notamment via les polymorphismes génétiques de l'alcool déshydrogénase), les TSAF sont susceptibles de survenir quelles que soient les quantités consommées, y compris donc pour des consommations considérées comme faibles (53) et quel que soit le moment où l'exposition à l'alcool survient (64). Autrement dit, l'alcool représente toujours un facteur de risque d'anomalies embryo-fœtales dès en amont de la grossesse (par toxicité épigénétique sur les gamètes) (182) puis à tous les stades de la grossesse, y compris son tout début (c'est-à-dire en amont même du diagnostic de la grossesse) (54).

Il n'en demeure pas moins que l'intensité des effets est fonction de la quantité et de la durée de consommation. Les RPC 2021 viennent étayer cette question de l'intensité d'exposition périnatale aux substances psychoactives, et particulièrement celle des consommations dites faibles (51). S'il en ressort que plus la quantité d'alcool est importante et plus les épisodes de *binge drinking* sont nombreux, plus la fréquence de la dysmorphie et des troubles cognitivo-comportementaux (en particulier en termes de quotient intellectuel et de troubles de l'attention) augmente, ces troubles sont aussi rapportés pour de faibles consommations. Ainsi, la dysmorphie faciale typique est 2,5 fois plus fréquente

chez les enfants ayant subi une seule exposition par rapport aux enfants sans exposition. Et le risque est multiplié par 8,5 chez les enfants exposés à une moyenne de 1 à 4 verres/semaine (183). S'agissant de l'impact cognitif de faibles consommations, il est notable que bien des études qui ne retrouvent pas de troubles neuropsychologiques manquent d'un suivi à long terme suffisant et ne permettent donc pas d'étudier le plein impact de l'exposition vis-à-vis de la réalisation de tâches complexes (184). S'agissant de la période et de la durée d'exposition, la survenue d'un TSAF est multipliée par 12 en cas de consommation au 1^{er} trimestre, par 61 en cas de consommation aux 1^{er} et 2^e trimestres, par 65 en cas de consommation au cours des trois trimestres. S'agissant du mode de consommation, la pratique du *binge drinking* ou du moins la consommation simultanée de plusieurs verres au cours de la même journée constitue un surrisque par rapport aux consommations fractionnées sur plusieurs jours (185, 186).

- Malformations et dysfonctions d'organes pour la descendance

L'alcool est un agent tératogène (quel que soit le type de boisson alcoolisée : bière, vin, rhum, etc.). Il peut donc provoquer des anomalies et malformations congénitales susceptibles d'affecter tous les organes, dont le cœur, mais bien d'autres organes aussi comme la face, le squelette, les reins, les yeux ou les oreilles (65, 187). Le risque malformatif est maximal au cours de la période d'embryogenèse située entre 5 à 12 semaines d'aménorrhée (durant laquelle la grossesse peut ne pas encore être diagnostiquée) (51). Les mécanismes incluent une majoration de l'apoptose, des anomalies de vascularisation précoce, des modifications épigénétiques de l'expression de certains gènes déterminants dans le développement embryonnaire (188).

Une revue systématique publiée en 2016 et au titre explicite : « *Impact of fetal alcohol exposure on body systems* » (189) confirme que si le cerveau s'avère être l'organe le plus sévèrement affecté dans le cadre des troubles induits par l'exposition à l'alcool en période périnatale, l'ensemble du corps peut en réalité être affecté. Des anomalies à type de malformations et dysfonctions peuvent affecter des organes et systèmes fonctionnels aussi divers que le cœur, les reins, le foie (190), le tractus gastro-intestinal, le système endocrinien. Du fait de leur fréquence, un développement est proposé pour deux principaux types de malformations.

- Malformations affectant le visage

Outre la dysmorphie faciale caractéristique associée au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) dans sa forme la plus complète (fentes palpébrales étroites, philtrum long, lisse, bombé, lèvre supérieure fine avec effacement de l'arc de Cupidon), des malformations affectant les yeux et les oreilles sont rapportées.

De même, des fentes labio-palatines sont aussi rapportées et pourraient être liées à des alcoolisations ponctuelles importantes (API) ou *binge drinkings* maternels durant le premier trimestre de la grossesse, y compris donc avant même que la grossesse ne soit connue (191).

- Cardiopathies congénitales

Le cœur est un organe particulièrement vulnérable à l'exposition prénatale à l'alcool. Une revue systématique avec méta-analyse publiée en 2020 confirme que l'exposition maternelle à l'alcool (*odds ratio* (OR) = 1,16 ; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,05-1,27) tout comme l'exposition paternelle à l'alcool (OR = 1,44 ; IC 95 % : 1,19-1,74) sont significativement associées au risque de cardiopathie congénitale pour leur descendance. Une relation dose-dépendante non linéaire entre les consommations d'alcool parentales et le risque global de malformations cardiaques congénitales est observée.

Ainsi, l'augmentation de la consommation parentale d'alcool fait progressivement croître le risque de cardiopathie congénitale dans la descendance. Cette revue conclut sur l'importance de la sensibilisation de futurs parents aux risques malformatifs de leurs usages d'alcool pour leur descendance et sur l'importance d'éviter l'exposition à l'alcool autant en préconceptionnel que durant la phase conceptionnelle (192). Par ailleurs, des malformations multiples peuvent être constatées, comme l'association d'anomalies affectant cœur et rein (193).

– Neurotoxicité et conséquences neurocognitives et psychopathologiques

Le cerveau est l'organe le plus affecté par l'alcool en général et particulièrement durant le développement embryo-fœtal avec des conséquences neuropsychologiques et cognitives irréversibles pour l'enfant à naître (65, 194) et pour la vie entière. Parmi les substances psychoactives, l'alcool est considéré comme la molécule la plus toxique pour le neurodéveloppement (63). Les risques neurotoxiques couvrent toute la période périnatale et de développement de l'enfant. Dès la phase préconceptionnelle par mécanisme épigénétique jusqu'au jeune adulte puisque la morphogenèse, l'histogenèse cérébrale et la construction des circuits neuronaux se déroulent au cours de l'ensemble de la grossesse pour ne se terminer que vers l'âge de 25 ans (51).

Les mécanismes impliqués incluent notamment des modifications de l'expression des gènes impliqués dans la morphogenèse, la neurogenèse et la migration neuronale, une majoration de l'apoptose neuronale, des troubles inflammatoires du système nerveux central, des anomalies des neurotransmetteurs, des troubles de l'angiogenèse cérébrale (51, 54, 188, 195-197).

L'exposition prénatale à l'alcool via les usages parentaux, y compris pour des niveaux faibles à modérés de consommation (198), est ainsi la première cause de retard mental d'origine non génétique et totalement évitable (57). D'un point de vue lésionnel, on peut observer un volume cérébral réduit (microcéphalie par atrophie générale du cerveau) et du cervelet ainsi que des malformations du corps calleux (agénésie). D'un point de vue fonctionnel, les troubles neurodéveloppementaux (TND) sont caractérisés par :

- des déficits cognitifs : à type de troubles de l'attention – pouvant s'intégrer au spectre des troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) –, retard du langage, troubles des apprentissages, troubles de raisonnement, de la mémoire, troubles dysexécutifs, dyslexie, dyscalculie, troubles dans la communication ;
- des troubles de comportement et de la santé mentale : affectant le comportement personnel et social, ils peuvent inclure des troubles de l'adaptation sociale, une hyperactivité, de l'agressivité, des conduites à risque judiciaire, une désinsertion sociale.

– Déficit de croissance

Les troubles vasculaires induits par l'alcool durant la grossesse affectent initialement le placenta (constituant une authentique pathologie placentaire) puis se répercutent aussi sur la croissance embryo-fœtale et l'enfant à naître sous la forme d'un retard de croissance intra-utérin avec notamment une microcéphalie détectable via le périmètre crânien, un poids de naissance insuffisant et conséquemment un retard de croissance staturo-pondérale (65) avec une hypotrophie qui se poursuit par un nanisme à l'âge adulte (66).

– Conséquences addictives

Une revue systématique souligne que l'exposition prénatale à l'alcool via les usages parentaux est consécutivement associée à un risque accru de troubles de l'usage d'alcool dans la descendance (65, 199).

La SFA souligne que l'exposition fœtale à l'alcool est un facteur prédictif puissant du risque de développer une addiction et des troubles psychologiques et psychiatriques très précocement, dès l'adolescence (63, 200), soulignant l'existence d'un possible cercle vicieux identifié comme « le générateur d'alcoolisme » (201).

– Autres complications potentielles de l'alcoolisation fœtale

L'exposition prénatale à l'alcool d'un futur enfant via les usages parentaux d'alcool (de la phase pré-conceptionnelle à l'accouchement) est à l'origine d'une multitude de problèmes de santé et de maladies. En raison de la diversité des affections auxquelles ces futurs enfants sont exposés, il est important de considérer que le diagnostic de TSAF concerne le corps dans son ensemble, au-delà même du système nerveux central quand bien même celui-ci est le principal atteint, au-delà donc des seules sphères neurocognitives et psychiques.

Parmi ces autres complications potentielles de l'alcoolisation fœtale, on retiendra :

- le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) ou mort subite inexpliquée d'un nourrisson, l'alcool affectant la maturité et le fonctionnement du système nerveux autonome ;
- un surrisque de cancer, notamment un risque de leucémie : une revue systématique rapporte un risque statistiquement significatif et dose-dépendant de leucémie aiguë myéloblastique dans la descendance (enfants de 0 à 14 ans) pour les femmes ayant consommé de l'alcool durant leur grossesse comparativement à celles n'en ayant pas consommé (202) ;
- une dysfonction immunitaire avec risque infectieux (193) ;
- mais aussi : affections auto-immunes, HTA, scoliose, troubles du sommeil, arthrose, troubles endocriniens, problèmes digestifs, problèmes de santé reproductive.

Les conséquences pour l'enfant de l'exposition post-natale à l'alcool

Le nourrisson puis le jeune enfant subit les conséquences de l'interactionnisme toxique induit par les usages d'alcool de son entourage.

Ces conséquences indirectes sont notamment les suivantes.

– Exposition du nourrisson à l'alcool via l'allaitement

La sous-déclaration de la mère et le biais de désirabilité sociale tirent probablement vers le bas les niveaux déclarés de consommation d'alcool pendant l'allaitement.

Contrairement aux croyances populaires, la consommation d'alcool n'est pas bénéfique pour l'allaitement. Les conséquences possibles de la consommation de boissons alcoolisées par les mères allaitantes incluent (51, 66) :

- réduction de la lactation (par effet inhibiteur de l'alcool sur l'hormone ocytocine) ;
- arrêt précoce de l'allaitement ;
- perturbation du cycle de sommeil du nourrisson ;
- sédation de l'enfant, l'alcool s'infiltrant dans le lait maternel par diffusion passive dans les 30 à 60 minutes suivant l'ingestion de boisson alcoolisée ;

- syndrome de mort subite du nourrisson ;
 - impact délétère sur le lien mère-enfant ;
 - impact délétère sur le raisonnement non verbal et sur les résultats scolaires.
- Impact de l'exposition à l'alcool sur l'environnement de l'enfant :
- impact délétère sur le lien parent-enfant ;
 - impact délétère sur la parentalité, l'éducation, la sécurité ;
 - exposition aux effets comportementaux liés aux usages d'alcool par l'entourage, dont la négligence et la maltraitance envers l'enfant, y compris à type de violences.

1.2.5.3. Les risques liés à l'alcool pour la périnatalité impliquent tout autant les usages masculins et plus encore la société en son ensemble

La question des risques liés à l'exposition périnatale à l'alcool ne concerne pas exclusivement les femmes du fait de leurs éventuelles consommations de boissons alcoolisées durant la grossesse. Il s'agit d'une question systémique qui engage aussi les hommes et plus généralement l'ensemble de la société.

La toxicité périnatale de l'alcool relève en effet aussi :

- des usages d'alcool du géniteur en amont de la grossesse via une toxicité épigénétique affectant les gamètes mâles ;
- des usages de l'entourage (partenaire, co-parent, famille, amis, collègues, etc.) de toute femme, enceinte ou susceptible de l'être, par effet incitatif sur ses propres usages (le message du zéro alcool pendant toute la durée d'une grossesse, y compris avant qu'elle ne soit connue, n'étant pas universellement acquis), mais également par le biais des impacts comportementaux de tiers usagers à type de négligence et de violences à leur égard ;
- des usages sociétaux d'alcool du fait de leur banalisation et de leur valorisation chez les femmes, notamment en des circonstances festives, mais aussi au sein du milieu professionnel.

On observe par là la diversité des mécanismes physiopathologiques impliqués dans la toxicité périnatale de l'alcool, laquelle ne peut se réduire aux effets de l'alcool consommé par une femme enceinte. La physiopathologie des dommages liés à l'alcool en période périnatale ne devrait-elle pas, dès lors, être considérée comme indépendante du sexe et/ou du genre parental ? À tout le moins, il s'agit d'appréhender le couple génitrice/géniteur, mais aussi femme enceinte/partenaire ainsi que le futur couple parental et non pas exclusivement les femmes, *a fortiori* enceintes, comme la cible unique des mesures préventives de la toxicité périnatale de l'alcool. Les consommations féminines étant par ailleurs favorisées par celles de l'entourage, c'est plus généralement l'ensemble de la société qui devrait être éclairé et responsabilisé, plutôt que de culpabiliser et stigmatiser les femmes sans égard aux effets incitatifs omniprésents dans tous les environnements sociaux en plus d'être au cœur même de l'intimité des couples et du milieu familial.

Impact des consommations des hommes sur la périnatalité

Les études animales ont mis en évidence que la consommation d'alcool avant même la conception peut avoir des conséquences pour la descendance. La consommation d'alcool par des souris avant la conception (fécondation) entraîne un changement de la couleur du pelage des petits à la naissance, car l'alcool a modifié la méthylation des gènes causant la couleur du pelage. Qu'il s'agisse de la future mère ou du futur père, la consommation préconceptionnelle d'alcool est toxique par le biais de mécanismes épigénétiques (203, 204).

Une revue systématique de la littérature publiée en 2016 sous le titre « *Fathers' role in alcohol-exposed pregnancies : systematic review of human studies* » a inclus 11 études, soit un nombre total de 41 062 cas (50). En termes de résultats globaux de cette étude, on retient que, d'une part, la consommation d'alcool d'un partenaire masculin vivant sous le même toit est associée à une consommation maternelle d'alcool durant la grossesse (89), d'autre part, la consommation d'alcool avant la conception par le père biologique a une incidence sur la qualité du sperme ainsi que sur la santé du fœtus et du nourrisson. De tels travaux apportent les preuves scientifiques que les consommations d'alcool du père biologique et/ou du conjoint masculin avant ou pendant la grossesse ont un impact sur la santé maternelle et la consommation maternelle d'alcool pendant la grossesse ainsi que sur le développement fœtal et la santé infantile (204). Les auteurs concluent que les messages de santé publique et de prévention devraient cibler aussi les hommes et leurs propres consommations, et ce y compris durant la période préconceptionnelle. Ils estiment que de tels messages devraient constituer une priorité future importante dans les politiques traitant de la santé reproductive, prénatale, fœtale et infantile.

Une méta-analyse publiée en 2023 sur l'impact des usages d'alcool du père biologique fait ressortir divers risques pour les très jeunes enfants (4 à 6 ans), tels qu'anxiété, dépression, troubles du sommeil, troubles de la pensée, comportements contraires aux règles. Il est notable que l'absence de suivi à long terme peut conduire à méconnaître des troubles plus tardifs se révélant notamment avec l'entrée à l'école ou plus tard encore (205).

Dans leurs RPC relatives à l'usage de substances psychoactives (SPA) durant la périnatalité, publiées en 2021, les auteurs confirment, à partir d'une analyse exhaustive de la littérature scientifique, que la consommation préconceptionnelle induit des anomalies épigénétiques au niveau des spermatozoïdes (51). Ces perturbations affectent l'expression de gènes impliqués dans la régulation de la prolifération cellulaire, la croissance embryo-placentaire, le développement cérébral fœtal. Elles peuvent donc être à l'origine d'un phénotype comparable au syndrome d'alcoolisation fœtale (172, 204, 206). Parmi ces manifestations, l'occurrence anormale de cardiopathie congénitale. C'est ainsi que la méta-analyse publiée en 2020 par Zhang *et al.* recense 55 études, soit un total de 41 747 bébés atteints de cardiopathie congénitale. Selon cette étude, la consommation paternelle d'alcool dans les 3 mois précédant la conception est associée à un risque accru de cardiopathie congénitale de 44 %. La pratique du *binge drinking* majore ce risque à 52 %. Dans leurs conclusions, les auteurs préconisent un arrêt de toute consommation d'alcool au moins 6 mois avant la fécondation pour l'un et l'autre parent (192).

L'impact des consommations des hommes sur la santé reproductive

Dans cette même étude (50), les analyses effectuées dans le cadre des procédures d'assistance médicale à la procréation (AMP) ont mis en évidence que le taux de fausses couches et d'échecs de naissances vivantes était significativement associé à la consommation paternelle d'alcool en préconceptionnel, particulièrement si elle survient dans la semaine précédant la collecte de sperme pour une fécondation *in vitro* ou une insémination artificielle. Ce résultat était d'autant plus significativement accru que la consommation quotidienne d'alcool par le partenaire masculin était elle-même élevée. Il

est ainsi rapporté que les hommes consommant 10 verres standards ou plus par semaine durant la période préconceptionnelle avaient un risque 2 à 5 fois plus élevé d'avortement spontané chez leur partenaire par rapport aux hommes ne consommant pas durant cette période. La période de consommation paternelle d'alcool la plus critique pour l'issue de la grossesse se situait une semaine avant le prélèvement de sperme. Parmi les hypothèses avancées, l'alcool, qui est source de dommages directs sur l'ADN des spermatozoïdes, aurait un impact direct sur le volume du sperme. Autant de constats cliniques et biologiques faisant de l'alcool un facteur de risque modifiable pour la qualité des spermatozoïdes et l'issue des grossesses. Que ce soit dans le cadre de l'AMP ou pas, les auteurs concluent en l'importance de recommandations de santé publique et de prévention promouvant de tendre vers l'abstinence s'agissant des consommations paternelles d'alcool en préconceptionnel.

Lutter contre les dommages liés à l'alcool sur la périnatalité relève d'une responsabilité sociétale

Comme précédemment détaillé (chapitre 1.2.4.1 du présent document), les usages d'alcool, en particulier durant la grossesse, ne résultent pas de la seule volonté d'une femme enceinte et partant de sa seule responsabilité individuelle mais sont déterminés par un ensemble de facteurs structurés à l'échelle collective, à l'origine d'une forme de pression sociale à consommer (105). Au cœur de ces facteurs : les rapports sociaux (et partant l'impact des usages de l'entourage immédiat d'une femme enceinte, dont partenaire et famille), les normes sociales (dont celle de toujours consommer en situation festive comme facteur de convivialité et par respect de la tradition), le poids de la stigmatisation (conduisant une femme enceinte à masquer des usages qu'elle n'a pu réprimer ou qui seraient survenus alors qu'elle s'ignorait enceinte), les traumatismes et tous facteurs de stress (dont les femmes sont fréquemment victimes, parfois de façon amplifiée durant une grossesse), l'accessibilité et la qualité de l'information relative à l'alcool (les messages confus, voire inappropriés s'agissant des usages d'alcool en période périnatale continuent d'être véhiculés, y compris par des institutions et des acteurs sanitaires).

Soutenir la santé maternelle et fœtale vis-à-vis des risques liés à l'alcool implique donc de cibler les déterminants structurels et systémiques de leurs usages à l'échelle collective et d'impliquer l'ensemble de la société pour ne pas réduire cet enjeu à une question individuelle, *a fortiori* réduite à la seule période de notoriété d'une grossesse.

1.2.5.4. Pas de seuil de risque des usages d'alcool en période périnatale et une toxicité même à faible niveau d'exposition

Tout niveau d'exposition périnatale à l'alcool est à risque

L'exposition à l'alcool génère toujours des risques de toxicité possible pour un enfant à venir et en devenir. Depuis le désir d'enfant, en passant par sa conception, toute la période de grossesse, son accueil et la parentalité (soins et éducation), l'alcool constitue un facteur de risque développemental, pour sa santé globale et sa qualité de vie présentes et futures.

Comme tout agent tératogène (thalidomide, méthylmercure, acide valproïque, isotrétinoïde, etc.), l'alcool devrait être interrompu en amont de la conception afin de prévenir tout risque malformatif médié par les gamètes mâles ou femelles, en l'occurrence par un mécanisme de toxicité épigénétique de l'alcool (54, 182). Par la suite, les risques pour le développement embryo-fœtal existent à tous les stades de la grossesse, quel que soit le type de boisson alcoolisée et quelles qu'en soient la quantité

et les modalités d'usage mais avec un effet dose. En effet, le risque est accru d'autant par le niveau d'exposition et la quantité consommée. Ainsi, en l'absence de seuil de risque, le principe de précaution conduit naturellement au conseil de zéro alcool dès le désir d'enfant pour les deux géniteurs et durant toute la grossesse pour la femme enceinte en rappelant que les usages d'alcool de l'entourage (dont conjoint, conjointe, partenaire, co-parent, famille, amis sont partie intégrante), quelles qu'en soient les modalités, ont aussi un impact (incitation des usages de la femme enceinte et effets comportementaux de tiers usagers à son égard).

Des dommages, notamment neurocognitifs et psychocomportementaux, y compris pour de faibles niveaux d'exposition prénatale à l'alcool

Plusieurs études, dont on retiendra les plus significatives et les plus récentes, confirment les effets neurotoxiques, y compris à faible niveau d'exposition périnatale à l'alcool, ce que confirme la SFA (63).

- Étude ABCD pour « *Adolescent Brain Cognitive Development* » publiée en 2020 (198)

L'étude abrégée ABCD intitulée « *Association of Prenatal Alcohol Exposure With Psychological, Behavioral, and Neurodevelopmental Outcomes in Children From the Adolescent Brain Cognitive Development Study* » analysait le développement cognitif ainsi que les atteintes psychologiques, comportementales et neurodéveloppementales des adolescents au regard de leurs niveaux d'exposition prénatale à l'alcool sur la base des volumes de boissons alcoolisées consommés par leur mère durant la grossesse.

Les différents profils de consommation des mères incluaient :

- l'absence de toute consommation (« zéro » consommation) ;
- une consommation dite « légère et en diminution », soit une moyenne de 3,2 verres/semaine pendant les 7 premières semaines de grossesse (soit un nombre total moyen de 22,1 verres) ;
- une consommation dite « légère et stable », soit en moyenne 1,5 verre/semaine pendant toute la gestation (soit un nombre total moyen de 61,6 verres) ;
- une consommation dite « forte », soit une moyenne de 7,4 verres/semaine pendant les 7 premières semaines de grossesse.

Sur une cohorte globale de 9 700 enfants âgés de 9 à 10 ans, il était estimé que 2 090 enfants avaient été exposés *in utero* à l'alcool soit 1 enfant sur 4 : pour 60 % d'entre eux, la consommation était considérée comme faible et pour les autres 40 %, comme élevée.

Les résultats révèlent à quel point une consommation estimée comme faible peut avoir de grands impacts. En effet, les enfants qui ont été exposés à ce qui est considéré comme de faibles niveaux d'alcool à n'importe quel moment de la grossesse présentaient davantage de problèmes psychologiques ou émotionnels (anxiété, dépression, repli sur soi) et de problèmes comportementaux (difficultés d'attention et impulsivité) que les enfants non exposés. Les effets étaient constatés même chez les enfants dont la maman n'avait consommé « que » 16 verres de boisson alcoolisée au total durant les 7 premières semaines de gestation.

L'importance de cette étude (sous-titrée « Petite consommation mais de grands impacts » par la SFA qui la cite) est aussi de rappeler l'impact de l'alcool sur le développement embryo-fœtal pendant toute la grossesse, c'est-à-dire dès son tout début et pas seulement à partir du moment où celle-ci a pu être diagnostiquée. Le conseil de zéro alcool dès le désir d'enfant vise bien à éviter l'exposition à l'alcool aussi durant les tout premiers temps de la grossesse (7 premières semaines) avant qu'elle ne soit connue de la future mère.

- Autres études

Une revue systématique datée de 2019 rapporte une occurrence anormale de troubles psychopathologiques (dont anxiété, dépression, troubles émotionnels), y compris pour des niveaux de consommation maternelle d'alcool considérés comme faibles à modérés (207).

Une étude publiée en 2021 au titre explicite « *Cognitive and behavioural attention in children with low-moderate and heavy doses of prenatal alcohol exposure* » révèle que par rapport aux cas contrôles non exposés, l'exposition prénatale à l'alcool, de niveau faible à modéré, est associée à une probabilité accrue (*odds ratio* = 1,21) de troubles comportementaux et de troubles affectant les capacités attentionnelles (53). Les auteurs concluent que compte tenu de la prévalence de tels profils de consommation d'alcool, la recherche en la matière devrait être amplifiée tout comme le dépistage et l'accompagnement accru au développement de l'enfant particulièrement au niveau éducatif et social.

- Les recommandations de la Société française d'alcoologie (SFA)

Le message de la SFA est le suivant : des séquelles neuropsychologiques handicapantes peuvent exister même chez des personnes dont l'exposition prénatale à l'alcool est moindre (sous-entendu faible) à type de troubles de l'apprentissage, troubles des fonctions exécutives, troubles psychocomportementaux et psychoaffectifs avec leurs conséquences en termes de dysfonctionnement personnel, interpersonnel et social. Le rôle des professionnels est de diffuser cette information de manière collective autant qu'individuelle (59, 63).

1.2.5.5. Les difficultés diagnostiques des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) majorent les risques pour l'enfant par défaut d'identification et d'accompagnement adapté

Les critères cliniques d'alcoolisation fœtale sont non spécifiques et inconstants. De plus, si l'exposition prénatale à l'alcool est évidemment un critère essentiel, elle est extrêmement difficile à apprécier pour la mère autant que pour le père biologique, du moins d'un point de vue quantitatif, au regard du déni (favorisé par le sentiment de culpabilité) et de la sous-déclaration (favorisée par la notoriété d'enfants apparemment en bonne santé malgré une exposition prénatale à l'alcool) des consommations d'alcool. Pour autant, d'un point de vue qualitatif, une exposition prénatale à l'alcool ne pourrait-elle être systématiquement envisagée au regard de l'omniprésence de l'alcool dans notre société, de l'augmentation de prévalence des usages d'alcool dans la population féminine tendant à se superposer à celle des hommes, du rôle des usages masculins d'alcool dans l'occurrence de TSAF, d'un niveau de prévalence globale des usagers d'alcool atteignant 85 % de la population adulte âgée de 18 à 75 ans, enfin de l'impact préconceptionnel et de l'effet transgénérationnel des conséquences de la toxicité épigénétique liée à l'alcool (63) ?

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) complet est bien plus rare que ses variantes incomplètes regroupées sous la formule de TSAF et dont les manifestations sont plus tardives, ne survenant le plus souvent qu'à l'âge des apprentissages (27, 208, 209). Parmi l'ensemble le plus caractéristique de signes de l'alcoolisation fœtale, il faut retenir :

- la dysmorphie cranio-faciale caractéristique : fentes palpébrales raccourcies, sillon naso-labial (ou philtrum) lisse, allongé, effacé, lèvre supérieure mince ;

- la diminution pour l'âge gestationnel de la taille, du poids et/ou du périmètre crânien se situant en zone égale ou inférieure au 10^e percentile, que ce soit en prénatal ou postnatal ;
- les anomalies congénitales (dysplasies et malformations) en lien avec l'alcool ;
- les anomalies de la structure du cerveau, parmi lesquelles microcéphalie, agénésie partielle ou complète du corps calleux, hypoplasie cérébelleuse.

Au-delà de cette série de signes qui, bien qu'étant assez flagrants, et même s'ils s'avéraient tous réunis, peuvent échapper à l'expertise sanitaire du fait de leur méconnaissance fréquente par les professionnels de santé et de l'absence d'éléments d'orientation, une série complexe d'anomalies comportementales ou cognitives incompatibles avec le niveau de développement et ne pouvant être expliquées uniquement par les antécédents familiaux ou par le milieu peuvent aussi être constatées, parmi lesquelles :

- difficultés d'apprentissage ;
- rendement scolaire insuffisant ;
- mauvais contrôle des impulsions ;
- problèmes de perception sociale ;
- déficits dans le langage réceptif et expressif ;
- capacité réduite d'abstraction ou de métacognition ;
- difficultés particulières en mathématiques ;
- problèmes de mémoire, d'attention ou de jugement.

Il faut bien ici reconnaître la non-spécificité habituelle de ces signes neurodéveloppementaux (retard mental, déficit de l'attention, problèmes de mémoire, etc.), pour peu que les troubles neurologiques soient si légers et tardifs qu'ils en viennent à ne jamais être repérés. De plus, le lien entre les troubles observés et l'exposition à l'alcool est souvent ignoré dans ces formes incomplètes, *a fortiori* si les enfants ne présentent que des troubles cognitifs et comportementaux tels que des difficultés d'apprentissage, de concentration, de mémorisation ou simplement de l'agitation. Enfin, il est notable que les TSAF sont parfois indistinguables d'autres TND, ce qui peut rendre le lien avec l'alcool impossible à établir à distance, *a fortiori* en l'absence de traits faciaux caractéristiques, comme cela peut être le cas de troubles tels que dyslexie, dyscalculie, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (210), troubles autistiques, d'autant qu'il faut aussi avoir exclu tous les autres diagnostics possibles de TND avant de pouvoir parler de TSAF.

En définitive, en l'absence d'anamnèse fiable quant à l'exposition périnatale à l'alcool (sous réserve d'ailleurs qu'il faille peut-être considérer toute grossesse comme susceptible d'avoir été exposée à l'alcool), ainsi qu'en l'absence de syndrome complet, précoce et caractéristique de SAF, le dépistage d'une alcoolisation fœtale sous ses variants TSAF implique une vigilance prolongée dans le cours du développement de l'enfant et doit notamment s'appuyer sur :

- un retard de croissance qui ne rattrape pas ;
- des troubles des apprentissages, en particulier à type de troubles du calcul, le plus souvent en période scolaire.

Les recommandations des instances sanitaires en matière de dépistage des TSAF soulignent la non-spécificité de tels critères, la difficulté d'établir un lien avec l'alcool, *in fine* le risque de manquer de tels diagnostics et la sous-évaluation globale qui en résulte au sein de la population.

Recommandations HAS de 2013 en termes de repérage des TSAF (27)

Si l'absence de dysmorphie ou de retard de croissance (surtout s'agissant du périmètre crânien) exclut le SAF, cela n'exclut pas les TSAF. Il est donc justifié et recommandé de guetter les troubles du développement sans attendre leur apparition.

Il faut cependant être particulièrement vigilant et attentif car de tels troubles peuvent être difficiles à interpréter, voire peuvent passer inaperçus. Notamment parce que les manifestations des anomalies du système nerveux qui sont directement liées aux effets de l'alcool s'expriment de manière variable selon l'âge. C'est ainsi que l'on peut observer les signes suivants en fonction de l'âge de l'enfant.

- Chez le nourrisson : les bébés peuvent être difficiles à alimenter, avoir tendance à mal dormir, à être irritables, à être hypersensibles au toucher, à la lumière et au bruit ainsi qu'à éprouver des difficultés à établir des routines. Dans la mesure où il s'avère très difficile de s'occuper d'enfants atteints de SAF, s'ajoute également un risque de mauvais traitements à l'égard de ces enfants.
- Chez le petit-enfant en âge préscolaire : retard de croissance, retard de langage, retard des apprentissages et acquisitions, troubles du comportement.
- Chez l'enfant : l'ensemble des troubles constatés chez le petit enfant auxquels s'ajoutent des difficultés scolaires, de l'hyperactivité, un déficit de l'attention, de l'impulsivité.
- C'est l'adolescent : des situations d'échec scolaire, de troubles des conduites, de délinquance, d'incarcération, de marginalité et de consommation de produits.
- Au-delà, jusqu'où suspecter un TSAF, étant entendu que de tels troubles constituent un handicap neurocognitif et psychocomportemental pour la vie entière ?

Il est notable que plus l'enfant avance en âge, plus il sera difficile d'établir un lien avec l'exposition périnatale à l'alcool. Ainsi, si cette liste de symptômes est très importante à avoir en mémoire pour pouvoir les détecter aussi précocement que possible et ainsi adapter l'accompagnement en conséquence ainsi que lutter contre l'exposition fœtale à l'occasion d'autres grossesses, encore faut-il pouvoir faire le lien avec l'alcool.

1.3. Données sanitaires épidémiologiques relatives à l'alcool chez les femmes

Les données épidémiologiques développées dans cet argumentaire sont les plus actualisées, tout en restant le plus souvent antérieures à la pandémie de Covid-19 au regard du caractère incertain de son impact et des confinements successifs sur l'évolution des consommations et des dommages liés à l'alcool (211, 212). Les variations observées dans les usages peuvent en effet n'être que conjoncturelles et leur inscription dans la durée ne pas être certaine.

Les spécificités liées au sexe et au genre féminins, dont la vulnérabilité accrue des femmes face à l'alcool et l'évolution sociétale de leurs usages, se retrouvent à l'échelle épidémiologique, qu'il s'agisse de l'épidémiologie des consommations d'alcool ou de celle des dommages liés à l'alcool.

1.3.1. Les consommations d'alcool en population féminine (hors périnatalité)

1.3.1.1. Approche anthropo-sociologique

Dans la plupart des civilisations, les femmes ne consomment pas ou sont exclues des situations où l'on consomme de l'alcool fort (6). L'apparition des pratiques d'alcoolisation féminine, particulièrement dans nos sociétés riches et occidentales, est récente et constitue donc une nouveauté au sein de la pensée sociale (62) dont découlent plusieurs éléments de réflexion.

L'on voit effectivement s'atténuer progressivement en France les différences entre les consommations des hommes et des femmes. Cette augmentation des alcoolisations des femmes témoigne du développement de nouvelles pratiques sociales. Une telle modification des pratiques ne résulterait-elle pas de nouvelles représentations, c'est-à-dire d'une évolution dans notre façon de voir l'objet en quoi consiste la consommation d'alcool (62) ? À l'inverse, ces nouvelles pratiques sociales en lien avec l'alcool sont naturellement susceptibles de faire évoluer les représentations sociales en lien avec l'alcool, et plus particulièrement celles de l'alcoolisme féminin, tout comme de faire évoluer les représentations liées au genre (autorisant ainsi les femmes à pouvoir consommer comme les hommes) (5, 62).

1.3.1.2. Approche par catégories sociales

Analyser les différents profils d'usage d'alcool chez les femmes en fonction des différentes catégories socioprofessionnelles (CSP) permet d'identifier des populations féminines plus vulnérables.

Bien que l'évolution des consommations féminines d'alcool concerne toutes les couches sociales, une certaine différenciation de classe peut être constatée (5). Ainsi, de façon contre-intuitive et contrairement à ce qui est observé chez les hommes, bien que les femmes de tous niveaux sociaux soient représentées, les femmes qui consommeraient le plus seraient les plus diplômées. De même, l'augmentation de prévalence du trouble de l'usage d'alcool (TUA ou alcoolisme) chez les jeunes femmes affecte aujourd'hui principalement les femmes éduquées, soumises à responsabilités et urbaines (106). Un métier à responsabilités représente, pour une femme, un risque supplémentaire de basculer dans l'alcoolisme (158).

De façon chiffrée, parmi les femmes consommant au-delà des repères dits de moindre risque (23), on retrouve plus de femmes diplômées (43 %) que de femmes n'ayant aucun diplôme, un diplôme inférieur au bac (33,4 %) ou uniquement le bac (23,6 %). De même, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) indiquait en 2018 que 12 % des femmes cadres ont un usage à risque de l'alcool contre 8 % des ouvrières et artisanes et 7 % des employées de bureau, d'agences de services et commerciales (155).

Il est raisonnable de supposer que, dans une certaine mesure et pour certains usages, l'élévation du niveau professionnel des femmes tend à rapprocher leurs consommations déclarées d'alcool de celles des hommes, comme cela a pu être constaté dans d'autres pays (213). Une évolution qui les oppose aux hommes. En effet, tandis que l'élévation de la CSP est plutôt associée à une réduction ou à une stagnation des consommations chez les hommes, il semble donc se produire l'inverse chez les femmes avec une tendance à l'augmentation de leurs usages d'alcool (61). Pour autant, la réduction de la différence de genre en matière d'usage d'alcool (identifiée sous la formule anglo-saxonne de *gender convergence*) ne relève pas que des usages féminins, mais aussi de l'évolution des usages masculins d'alcool (214).

Il est possible que l'exercice de métiers à haut niveau de responsabilité, de qualification, de rémunération et de reconnaissance sociale ait pour effet une certaine adhésion des femmes à des valeurs considérées traditionnellement comme plus masculines : prise de risque, individualisme, esprit de conquête, auxquels il faut ajouter la consommation de psychotropes. L'exercice de ces métiers s'accompagne aussi souvent d'une sociabilité très masculine (les CSP dites supérieures étant très masculines), ce qui peut les conduire à calquer leurs comportements de consommation d'alcool sur ceux de leurs collaborateurs, de leurs amis, de leur partenaire (61). Une sensibilité accrue au stress, à la pression, ainsi que le niveau d'efforts nécessaires pour lutter contre les discriminations liées au genre doivent évidemment aussi être envisagés.

1.3.1.3. Approche épidémiologique

Bien que restant inférieures en quantités par rapport aux hommes, les consommations des femmes ont évolué dans le sens d'une majoration de leurs usages au point de tendre vers la parité en se rapprochant des usages masculins (notamment en prévalence et modalités), comme déjà observé dans d'autres pays (213, 215). S'il peut s'agir d'une évolution considérée comme positive en termes de droits et de reconnaissance (signe d'émancipation et de liberté comportementale), la plus grande vulnérabilité biologique des femmes tend en parallèle à être oubliée. D'autant que bien des raisons des femmes de consommer tout comme les effets qu'elles recherchent avec leurs usages diffèrent de ceux des hommes et leur sont donc propres mais sont ignorés (114, 115).

Ces évolutions conduisent aux constats épidémiologiques suivants (2, 10, 11, 61, 216) :

- les femmes commencent à boire de plus en plus tôt avec des premiers verres de boissons alcoolisées qui remontent à l'adolescence ;
- les femmes seraient désormais quasiment aussi nombreuses que les hommes à consommer de manière occasionnelle. D'après l'enquête Baromètre santé 2017, 86,5 % des 18-75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool au cours de l'année passée (217) et 85 % en 2021 (25) ;
- la consommation régulière concerne surtout les femmes plus âgées, alors que les plus jeunes déclarent davantage (en proportion et en fréquence) d'ivresses récentes et d'API répétées. Le *binge drinking* concerne la moitié des jeunes de 17 ans (44 % déclarant une API au cours du mois écoulé) et ce phénomène ne cesse d'augmenter en population féminine, y compris chez les toutes jeunes filles (2) ;
- s'agissant des femmes en âge de procréer, 77,6 % des femmes âgées de 18 à 39 ans (n = 4 169) ont déclaré avoir consommé au cours des douze derniers mois, 21,5 % au moins une fois par semaine, 13,2 % signalant une API au moins une fois par mois (217) ;
- la consommation d'alcool reste plus importante chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge (2, 10, 11, 25, 218, 219) :
 - sur la tranche d'âge des 18-75 ans, les hommes seraient deux fois plus nombreux (33 % à 30 % entre 2017 et 2021) que les femmes (15 % à 14 % entre 2017 et 2021) à présenter une consommation dépassant les seuils de consommation dits à moindre risque fixés par les experts sanitaires et les pouvoirs publics (soit en moyenne plus de 2 verres standards/jour et plus de 10 VS/semaine) d'après les données de 2017 et de 2021 (2, 5, 47, 51, 219),
 - la consommation hebdomadaire et quotidienne concerne respectivement 28 % des femmes (*versus* 53 % des hommes et 40,1 % en global) et 5,4 % des femmes (*versus* 16 % des hommes).

Données de consommation par modalités d'usage

Conformément au principe de continuum des usages depuis le non-usage, l'usage à moindre risque, l'usage à risque jusqu'au TUA, il faut toujours avoir à l'esprit qu'une même personne peut évoluer dans ses usages au cours du temps et peut aussi cumuler diverses modalités d'usage (par exemple, cumuler des usages à risque chronique et à risque ponctuel).

- Usage à risque (c'est-à-dire au-delà des repères de consommation à moindre risque)

En population générale, plus d'un quart des adultes âgés de 18 à 75 ans déclare consommer au-delà des repères dits de consommation à moindre risque tels que préconisés par les institutions (23, 25). En termes de répartition hommes/femmes, si 33,5 % des hommes déclarent dépasser ce seuil (de 10 verres standards par semaine), cela concerne 14,9 % des femmes.

En 2010 en France, sur la base de l'AUDT-C, entre 3 % et 7 % (selon le groupe d'âge) des femmes âgées de 15 à 44 ans avaient une consommation d'alcool jugée à risque chronique, c'est-à-dire à risque de TUA (220, 221).

- TUA

En France, les TUA (alcoolisme féminin) toucheraient environ 10 % des femmes mais leur nombre augmenterait chez les jeunes femmes, favorisé par une initiation à l'alcool de plus en plus précoce dans la vie et la charge croissante de responsabilités (106). Pourtant, il n'y a pas de données épidémiologiques fiables qui permettent de conclure à une explosion de l'alcoolisme féminin souvent considéré comme une « rançon de l'émancipation de la femme » (61, 218). Si l'on se concentre sur les formes les plus sévères de TUA, c'est-à-dire celles qui recouvrent la notion de dépendance, on estime à 1 % leur prévalence en population féminine par rapport à 6 % en population masculine.

La trajectoire des femmes dans le TUA diffère de celle des hommes dans le fait d'entrer plus tardivement dans des consommations problématiques ou régulières que les hommes (153) mais d'avoir, en revanche, recours plus rapidement à des soins (152).

- *Binge drinking*

Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) ou *binge drinkings* consistant en une consommation d'au moins 6 verres d'alcool en une occasion courte (moins de 2 heures) et qui sont particulièrement à risque neurotoxique, accidentogène et d'agressions ne cessent d'augmenter en prévalence chez les femmes alors même qu'elles sont bien plus vulnérables à de telles complications. Une baisse du sex-ratio est donc constatée pour cette modalité de consommation, particulièrement durant la période de l'adolescence et chez les jeunes femmes adultes.

Une importante majoration des API de 10 % entre 2005 et 2010 avait déjà été identifiée chez les femmes. Les dernières données du Baromètre santé parues en janvier 2024 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) ne montrent ni inversion de cette tendance ni même stabilisation (2). Ainsi, la part de femmes déclarant avoir eu une API, au moins une fois dans l'année, est passée de 21,4 % en 2017 à 23 % en 2021. Et celle déclarant au moins une API par mois est passée de 7,6 % en 2017 à 8,6 % en 2021.

Ainsi, puisque le phénomène des API tend à diminuer chez les jeunes hommes mais qu'il continue d'augmenter chez les femmes jeunes et de plus de 35 ans, la prévalence de cette pratique tend à être de plus en plus proche entre hommes et femmes (2, 222).

L'évolution des usages des femmes – Une alerte de santé publique

L'Europe est la région du monde où l'on boit le plus. La consommation d'alcool augmente progressivement chez les femmes et les filles. Les différences pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, les spécificités en termes de processus de récompense et du fait des hormones féminines jouent un rôle majeur dans les différences de comportements et de conséquences sur la santé. Les filles et les femmes ont un besoin urgent d'information et d'éducation sur l'impact de leurs usages d'alcool et les dommages qui y sont associés (154).

1.3.2. Données de consommation et/ou d'exposition à l'alcool des femmes en période périnatale

Il est d'emblée notable que, d'un point de vue épidémiologique, l'exposition périnatale, et partant embryo-fœtale, à l'alcool n'est abordée que par le prisme des usages féminins d'alcool, ce qui constitue une limite importante tant l'impact des usages masculins d'alcool ne peut plus être nié. D'autres limites interviennent, dont le focus sur la seule femme enceinte, *a fortiori* la femme enceinte lorsqu'elle se sait l'être, mais également l'approche déclarative soumettant les personnes au poids et à l'ambivalence provoqués par la culpabilité qui est source de déni et de sous, voire de non-déclaration.

1.3.2.1. Évolution et/ou variations dans les résultats de déclaration de consommations féminines d'alcool durant la grossesse et l'allaitement

Les consommations féminines d'alcool durant la grossesse tendraient à diminuer. Mais s'agit-il d'une réelle évolution ou bien de variations sous-tendues par un certain nombre de biais. En particulier, le biais de désirabilité sociale a pu se renforcer au cours des quinze dernières années d'observation sous l'influence des campagnes de prévention. Il est ainsi possible qu'une partie des évolutions positives observées soient à mettre simplement en lien avec ce biais accru de désirabilité. Pour illustrer cette interrogation, plusieurs études et enquêtes remarquables sont ici présentées par ordre chronologique.

- Dans une enquête publiée en 2006 sous l'intitulé « Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité » (223), il est précisé : « Pendant leur grossesse ou à l'annonce de celle-ci, de nombreuses femmes diminuent spontanément leur consommation de boissons alcoolisées, mais plus de 40 % continuent de boire – le plus souvent par méconnaissance du risque. Parmi elles, près de 5 % consomment plus de 2 verres standards par jour. »
- D'après un sondage réalisé pour l'INPES en 2004 et 2007 auprès d'un échantillon de 200 femmes enceintes, parmi celles qui déclarent consommer de l'alcool (29 % en 2004 et 13 % en 2007), la quasi-totalité ont une consommation inférieure à 2 verres standards par jour (64).
- Dans l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010, 23 % des femmes interrogées déclaraient avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse. Elles se répartissaient de la façon suivante : 3,2 % déclaraient avoir consommé de l'alcool avant de se savoir enceinte, 17,2 % rapportaient une consommation durant la grossesse inférieure ou égale à une fois par mois et 2,5 % plus d'une fois par mois, soit un total de 22,9 %, dont la majorité y compris après le diagnostic de

grossesse. En effet, tout en se sachant enceintes, 19,7 % des femmes (soit 1 femme sur 5) restaient exposées à l'alcool par le biais de leur propre consommation (224).

- Dans une enquête nationale effectuée en 2012 portant sur 3 063 femmes enceintes et allaitantes interrogées par téléphone, 51,4 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool avant la grossesse, 8 % avoir eu au moins un épisode de *binge drinking* en début de grossesse, 1,2 % en fin de grossesse (225). Les mêmes auteurs ont produit et publié en 2014 une synthèse de la littérature révélant la très haute variabilité de prévalence des femmes ayant consommé de l'alcool au moins une fois durant la grossesse avec des extrêmes allant de 12,2 % à 63 % (226).
- Une revue systématique avec méta-analyse publiée en 2017 apporte une estimation de la prévalence des consommations d'alcool des femmes durant leur grossesse à l'échelle nationale, régionale et mondiale (227).

La prévalence de la consommation féminine d'alcool durant la grossesse, quelle que soit la quantité d'alcool consommée, est estimée à 9,8 % (IC 95 % : 8,9-11,1) au niveau mondial et la prévalence du SAF à près de 14,6 pour 10 000 naissances (IC 95 % : 9,4-23,3), soit 1,5 cas pour 1 000 naissances. Les auteurs concluent que la consommation féminine d'alcool pendant la grossesse est une pratique courante dans de nombreux pays, en conséquence de quoi le SAF est une anomalie congénitale relativement répandue.

La région Europe (s'étendant dans cette étude jusqu'à la Biélorussie et l'Ukraine) présente la prévalence la plus élevée à l'échelle mondiale à la fois de consommation d'alcool durant la grossesse (25,2 %) et de SAF (3,7 pour 1 000 naissances).

S'agissant de la France, la prévalence de consommation d'alcool durant la grossesse (quelle que soit la quantité) est estimée à 27 % (IC 95 % : 13,5-43,0) et celle du SAF à 4 pour 1 000 naissances.

- Dans l'enquête Baromètre santé 2017 de Santé publique France, parmi les mères d'enfant de 5 ans ou moins (n = 1 614), 11,7 % (IC 95 % : 9,9-13,8) déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse (219). Ces consommations étaient réparties en 10,7 % uniquement pour les grandes occasions, moins de 1 % entre une fois par semaine et une fois par mois et moins de 1 % une fois par semaine ou plus. Les femmes les plus âgées (35 ans ou plus) et les plus diplômées (supérieur au baccalauréat) étaient plus nombreuses à déclarer avoir consommé de l'alcool.
- ENP 2021 et comparaison aux ENP 2010 et 2016

Dans l'ENP 2021, seulement 3 % des femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool à partir du moment où elles étaient informées de leur grossesse.

La méthodologie d'enquête est notablement différente notamment du fait que ce résultat n'est applicable qu'à la période de notoriété de la grossesse et qu'il n'y a donc pas d'évaluation sur les périodes périconceptionnelle et de méconnaissance d'une grossesse débutante durant lesquelles l'alcool est pourtant tout aussi toxique (s'agissant en particulier des toutes premières phases du développement embryon-fœtal). L'ENP 2021 néglige donc l'exposition à l'alcool des périodes les plus critiques pour l'embryogenèse.

Ne considérant que la période de notoriété de la grossesse, la prévalence de consommation déclarée serait ainsi passée de 20 % (1 femme sur 5) à partir de l'ENP 2010 à 3 % à partir de celle de 2021. Un résultat qui, au regard des évolutions de prévalence à la hausse des usages des femmes, peut paraître étonnant. En parallèle et en dépit des difficultés d'évaluation, il n'est pas suggéré de diminution d'incidence des TSAF.

Les différences méthodologiques contribuent à ces variabilités importantes, ce qui explique aussi qu'il n'a pas été possible d'effectuer de test statistique ni d'analyse comparative entre ces différentes ENP. Parmi ces différences notables de méthodologie, on retiendra les faits suivants :

- différence dans les modalités de questionnement ainsi que dans le contexte s'agissant d'un auto-questionnaire *versus* un hétéro-questionnaire pratiqué par la sage-femme, *a fortiori* à la maternité (ce qui prive de l'effet de libération de la parole favorisé par l'anonymat et l'absence de regard supposé jugeant) ;
- pas le même enquêteur : ainsi, le biais de désirabilité peut être amplifié en fonction de l'enquêteur, particulièrement s'il s'agit d'une sage-femme. Par ailleurs, si le biais de désirabilité affecte naturellement les femmes interrogées, pourquoi n'affecterait-il pas aussi, en miroir, l'enquêteur lui-même ?
- pas la même manière de poser la question ;
- pas la même période durant laquelle l'enquête est réalisée : en temps réel sur le lieu même de la naissance en maternité *versus a posteriori* s'agissant d'interroger les mères à distance ;
- pas la même période d'analyse durant la grossesse : n'analyser que la période de notoriété de la grossesse (le diagnostic de grossesse pouvant lui-même être tardif) réduit notablement l'évaluation de l'exposition à risque et fait silence sur une période tout aussi critique en termes de risque fœtal et parfois lourdement exposée par méconnaissance d'une grossesse en cours. Une étude australienne publiée en 2017 révélait ainsi que 60 % des femmes avaient consommé entre la conception et le diagnostic de grossesse, de façon importante et/ou selon une modalité de type *binge drinking*. Cette proportion était réduite à 18 % après le diagnostic de grossesse (228).

Dans tous les cas, il faut bien garder à l'esprit que les femmes ne déclarent pas leurs consommations d'alcool de façon exhaustive. En particulier, elles les sous-estiment lorsqu'il s'agit d'une enquêtrice sage-femme (229, 230).

Enfin, une telle évolution dans les données déclaratives pourrait refléter l'impact des messages de santé publique pouvant influencer favorablement les comportements d'usage d'alcool au profit de l'abstinence, mais aussi amplifier le biais de désirabilité sans forcément modifier les comportements de façon significative. Car l'amplification des messages sanitaires, notamment depuis 2010, a-t-elle conduit à une amplification proportionnelle des modalités d'aide et actions d'accompagnement dédiées ? Mettre en lumière les dégâts de l'alcool durant la grossesse en n'adressant de tels messages sanitaires qu'à la seule attention des femmes effectivement enceintes peut enfin aggraver la sous-déclaration du fait de la honte et de la culpabilité. Une ultime hypothèse revient au rôle possible du co-géniteur (non ciblé par les messages de prévention des TSAF), dont l'impact des consommations d'alcool dans l'occurrence de TSAF serait dès lors plus visible à l'aune d'une réduction réelle des usages féminins en période périnatale, et dont l'évolution favorable des chiffres précédemment annoncés témoignerait.

- Une synthèse a été publiée en 2023 dans le BEH où il est en effet rappelé qu'à partir de données déclaratives, il reste très difficile d'estimer la proportion de femmes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse, que ce soit de manière régulière ou ponctuelle. Les raisons

en sont d'une part le biais de mémoire, d'autre part et surtout l'effet de désirabilité sociale, c'est-à-dire le fait de donner une réponse socialement plus acceptable et permettant de se présenter sous un jour plus favorable à l'enquêteur. Tout en apportant un regard critique aux résultats du Baromètre santé 2017 (12 % des mères d'enfant de 5 ans ou moins déclarent avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse), mais surtout de l'ENP 2021 (3 % des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool en connaissance de leur grossesse), les auteurs soulignent que la part des femmes déclarant avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse a fortement diminué en 10 ans. Cette tendance en apparence très favorable contraste (voire entre en contradiction) avec le constat concomitant que les femmes consomment de plus en plus. On peut ainsi se demander si l'accroissement de la pression sociale sous-tendue par le renforcement des messages sanitaires de prévention vis-à-vis des usages d'alcool durant la grossesse ne vient pas accentuer le biais de désirabilité et partant le déni faussant d'autant les déclarations des personnes interrogées. Majorant la culpabilité, ils contribueraient à accroître le silence et la sous-déclaration à l'aune d'une prise de conscience grandissante des conséquences de l'exposition périnatale à l'alcool.

S'agissant de l'allaitement, une méta-analyse de 2014 révélait à partir de 41 publications sélectionnées qu'environ la moitié des femmes des pays occidentaux consomment de l'alcool pendant l'allaitement (231).

1.3.2.2. Les modalités d'usage féminin d'alcool durant la grossesse et l'allaitement : l'inquiétante pratique du *binge drinking*

L'OMS souligne dans une étude publiée en 2017 qu'une grande partie des grossesses qui sont exposées à l'alcool sont exposées au mode de consommation le plus préjudiciable en quoi consiste une forte alcoolisation ponctuelle ou *binge drinking* (232).

Dans une étude américaine incluant ses 50 États et portant sur la période 2018 à 2020, 6 327 femmes enceintes âgées de 18 à 49 ans étaient interrogées en usant du *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (233). 13,5 % des femmes enceintes ont déclaré avoir consommé de l'alcool et 5,2 % avoir consommé de l'alcool de façon excessive (soit 38,5 % de l'ensemble des femmes enceintes déclarant avoir consommé).

Une autre façon de présenter de tels résultats qui en souligne plus encore la prévalence inquiétante en est la suivante : sur la période 2018 à 2020, environ 1 femme enceinte sur 7 a déclaré avoir consommé de l'alcool (parmi les boissons alcoolisées telles que la bière, le vin, le whisky) au cours des 30 derniers jours et, parmi celles-ci, environ 40 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool sur le mode de l'API ou *binge drinking* (4 ou plus verres standards tels que définis aux USA, soit 6 VS en France puisque leur taille est moindre).

Il est notable que ces deux mesures étaient de 2 points de pourcentage plus élevées à celles constatées durant la période d'étude de 2015 à 2017, en cohérence avec l'augmentation de prévalence des usages féminins d'alcool et particulièrement du *binge drinking*.

Les auteurs retenaient comme facteurs favorisant la consommation d'alcool pendant la grossesse : l'âge (la prévalence d'usage d'alcool variant de 16,8 % sur la tranche 18-24 ans, 10 à 11 % sur la tranche 25-34 ans, 17 % sur la tranche 35-49 ans et s'agissant du *binge drinking*, la prévalence sur la tranche 18-24 ans atteint 8,5 %), l'éducation, l'état matrimonial, le fait de ne pas avoir de médecin

traitant (majorant de 1,7 fois le risque de consommer de l'alcool), la détresse mentale (majorant de 2 fois le risque global de consommer de l'alcool et de 3 fois le risque de pratiquer le *binge drinking*).

Les auteurs soulignent les limites de cette étude qui toutes contribuent à une sous-évaluation de l'exposition à l'alcool des grossesses : caractère déclaratif des consommations, biais de désirabilité et de mémoire, faible taux de réponse des femmes, défaut d'évaluation sur la période précoce et donc d'ignorance de la grossesse, étude ne couvrant pas l'entièreté de la grossesse.

S'agissant de l'allaitement, dans une étude française de 2017, 674 mères allaitantes ont répondu à un questionnaire sur leurs consommations d'alcool durant le mois précédent : 6,8 % ont rapporté un épisode ou plus de *binge drinking* (225).

1.3.2.3. Quelle place éventuelle pour des biomarqueurs d'exposition à l'alcool durant la grossesse ?

Au regard des écueils d'un recueil déclaratif et des biais nombreux qui y sont associés, à l'origine d'une importante sous-déclaration des usages féminins d'alcool durant la grossesse, la question se pose de l'usage de biomarqueurs.

Cette sous-déclaration a bien été illustrée par la confrontation de données biologiques (méconium, cheveux) avec les données déclaratives. C'est ainsi qu'une étude espagnole menée sur 153 femmes à l'accouchement montre que si seulement 2,6 % des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool plus d'une fois durant la grossesse, l'analyse de l'éthylglucuronide dans leurs cheveux suggère que 62,7 % ont en réalité eu une consommation non négligeable d'alcool et 2 % une consommation excessive (230). L'analyse du méconium des nouveau-nés révélait aussi des discordances significatives avec les déclarations maternelles relatives à leurs consommations (229, 234).

Pour certains, des biomarqueurs devraient effectivement toujours compléter les questionnaires afin de ne pas sous-estimer une exposition prénatale à l'alcool (235). Pour d'autres, ces biomarqueurs ont une trop faible sensibilité, *a fortiori* pour les faibles consommations qui sont aussi la situation la plus difficile à détecter cliniquement (236) et donc celle où ils auraient pu être les plus utiles.

1.3.2.4. Absence de données épidémiologiques relatives au niveau d'exposition des femmes enceintes du fait des consommations d'alcool de tiers usagers

En dehors des usages féminins d'alcool, on ne dispose pas d'autres données épidémiologiques qui permettraient d'éclairer plus largement l'exposition périnatale à l'alcool – sauf à considérer la prévalence de consommation en population générale proche de 86 % – s'agissant :

- des données de consommation des pères biologiques géniteurs en période préconceptionnelle, étant donné leur impact biologique sur les gamètes mâles, la conception et plus généralement le devenir de la grossesse, le développement embryo-fœtal et plus largement de l'enfant ;
- des données de consommation de l'entourage immédiat d'une femme enceinte (partenaire, co-parent, famille, amis, etc.) afin d'étayer l'impact des usages d'alcool de tiers sur son environnement et les conséquences qui en résultent en termes de parentalité, d'éducation, d'exposition à de la maltraitance ;

- des données de dommages pour la femme enceinte (et plus largement en période périnatale) liés aux usages de tiers : violences, insécurité, isolement, négligence, carence affective, etc.

1.3.3. Données de morbi-mortalité attribuable à l'alcool chez les femmes (hors périnatalité)

Ce chapitre vient en complément du même chapitre développé dans l'argumentaire dédié à la population générale (se référer au chapitre 1.4.2) (26). Il est cependant essentiel de rappeler pour toujours l'avoir bien en tête que, comme cela a déjà été souligné en population générale et cela est naturellement valable en population féminine, la majorité des dommages concerne des sujets qui ne remplissent pas les critères diagnostiques du trouble de l'usage d'alcool (TUA). Il s'agit des personnes dont l'usage n'a jamais été repéré comme étant à risque ou bien dont l'usage est excessif mais a été banalisé (23, 237).

1.3.3.1. Mortalité liée à l'alcool en population féminine

La mortalité imputable à l'alcool est plus précoce et plus rapide chez les femmes par rapport aux hommes. La comparaison des courbes de mortalité vie entière des hommes et des femmes en témoigne (Annexe 5) (23). À même consommation quotidienne, il est ainsi estimé que le risque de mortalité toutes causes confondues serait multiplié par 1,5 pour une femme par rapport à un homme (238).

Une alerte particulièrement inquiétante donne réalité à ce spectre. Elle provient des États-Unis et d'un article très récemment publié dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) 2023 où a été documentée une majoration significative de la mortalité féminine liée à l'alcool (239). Si les hommes sont donc toujours plus susceptibles de mourir d'une maladie liée à l'alcool que les femmes, comme pour les niveaux de consommation, l'écart tend désormais aussi à se réduire s'agissant de la mortalité entre hommes et femmes.

1.3.3.2. Morbidité imputable à l'alcool chez les femmes (hors périnatalité)

L'ensemble des données de morbidité développées dans l'argumentaire de la production princeps en population générale est applicable à la population féminine. Il faut donc s'y référer (chapitre 1.4.2) aussi (26). Nous nous attachons ici à compléter les données déjà développées en soulignant les différences remarquables entre hommes et femmes ainsi que les éventuelles spécificités des dommages subis par les femmes.

D'abord et avant tout, il faut rappeler en le soulignant de nouveau que les complications surviennent chez les femmes de façon plus rapide et plus intense à même quantité consommée, voire à quantité inférieure par rapport aux hommes. C'est notamment le cas des lésions hépatiques de nature alcoolique. Elles génèrent une morbi-mortalité accrue chez les femmes avec un phénomène de cirrhose accélérée.

L'alcool affecte toutes les dimensions spécifiques de la vie et de la santé des femmes

Si, comme en population générale (26), l'alcool affecte toutes les dimensions de la vie des femmes (somatique, psychique, affective, relationnelle, sociale, professionnelle, économique, juridique, etc.) (22), certaines sphères spécifiquement féminines sont aussi touchées :

- santé génitale, dont les cycles hormonaux qui peuvent être perturbés par les usages d'alcool ;
- sexualité, intimité, vie amoureuse paient un lourd tribut à l'alcool, que ce soit directement via les consommations des femmes elles-mêmes et/ou indirectement via les usages de tiers ;
- ménopause : c'est une période de particulière vulnérabilité vis-à-vis de l'alcool qui ne relève pas des perturbations hormonales qui y sont associées mais serait bien plus d'ordre psychologique (phénomène de deuil, dépression, etc.) ;
- impact nutritionnel et morphologique de l'alcool : si les répercussions pondérales et esthétiques de l'alcool ne sont certes pas spécifiques à la condition féminine, la souffrance qui en résulte peut se voir amplifiée chez les femmes. De même, les préoccupations psychocorporelles et les troubles des conduites alimentaires (TCA), qui sont plus fréquents en population féminine, peuvent être suscités et/ou aggravés par l'usage d'alcool au point de mener parfois à la conduite particulièrement toxique d'alcoolorexie consistant en une privation alimentaire au profit de la consommation d'alcool afin de réduire les apports caloriques ;
- vie familiale : incombant plus souvent et plus largement aux femmes qu'aux hommes, celles-ci subissent le poids mental, pratique et parfois aussi matériel de cette responsabilité. Le souci des soins, de l'éducation et de la garde des enfants provoque des nœuds anxigènes, parfois inextricables, pouvant favoriser les usages d'alcool tout en freinant l'aide possible par crainte des jugements. Les femmes craignent aussi des conséquences judiciaires (s'agissant notamment de leurs droits parentaux) alors même que les consommations d'alcool ne peuvent pas, en elles-mêmes ni à elles seules, constituer un sujet de signalement dont les indications s'avèrent exceptionnelles (par leur gravité et leur rareté). L'annexe 6 et la fiche outil 12 développent cette question qui est source d'inquiétude, de frein pour la libération de la parole et de renoncement aux aides et aux soins ;
- sécurité personnelle : la vulnérabilité des femmes est décuplée sous l'effet de l'alcool et elles sont bien plus souvent que les hommes victimes d'agressions et de violences, notamment sexuelles, impliquant l'alcool. L'alcool est aussi très présent dans les situations d'emprise qu'il amplifie. L'alcool est ainsi retrouvé dans 30 % des féminicides et 30 % des violences sexuelles à leur encontre, ce qui sous-entend que si l'alcool n'est pas seul imputable, il constitue un facteur co-aggravant important et sur lequel il est possible d'agir ;
- souffrance psychique : l'intrication étroite entre les troubles anxio-dépressifs plus fréquents chez les femmes et des consommations problématiques d'alcool doit toujours être à l'esprit pour aider à libérer leur parole, vaincre le déni et élargir le spectre des aides possibles ;
- discriminations sur le lieu du travail : celles-ci constituent des facteurs de stress, de souffrance, de consommations problématiques d'alcool vis-à-vis desquels les ressources humaines devraient être sensibilisées et engagées pour en assurer la prévention, le repérage, l'accompagnement.

Le cancer du sein fait partie des cancers attribuables à l'alcool chez les femmes

Des consommations en quantité dite faible à modérée d'alcool augmentent le risque de cancer chez les femmes. De nombreuses études ont déjà confirmé que la consommation d'alcool augmente le risque de cancer du sein d'environ 7,1 % pour chaque 10 g d'alcool pur par jour (48). Allen *et al.*

rapportent quant à eux une augmentation du risque de tous les cancers qu'ils estiment à 6 % pour chaque 10 g d'alcool pur consommé par jour, cette augmentation étant évaluée à 12 % pour le cancer du sein, 24 % pour l'hépatocarcinome, 29 % pour les cancers de la cavité orale (49).

Une étude beaucoup plus récente rapporte qu'aux États-Unis, environ 12,1 % des cas de cancer du sein au sein de la population des femmes (n = 115 794) et 11,3 % des décès féminins par cancer du sein (n = 18 572) seraient attribuables à la consommation d'alcool (142). Par ailleurs, si l'alcool augmente le risque de cancer du sein en postménopause, il pourrait aussi augmenter ce risque en pré-ménopause. Aucun type ni aucune quantité de boisson alcoolisée ne sont en réalité dénués de risque en la matière. Puisqu'il n'y a donc pas de niveau de consommation sans risque s'agissant du cancer du sein, il en résulte que le message de prévention primaire vis-à-vis du cancer du sein ne peut être que d'éviter l'alcool. Les auteurs encouragent des changements effectifs dans le mode de vie, incluant une bonne gestion pondérale, de l'activité physique, une nutrition optimale et l'abstinence en matière d'alcool, lesquels pourraient réduire l'incidence de cancer du sein de 33 % selon les auteurs (142).

Le cancer du sein fait effectivement partie des cancers dont le lien avec le mode de vie, l'alimentation, l'exercice et la consommation d'alcool est avéré. Une association hautement significative est notamment retrouvée entre activité physique accrue, consommation réduite d'alcool et une réduction du risque de cancer du sein. Usage d'alcool et activité physique constituent donc des cibles importantes en termes d'adaptations comportementales eu égard au risque de cancer (143).

Complications cardiovasculaires attribuables à l'alcool chez les femmes

Les fortes consommations d'alcool constituent un facteur de risque d'accident coronarien aigu chez les femmes jeunes (< 50 ans) alors même que la coronaropathie est généralement considérée comme une maladie des sujets âgés et/ou des hommes (240).

En dehors des situations de forte alcoolisation, il n'a pas été prouvé, à l'échelle expérimentale et épidémiologique, qu'il faille proposer des repères de consommation d'alcool à moindre risque différents pour les femmes quant au risque cardiovasculaire (s'agissant de la prévention des accidents vasculaires cérébraux et coronariens). À ce stade, les données sont insuffisantes pour conclure que, dans le respect des repères de consommation à moindre risque (10 VS maximum par semaine, 2 VS par jour mais pas tous les jours), les femmes devraient avoir une consommation quotidienne d'alcool réduite par rapport aux hommes (241).

Quelles spécificités s'agissant des TUA chez les femmes ?

Pour les femmes autant que les hommes, les conséquences du TUA (alcoolisme) sont la déchéance, l'isolement et la violence. Mais les trajectoires des femmes varient en ce qu'elles entrent plus tardivement dans des consommations problématiques avec habitude puis dépendance (153) et en ce qu'elles font plus rapidement appel aux aides et accompagnements par rapport aux hommes (152).

1.3.4. Données de morbi-mortalité attribuable à l'alcool en période périnatale

On ne dispose pas de données épidémiologiques quantitatives quant aux dommages induits par l'alcool sur la fécondité (comme le taux de fausses couches) et la santé maternelle (par exemple,

l'incidence d'HTA gravidique, notamment du fait de l'intrication de divers facteurs causaux). Par ailleurs, les données disponibles, toujours approximatives, ne concernent que l'incidence des SAF et TSAF alors que la morbi-mortalité, qui est augmentée du fait de l'exposition à l'alcool, pourrait être appréciée de façon plus large et inclure notamment le taux de mort fœtale ou de prématurité afin de mieux illustrer l'augmentation du risque de mortalité. Le caractère approximatif des données relatives aux SAF et TSAF résulte par ailleurs de multiples raisons parmi lesquelles les difficultés diagnostiques, la méconnaissance des professionnels de santé en la matière, l'intensité très variable et le retard d'expression clinique de nombre de symptômes de l'alcoolisation fœtale. La variabilité des modalités d'évaluation constitue un autre facteur, et non des moindres puisque lorsque l'expertise est effectuée par un spécialiste en génétique clinique, la prévalence se voit majorée de façon significative.

1.3.4.1. Les données épidémiologiques relatives à l'alcoolisation fœtale sont affectées par les difficultés diagnostiques et la sous-évaluation des dommages liés à l'alcool

La variabilité et l'absence de spécificité des critères diagnostiques utilisés, le manque de formation et le désintérêt des professionnels, les difficultés diagnostiques s'agissant en particulier des formes incomplètes et à révélation tardive de l'alcoolisation fœtale génèrent un sous-diagnostic très important des conséquences, notamment neurocognitives et psychocomportementales, de l'exposition périnatale à l'alcool de futurs enfants (en préconceptionnel et durant tout le développement embryofœtal).

Il en résulte une grande imprécision (reflétée par les variations significatives de prévalence d'une étude ou d'une enquête à l'autre) et une sous-évaluation de l'ampleur des dommages de l'alcool sur la périnatalité. Cela soulève aussi la question de la capacité, ou pas, du système de santé et de ses acteurs à pouvoir repérer de telles complications afin de les accompagner au plus tôt et au mieux.

On retiendra, par ordre chronologique, les enquêtes les plus significatives suivantes.

- Le rapport 2009 de l'Institut de veille sanitaire (InVS) (74)

La difficulté à reconnaître le SAF explique l'inconstance et la variabilité des chiffres de prévalence dans la population française. Dans ce rapport, les dernières données proposées étaient celles de l'équipe de Dehaene, estimant l'incidence du SAF parmi les naissances de la maternité de Roubaix à 1 cas pour 820 naissances en 1991. Par extrapolation à la France entière, ce serait 800 à 1 000 enfants qui seraient concernés par an, et jusqu'à 1 sur 200 pour les atteintes moins sévères.

Les taux les plus élevés étaient observés en Alsace avec comme explication le fait que la responsable du registre et de l'enquête soit une généticienne clinique, contrairement aux autres registres, ce qui a pu faciliter les signalements puis écarter les faux positifs (dysmorphie non évocatrice). Les pédiatres des maternités ont en effet de grandes difficultés à reconnaître la dysmorphie et, d'une manière générale, la mobilisation autour de ces enquêtes est difficile à maintenir (refus de nombreuses maternités de participer), ce qui souligne le désintérêt pour cette pathologie, difficile à prendre en charge et restant encore taboue.

Il est donc considéré comme très difficile, voire impossible de pouvoir estimer une prévalence nationale à partir des chiffres annoncés au niveau des établissements de santé. Mais si le taux de prévalence observé en Alsace (0,81 pour 1 000 naissances), sur la base donc d'une expertise fiable émanant d'une généticienne experte, est extrapolé à la France entière, ce sont près de 600 enfants qui naîtraient chaque année atteints de la forme sévère du SAF, étant entendu qu'un grand nombre d'entre eux n'est

pas diagnostiqué. À titre de comparaison avec les États-Unis, qui est l'un des seuls pays au monde à produire régulièrement des données de prévalence du SAF basées sur un recueil actif, leurs derniers chiffres de fréquence du SAF variaient de 0,3 à 4,8 pour 1 000 naissances vivantes, en fonction des caractéristiques ethniques et socioculturelles.

Il est enfin rappelé le risque majeur de sous-estimation du taux de TSAF, *a fortiori* si son dépistage se voit restreint à la naissance car la dysmorphie faciale peut manquer et les anomalies neurologiques peuvent ne pas être visibles à la naissance et n'être détectables que seulement bien plus tard dans l'enfance.

- Le rapport de la HAS « Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement » publié en 2009 (70) reposait sur des données de l'expertise collective de l'INSERM « Alcool, effets sur la santé » publiée en 2001 (15). L'incidence de SAF grave, c'est-à-dire complet, était en France estimée entre 700 à 3 000 enfants sur 750 000 naissances avec une incidence plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Normandie et en Bretagne. Il était par ailleurs rapporté une fréquence de SAF de 30 % chez les femmes ayant une consommation alcoolique excessive (sans plus de précision). La prévalence d'usages féminins d'alcool reposait sur l'ENP 1998, estimée à 23,3 % sur le 3^e trimestre (242).
- Dans le rapport du ministère de la Santé, du Travail et de l'Emploi de 2011 « Alcool et grossesse, parlons-en » (64), les données de prévalence retenues pour le monde occidental sont pour le SAF de 0,5 à 3 pour 1 000 naissances vivantes et pour les TSAF de 9 pour 1 000 naissances vivantes.
- Dans le rapport d'élaboration de la HAS portant sur le repérage des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et publié en 2013 (27), l'incidence de SAF est considérée comme mal connue et variant selon les critères diagnostiques utilisés. L'incidence retenue pour la France est de 1,3 pour 1 000 naissances vivantes, en situation intermédiaire par rapport à la fourchette retenue aux États-Unis de 0,6 à 3 pour 1 000 naissances vivantes. Il est souligné que le diagnostic peut être retardé, mais aussi manqué. Il est enfin retenu un facteur multiplicateur de 10 entre l'incidence du SAF et celle des TSAF.
- Le rapport de la HAS « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » publié en 2016 (69) retenait une prévalence d'usage féminin d'alcool au 3^e trimestre de 23,3 % et se basait sur les données anciennes de fréquence du SAF à partir de deux études menées à Roubaix montrant une incidence globale de 3,5 % pour les naissances vivantes enregistrées entre 1976 et 1979, avec 1,3 % de formes sévères. Ces chiffres étaient respectivement de 5 % et 1 à 2 % pour les naissances ayant eu lieu de 1986 à 1990. L'intérêt de rappeler ces données, en dépit de leur ancienneté, est de questionner les critères diagnostiques alors utilisés et de relever une évolution possiblement favorable dont le lien avec la baisse globale sur le demi-siècle dernier des quantités d'alcool consommé en France et avec les messages de prévention sanitaire peut être suggéré sans pour autant être établi.

- Santé publique France a publié en 2018 une analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) relatives aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale en France entre 2006 et 2013 (58).

Les variations méthodologiques y sont aussi importantes qui expliquent l'effet puissant de discordance avec les chiffres de prévalence retenus dans les autres enquêtes. Parmi ces différences de méthode, les plus essentielles et impactantes incluent :

- la période d'étude restreinte à la naissance et au 1^{er} mois de vie : il en résulte un facteur notable de sous-diagnostic parce que certains troubles ne sont pas encore ni visibles ni détectables et cela est grandement favorisé par la méconnaissance des professionnels en la matière ;
- le lieu d'étude s'agissant des hospitalisations en période néonatale en secteur médecine – chirurgie – obstétrique (MCO), alors que pour nombre d'enfants les signes d'alerte ne se révéleront pas dans ce contexte ;
- l'analyse via le seul codage dans les registres hospitaliers est aussi un facteur majeur de sous-déclaration, d'autant que le TSAF ne constitue pas habituellement le diagnostic principal ;
- le désintérêt et la méconnaissance des professionnels.

En termes de résultats, entre 2006 et 2013, 3 207 enfants ont, lors de leur séjour hospitalier, eu un diagnostic de troubles causés par l'alcoolisation fœtale (désormais identifiés de TSAF et non plus de ETCAF) durant la période néonatale, soit 0,48 cas pour 1 000 naissances, incluant 0,07 cas de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) pour 1 000 naissances. On observe ainsi une différence considérable, puisque d'un facteur 10 entre cette analyse via le seul codage PMSI et d'autres études, y compris les plus récentes. Ces résultats s'avèrent donc difficilement comparables avec les études françaises antérieures au regard des différences bien trop importantes en termes de méthodologies.

Par ailleurs, aucun élément ne permet de déterminer si les fluctuations relatives des codes TSAF (tendance à l'augmentation) et SAF (tendance à la diminution des codes correspondant à des formes complètes ou sévères) en France comme aux États-Unis pourraient être expliquées par une amélioration des pratiques diagnostiques ou être liées à des évolutions des comportements d'alcoolisation maternelle à la baisse (s'agissant de l'intensité d'exposition) bien que persistants (243).

Par ailleurs, les variations de fréquence des codes SAF et TSAF selon les régions (la proportion d'enfants diagnostiqués pour TSAF était plus importante à la Réunion, en Haute-Normandie et dans le Nord-Pas-de-Calais) peuvent relever de plusieurs facteurs, dont des disparités régionales d'exposition.

- Données de répartition mondiale des SAF et TSAF :
 - une méta-analyse publiée en 2016 indique une prévalence haute de TSAF atteignant 22,7 pour 1 000 naissances (63, 244) ;
 - une revue systématique avec méta-analyse publiée dans *The Lancet* en 2017 (227).

Dans cette étude, la prévalence mondiale de consommation féminine d'alcool durant la grossesse est estimée à 9,8 % (IC 95 % : 8,9-11,1) et celle du SAF dans la population générale à 14,6 pour 10 000 personnes (IC 95 % : 9,4-23,3) soit 1,5 cas pour 1 000 naissances. Cette étude estime aussi que 1 femme sur 67 ayant consommé de l'alcool pendant sa grossesse accoucherait d'un enfant atteint du SAF, ce qui représente environ 119 000 enfants nés avec un SAF dans le monde chaque année.

Dans cette même méta-analyse, cette prévalence est plus élevée (et d'ailleurs la plus élevée au niveau mondial) en Europe estimée à 3,7 pour 1 000 naissances et en France à 4 cas pour 1 000 naissances.

Quant aux formes mineures, bien plus fréquentes, elles seraient aussi estimées, dans les études internationales et par les auteurs de cette revue systématique, comme 10 fois plus fréquentes.

Au regard de la forte prévalence de cette anomalie congénitale pourtant évitable, les auteurs soulignent l'importance et l'urgence de stratégies de prévention plus efficaces et de dépistage précoce.

- Une revue systématique avec méta-analyse publiée dans le JAMA en 2017 (245)

Sur 187 pays, l'Afrique du Sud aurait la prévalence la plus élevée de TSAF estimée à 111,1 pour 1 000, suivie par la Croatie avec 53,3 pour 1 000, et l'Irlande avec 47,5 pour 1 000.

Les auteurs estiment que ces troubles du développement, largement évitables, constituent un problème de santé publique majeur. Ils déplorent l'absence de données de prévalence dans nombre de pays et suggèrent l'intérêt d'un message universel de santé publique ainsi que d'un protocole de dépistage systématique. Les TSAF étant à différencier du SAF complet, ils devraient justifier d'outils de dépistage adaptés.

1.3.4.2. Le problème du sous-diagnostic des conséquences de l'alcoolisation fœtale soulève la question de la qualité de la prise en charge

Il est ici important de rappeler que l'alcool représente la toute première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant, dont les répercussions affecteront sa vie entière (57).

Il existe de nombreuses preuves qui confirment la valeur des évaluations neurodéveloppementales précoces dans la vie des nourrissons pour lesquels une exposition prénatale à l'alcool est connue ou soupçonnée (246). Mais la connaissance ou simplement la présomption d'une telle exposition n'est pas toujours disponible et de toute manière sera toujours très mal appréciée. De plus, les évaluations précoces peuvent être prises en défaut en l'absence de forme grave et plus ou moins complète de SAF. Les TSAF, de révélation souvent bien plus tardive, sont pourtant beaucoup plus fréquents (estimés à 1 % de l'ensemble des naissances vivantes), beaucoup plus difficiles à diagnostiquer, beaucoup plus insidieux dans leurs conséquences. Outre la nécessité d'une bonne définition, se pose la question critique de son repérage, y compris en l'absence de tout symptôme d'appel et même en l'absence d'information précise, voire de toute information, quant au niveau d'exposition prénatale à l'alcool.

Diverses questions se posent alors.

- Toute consommation d'alcool (quelle qu'elle soit), en période de notoriété ou pas d'une grossesse, plus généralement en période périnatale, ne justifierait-elle pas de considérer *a priori* l'enfant comme potentiellement vulnérable en termes de neurodéveloppement ?
- Au regard des risques d'erreur, de déni, d'oubli, de banalisation, qui entachent l'évaluation du niveau d'exposition périnatale à l'alcool, ne faudrait-il pas fournir systématiquement et à tous les parents (femmes et hommes), quels que soient leurs usages d'alcool, une information étayée sur la nature des TSAF, les signes d'alerte, l'intérêt d'une prise en charge précoce, les modalités d'accompagnement possibles ?
- En somme, ne faudrait-il pas généraliser le dépistage des TSAF, en l'étendant bien au-delà de la seule période néonatale, au regard de leur fréquence (estimée dans une étude

américaine jusqu'à 4,8 % de l'ensemble des enfants scolarisés (247)), de la gravité de leur impact, du manque de fiabilité des données d'exposition périnatale dont l'impact n'est par ailleurs qu'imparfaitement prévisible et de l'impact pronostique d'un accompagnement, *a fortiori* adapté et aussi précoce que possible ?

1.4. Repères de consommation, classification des usages et repérage de l'exposition à l'alcool chez les femmes

L'essentiel des données relatives à ce chapitre a déjà été développé dans l'argumentaire de la production princeps en population générale auquel il faut donc se référer (chapitres 1.5, 1.6 et 1.7) (26). Nous nous contenterons d'apporter des précisions que nous estimons utiles, pas tant en termes de différenciation entre hommes et femmes, mais afin de rendre le plus lisibles possible les recommandations en matière de classification et de repérage des usages féminins d'alcool en vue d'en diminuer les risques.

1.4.1. Les repères de consommation s'agissant de l'exposition des femmes à l'alcool

1.4.1.1. Les repères de consommation d'alcool à moindre risque

Comme développé en population générale (chapitre 1.5) (26) et pour rappel :

- ces repères sont de ne pas dépasser 2 VS par jour de consommation et 10 VS par semaine ainsi que de prévoir, au minimum, 2 jours d'abstinence par semaine ;
- ces repères correspondent au niveau de consommation à partir duquel l'impact pour la santé est considéré comme « significatif » ;
- ces repères sont identiques pour les hommes et les femmes ;
- ces repères ne sont valables et donc applicables qu'à condition d'être en bonne santé ;
- ces repères ne sont pas applicables en situation de grossesse en cours ;
- ces repères ne sont pas des prescriptions et, pour la santé et la qualité de vie, il sera donc toujours mieux de consommer moins.

Ils appellent quelques questions et éléments à réfléchir. Il s'agit donc des mêmes repères pour les femmes que pour les hommes en dépit du surrisque alcool chez les femmes par rapport aux hommes. Il est ici important de noter que le choix de repères indifférents entre hommes et femmes a pu être justifié par :

- l'analyse des données de mortalité cardiovasculaire qui ont conduit, du fait de l'absence de différence significative entre hommes et femmes à ce niveau de consommation, à estimer qu'il n'y avait pas lieu de proposer des repères de moindre risque différents pour les femmes (23). Ce choix ne prend donc pas en compte les autres causes de morbidité attribuables à l'alcool chez les femmes et pouvant survenir pour de faibles quantités consommées (par exemple, le cancer du sein) (49, 149) ;
- le choix d'éviter une approche genrée ;
- le souhait de favoriser l'acceptabilité sociale.

Cette égalité de repères entre hommes et femmes peut sembler dissonante si l'on considère que :

- il n'y a pas de risques qui ne soient pas amplifiés chez les femmes par rapport aux hommes ;
- sous l'effet de l'alcool, *a fortiori* en cas d'ébriété, les femmes sont toujours plus vulnérables que les hommes ;
- même en deçà de ces repères, des risques très graves peuvent exister : ce qui s'applique à la population générale et est donc valable pour les femmes, à savoir que le risque d'accident, de suicide et de cancer augmente dès la plus petite quantité d'alcool consommée (102), et se complète chez les femmes d'un risque de cancer du sein avéré y compris pour de faibles doses consommées (donc en deçà de ces repères) (49, 149) ;
- l'usage de repères propres au sexe et au genre pourrait apporter aux cliniciens et aux consommateurs des informations plus nuancées et éducatives (76).

En définitive, une question demeure ouverte : une approche différenciée impliquant des niveaux de consommation à moindre risque qui seraient distincts pour les hommes et pour les femmes contribuerait-elle ou bien au contraire s'opposerait-elle aux inégalités de santé liées au genre ?

Quoi qu'il en soit, en dépit du caractère non genré de ces repères, il est important que les professionnels de santé ne manquent pas de toujours rappeler le surrisque alcool des femmes, quels que soient leur âge, leur situation, leur environnement, leurs modalités de consommation.

1.4.1.2. Le zéro alcool pendant la grossesse : étendre le principe de précaution ?

La fréquence et la gravité des dommages induits par l'alcool en termes de développement embryofœtal et de santé infantile, la réalité des impacts délétères notamment au niveau neurocognitif et psychocomportemental, y compris pour de faibles niveaux de consommation (53, 150), l'absence donc de repères, *a fortiori* de seuils de risque, conduisent au principe de précaution en quoi consiste le « zéro alcool » pendant la grossesse (59, 63).

Les spécialistes et institutions sanitaires, nationales et internationales, s'accordent en effet sur le fait qu'aucune quantité d'alcool n'étant dénuée de risque pendant la grossesse, la préconisation la plus sûre est de s'abstenir de toute consommation d'alcool durant cette période (24, 78, 248).

Cela permet d'entrevoir aussi que le zéro alcool ne correspond pas en réalité à un risque zéro mais à un risque minimal. Mais dire que le risque le plus faible est la non-consommation d'alcool pendant la grossesse est aussi une opportunité de questionner l'intérêt d'une extension de ce principe de précaution à l'ensemble de la période périnatale et de ses déterminants, dont il est désormais solidement prouvé qu'ils ne se réduisent pas exclusivement aux consommations d'une femme à partir du moment où elle se sait enceinte. Les usages des hommes ont aussi un impact sur la santé materno-infantile, de même que la fertilité (177) et le développement embryofœtal sont aussi affectés par des usages parentaux d'alcool durant les phases préconceptionnelle et conceptionnelle.

La question est donc celle d'une extension de ce « principe de précaution », consistant en l'abstinence vis-à-vis de l'alcool :

- à toute femme désireuse d'enfant, avant même sa conception ;
- à chaque couple (géniteur et génitrice) désireux d'enfant, avant même sa conception ;
- à chaque homme désireux d'enfant, avant même sa conception ;
- à toute situation d'absence ou d'arrêt de contraception (qu'elle soit féminine ou masculine).

La recommandation de la SFA en la matière est la suivante : « Plus que jamais, l'état de l'avancée de la science confirme que la recommandation zéro alcool pendant la grossesse est la plus justifiée et qu'il est même justifié de ne pas consommer d'alcool dès le désir de grossesse afin d'éviter d'exposer les gamètes (ovule et spermatozoïdes). Les dernières avancées de la science mettent aussi en avant l'idée de ne pas consommer d'alcool au moins plusieurs mois avant la conception, non seulement pour la future maman, mais aussi pour le futur papa » (63).

Par extension encore, la question se pose de systématiser, en l'élargissant non seulement à toute femme en âge de procréer, mais à la société en son ensemble, l'information relative aux risques périnataux de l'alcool (pour la fécondité et pour la santé infantile et maternelle) et des moyens de les diminuer. À l'aune de l'impact de l'environnement et de l'entourage sur l'exposition à l'alcool et partant sur la santé des femmes et des enfants, la prévention des dommages périnataux de l'alcool constitue un enjeu collectif de santé qui nous engage tous.

1.4.2. La classification des usages d'alcool des femmes

1.4.2.1. Classification des usages féminins d'alcool hors grossesse

La même classification des usages d'alcool qu'en population générale est appliquée chez les femmes (26), à l'exception des usages d'alcool durant une grossesse. Il s'agit pour rappel de tenir compte du continuum des usages, des risques et des moyens de les diminuer. Cette classification inclut donc la gradation suivante :

- non-usage : qui peut correspondre à une abstinence primaire ou secondaire ;
- usage à moindre risque : en deçà des repères de consommation d'alcool à moindre risque ;
- usage à risque : au-delà de ces mêmes repères ;
- TUA : défini sur la base des critères du DSM-5 (98) et pouvant être d'intensité légère, modérée, sévère.

Le caractère de nocivité n'intervient pas dans cette classification puisque l'alcool peut créer des dommages quelle qu'en soit la modalité d'usage, y compris en cas de non-usage par l'effet de l'interaction toxique et des conséquences délétères subies par la personne du fait des usages d'un tiers consommateur (par exemple, par accident et/ou agression).

Il est aussi important de rappeler que la quantité consommée n'intervient pas dans la définition d'un TUA, lequel correspond à une relation pathologique qu'une personne entretient avec un produit dans un environnement donné.

Pour certains auteurs, le *binge drinking* ou API, qui n'entre pas dans le champ d'application des repères de consommation de moindre risque tout comme de la classification qui s'y réfère, doit être considéré comme un TUA. Cela soulève la question du cumul des modalités d'usage chez une même personne, à savoir le cumul d'usages à risque chronique et à risque ponctuel comme en cas d'alcoolisation importante ponctuelle.

Il n'y a donc aucune distinction entre hommes et femmes, s'agissant de la classification des usages, en dépit de la vulnérabilité et des dangers accrus pour ces dernières.

1.4.2.2. Usages d'alcool et périnatalité : comment caractériser ces usages ?

Durant la grossesse, la consommation d'alcool d'une femme doit toujours être considérée comme problématique sans pour autant qu'elle soit par principe assimilée à un TUA. Certaines des femmes qui consomment de l'alcool durant leur grossesse souffrent d'un authentique TUA mais elles sont bien loin d'en constituer la majorité. La majorité des dommages liés à l'alcool concerne des personnes qui ne souffrent pas d'un TUA (ou addiction à l'alcool). Ce constat s'applique pleinement au contexte de la grossesse et aux conséquences embryo-fœtales de l'exposition périnatale à l'alcool. Il s'applique par ailleurs autant au futur père biologique qu'à la future mère.

Ainsi, la majorité des dommages périnataux liés aux usages parentaux d'alcool concerne des personnes (homme géniteur, femme génitrice puis femme enceinte) qui ne sont pas en situation d'addiction. C'est qu'en cas de projet d'enfant clairement préparé et partagé entre le géniteur et la génitrice, l'un et/ou l'autre ignorent ou minimisent les risques de leurs usages pour la conception, la grossesse et l'enfant à naître. Nombre de futurs parents sont en réalité très peu et parfois aussi mal informés sur ces risques, y compris par les professionnels de santé, ce qui ne leur permet pas d'agir comme ils l'auraient fait en connaissance de cause. Lorsqu'il n'y a pas de projet prédéfini de grossesse, s'ajoutent la méconnaissance d'une grossesse débutante et le risque qu'aucune précaution n'ait donc pu être prise vis-à-vis de l'alcool avant que la grossesse ne soit diagnostiquée.

En définitive, les usages problématiques d'alcool du fait de leur nocivité potentielle à tout moment en période périnatale (depuis la période préconceptionnelle jusqu'au-delà de la naissance s'agissant des impacts de l'alcool sur la parentalité) ne concernent pas que ceux des femmes à partir du moment où elles sont au courant de leur grossesse. En ne s'adressant qu'aux femmes enceintes, *a fortiori* seulement à partir du moment où elles se savent enceintes, les conseils de prévention sanitaire des complications périnatales de l'alcool manquent bien d'autres cibles pourtant clairement impliquées dans leur occurrence (50).

1.4.3. Le repérage interventionnel des usages féminins d'alcool : application du RPIB

Les mêmes principes, modalités et outils du repérage précoce avec intervention brève (RPIB) qu'en population générale sont appliqués aux femmes et à leurs usages. Nous renvoyons aux chapitres (se référer au chapitre global 1.7) qui y sont consacrés dans l'argumentaire de la production princeps en population générale (26).

1.4.3.1. Les outils du repérage

Chez les femmes également, l'AUDIT-C et le FACE sont des outils validés, faciles d'usage et rapidement appropriables, y compris par l'usagère elle-même pouvant utiliser l'AUDIT-C en autogestion (autoévaluation et autosuivi) (249). Évaluant quantité et fréquence de consommation, l'AUDIT-C éclaire aussi sur l'occurrence de *binge drinking* quand le FACE propose quant à lui des éléments d'orientation vers un éventuel TUA, dont l'appréciation sera complétée par les critères du DSM-5 (98) et un avis spécialisé éventuel. Les apports de l'ensemble de ces outils sont donc complémentaires. Ils constituent chez les femmes aussi les outils de choix pour la réalisation de la partie « repérage » du RPIB (se référer aux chapitres 1.7 et 2.3 de l'argumentaire en population générale (26)).

Si l'AUDIT standard (complet) et l'AUDIT-C (en quoi consistent les 3 premières questions de l'AUDIT) sont validés chez la femme enceinte (51, 59, 64, 250), les consommations durant la grossesse sont

réputées justifier un avis spécialisé (auprès de professionnels de l'addictologie et obstétricaux) pour une meilleure appréciation du risque fœtal et proposer un accompagnement dédié.

1.4.3.2. L'intervention brève

L'intervention brève relève chez les femmes des mêmes indications et mêmes modalités qu'en population générale (26). Elle vise à répondre aux enjeux de leur situation personnelle, en ouvrant, si elles le souhaitent et y adhèrent, à un accompagnement individualisé pour moduler leurs comportements d'usage d'alcool.

Elle suit ainsi un déroulé précis :

- s'assurer du niveau d'information générale de la personne en le complétant et en fournissant des documents et liens utiles ;
- apporter un éclairage individuel sur les résultats de l'évaluation de la personne rencontrée ;
- apprécier ses représentations, ses attentes et sa motivation au changement ;
- proposer des objectifs, voire un parcours d'accompagnement sur la base du choix propre de la personne ;
- mettre en avant le maintien du lien via la planification de rencontres ultérieures.

Telle que conçue initialement, la cible principale de l'intervention brève (IB) étant constituée par les usagers d'alcool à risque, c'est-à-dire consommant au-delà des repères de consommation dits de moindre risque, mais sans critère de TUA, elle représenterait 15 % de la population féminine. Plus précisément, il s'agit d'une population dont les risques encourus via leurs usages sont considérés comme significatifs mais invisibles, non identifiés par les professionnels de santé parce que sans dommages apparents et sans manifestations de TUA.

1.4.3.3. Les déterminants de la réalisation et de l'impact du RPIB

Comme développé en population générale, le RPIB est d'autant plus efficace lorsqu'il est systématisé et régulièrement réitéré et donc intégré à la pratique clinique de routine (se référer aux chapitres 1.7 et 2.3 de l'argumentaire en population générale (26)). Il est aussi d'autant plus efficace qu'il intervient précocement dans l'histoire de l'usage d'alcool d'un individu et que l'alcoolisation est moins grave, c'est-à-dire en amont du TUA (237, 251).

Les interventions prolongées ne sont pas plus efficaces que les interventions brèves (5 minutes) et leur efficacité perdure jusqu'à 1 an et peut plus rarement se prolonger jusqu'à 4 ans.

Ces programmes sont réputés avoir une efficacité limitée auprès des femmes enceintes, lesquelles justifient un accompagnement spécialisé.

1.5. État des lieux de l'organisation de notre système de santé et des pratiques professionnelles s'agissant de l'exposition des femmes à l'alcool

Force a été de constater le déséquilibre important de la bibliographie existante au profit de la seule situation de femme enceinte exposée à l'alcool et la quasi-absence de données et publications relatives à une organisation sanitaire qui serait spécifiquement adressée à la situation des femmes (hors grossesse) exposées à l'alcool.

1.5.1. Le fonctionnement genré de notre système de santé s'applique à la question alcool

1.5.1.1. Un modèle sanitaire masculin et ses écueils s'agissant de l'exposition des femmes à l'alcool

Le modèle sanitaire en vigueur est quasiment exclusivement masculin. Il en résulte un fonctionnement genré de notre système de santé source si ce n'est d'écueils, du moins d'interrogations quant aux performances des mesures sanitaires en matière d'alcool au regard des effets importants liés au sexe et au genre :

- les mêmes repères de consommation d'alcool à moindre risque sont utilisés alors que les femmes sont reconnues comme plus vulnérables, y compris pour de faibles doses consommées ;
- l'efficacité des interventions brèves appliquées à l'hôpital général n'a été démontrée que chez les hommes (peu de femmes ayant été incluses dans les études) (59) ;
- si les mêmes modalités et les mêmes outils de repérage sont préconisés, le repérage ne serait-il pourtant pas genré, à la défaveur des femmes ? N'y aurait-il ainsi pas une certaine autocensure professionnelle à l'égard des femmes, leurs usages pouvant constituer dans l'inconscient collectif un impensé ? Par leur manière d'aborder ou non la question, les acteurs soignants de sexe et de genre masculins ne favoriseraient-ils pas le non-dit des femmes quant à leur rapport à l'alcool ?
- malgré des différences, l'alcoolisme féminin est étudié, évalué et traité en le comparant systématiquement à l'alcoolisme masculin. Ce dernier est, en effet, considéré comme le prototype de la consommation d'alcool (62) ;
- les mêmes recommandations d'accompagnement (s'agissant par exemple de la prise en charge des TUA) sont appliquées alors même qu'au gré de représentations en défaveur des femmes (sources d'un tabou amplifié, de leur stigmatisation et leur discrimination), l'attitude des professionnels est différenciée. C'est ainsi que l'abstinence est plus souvent imposée aux femmes quand il s'agit d'une simple modération qui est proposée aux hommes. Il n'existe donc pas en France de recommandations spécifiques pour les femmes, les recommandations générales étant basées sur un modèle prototypique masculin. Cela conduit à une insuffisance de réponses spécifiques pour les femmes, en dehors de la seule configuration de la grossesse. À l'exclusion donc du contexte d'une grossesse qui serait connue, ce qui est préconisé et proposé aux femmes correspond à ce qui est aussi préconisé et proposé pour les hommes.

1.5.1.2. Insuffisance de structures et de dispositifs adaptés aux femmes exposées à l'alcool

Les structures et dispositifs sanitaires se sont développés en adéquation avec un modèle globalement masculin, ce qui a pour effet de conduire à des organisations sanitaires pas toujours favorables, voire défavorables aux femmes.

Certaines de ces organisations sont telles qu'elles peuvent faire fuir les femmes et/ou ne peuvent simplement pas les accueillir. C'est ainsi que l'on observe :

- un déficit de structures et dispositifs spécifiquement dédiés ou du moins adaptés aux femmes, c'est-à-dire aptes à :
 - garantir la non-mixité (121) ou, au minimum, la parité,
 - aborder et accompagner des sujets spécifiquement féminins, s'agissant notamment de l'intimité féminine, des questions de sexualité et de violences subies à cet endroit,
 - fournir des conditions d'accueil adaptées aux femmes (incluant par exemple la possibilité d'accueil de jeunes enfants ainsi que des horaires adaptés à leurs contraintes familiales),
 - protéger les femmes des violences subies du fait de leur genre ;
- des lieux discriminants, stigmatisants, considérés comme repoussants à l'instar de certains CSAPA accueillant majoritairement des hommes parfois en situation difficile (sortie d'incarcération, sans domicile, en situation de précarité, sujets aux violences éventuellement avec des antécédents avérés de ce type à l'encontre de femmes, etc.). Les femmes y renoncent, préférant des lieux moins marqués, moins pesants et moins inquiétants, c'est-à-dire accessibles, apaisants et plus sécurisants, comme les microstructures médicales addictions (MSMA) ;
- un défaut de structures garantissant l'anonymat, ce que beaucoup de femmes recherchent pourtant et qui les conduit à renoncer aux aides ou, dans le meilleur des cas, à s'orienter vers des plateformes numériques le garantissant.

Si des structures adaptées aux femmes existent bien malgré tout, elles sont en nombre insuffisant, sont insuffisamment développées et inégalement réparties sur l'ensemble du territoire.

Ce déficit de structures et de dispositifs adaptés peut également porter sur l'accueil de parents, voire de couples.

1.5.2. Insuffisance de notre système de santé en matière de santé des femmes face à l'alcool

Le sujet alcool continue de souffrir de méconnaissance (par retard et défaut d'appropriation des connaissances scientifiques et médicales en la matière) et de désintérêt (notamment du fait de freins sociétaux) à l'origine d'un désinvestissement, d'un défaut d'information, de repérage et d'accompagnement.

1.5.2.1. L'insuffisance de notre système de santé en matière d'alcool est amplifiée s'agissant des femmes

À l'insuffisance de notre système de santé en matière d'alcool, dont les déterminants ont été développés dans l'argumentaire de la production princeps en population générale (se référer au chapitre 1.9 (26)), s'ajoute son insuffisance en matière de santé féminine.

Nombre d'acteurs de santé, de collectifs, d'associations rappellent très régulièrement que « l'alcool constitue un véritable fléau et qu'il mériterait d'être bien plus pris en considération qu'il ne l'est aujourd'hui ». C'est ainsi que seuls 15 % des personnes souffrant d'un TUA sévère (c'est-à-dire avec alcoolodépendance) seraient diagnostiqués et 8 % traités. Chez les femmes, ces proportions seraient encore moindres.

Les paroles des fondatrices de l'association Addict'elles, Elsa Taschini (psychologue en CSAPA) et Fatma Bouvet de la Maisonneuve (psychiatre addictologue), qui reçoivent au quotidien des femmes concernées, sont importantes à rappeler car elles en résument les enjeux : « Tout le monde est d'accord pour dire qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique mais concrètement il y a peu d'actions de prévention et de soins proposés aux femmes⁹ ».

Tabou amplifié, stigmatisation source de honte, discrimination source de peur ne sont pas seuls responsables de l'insuffisance sanitaire s'agissant de la question alcool chez les femmes, mais y contribuent grandement (et inter-rétroactivement). Le constat est aussi celui d'un réel manque de travail de prévention auprès des femmes, lesquelles ne peuvent se réduire aux périodes restreintes de leur(s) grossesse(s) éventuelle(s). Les obstacles liés à la féminité génèrent une véritable réticence (en lien avec le tabou ?), voire un désintérêt autour de cette question. C'est ainsi que, comme dans beaucoup de pays, les femmes doivent faire face à divers obstacles pour entrer dans des programmes de soins et accéder au traitement, obstacles qui illustrent pleinement l'insuffisance d'organisation et d'accueil spécifiques (47) :

- représentations et stigmatisation sociales ;
- crainte des conséquences juridiques (se référer à l'annexe 6 et la fiche outil 12) et insuffisance d'accompagnement *ad hoc* pour les protéger et les accompagner dans la reconnaissance judiciaire des agressions subies ;
- absence d'emploi et/ou de couverture sociale ;
- absence de garde pour les enfants, de soutien éducatif, d'aide matérielle à la parentalité ;
- méconnaissance des dispositifs d'aide qui leur sont dédiés ;
- absence d'orientation par les professionnels non spécialisés en addictologie et ignorant de tels dispositifs ;
- etc.

Pourtant, en France, les voix ne renoncent pas à se faire entendre et nombre d'acteurs œuvrent au plus près des réalités vécues par les femmes confrontées à l'alcool. C'est ainsi que l'observation et l'expérience des professionnels des CSAPA et de CAARUD ont fait émerger des questions et des pratiques nouvelles, issues du constat d'une différence d'accès aux soins entre les femmes et les hommes et d'une demande d'adaptation de l'accompagnement par les femmes accueillies. Il est nécessaire de se pencher sur les modalités d'accueil et d'accompagnement des femmes ainsi que de recenser et déployer des dispositifs dédiés (par exemple, unités femmes-enfants et parents-enfants, équipes mobiles dédiées).

⁹ Consulté en ligne le 10 juillet 2024 : [Addict'elles | HelloAsso](#)

1.5.2.2. La méconnaissance et le défaut d'information sur l'ensemble des risques attribuables à l'alcool et évitables sont amplifiés s'agissant des femmes exposées à l'alcool

Ce chapitre fait écho au chapitre 1.9.3 similaire développé dans l'argumentaire de la production principes en population générale (26) et le complète avec les spécificités liées au sexe et au genre féminins.

Les inégalités de santé liées au genre féminin conduisent à des retards de diagnostic et de soins, parfois même à d'authentiques erreurs, y compris dans des situations aussi graves que l'infarctus du myocarde, dont le pronostic est ainsi dégradé chez les femmes (87, 111, 112). L'étiquette de troubles fonctionnels, psychosomatiques, hystériques, etc., reste abusivement appliquée par des professionnels de santé. Ces inégalités de santé liées au genre, pouvant prendre la forme de négligences, voire de discriminations, s'appliquent aussi à la question de l'alcool et impactent négativement l'accompagnement sanitaire des femmes en la matière.

La méconnaissance des spécificités en matière de santé féminine est amplifiée par la méconnaissance de l'ensemble des effets et risques de l'alcool sur la santé en général, et sur la santé des femmes en particulier :

- méconnaissance et/ou défaut d'appropriation des connaissances s'agissant de l'impact de l'alcool sur la santé à tous les âges de la vie d'une femme ainsi que sur toutes les dimensions de sa santé et de sa qualité de vie, qui ne peuvent être exclusivement réduits à leur(s) grossesse(s) éventuelle(s) :
 - y compris donc l'adolescente mineure (252) et la femme âgée (dont la situation de veuvage et d'isolement peut être un facteur favorisant les usages),
 - y compris donc la santé génitale des femmes, hors grossesse et maternité,
 - y compris donc la santé physique en dehors de la sphère génitale, à l'instar du risque cancérogène notamment pour le sein ou d'autres complications comme l'ostéoporose et le retentissement cognitif majoré chez les femmes,
 - y compris donc la santé mentale, l'alcool favorisant entre autres et plus spécifiquement chez les femmes la dépression du post-partum ou les troubles des conduites alimentaires,
 - y compris donc la situation sociale, professionnelle, économique, judiciaire ;
- méconnaissance de l'ensemble des risques liés à l'alcool pour la périnatalité. La restriction de l'attention et des recommandations à la seule période de notoriété d'une grossesse conduit à négliger toute la période préconceptionnelle (impliquant à part entière l'exposition du géniteur à l'alcool), la phase conceptionnelle en elle-même et toute la période grise de méconnaissance d'une grossesse débutante. L'attention sanitaire (73) et les préconisations sont donc bien trop tardives et insuffisantes (64), ce qui ne peut que réduire d'autant l'impact des interventions visant la prévention des TSAF. La méconnaissance porte aussi sur l'impact délétère de l'alcool sur la fertilité féminine autant que masculine et partant sur la fécondité, ainsi que sur les menaces planant sur le déroulement des grossesses en cours étant donné le risque de fausse couche, mort fœtale, HRP, etc. (177) ;

- méconnaissance du lien étroit entre alcool et sexualité (106) et notamment en termes de risques spécifiques encourus par les femmes dont il est essentiel de pouvoir les informer dès leur plus jeune âge (y compris les mineures adolescentes) :
 - la fréquence des rapports sexuels sous consommation et la place de l'alcool dans leurs modalités. Sous l'effet de l'alcool, ils s'avèrent beaucoup plus souvent non choisis et/ou sans protection, voire constituent d'authentiques agressions sexuelles (la fréquence retenue d'agressions sexuelles considérées comme directement liées à l'alcool étant de 30 %),
 - l'importance du vécu de traumatisme sexuel (y compris incestuel) comme facteur favorisant l'entrée dans des usages problématiques d'alcool (106). Il est ainsi essentiel de pouvoir repérer de tels traumatismes, en libérant la parole, pour accompagner autrement les personnes et prévenir l'émergence d'un TUA.

Cette méconnaissance porte aussi sur l'impact des inégalités sociales de santé (sources de retard de diagnostic et de soins adaptés), que celles-ci soient liées au genre et/ou à d'autres facteurs, comme situation favorisant les usages d'alcool. C'est ainsi que la non-reconnaissance et le défaut de soins d'un problème de santé du fait du genre, en particulier de douleurs physiques, de souffrances psychologiques, d'un mal-être, etc., contribuent aux usages féminins d'alcool (253).

Enfin, la méconnaissance et la non-reconnaissance par les acteurs de santé autant que par la société en son ensemble du sujet alcool dans sa dimension systémique et collective conduisent à ignorer la place des hommes dans les usages féminins d'alcool et les dommages qui y sont associés, y compris ceux affectant la santé fœtale et infantile. Elles conduisent aussi à méconnaître l'impact de l'alcool sur la vie des couples et de leurs foyers, et plus généralement la santé et le bien-être d'une société.

1.5.2.3. Défaut de messages sanitaires spécifiquement dédiés à la santé des femmes face à l'alcool, en dehors des seuls messages ciblant la grossesse

Lorsque des recommandations et des messages sanitaires s'adressent effectivement aux femmes, ils ciblent principalement, si ce n'est exclusivement, les femmes enceintes (67). Or, les données relatives à l'information de la femme enceinte attestent du fait que, même dans cette catégorie de personnes cibles, le niveau d'information est perfectible. L'enquête périnatalité de l'INSERM la plus récemment publiée sur les données acquises en 2021 révèle que 73 % des femmes enceintes déclarent avoir été questionnées sur leurs consommations d'alcool (*versus* 50 à 70 % auparavant selon les études) (73). Autrement dit, 27 % des femmes rapportent, encore aujourd'hui, ne pas avoir bénéficié durant leur grossesse d'un échange sur le sujet alcool avec leur médecin en dépit de la fréquence (incidence de TSAF estimée à 1 % et de SAF à 1 enfant sur 1 000 naissances vivantes en France) ainsi que de la gravité et de l'irréversibilité des dommages (en particulier pour le système nerveux central de l'enfant) liés à l'exposition à l'alcool (27, 58).

Recommandation HAS 2005 « Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé » (67)

L'objectif de la production HAS citée en objet était de permettre aux professionnels de santé de mieux informer la femme enceinte et le couple afin de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de la grossesse et de la naissance. Cette production ne ciblait effectivement que la situation de grossesse tout en soulignant l'importance d'anticiper ces décisions afin de les mettre en application en

amont même de la grossesse (« dès le désir d'enfant »). L'importance de cette information était soutenue par le constat (encore identique à ce jour) que l'alcool y était déjà identifié comme représentant la cause majeure de retard mental d'origine non génétique ainsi que d'inadaptation sociale des enfants (57). Conformément aux recommandations pour la pratique clinique publiées en 2001 par la SFA relativement aux conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse (254) (mais naturellement actualisées depuis (59)), au regard de l'absence de seuil de toxicité et malgré une relation effet-dose, y étaient formulées les préconisations suivantes :

- les professionnels de santé doivent apporter systématiquement une information sur les effets néfastes de l'alcool aux femmes enceintes et à celles qui souhaitent le devenir ;
- toute femme enceinte ou désirant le devenir doit être informée avant la procréation ou dès la première consultation prénatale des dangers d'une consommation, même modérée, d'alcool, de tabac, de cannabis et autres substances toxiques ;
- la grossesse représentant un moment privilégié pour l'arrêt des consommations potentiellement nocives, la femme enceinte devrait être dirigée vers une consultation de spécialistes pour être aidée ;
- en cas de maintien d'une consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis, une aide à la mère et à la famille devrait être assurée après l'accouchement et le retour à domicile dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) avec la collaboration du médecin généraliste, du pédiatre, des sages-femmes et puéricultrices des services de PMI.

Ces recommandations mettent de façon essentielle l'accent sur la prévention, s'agissant des risques liés au mode de vie, et l'éducation, en proposant systématiquement un entretien individuel ou en couple dès le 1^{er} trimestre. Il s'agit d'une part d'identifier les situations de vulnérabilité et d'insécurité (violences domestiques, insécurité affective au sein du couple ou de la famille, précarité, isolement, etc.), d'autre part de préparer à la naissance et à la parentalité.

L'information relative à l'accompagnement des personnes inclut la mise en œuvre d'interventions adaptées en cas de difficultés psychologiques et sociales en plus des actions visant une évolution comportementale à l'égard des substances dont : conseil minimal, intervention brève, entretien motivationnel (sur la base de la règle des « 5A » : *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) (255-257), thérapie cognitivo-comportementale (TCC), psychothérapie.

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

L'accompagnement à la maternité est ainsi effectivement énoncé dans le dernier plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (155) comme l'une de ses priorités avec notamment l'objectif de diminuer le syndrome d'alcoolisation fœtale et d'accompagner les femmes en difficulté dans l'établissement des premiers liens avec leur enfant. Dans la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 (258), l'objectif reste la protection de l'enfant à naître en réduisant l'occurrence d'alcoolisation fœtale tout en soulignant aussi l'impact en termes de lutte contre les violences intrafamiliales et les violences sexuelles dont les femmes sont les principales victimes.

Les dangers encourus par les femmes sont bien plus vastes que la seule période de grossesse

La priorité donnée à la grossesse, quasiment toujours exclusive des autres étapes et dimensions de la vie des femmes, est réductrice. Cette information, par nature restreinte à un temps donné et une circonstance particulière, ne suffit pas à couvrir l'ensemble des risques bien plus vastes et parfois particulièrement graves encourus par les femmes, tout comme l'ensemble de leurs besoins spécifiques face à l'alcool. Ne cibler que les femmes enceintes, par trop restrictif (5), tend à produire un écran de fumée sur tous les autres enjeux majeurs de la santé et de la qualité de vie des femmes exposées à l'alcool, parmi lesquels :

- les discriminations de genre que l'alcool majore et l'intrication aux violences faites aux femmes (quel qu'en soit le type) ;
- les impacts, bien plus larges que la seule grossesse, de l'alcool sur la vie génitale des femmes et particulièrement sur : la sexualité (dont le risque d'agressions sexuelles) et plus généralement la vie intime, l'équilibre hormonal, la fertilité et la fécondité (ces deux dernières dimensions impliquant aussi les hommes géniteurs à part entière) ;
- le caractère accéléré et aggravé des complications somatiques liées à l'alcool chez les femmes, particulièrement au niveau hépatique et neurocognitif (187), mais aussi l'occurrence de complications somatiques spécifiques comme le cancer du sein (48, 49) ;
- l'intrication de l'alcool aux enjeux d'alimentation, de diététique, d'équilibre pondéral, comme en témoignent l'incidence accrue de troubles de l'usage d'alcool en situation de chirurgie de l'obésité au titre de complication de cette dernière (259) et l'association non fortuite aux TCA jusqu'à la forme extrême de l'alcoolorexie ;
- les risques professionnels accrus (158) et leurs effets en termes de discrimination et de précarité sociale ;
- l'intrication forte de l'alcool aux enjeux de la santé mentale des femmes s'agissant de la surcharge mentale liée à la multiplication de leurs tâches et responsabilités, de la souffrance au travail, de la complexité et des difficultés des rapports de genre, de la circonstance plus fréquente chez les femmes de l'anxiété (notamment l'anxiété sociale) et la dépression.

1.5.3. État des lieux en matière de repérage de l'exposition des femmes à l'alcool et à ses risques

1.5.3.1. Le défaut de repérage des usages d'alcool concerne aussi les femmes

Le panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale publié en 2021 par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (260, 261) apporte un éclairage actualisé sur les pratiques de repérage des usages d'alcool en population générale dans le cadre du premier recours. Les médecins généralistes y ont été interrogés plus particulièrement sur leurs pratiques vis-à-vis des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) de leurs patients.

Le constat y est fait que l'alcool est beaucoup moins fréquemment questionné que toutes autres SPA. Le repérage systématisé auprès de l'ensemble des patients et renouvelé de façon régulière n'est en effet pas généralisé. Il est plus fréquemment mis en œuvre pour le tabac que pour l'alcool ou le cannabis. Ainsi, deux tiers (66 %) des médecins déclarent effectuer un repérage systématiquement et de

manière renouvelée pour chacun de leurs patients pour la consommation de tabac, mais ils sont moins de la moitié (43 %) à le faire pour la consommation d'alcool et moins d'un quart (24 %) pour l'usage de cannabis. Le constat d'un moindre repérage pour l'alcool et plus particulièrement pour le cannabis avait déjà été mis en évidence en 2009 dans le cadre du Baromètre santé où 63 % des médecins généralistes avaient déclaré aborder au moins une fois avec chaque patient la question du tabac, 23 % celle de l'alcool et 8 % celle du cannabis (262).

Ces résultats du panel peuvent être mis en regard de ceux du Baromètre santé 2017 de Santé publique France, afin d'apprécier au mieux la perception des patients concernant leurs échanges avec les médecins généralistes sur la consommation de tabac et d'alcool. Si l'on se place du côté du point de vue des patients, le sujet de l'usage de substances, et particulièrement celui de l'alcool, apparaît relativement peu abordé en consultation de médecine générale. Ainsi, parmi les 18-75 ans ayant consulté un médecin généraliste dans les douze mois précédents, 37 % déclarent que le sujet du tabac et 17 % que celui de l'alcool avaient déjà été discutés en consultation (263).

À travers ce panel et les résultats du baromètre, on ignore si la pratique du repérage est éventuellement différenciée selon le sexe et/ou l'identité de genre des patients et notamment si les femmes sont éventuellement moins souvent interrogées quant à leurs usages d'alcool que les hommes (par exemple, pour des raisons de négligence à l'égard des femmes ou encore d'impensé social s'agissant de mères de famille et/ou de femmes enceintes). On ne sait pas si le sujet est encore plus négligé et plus tabou s'agissant des femmes, ou bien tout au contraire s'il est moins ignoré chez les femmes et particulièrement celles en âge de procréer. Mais les résultats en population générale autorisent tout de même à dire que les médecins généralistes se trouvent dans la méconnaissance, au moins pour une partie de leur patientèle, des risques encourus par des femmes parmi lesquelles des femmes dont une grossesse débutante n'a pas encore été diagnostiquée et plus généralement toute femme en potentialité d'être enceinte.

1.5.3.2. Insuffisance du repérage des usages parentaux d'alcool et de diffusion des recommandations sanitaires de prévention des risques de l'exposition périnatale à l'alcool

Différentes enquêtes et études attestent d'un manque d'implication et de systématisation de la part des professionnels de santé s'agissant du repérage des usages d'alcool en période périnatale (264) et de la diffusion des recommandations en vigueur en termes de prévention des dommages périnataux induits par l'alcool.

— ENP 2016 (72)

Dans cette enquête, 67,1 % des femmes enceintes avaient été interrogées quant à leurs consommations d'alcool, mais seulement 29,3 % d'entre elles déclaraient avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse. Cela signifie qu'en miroir 70 % de femmes n'avaient pas reçu de consigne d'abstinence vis-à-vis de l'alcool durant leur grossesse.

— ENP 2021 (73)

Si une amélioration en termes de repérage et de délivrance de recommandations est constatée dans l'ENP 2021 par rapport à celle de 2016, le désintérêt pour l'alcool durant la grossesse n'en demeure pas moins manifeste, et ce plus que pour toute autre substance.

En dépit de la gravité des dommages liés à l'alcool en période périnatale, les professionnels de santé continuent de prêter moins d'attention à la consommation d'alcool qu'à celle de tabac, puisque

seulement 73,9 % des femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse alors que 91,9 % d'entre elles ont été interrogées sur leur consommation de tabac. Ce chiffre est malgré tout en augmentation depuis 2016 où il n'était que de 67,1 %, comme pour le tabac d'ailleurs qui avait été questionné en 2016 à hauteur de 79,8 % des femmes enceintes. Si davantage de femmes ont reçu des conseils de la part des professionnels concernant leur consommation d'alcool durant la grossesse, une part encore importante (42,7 %) déclare ne pas en avoir reçu.

- Le panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale de la DREES publié en 2021 (261)

Dans cette étude, 61 % des médecins généralistes déclarent systématiquement interroger les femmes enceintes quant à leurs consommations d'alcool et 77 % d'entre eux recommandent l'arrêt total de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Cette même étude a cependant également montré que 43 % des médecins généralistes considéraient qu'une consommation occasionnelle d'un verre d'alcool constituait un risque acceptable et même que 18 % d'entre eux estiment que ce niveau de consommation est sans risque pour la grossesse.

De tels résultats, perfectibles, ne sont par ailleurs valables qu'en situation de grossesse diagnostiquée et donc connue autant de la femme enceinte que du médecin généraliste consulté. Il est notable que dans cette même étude, sur la base de l'interrogation des médecins généralistes eux-mêmes, l'alcool n'est systématiquement évoqué que dans 43 % des cas et le RPIB n'est effectué que dans 22 % des cas. Ces résultats sont par ailleurs à mettre en balance avec ceux du Baromètre santé 2017, s'agissant de l'estimation émanant des usagers eux-mêmes rapportant que le sujet alcool n'est discuté avec leur médecin généraliste (MG) que pour 16,8 % d'entre eux en consultation de médecine générale (*versus* 37 % pour le tabac).

En l'absence d'analyse plus fine en termes de catégories d'âge et de genre, il est fort à craindre que toute cette zone grise d'au moins 6 semaines (et parfois jusqu'à 3 mois) d'ignorance du statut de femme enceinte (durant laquelle le risque de toxicité embryo-fœtale est pourtant très important, notamment à type de tératogénicité et de fausse couche) échappe, pour une grande partie, au repérage des usages d'alcool (au mieux effectué à hauteur de 43 % des femmes consultantes) autant qu'aux conseils de prévention de l'exposition périnatale à l'alcool. Il y va d'une femme au tout début d'une grossesse, mais aussi de toute personne (hommes ou femmes) en période préconceptionnelle et risquant aussi de transmettre des effets toxiques irréversibles pour une grossesse et un futur enfant via les gamètes exposés à l'alcool.

- Enquête du baromètre santé 2017

Dans cette enquête, 65,2 % (IC 95 % : 62,2-68,1) des mères d'enfant de 5 ans ou moins ont déclaré que le médecin ou la sage-femme les ayant suivies lors de leur dernière grossesse les avaient informées des répercussions toxiques de l'alcool en période périnatale.

Des résultats comparables sont observés dans d'autres pays, témoignant d'une insuffisance d'implication des professionnels de santé alors même que les femmes enceintes sont à la fois dans l'attente d'informations et les accueillent favorablement. Cela est illustré dans une étude australienne publiée en 2019 (265). De juillet 2017 à février 2018, une enquête (téléphonique ou en ligne) a été menée auprès de 1 363 femmes enceintes (s'agissant donc de femmes dont la grossesse est connue) qui avaient récemment visité un service prénatal public dans un district de santé en Australie afin d'évaluer la réception et l'acceptabilité des recommandations transmises s'agissant de la consommation

d'alcool pendant la grossesse. Moins de deux tiers (64,3 %) des femmes enceintes ont déclaré avoir reçu une évaluation de leur consommation d'alcool et un peu plus du tiers (34,9 %) ont reçu des conseils et des recommandations appropriés à leur niveau de consommation d'alcool autodéclaré. Moins de 10 % des femmes ont reçu de tels soins (évaluation de la consommation d'alcool et conseils) lors de leurs visites prénatales ultérieures. Les recommandations transmises étaient considérées comme hautement acceptables par les femmes enceintes (88,3 à 99,4 % d'acceptabilité). La question porte donc sur la manière d'améliorer l'implication des acteurs des services publics de santé prénatale afin de systématiser le repérage et d'améliorer la diffusion des conseils de prévention autant que l'accompagnement des personnes le nécessitant.

En plus de l'insuffisance des interventions sanitaires en matière d'alcool auprès des femmes enceintes, d'autres écueils notables sont identifiables :

- seule la femme enceinte est ciblée, ignorant ainsi la part du père biologique (204) autant que de l'entourage ;
- le décalage notable entre le niveau de repérage et le niveau de transmission des recommandations sanitaires en vigueur témoigne de l'échec de la dimension interventionnelle que devrait impliquer tout repérage, à l'instar du RPIB. Comme développé en population générale, il ne s'agit pas de repérer pour repérer mais pour agir, sans quoi cela ne sert probablement pas et n'impacte pas les comportements d'usage. Repérer doit aussi permettre de fournir de l'information, des conseils, de l'accompagnement (par exemple, une approche motivationnelle à l'instar de l'intervention brève du RPIB, un soutien psychothérapeutique, une aide sociale, etc.), quelle que soit la situation de la personne ;
- la période préconceptionnelle qui implique autant le géniteur que la génitrice n'est ainsi pas couverte par le repérage des usages d'alcool et la transmission d'information et de consignes préventives en préconceptionnel ;
- le silence sur la période de méconnaissance de la grossesse peut à tort laisser croire qu'il n'y a pas de danger alors même qu'elle peut être sévèrement affectée par l'alcool (tératogénicité, fausses couches) et justifier un dépistage néonatal par des pédiatres expérimentés en néonatalogie et au fait des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ainsi qu'un accompagnement neurodéveloppemental adapté précoce ;
- l'entourage, *a fortiori* le co-parent, n'est pas mentionné alors qu'il est aussi une cible sanitaire s'agissant de réduire l'incitation aux usages des femmes enceintes, de prévenir la maltraitance, de favoriser un environnement propice à la parentalité.

1.5.3.3. L'insuffisance de repérage et d'information est d'autant plus préjudiciable que les interventions ciblant les comportements d'usage d'alcool sont réputées pouvoir améliorer le pronostic périnatal

Ce défaut d'investissement des professionnels est d'autant plus décevant que les interventions en premier recours, notamment via le RPIB ou l'approche motivationnelle, peuvent être utiles pour induire des changements comportementaux des femmes enceintes vis-à-vis des usages d'alcool (237, 266, 267). La toxicité de l'alcool sur la périnatalité étant caractérisée par un effet dose, tout changement aussi faible soit-il peut donc contribuer à améliorer le pronostic global d'une grossesse et d'un enfant à naître.

Mais plus encore, le projet lui-même de grossesse peut aussi être efficacement ciblé par des interventions sanitaires préventives bien en amont de la seule période de gestation. Un projet d'enfant est effectivement considéré comme un moment privilégié pour induire de tels changements dans les comportements, en particulier les comportements d'usage de substances. Les interventions en soins primaires en période préconceptionnelle semblent pouvoir effectivement améliorer le pronostic des grossesses (268). Il s'agit en particulier d'adaptations hygiéno-diététiques, mais également de mesures éducatives visant à améliorer les connaissances en matière de santé et à réduire les facteurs de risque avant un projet conceptionnel. L'impact de telles interventions s'agissant des hommes n'est cependant pas aussi clair.

Un défaut d'investissement dans la pratique du RPIB (ou équivalent) est aussi constaté au Canada. Une étude menée par la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC) et publiée en 2010 révélait plusieurs résultats susceptibles d'expliquer le défaut d'investissement des généralistes, y compris auprès des femmes enceintes (269). Parmi ceux-ci, leur méconnaissance des risques liés à l'alcool durant la grossesse, leur degré de conviction quant à la motivation des femmes à réduire leur consommation d'alcool si elles sont enceintes ou envisagent de le devenir, leur degré d'adhésion et d'engagement dans cette mission sanitaire, leur manque de confiance non seulement dans leur capacité à utiliser des questionnaires de dépistage et à fournir une brève intervention, mais surtout dans l'efficacité de ces types d'intervention. En amont d'un travail auprès des populations, le renforcement de l'éducation des professionnels de santé eux-mêmes est manifestement indispensable.

1.5.4. État des lieux en matière d'accompagnement des femmes face à l'alcool

1.5.4.1. Sauf situation de grossesse, les recommandations d'accompagnement en matière d'alcool sont indépendantes du genre

Les données actuelles émanant de la littérature scientifique et institutionnelle en matière d'accompagnement des femmes face à l'alcool sont quasiment exclusivement consacrées aux usages d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement.

En dehors de la période de grossesse avérée (c'est-à-dire diagnostiquée au regard de la mention « femme enceinte »), il est implicitement convenu que l'accompagnement des femmes relève de l'accompagnement proposé en population générale et donc s'avère indépendant du genre en dépit du fonctionnement genré de notre système de santé. L'accompagnement est donc non genré, malgré les spécificités et vulnérabilités des femmes face à l'alcool (se référer au chapitre 1.2 et notamment aux sous-chapitres 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 du présent document) qui en majorent les effets délétères. La reconnaissance de la situation de vulnérabilité des femmes relève uniquement du statut de « femme enceinte » (avec un niveau de preuve 2 retenu par la SFA) et non du sexe et/ou du genre à eux seuls (59). Sur cette base, seules les « femmes enceintes » justifient une surveillance soutenue, à condition par ailleurs que le diagnostic de grossesse ait été posé.

L'insuffisance d'accompagnement qui découle pour partie de l'insuffisance globale du repérage des usages d'alcool, constatée dans le cadre du premier recours à l'échelle de la population générale et illustrée via le panel DRESS relatant l'activité qui y est dédiée en médecine générale (26, 260, 261), est donc valable en population féminine. Le sujet alcool s'avérant par ailleurs plus tabou et donc plus négligé s'agissant des femmes, ce défaut d'accompagnement est possiblement amplifié par rapport

aux hommes. On ne dispose par ailleurs pas de données d'activité en lien avec l'accompagnement des femmes (hors grossesse) en matière d'alcool en premier recours via les professionnels de la santé des femmes (sages-femmes, gynécologues, professionnels de PMI, etc.) afin d'apprécier une éventuelle facilitation du dialogue sur le sujet et une meilleure adhésion à un projet de soin grâce à ces acteurs. Pourtant, les femmes comme tous les autres usagers du système de santé sont dans l'attente d'interventions concrètes sur le sujet alcool et estiment leur médecin référent légitime pour le traiter (237, 263). Les femmes aussi, quelles qu'elles soient et quelle que soit leur situation particulière par rapport à l'alcool, se soucient de leur santé et adhèrent aux propositions visant à la maintenir ou l'améliorer. En témoigne l'intérêt de nombre de citoyens pour la RdRD, consistant en une offre d'actions d'accompagnement elle aussi non genrée permettant, dans le respect de la situation et des usages d'alcool de chacun, d'en réduire les risques (22, 270-273). Mais un marqueur encore plus évident des besoins et des attentes des femmes en matière d'accompagnement s'agissant de l'alcool réside dans la façon dont elles se sont spontanément emparées, et avec une fréquence bien plus importante que les hommes, de l'offre de soins fournie par les plateformes numériques et par les microstructures médicales (MSMA). Offrant de façon gratuite et anonyme des conseils et une orientation vers un professionnel dédié (addictologue, professionnel de la santé mentale, etc.) le cas échéant, les plateformes numériques reçoivent une majorité de demandes émanant de femmes. Quant aux microstructures, elles offrent, en plus d'un avis spécialisé quant aux usages de substances dont l'alcool, un soutien psychologique et/ou social si nécessaire dans un espace de proximité et beaucoup moins stigmatisant et vécu comme agressif que les CSAPA, puisque se situant sur le lieu d'exercice du médecin généraliste. Les demandes en lien avec l'alcool sont là aussi majoritairement par des femmes.

Pour autant, en dépit de la spécificité de la période de grossesse, les recommandations ciblant la femme enceinte exposée à l'alcool apportent un éclairage au moins sur certains aspects de la situation des femmes hors périnatalité justifiant d'en tenir pleinement compte.

1.5.4.2. Les recommandations d'accompagnement des femmes face à l'alcool portent quasiment exclusivement sur la période de grossesse

Les recommandations d'accompagnement des femmes face à l'alcool portent quasiment exclusivement sur la période de grossesse, avec parmi celles-ci :

Recommandations de la Société française d'alcoologie (SFA) (59, 63)

1. L'annexe 4 du guide à l'usage des professionnels intitulé « Alcool et grossesse, parlons-en » et diffusé en 2011 par le ministère de la Santé, du Travail et de l'Emploi (64) est consacrée aux recommandations de la SFA concernant les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Des informations et consignes majeures de la SFA y sont précisées sous forme de recommandations gradées, parmi lesquelles les suivantes.
 - Les informations concernant les risques d'une exposition prénatale à l'alcool doivent être portées à la connaissance de tous, hommes et femmes et notamment des plus jeunes, garçons et filles. La médecine de soins et la médecine de prévention doivent être en mesure de diffuser cette information.
 - Il est recommandé de s'enquérir des pratiques de consommation d'alcool chez toutes les femmes qui désirent une grossesse ou qui sont enceintes, et ce, dès la déclaration de naissance (de la même manière que l'on s'informe du mode de vie, de la consommation de tabac, de médicaments, de produits illicites).

- Rappeler les risques d'une exposition prénatale à l'alcool aux femmes enceintes ou qui désirent l'être, ces informations étant susceptibles de modifier le comportement de consommation (grade A).
 - Eu égard à la toxicité embryo-fœtale de l'alcool (grade A), il est recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcooliques durant toute la durée de la grossesse.
 - Une dose minimale d'alcoolisation sans conséquence n'étant pas aujourd'hui définie, le conseil quant à une dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandé (grade B).
 - L'arrêt de la consommation de boissons alcooliques chez la femme enceinte est recommandé à tout moment de la grossesse (grade A).
 - Il est recommandé de développer les entretiens motivationnels et les interventions brèves chez la femme enceinte qui consomme de l'alcool (grade C).
 - En cas d'incapacité à appliquer les conseils de non-consommation, il est recommandé d'envisager avec la femme enceinte un accompagnement à type de soutien médico-psycho-social et de type motivationnel (accord professionnel).
 - Les professionnels de l'addictologie doivent tout mettre en œuvre pour faciliter l'accès aux soins ambulatoires et résidentiels des femmes enceintes qui s'alcoolisent.
 - Il est recommandé de promouvoir les associations de femmes anciennes consommatrices car elles peuvent aider à l'accès aux soins.
 - Le mésusage d'alcool durant la grossesse nécessite un accompagnement pluridisciplinaire qui, idéalement, devrait pouvoir se faire dans le cadre d'un réseau formalisé fonctionnant en cohérence avec les réseaux préexistants de la petite enfance.
 - Le sevrage chez la femme enceinte qui présente un syndrome de dépendance à l'alcool doit être accompagné médicalement (grade A).
 - Il est recommandé que l'accompagnement avant, pendant et après la grossesse d'une femme ayant un mésusage d'alcool prenne en compte l'importance du lien mère-enfant tout en prenant aussi en compte la place du père, de la fratrie et de l'entourage.
 - L'enfant alcoolisé *in utero* doit pouvoir compter dès avant sa naissance sur des soins de qualité, grâce à la sensibilisation du personnel médico-psycho-social et éducatif.
2. L'actualisation 2023 des recommandations pour la pratique clinique quant au « Mésusage d'alcool : dépistage, diagnostic et traitement » de la SFA (59) fait état des informations et consignes majeures complémentaires suivantes.
- Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour la santé et celle de l'enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.
 - La consultation préconceptionnelle est à valoriser auprès des femmes et couples en âge de procréer (274). Elle permet d'apporter un certain nombre d'informations précocement, entre autres sur les risques liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse et lors de l'allaitement. Un arrêt de contraception pour désir d'enfant est aussi un moment propice pour échanger (AE). Il est recommandé de diffuser largement l'information sur les risques potentiels dus à l'alcoolisation fœtale, particulièrement chez les jeunes en utilisant leur programme de prévention (AE).
 - Chez une femme enceinte, toute consommation d'alcool doit être considérée comme un mésusage.

- Il est recommandé que la question de la consommation soit posée dès la première consultation prénatale, à chaque consultation et que le dossier médical soit renseigné pour favoriser la prise en charge de la femme et de son enfant. Le questionnaire AUDIT et sa version simplifiée l'AUDIT-C sont les outils de référence pour le repérage (AE).
- Le repérage chez une femme enceinte d'une consommation avec un arrêt récent, ou sans possibilité d'arrêt, nécessite une orientation vers une prise en charge addictologique (AE) et un suivi multipartenarial médical, psychologique et social.
- Si la femme enceinte a une consommation d'alcool occasionnelle, les interventions brèves et répétées, pratiquées par tout professionnel, sont efficaces pour favoriser son abstinence (niveau de preuve 1). En revanche, le repérage d'une consommation en cours ou arrêtée récemment nécessite une orientation très rapide de la future mère vers une prise en charge addictologique (AE). La connaissance des ressources locales est indispensable pour mettre en place un accompagnement multipartenarial médical, psychologique et social en fonction des besoins identifiés.

Guide à l'usage des professionnels diffusé en 2011 par le ministère de la Santé, du Travail et de l'Emploi – « Alcool et grossesse, parlons-en » (64)

Ce guide rappelle que la responsabilité de détecter une éventuelle alcoolisation durant la grossesse incombe aux professionnels de santé et il soulève la question de la gradation des situations en distinguant schématiquement trois situations.

- Situation dite simple :
 - il n'y a pas de TUA en amont de la grossesse mais des usages d'alcool sont déclarés avant la connaissance de la grossesse ;
 - dans cette situation, bien renseignées sur les risques pour leur bébé, la plupart des femmes interrompent leur consommation ;
 - des outils pédagogiques suffisent pour informer les femmes des conséquences de l'alcool et assurer un suivi obstétrical attentif (275) ;
 - le conseil est « alcool = 0 » pour le reste de la grossesse ;
 - il est recommandé de s'enquérir des consommations au rendez-vous suivant ;
 - un suivi obstétrical attentif, notamment lors de l'échographie morphologique du 2^e trimestre, est proposé jusqu'au terme de la grossesse ;
 - en cas de questionnement persistant, d'inquiétude des parents : rappeler que le suivi de la grossesse restera bien attentif tout au long de celle-ci et prévenir le pédiatre pour examiner l'enfant à la naissance et chercher d'éventuels signes de dysmorphie faciale ;
 - en cas de suspicion de SAF ou TSAF par le pédiatre, orienter vers des professionnels spécialisés en troubles du neurodéveloppement (TND) (276, 277).
- Situation dite complexe :
 - situation de TUA avec déni et poursuite des consommations d'alcool ;
 - le devenir de l'enfant dans son évolution ultérieure est difficilement évaluable car il dépend de l'atteinte de l'enfant, du niveau d'exposition à l'alcool, des co-facteurs de toxicité associés, du suivi (précoce, spécialisé), de l'environnement familial et social ;

- un travail en partenariat pluridisciplinaire (gynécologue-obstétricien, sage-femme, pédiatre, addictologue, etc.) et coordonné est nécessaire avec désignation d'un professionnel de confiance désigné comme référent de proximité (comme le médecin traitant) et/ou dans le cadre du réseau de santé en périnatalité (comme un professionnel spécialiste référent pour la grossesse) ;
 - un suivi obstétrical de grossesse « à risque » est proposé, dont une échographie morphologique de référence du deuxième trimestre à la recherche notamment d'un RCIU, et en fonction des éventuels signes diagnostiqués, un suivi échographique et un monitoring à domicile par une sage-femme ;
 - une consultation anténatale avec un pédiatre en lien avec l'équipe suivant la grossesse vise à informer les parents sur les risques et l'importance du suivi précoce et adapté de l'enfant par un pédiatre formé aux TND et par un CAMSP. L'objectif est aussi de prévoir un examen de l'enfant à la naissance par un pédiatre formé au dépistage des TSAF ainsi que de se soucier de la fratrie existante, afin de préciser un diagnostic éventuel de TSAF et d'entamer une prise en charge spécialisée en cas de diagnostic positif.
- Situation dite de grande détresse :
- situation plus grave encore que la précédente incluant le TUA avec poursuite des consommations d'alcool en association à de nombreux facteurs de vulnérabilités préexistants à la grossesse : isolement, conflits conjugaux, violences domestiques, trouble mental, précarité, placement d'enfants, prostitution, absence de domicile fixe, polyconsommation de SPA, fragilité somatique et malnutrition, etc.

Comme toutes les autres, ces femmes souhaitent un bébé en bonne santé et sont culpabilisées par leur prise de risques, mais ne peuvent changer leur façon d'agir du fait du cumul des difficultés rencontrées.

Outre l'importance d'un suivi incluant au moins ce qui est proposé en situation dite complexe, le guide souligne l'extrême difficulté d'accompagnement de ces femmes en rupture de repères et de confiance avec le système de santé au regard du morcellement et du caractère provisoire des aides qui leur ont été jusque-là proposées. Il s'agit pourtant de tenter de faire fonctionner un travail en réseau entre les différents acteurs concernés : sanitaires dans leur diversité, sociaux et médico-sociaux.

Recommandations HAS 2016 – « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (69)

Ces recommandations permettent d'attribuer un type de suivi et un lieu d'accouchement adapté à la situation particulière de chaque femme enceinte en fonction de ses facteurs de risque.

Les constats suivants sont amenés en préambule des recommandations :

- la surveillance d'une grossesse « à bas risque », dont le déroulement est considéré comme normal, relève de la compétence des sages-femmes, des médecins généralistes, des gynécologues et des obstétriciens. Le suivi d'une grossesse normale peut être réalisé par une sage-femme et/ou un médecin généraliste, sans que cela modifie le pronostic néonatal et maternel ;
- en fonction de la fréquence et de la nature du risque, certaines grossesses doivent faire l'objet d'investigations complémentaires, afin d'orienter éventuellement la femme enceinte vers un suivi adapté.

L'accord des professionnels a conduit à différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées comme suit (se référer aussi à l'Annexe 7) :

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Les points majeurs suivants y sont développés.

- L'objectif de ces recommandations est d'améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales afin d'en améliorer le suivi.
- L'appréciation du niveau de risque doit se faire :
 - idéalement avant la grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse selon le principe d'une consultation préconceptionnelle ;
 - avant 10 semaines d'aménorrhée (SA), lors de la 1^{re} consultation du suivi de grossesse ;
 - tout au long de la grossesse, jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement.
- La consultation préconceptionnelle et celle < 10 SA incluent le fait de sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes.
- Parmi les situations à risque se trouve l'exposition à des toxiques, notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments (dont les médicaments potentiellement tératogènes), devant donc conduire à un suivi adapté.

S'agissant des situations à risque liées à l'usage de substances, les recommandations de suivi proposées sont les suivantes.

- Période préconceptionnelle et 1^{re} consultation grossesse (< 10 SA) sur la catégorie des « toxiques » :
 - alcoolisme sévère : avis A1 ;
 - prise de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques en préconceptionnel (exposition avérée) : avis A2.

L'alcool faisant partie de la catégorie des « toxiques » et étant une substance tératogène, l'usage d'alcool en préconceptionnel et en début de grossesse relève d'un avis A2. Par ailleurs, quelle que soit la substance, la structure doit être adaptée en fonction des conséquences.

- Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation/du 4^e au 8^e mois) sur la catégorie des « toxiques » :
 - tabac : avis A1 ;
 - alcool : avis A2 ;

- consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée) : avis A2 ;
- usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne) : avis A2 ;
- cannabis : avis A1.

S'agissant de l'exposition à l'alcool, l'absence de précision quant aux modalités d'usage atteste du fait que toute consommation (qu'il y ait ou pas TUA) justifie d'un avis A2. Par ailleurs, quelle que soit la substance, la structure doit être adaptée en fonction des conséquences.

Enfin, il est important d'observer, grâce à la bibliographie utilisée dans cette recommandation HAS de 2016, l'évolution des recommandations entre les pays et d'un point de vue temporel. On voit progressivement évoluer l'attention sanitaire quant à l'alcool, passant de l'alcoolisme à la consommation d'alcool (sans précision de modalité d'usage et donc non restreint au TUA), autrement dit s'affirment progressivement la prise de conscience et l'adaptation des recommandations au fait que toute exposition à l'alcool – et pas seulement le TUA – génère des risques pour la femme enceinte, pour la grossesse et pour le fœtus.

Recommandations HAS 2009 – «Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement » (70)

Ces recommandations concernent l'orientation des femmes enceintes en vue de l'accouchement en fonction du type de maternité, en cas de risque avéré obstétrical, fœtal ou maternel. Elles sont destinées à tous les professionnels de santé, associations de patients, travailleurs sociaux intervenant dans le champ de la naissance, en particulier les coordonnateurs et personnels des réseaux de périnatalité. Plusieurs points sont relevés parmi lesquels :

- la nécessité d'une cohérence dans les discours des différents professionnels ;
- la recommandation d'apporter à toute femme enceinte, dès l'entretien précoce du premier trimestre, une information sur l'offre de soins et de prévention dans le cadre du réseau de santé périnatale existant, régional comme de proximité ;
- la recommandation de donner des informations sur le niveau de risque de la grossesse. Un temps d'information, de conseil, de prévention doit être adapté à la femme enceinte, à son environnement familial et à son cadre de vie ;
- l'information doit être adaptée en cas d'antécédent obstétrical ou d'affection préexistante ou nouvelle pouvant avoir une incidence sur la grossesse. Le contenu et la compréhension de l'information délivrée doivent être vérifiés au fil du suivi ;
- en cas de maladie ou de risque connus, l'information s'étend, avec l'accord de la femme enceinte, aux professionnels et établissements auxquels elle peut être amenée à s'adresser, en urgence ou en dehors d'une urgence.

L'alcool et toutes autres SPA font partie de l'évaluation de l'environnement psychosocial de la femme enceinte et de son entourage. Les recommandations suivantes ont ainsi été émises :

- il est recommandé d'identifier le plus tôt possible au cours de la grossesse les femmes enceintes ayant notamment : un risque social ; une précarité ; des difficultés de couple ; une addiction (alcool, substances illicites) ;

- il est recommandé que ces femmes enceintes puissent bénéficier de l'intervention d'une assistante sociale, du personnel de la PMI, d'un psychologue ou d'un psychiatre en plus du suivi par un obstétricien ;
- il est recommandé que ces femmes enceintes soient prises en charge, avec leur accord, par une équipe multidisciplinaire structurée, qui doit décider conjointement de leur orientation très en amont de la date présumée de l'accouchement, si possible dès le deuxième trimestre.

Recommandations HAS 2005 – « Préparation à la naissance et la parentalité »

L'objectif de ces recommandations est de contribuer à la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants. La littérature analysée pour ces recommandations converge vers une démarche de prévention prénatale des troubles de la relation parent-enfant impliquant une évaluation des facteurs de vulnérabilité.

Diverses situations à risque sont susceptibles d'entraîner des troubles du développement psycho-affectif de l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de la maltraitance. Le mauvais investissement affectif d'un enfant est considéré comme le facteur le plus délétère, aboutissant à de graves troubles de la parentalité. Ces facteurs de vulnérabilité sont bien plus complexes à repérer que les critères démographiques ou socio-économiques défavorables.

Le formulaire d'évaluation de la santé prénatale (ESP) adapté du questionnaire *Antenatal Psychosocial Health Assessment* (ALPHA) propose une série de 15 facteurs de risque psychosocial anténatal associés après l'accouchement à la violence faite aux femmes, à la maltraitance des enfants, à la dépression du post-partum, à des dysfonctionnements dans la relation de couple et à un plus grand nombre de pathologies physiques. Les principaux facteurs de risque regroupés en 4 catégories : facteurs familiaux, facteurs maternels, abus de substances et violence familiale.

Parmi les facteurs de vulnérabilité, sont recensés :

- l'usage de substance avec incapacité à arrêter, dont tabagisme, alcoolisme et addictions autres, y compris l'automédication ;
- les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple ;
- les antécédents obstétricaux mal vécus avec impact traumatique ;
- les violences domestiques, les relations hiérarchisées et de domination ;
- le stress, l'anxiété, les troubles du sommeil ;
- un antécédent dépressif durant la grossesse et le post-partum ;
- la précarité.

La vulnérabilité des femmes dépend étroitement de leur situation conjugale, de leur activité professionnelle et des rôles qu'elles remplissent dans la société. En particulier, les rôles qui leur sont attribués de façon privilégiée au titre de génitrice, nourricière et éducatrice des enfants sont riches en sources de stress et contribuent aux usages problématiques d'alcool. Par ailleurs, la naissance en elle-même est considérée « à haut risque émotionnel » et donc constitue un authentique facteur de risque.

C'est dans l'objectif de veiller à la protection de l'enfant et à son développement psychomoteur ainsi que pour prévenir les troubles de la relation parents-enfant, que l'entretien prénatal précoce (PNP) a été mis en place afin d'accompagner les couples, en particulier ceux en situation de vulnérabilité, et favoriser le développement des compétences parentales.

L'entretien prénatal précoce, devant survenir le plus tôt possible au cours de la grossesse, a ainsi pour objet de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets des femmes et des couples. Il est l'occasion de leur apporter toutes les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent avoir besoin et sur lesquels ils pourront s'appuyer si nécessaire. L'entretien est réalisé le plus souvent sous la responsabilité d'une sage-femme qui oriente les femmes vers un professionnel référent lorsqu'une vulnérabilité est décelée.

Dans une telle configuration, il est important de prendre en compte la logique de raisonnement d'une femme et de ne pas la culpabiliser ainsi que de mettre en place une coordination le plus tôt possible pour assurer la cohérence du suivi. C'est dans cet esprit de réseau que la transmission interprofessionnelle doit être abordée avec la plus grande rigueur et élaborée avec la femme elle-même, dans le respect de ses choix.

Par ailleurs, les recommandations préconisent en post-partum :

- un accompagnement des soins au nouveau-né, un soutien à l'allaitement ;
- une vérification du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- un soutien à la parentalité et à la confiance en soi ;
- une recherche des signes de dépression du post-partum ;
- une adaptation du suivi en fonction des besoins.

1.5.4.3. La diversité des modalités d'intervention possibles chez les femmes enceintes visant à réduire l'exposition à l'alcool

La diversité des types d'intervention possibles visant les changements comportementaux et l'empowerment des femmes enceintes quant à leurs usages d'alcool

Une grande diversité d'interventions possibles sont déployées auprès des femmes enceintes afin de réduire leurs usages d'alcool. Ces interventions ont non seulement pour objectif de favoriser les changements de comportement, mais contribuent également à l'autonomisation, c'est-à-dire au pouvoir d'agir (*empowerment*) des femmes en plus de leur pouvoir décisionnel. En complément des données émanant des recommandations des institutions sanitaires et sociétés savantes décrites précédemment, une sélection d'études, parmi les plus récentes, est ici proposée pour illustrer la variété des actions proposées et les objectifs visés.

En préambule, il est essentiel de rappeler – puisque cela a déjà été étayé dans l'argumentaire en population générale (se référer au chapitre 2.2.6 (26)) – que l'information, aussi juste, claire et logique soit-elle, n'est pas un levier suffisant pour provoquer des changements significatifs et surtout durables de comportement. C'est ainsi qu'une revue exploratoire générale publiée en 2020 s'intéressait aux changements de comportement chez les femmes enceintes (278). Les études recensées portaient sur la gestion du poids, l'arrêt du tabac, l'éducation à la santé, la nutrition, l'activité physique, la consommation d'alcool et la santé dentaire. L'éducation visant l'acquisition de connaissances s'est avérée prévaloir au sein des programmes de changement de comportement. Mais c'est aussi la nécessité de concevoir des interventions qui autonomisent et accroissent le pouvoir d'agir des femmes qui s'avère *in fine* déterminante, avec en ce cas un impact potentiel pour la vie entière. S'agissant de femmes enceintes, les acteurs privilégiés pour développer et mettre en œuvre de telles interventions dans la pratique clinique apparaissent être les sages-femmes.

L'intervention brève et les entretiens motivationnels chez la femme enceinte

Comme en population générale (se référer aux chapitres 1.7 et 2.3 (26)), l'intervention brève (du RPIB), par l'approche motivationnelle qui lui est inhérente, reste la pierre angulaire de l'accompagnement de toute femme enceinte exposée à l'alcool en premier recours. Il est ainsi recommandé qu'en cas de situation simple, le professionnel puisse réaliser une intervention brève en la répétant régulièrement et suivre seul la patiente (51, 59, 63, 67).

Si la SFA estime que les interventions brèves et répétées sont efficaces pour favoriser l'abstinence chez la femme enceinte ayant une consommation d'alcool occasionnelle (Niveau de preuve 1) (59), il semble cependant que l'efficacité du RPIB soit globalement plus limitée auprès des femmes enceintes que dans le reste de la population (237), *a fortiori* en cas de facteur complexifiant la situation (isolement social, exposition à des violences, précarité, etc.).

Une revue systématique publiée en 2020 sur le sujet de la prévention des usages d'alcool durant la grossesse et de leurs complications, dont les TSAF, incluait : 15 études sur l'intervention brève (du RPIB), 6 sur les stratégies dites intensives de long terme, 5 sur les interventions éducatives, 3 sur les approches de type conseil (*counseling*), 2 sur les interventions à composantes multiples, 3 sur les interventions basées sur la supplémentation nutritionnelle (279). Les résultats de ces interventions, en termes de prévention des usages d'alcool des femmes enceintes et en post-partum, s'avèrent très variables. Ressort surtout l'intérêt de l'intervention brève comme efficace au sein de certains sous-groupes de femmes enceintes, notamment celles ayant une consommation initiale d'alcool plus élevée ou celles ayant un partenaire concerné et impliqué. Il n'en demeure pas moins que le contexte social des familles et partant l'accompagnement social sont là aussi soulignés comme des facteurs déterminants devant être appréhendés et pris en compte au regard de la complexité des situations rencontrées.

Ainsi, en cas de présence d'au moins un élément inquiétant, la situation est alors qualifiée de complexe et nécessitera un travail en réseau personnalisé et coordonné pendant toute la grossesse et après la naissance en vue d'un accompagnement individualisé adapté aux comorbidités (médicale et/ou psychiatrique), du contexte familial ainsi que des facteurs sociaux (51). La SFA ajoute qu'en cas d'incapacité à appliquer les conseils de non-consommation, il est recommandé d'envisager avec la femme enceinte un accompagnement à type de soutien médico-psycho-social et de type motivationnel (59).

Soutien psychologique et soutien social des femmes enceintes exposées à l'alcool

L'intrication étroite entre santé mentale, contexte social et usage d'alcool est bien sûr applicable aussi à la période de la grossesse et plus généralement la périnatalité. L'accompagnement psychologique et/ou psychosocial constitue un des axes majeurs d'accompagnement des femmes enceintes exposées à l'alcool (poursuivant leurs consommations ou les ayant arrêtées).

Le dépistage systématique et universel de l'anxiété et de la dépression ainsi que des mesures préventives à l'égard du risque de dépression en période périnatale sont ainsi recommandés par certains auteurs et institutions (233). Il est notamment préconisé que, dans le cadre des missions de premier recours, l'attention à l'égard de la santé mentale des femmes soit intégrée au repérage des usages d'alcool durant la grossesse. Les différentes modalités d'accompagnement psychologique sont d'ailleurs réputées bénéfiques. Elles contribuent à la réduction des usages d'alcool durant la grossesse et le post-partum et plus généralement la période de la maternité, ce qu'illustrent au moins deux des plus récentes revues systématiques et avec méta-analyse sur le sujet (280, 281). Cette ouverture à un accompagnement psychologique est d'autant plus essentielle chez les femmes en situation de TUA (addiction) au regard de leur souffrance et des éléments qui motivent leurs usages d'alcool (usage

détourné, par exemple à visée anxiolytique, du fait de violences subies, par entraînement du fait de l'alcoolisation du partenaire et/ou co-parent, etc.) pour donner clairement à entendre qu'il est possible d'aider à gérer la détresse et d'obtenir un soutien psychologique non jugeant et soutenant, tout particulièrement au regard du dilemme confrontant leur souhait authentique de protection de leur enfant en dépit de l'addiction à l'alcool.

Outre l'accompagnement psychologique, une assistance sociale adaptée doit aussi toujours pouvoir être proposée aux femmes exposées à l'alcool durant leur grossesse. Par rapport à l'absence d'intervention ou aux simples soins de base, les interventions psychosociales sont ainsi réputées pouvoir augmenter le taux d'abstinence des femmes enceintes consommant de l'alcool (281). Mais même en cas d'incapacité à appliquer les conseils de non-consommation, il est recommandé de proposer systématiquement à la femme enceinte et de tenter de maintenir un accompagnement à type de soutien médico-psycho-social (27) visant à préserver le lien et l'accès aux soins.

Interventions numériques – Intérêt et impact dans la prévention des usages d'alcool durant la grossesse

L'efficacité des outils numériques est notamment rapportée par une revue systématique avec méta-analyse publiée en 2022 (282).

Les interventions numériques sont associées à un réel potentiel de prévention des usages d'alcool chez les femmes enceintes ainsi que les femmes qui envisagent de le devenir. Plateformes de promotion de comportements sains et favorables à la santé, mais également d'information, de conseil et d'orientation en matière d'alcool, elles favorisent indéniablement l'engagement effectif des femmes dans des changements de comportement d'usage d'alcool et notamment l'abstinence durant la grossesse, tout en favorisant l'accès aux soins.

Autres interventions possibles

En plus des grands axes d'intervention (intervention brève, intervention psychosociale), existent de nombreuses autres modalités interventionnelles possibles. Une revue systématique de la littérature publiée en 2019 s'est attelée à lister l'ensemble des techniques visant les changements de comportement (*behavior change techniques*) les plus à même de permettre une réduction des consommations d'alcool et l'arrêt des usages de drogues illicites durant la grossesse (283). Parmi celles-ci, les techniques de planification des actions, de contrat comportemental, d'instructions et de repères, de discours interne d'auto-entraînement (*self-talk*), de transmission de documentation écrite, de résolution des problèmes, de feedback comportemental, de soutien social, d'information sur les conséquences pour la santé, d'alternative comportementale, de contrat d'objectif (à l'échelle comportementale) peuvent utilement aider à la réduction des consommations d'alcool chez les femmes enceintes.

1.5.4.4. Recommandation d'accompagnement des femmes face à l'alcool en période d'allaitement

La recommandation française diffère de celle du Conseil supérieur de la santé en Belgique et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui recommandent de leur côté, afin de favoriser l'allaitement, de limiter la consommation d'alcool durant l'allaitement (284-286). En France, les sociétés savantes, dont la SFA (59, 63), et les institutions sanitaires, dont SPF et l'INSERM (22, 23),

recommandent l'abstention de consommer toutes boissons alcoolisées (y compris celles de moindre degré d'alcoolémie comme la bière) durant l'allaitement maternel.

Une telle recommandation repose entre autres sur l'argument du délai nécessaire à l'élimination de l'alcool dans le lait maternel après une consommation et considéré comme étant long (22, 23, 66). L'alcool passe dans le lait maternel mais les métabolites de l'alcool n'y sont pas retrouvés. La quantité totale d'alcool que l'enfant est susceptible de recevoir via le lait maternel est certes très inférieure à celle de la mère (alcoolémie du nourrisson estimée comme étant environ 20 fois moindre que celle de la mère), mais, pour une même quantité d'alcool ingérée, le pic d'alcoolémie est plus bas mais de plus longue durée chez une femme allaitante par rapport à une femme non allaitante. La métabolisation est de 50 % moins rapide chez l'enfant que chez sa mère et peut persister jusqu'à 14 h après l'ingestion.

Même pour de faibles consommations d'alcool par des mères allaitantes, les nourrissons têtent moins bien et la durée de l'allaitement s'en voit réduite. Par ailleurs, des modifications du sommeil (durée des cycles et régularité du sommeil) ont été observées chez les nourrissons allaités après une consommation d'alcool par les mères. En dépit de discordances entre les études, un impact sur le développement de l'enfant ne peut quant à lui être formellement prouvé.

Contrairement aux idées reçues, la consommation d'alcool durant l'allaitement ne favorise pas la production de lait maternel. La consommation de 2 verres standards de boisson alcoolisée entraîne une diminution de production du lait maternel de 20 %, voire un arrêt en cas de consommation régulière de ces 2 verres. Des croyances erronées persistent d'ailleurs dans une partie de la population, puisque Santé publique France rapporte que malgré un recul depuis 2004, environ un cinquième de la population continue de croire que la bière peut favoriser la lactation et l'allaitement (88). Ainsi, en 2020, 77 % déclaraient qu'il était faux de dire qu'il « est conseillé de boire un peu de bière pendant la période de l'allaitement » (contre 68 % en 2004), 23 % pensant donc encore le contraire.

In fine, il résulte de l'avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les femmes enceintes et allaitantes, publié le 18 janvier 2022 par le Haut Conseil de la santé publique, la recommandation suivante : « En ce qui concerne l'allaitement, la consommation d'alcool est à éviter pendant toute la période de la mise en route de l'allaitement, en particulier dans le cas d'un allaitement à la demande. Lorsque les tétées sont suffisamment rythmées et espacées dans le courant de la journée, une consommation très occasionnelle et très modérée d'alcool entre deux tétées est tolérable. Le délai nécessaire à l'élimination de l'alcool dans le lait maternel après une consommation est long : par exemple, il est nécessaire d'attendre entre 2 h et 3 h pour 1 verre de boisson alcoolisée pour une femme de poids moyen (entre 50 et 70 kg), entre 4 et 5 h pour 2 verres, 9 h 30 pour 4 verres, ce qui est dès lors incompatible avec l'allaitement. » La recommandation sanitaire en vigueur est donc bien celle de l'abstention de toute consommation de boisson alcoolisée.

2. Accompagner dès le premier recours chaque femme pour diminuer le risque alcool

Dans la continuité de l'argumentaire en population générale, cette seconde partie du présent argumentaire dédié aux femmes intègre, en plus des données scientifiques et épidémiologiques en la matière, les résultats de l'expérience (le vécu des usages et des effets de l'alcool ainsi que l'expérience en termes de pratiques professionnelles) et de l'expertise des professionnels, des patients (y compris patients experts) et des usagers du système de santé (y compris pairs usagers actifs d'alcool ou devenus abstinents). Ces données proviennent des échanges (riches de propositions, mais aussi d'interrogations et de difficultés rencontrées sur le terrain) et du travail collaboratif de l'ensemble des experts du GT, enrichis par la lecture critique des experts du GL.

Face à la réalité des risques, des dommages et des besoins en lien avec l'exposition à l'alcool des femmes, au regard des attentes des personnes et des bénéfices attendus d'un accompagnement précoce et systématique visant à en diminuer les risques, nous formulons et proposons les grands axes suivants d'un accompagnement en premier recours de l'ensemble des femmes usagères du système de santé.

2.1. La nécessité d'un premier recours diversifié et d'une dynamique partenariale pour accompagner chaque femme

2.1.1. Une nécessaire diversité d'acteurs, de dispositifs, de structures

Cette diversité d'acteurs, de dispositifs, de structures vise à répondre à la diversité des situations et des besoins des femmes exposées à l'alcool qui ne peuvent aucunement se réduire à la seule période périnatale éventuelle.

2.1.1.1. Diversité des acteurs susceptibles d'aborder en premier recours, auprès de chaque femme, le sujet alcool comme question de santé et de qualité de vie

En rappel, les acteurs de premier recours sont les premiers interlocuteurs amenés à évaluer les situations à la fois en termes de risques bio-psycho-sociaux liés à l'alcool ainsi qu'en termes de besoins individuels afin de pouvoir ensuite accompagner et/ou, le cas échéant, orienter vers des professionnels et des structures adaptés. Chaque situation est unique à une personne donnée, fonction de son environnement propre et d'une histoire personnelle inédite.

S'agissant des femmes, les acteurs de premier recours incluent, en premier lieu, les acteurs principaux suivants :

- **les médecins généralistes**, que ce soit en cabinet libéral, en centre de santé, en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), au sein d'un service d'accueil des urgences (SAU), d'une microstructure ou d'un CSAPA ;

- **les gynécologues-obstétriciens**, à quelque moment que ce soit dans le suivi de la vie génitale d'une femme (depuis l'adolescence jusqu'à la ménopause) ;
- **les sages-femmes** jouent un rôle très important au point qu'une proximité plus grande qu'avec le médecin traitant n'est pas rare et que, pour certaines femmes, elles jouent le rôle de médecin traitant. Elles interviennent dans une optique de prévention des usages d'alcool en période périnatale et partant de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (287). Elles s'avèrent aussi très impliquées dans la santé des femmes en général, en dehors donc de toutes situations de grossesse et maternité, notamment pour la contraception et la santé sexuelle (dont la prévention des infections sexuellement transmissibles).

Pour autant, comme décrit précédemment en population générale, médecins généralistes et sages-femmes ne sont pas et ne peuvent pas être des acteurs exclusifs du premier recours en matière d'alcool en population féminine (se référer au chapitre 2.1 (26)). Afin de répondre à la diversité sans cesse renouvelée des situations et des besoins des femmes exposées à l'alcool, quels que soient leur âge et leur situation, de nombreux autres acteurs, très différents dans leurs spécificités, peuvent être amenés à effectuer, au titre du premier recours et au-delà, des interventions très variées en termes d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, d'accompagnement.

- **Professionnels des urgences** (288, 289) : ces professionnels peuvent relever de services d'accueil des urgences générales, des urgences gynécologiques et obstétricales, des urgences pédiatriques, des urgences psychiatriques. Ces professionnels peuvent être médecins ou IDE urgentistes, ou encore professionnels d'une équipe d'addictologie de type équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) intervenant en lien avec les équipes du SAU en question.
- **Professionnels infirmiers** : ceux-ci peuvent être en exercice libéral et bénéficier d'une **délégation de tâches** éventuellement via des protocoles de coopération : IDE de pratique avancée (IPA) (éventuellement formés à l'addictologie), ASALEE, éducateurs spécialisés, coordinateurs de parcours. Ces professionnels peuvent aussi intervenir dans des milieux spécifiques : scolaire, universitaire, professionnel, etc.
- **Professionnels de la santé mentale** des adultes et des enfants (psychiatres dont psychiatres formés à la pédopsychiatrie et la périnatalité, psychologues, psychothérapeutes, IDE de psychiatrie et autres professionnels impliqués), en ville ou à l'hôpital, de même qu'au sein de centres médico-psychologiques (CMP), de CSAPA, de consultations jeunes consommateurs (CJC).
- **Professionnels de la santé au travail**, y compris IDE attaché à la médecine du travail (158) ainsi que les professionnels de l'emploi et de l'insertion, notamment les acteurs (dont psychologues sociaux et conseillers d'orientation de ces structures) des missions locales d'insertion (MLI), de Pôle emploi, de Cap emploi.
- **Professionnels de l'Éducation nationale** (dont l'IDE scolaire, en collège et lycée) **et de l'enseignement supérieur**, notamment les services universitaires de médecine préventive (aussi dénommés centres de santé universitaire) pouvant accueillir et accompagner les jeunes filles et toutes jeunes femmes.
- **Professionnels de la santé sexuelle**, s'agissant des acteurs :
 - à l'échelle nationale, du planning familial dans un objectif de prévention mais sans possibilité d'accompagnement sanitaire ;
 - à l'échelle départementale, des centres de santé sexuelle (sages-femmes, IDE, conseillers économiques et familiaux, etc.) pouvant assurer un accompagnement sanitaire.

- **Professionnels dédiés à la santé des femmes** (hors périnatalité, donc hors conception et grossesse) dont :
 - sages-femmes, en libéral ou en établissement, certaines étant par ailleurs référentes addiction ;
 - gynécologues assurant le suivi des femmes tout le long de leur vie génitale (y compris hors période de fertilité, donc de grossesse et de maternité éventuelles) et après leur ménopause.
- **Pharmaciens**, en particulier ceux investis dans la pratique du RPIB, lorsque la structure le permet en termes d'intimité et de confidentialité (290).
- **Diététiciens** au regard de l'importance des conséquences nutritionnelles et pondérales délétères des usages d'alcool (66).
- **Dentistes** et autres professionnels de la santé dentaire.
- **Travailleurs sociaux et médico-sociaux** au sein de structures dédiées (microstructure, CSAPA, CAARUD, secteur hospitalier, ESSMS) ou au sein de la commune d'origine grâce aux centres communaux d'action sociale (CCAS).
- **Masseurs-kinésithérapeutes** du fait de leur impact sur la santé mentale, de leur implication en situation de douleurs chroniques ainsi qu'en périnatalité, notamment en post-accouchement (les traumatismes obstétricaux pouvant favoriser des usages problématiques d'alcool).
- Pairs-aidants au sein d'associations, de structures ou d'établissements sanitaires, notamment les patients experts (œuvrant au titre d'accompagnement sanitaire auprès des personnes, mais également en tant que formateurs enseignants auprès des professionnels de santé).

La question « femmes et alcool » ne se réduisant pas à la périnatalité et la périnatalité ne concernant pas toutes les femmes, nous déclinons ci-dessous, à part, les acteurs impliqués dans cette dimension afin d'éviter l'écueil consistant à ne mettre en avant et à ne parler que de grossesse et de maternité s'agissant des femmes exposées à l'alcool. Ces acteurs impliqués en premier recours auprès des femmes s'agissant de leur exposition à l'alcool en contexte de périnatalité, maternité, parentalité incluent les professionnels suivants.

- **Professionnels de la périnatalité**, dont :
 - professionnels de l'assistance médicale à la procréation (AMP) ;
 - sages-femmes ;
 - gynéco-obstétriciens ;
 - néonatalogues ;
 - professionnels de PMI (sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, IDE, assistantes sociales).
- **Professionnels de la petite enfance et de l'enfance** susceptibles de repérer dans le cours du développement de l'enfant, même tardivement, des troubles et comportements atypiques évocateurs d'alcoolisation fœtale. Ils incluent :
 - pédiatres dont néonatalogues, neuropédiatres ;
 - puéricultrices et auxiliaires de puériculture ;
 - éducateurs de jeunes enfants (EJE), notamment au sein des crèches et des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
 - assistants maternels (notamment les nounous) ;
 - acteurs de la protection maternelle et infantile (PMI), dont puéricultrices et auxiliaires de puériculture, sages-femmes, IDE, assistantes sociales.

- **Travailleurs sociaux et médico-sociaux** dédiés à l'enfance au regard des particulières vulnérabilités des enfants exposés à l'alcool ainsi que de l'importance de couvrir leurs besoins primaires et de santé. Ils incluent les acteurs de l'ASE, dont les EJE, les assistants familiaux, les référents des enfants ainsi que les acteurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Comme en population générale, d'autres acteurs, en plus des principaux précédemment listés, contribuent à l'accompagnement en premier recours des femmes exposées à l'alcool :

- équipes mobiles dites « hors les murs », dédiées à l'« aller vers » comme les consultations jeunes consommateurs avancées (CJCA) pour aller directement à la rencontre des plus jeunes (291), les dispositifs mobiles, notamment au sein des milieux festifs, permettant la diffusion des principes de la RdRD (292-294) ;
- tous acteurs (y compris en dehors du sanitaire) contribuant à l'information, l'accompagnement, voire aux soins de femmes exposées à l'alcool et se trouvant en défaut et/ou en rupture d'accès ou de lien avec le système sanitaire (par exemple, une femme n'ayant pas de médecin généraliste ou refusant d'aborder le sujet alcool avec cet acteur). Il peut s'agir de coordinateurs de parcours de santé contribuant à orienter les personnes vers des professionnels et structures adaptés aux besoins identifiés, mais aussi d'acteurs de la vie sociale, associative et/ou impliqués dans les activités culturelles, d'éducateurs sportifs, etc. ;
- une femme elle-même peut être son propre premier recours via des outils numériques d'autosupport (295) donnant accès à des informations diversifiées sur l'alcool, des outils d'autoévaluation des consommations (dont l'AUDIT-C), des conseils d'autogestion visant la diminution du risque alcool, des coordonnées de professionnels, structures, associations dédiées¹⁰. Certaines de ces applications peuvent donner accès à une consultation à distance avec un professionnel compétent et à une orientation possible vers un parcours de santé adapté. Le respect de l'anonymat, la gratuité, la non-obligation de création de compte expliquent l'engagement dans l'utilisation de ce type d'outils qui s'avèrent de fait particulièrement appréciés par la population féminine.

Enfin, d'autres acteurs ont été identifiés par les experts du GT dédié aux femmes comme pouvant favorablement contribuer dans le cadre du premier recours à une diminution du risque alcool des femmes (comme des hommes et donc s'adressent aussi à la population générale) parmi lesquels :

- généticiens de génétique clinique, parce que pouvant être amenés lors de l'expertise de TND à identifier des TSAF et ainsi contribuer à l'accompagnement parental vers une réduction du risque alcool ainsi qu'au bénéfice d'une fratrie éventuelle (des aînés également affectés et pouvant dès lors être aussi accompagnés et/ou une fratrie à venir afin de réduire le niveau d'exposition) ;
- professionnels de la biologie médicale, parce qu'ils sont parfois les premiers interlocuteurs à l'occasion du rendu de résultats d'analyses révélatrices de stigmates de consommation ;
- acteurs de communication publique, dont les journalistes santé ;
- acteurs de santé communautaire issus de la société civile, en particulier associations militantes à caractère non gouvernemental et non lucratif agissant comme groupe de pression pour

¹⁰ Le dispositif d'aide à distance « Alcool info service » porté par Santé publique France offre l'ensemble de ces services et en facilite l'accès grâce à une accessibilité multicanal (ligne téléphonique 0 980 980 930 accessible 7 jours/7 de 8 h à 2 h – appel anonyme et non surtaxé, site internet, forum, chat). Il permet aussi d'accéder aux autres outils numériques et d'orienter vers les dispositifs d'accompagnement médicalisé. Site consulté en ligne le 14 septembre 2024 : <https://www.alcool-info-service.fr>.

influencer les politiques publiques. Ces acteurs sont notamment particulièrement actifs en matière de RdRD ;

- acteurs de la justice et de la magistrature, ces derniers se révélant être parfois les seuls à pouvoir enclencher un accompagnement vers une diminution du risque alcool via une injonction de soins sous contrôle judiciaire (par exemple, en cas de conduite en état d'alcoolisation, d'agressions et de violences). Ces acteurs peuvent relever de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), par exemple au titre d'éducateurs, et être alertés par des troubles sociaux et/ou du comportement révélateurs de TSAF et/ou d'usages problématiques d'alcool ainsi que d'effets délétères de l'alcool au sein du foyer, contribuant ainsi à un repérage et un accompagnement plus globaux.

Proposition du groupe de travail pour les documents pratiques

De façon synthétique et non exhaustive, la liste des principaux acteurs particulièrement impliqués en premier recours dans l'accompagnement de toute femme vers une diminution de son risque alcool inclut :

- Diététiciens
- Infirmiers
- Masseurs-kinésithérapeutes
- Médecins généralistes
- Pharmaciens
- Professionnels de la périnatalité (dont AMP, sages-femmes, obstétrique, PMI)
- Professionnels de la petite enfance
- Professionnels de la santé au travail, de l'emploi et de l'insertion
- Professionnels de la santé des femmes
- Professionnels de la santé dentaire
- Professionnels de la santé mentale
- Professionnels de la santé sexuelle
- Professionnels de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur
- Professionnels des services d'urgence
- Travailleurs sociaux et médico-sociaux

Au-delà de cette liste, il est important de considérer que tout acteur impliqué dans la santé peut contribuer à accompagner favorablement chaque femme vers une diminution de son risque alcool. C'est le cas des acteurs associatifs et bénévoles, des personnes impliquées dans la culture et dans l'éducation, autrement dit bien au-delà d'un périmètre qui serait strictement sanitaire et médico-social.

2.1.1.2. Diversité des structures impliquées dans la santé des femmes

La diversification de l'offre d'accueil contribue à répondre non seulement à la diversité des situations et des besoins des femmes, mais également à faire face aux difficultés inhérentes à l'organisation sanitaire actuelle en la matière (carence de moyens humains, manque de temps soignant, refus

d'engagement de certains professionnels sur le sujet alcool, réticences des femmes à l'égard de certains professionnels et/ou certaines structures, besoins non médicaux, etc.). Cette diversité rappelle aussi qu'il est essentiel que la situation et les besoins des femmes face à l'alcool ne s'effacent pas au profit d'un objectif exclusif de prévention des TSAF et de la seule circonstance éventuelle de projet et déroulement de grossesse.

La santé des femmes concerne toutes structures sanitaires, sociales et médico-sociales et au-delà

Une grande variété de structures contribuant à la santé des femmes sont amenées à accueillir les femmes de tous horizons et constituent des lieux propices pour aborder le sujet alcool comme autre question essentielle de santé. La diversité de ces structures, de leurs organisations et de leurs missions illustre la diversité des situations, des circonstances et des besoins des femmes exposées aux usages et aux effets de l'alcool.

De façon non exhaustive, nous proposons la liste suivante :

- tous lieux et structures où se pratique la médecine générale, dont cabinet, centre de santé, maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ;
- tous SAU, y compris ceux dédiés aux urgences gynécologiques, psychiatriques, pédiatriques ;
- secteur hospitalier en santé mentale ainsi que toutes autres structures dédiées, dont cabinets de consultation libérale (en psychiatrie, en psychologie), centres médico-psychologiques (CMP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;
- secteur hospitalier d'addictologie ainsi que toutes autres structures dédiées, dont :
 - microstructure médicale¹¹ au titre de lieu d'accueil et de soins de proximité, constitué du regroupement synergique entre médecin généraliste, travailleur social et psychologue,
 - ELSA : cette équipe mobile pluriprofessionnelle peut intervenir en différents lieux de soins (SAU, maternité, service d'hospitalisation, consultation, etc.) et contribuer à l'orientation vers des structures adaptées ainsi qu'à la coordination entre l'hôpital et la ville,
 - CSAPA,
 - CAARUD ;
- les services de santé scolaire ainsi que les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), autrement dénommés services de santé étudiante (SSE), permettant d'aborder les questions en lien avec la santé sexuelle, la santé mentale, l'usage de substances psychoactives, l'activité physique, la diététique ;
- structures d'expertise et de soins gynécologiques, dédiées à la fertilité et la prévention des conduites à risque sexuel ;
- services de santé au travail ;
- associations et groupes de parole et d'entraide¹² ;
- maisons des femmes, dont la porte d'entrée est constituée par les violences à l'égard des femmes, quelle que soit leur nature (physique, psychologique, sexuelle, sociale). Elles sont situées en proximité d'un centre hospitalier dont elles dépendent tout en ayant un fonctionnement autonome et assurent un accompagnement somatique, psychologique, social ;

¹¹ [Les microstructures médicales, de quoi parle-t-on ? | MILDECA \(drogues.gouv.fr\)](#)

¹² Al-Anon correspond à la déclinaison de l'association les Alcooliques anonymes (AA) visant à aider l'entourage de personnes en difficulté avec l'alcool (par exemple, l'épouse d'une personne souffrant de TUA). Site consulté en ligne le 10 juillet 2024 : [Al-Anon/Alateen : des groupes pour les proches d'alcooliques \(al-anon-alateen.fr\)](#)

- services d'assistance sociale au sein des établissements de santé ainsi qu'au sein de chaque commune, les centres communaux d'action sociale (CCAS).

Autour de la périnatalité et de l'enfance

Il s'agit aussi, pour les femmes concernées, de l'ensemble des structures dédiées à la fécondité, la périnatalité, la maternité (entrant notamment dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité), mais également des structures dédiées à la parentalité et la petite enfance. Parmi ces structures, on retient :

- centres d'AMP ;
- maternités, certaines étant dotées d'ELSA ;
- maisons de naissance ;
- centres périnataux de proximité ;
- centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), autrement dénommés centres de santé sexuelle, certains étant communautaires ;
- planning familial ;
- centres de PMI ;
- tous services dédiés à la pédiatrie s'agissant notamment de l'expertise psychologique et neurologique, et plus particulièrement des centres dédiés à l'expertise des troubles du neurodéveloppement et leur orientation ;
- ASE et PJJ ;
- etc.

S'agissant des réseaux de santé en périnatalité, ils proposent, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Une telle organisation doit permettre, de façon coordonnée avec le médecin traitant, d'assurer le suivi médical de la mère et de l'enfant ainsi que l'identification des facteurs de risque éventuels afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée. Cette organisation doit également permettre le repérage des vulnérabilités psychosociales et l'accompagnement s'y rapportant, ainsi que le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap¹³.

Nécessité de structures et dispositifs innovants plus acceptables et accessibles pour les femmes

Certaines femmes renoncent à certains dispositifs mixtes du fait qu'ils peuvent susciter de la honte (la discrimination de genre existant aussi au sein des structures de soins), de la peur (s'agissant par exemple de femmes victimes de violences masculines, *a fortiori* si elles émanaient d'hommes eux-mêmes affectés par des troubles de l'usage de substances), de la stigmatisation (les CSAPA peuvent être vécus comme stigmatisants). Ces dispositifs s'avèrent d'autant moins acceptés par les femmes s'ils ne permettent pas d'aborder avec suffisamment d'attention, de bienveillance, mais aussi sans jugement ni discrimination des questions d'intimité féminine, lesquelles sont reconnues comme étant étroitement liées aux usages féminins d'alcool et donc essentielles à aborder, mettre en mots, partager.

¹³ Site consulté en ligne le 10 juillet 2024 : [CIRCULAIRE DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité – Légifrance](#)

Il est un fait que pour se prémunir de l'écueil des représentations sociétales et éviter le jugement et la stigmatisation, les femmes optent déjà préférentiellement pour certains dispositifs comme les microstructures médicales ¹⁴ ou les plateformes numériques d'information ¹⁵, de conseil et d'autosupport, ce qui les prive pourtant d'autres dispositifs.

Une approche innovante visant de nouvelles formes d'accueil et devant être élargie peut dès à présent inclure au sein de certains dispositifs :

- des acteurs spécifiques pour les femmes ;
- des consultations « femmes et alcool », notamment en CSAPA, en CAARUD, mais aussi en établissements dédiés à la santé mentale, en cabinet libéral ;
- des lieux et/ou occurrences non mixtes comme des centres de soins réservés aux femmes ou des accueils de jour dédiés aux femmes (par exemple, les accueils de jour pour femmes précaires) ;
- des unités « périnatalité et addiction » ;
- des équipes mobiles impliquées dans l'accueil et l'accompagnement des femmes (par exemple, via la sage-femme d'une ELSA, puisque le rôle d'une sage-femme ne se restreint pas à la périnatalité et qu'elle peut en outre disposer d'une spécificité addiction).

Pour autant, des lieux mixtes doivent être préservés car la non-mixité ne convient pas non plus forcément à toutes les femmes.

Les femmes requièrent également des spécificités d'accueil en cohérence avec leur organisation de vie. Il s'agit ainsi d'être compatible avec leurs responsabilités professionnelles et de gestion d'un foyer familial (notamment s'agissant du délai et des horaires d'accueil) ainsi que de pouvoir répondre à leurs besoins d'accueil et de garde d'enfants, mais aussi de reconnaissance et de protection vis-à-vis des violences qu'elles subissent.

2.1.2. Accompagner chaque femme implique une nécessaire dynamique partenariale et d'adaptation à la réalité des situations et des besoins des femmes

2.1.2.1. Porosité des différents types et niveaux de recours

Les acteurs essentiels de premier recours que sont les médecins généralistes, tout comme les sages-femmes particulièrement appréciées des femmes et parfois préférentiellement en tant qu'acteurs de premier recours, ne sont pas seuls et isolés face aux questions et aux problématiques en lien avec l'alcool qui affectent leurs patientes (se référer aux chapitres 2.1.3 et 2.1.4 de l'argumentaire en population générale (26)). Le sujet alcool peut et doit être envisagé de façon décloisonnée, dans la collégialité, la coopération et la coordination entre acteurs d'horizons diversifiés, y compris de niveaux de recours différents (second, voire troisième niveau, notamment lorsque la question alcool s'avère pertinente dans un contexte médical donné), y compris également des acteurs non sanitaires (se référer au chapitre 2.1.2 de l'argumentaire en population générale (26)). Chaque acteur, quel qu'il soit (y compris spécialiste) et quel que soit son lieu d'exercice (y compris l'hôpital), peut, à part entière,

¹⁴ Site de la coordination nationale du réseau de microstructures médicales consulté en ligne le 14 novembre 2024 : [CNRMS – Accueil](#)

¹⁵ Le dispositif d'aide à distance « Alcool info service » porté par Santé publique France permet d'accéder aux autres outils numériques et d'orienter vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement. Site consulté en ligne le 14 septembre 2024 : <https://www.alcool-info-service.fr>

participer à l'information et la discussion sur le sujet alcool, contribuer au repérage et aux accompagnements, ainsi que répondre aux demandes d'orientation au sein du système de santé et d'aide sociale, ou dans d'autres domaines, en fonction des besoins spécifiques exprimés (se référer au chapitre 2.1.7 de l'argumentaire en population générale (26)).

2.1.2.2. Une approche pluridisciplinaire (somato-psycho-sociale) de chaque personne

Pour ce faire, les acteurs œuvrant à la santé des femmes doivent être outillés, afin de pouvoir offrir une évaluation en globalité, c'est-à-dire somato-psycho-sociale ainsi que des modalités de consommation d'alcool dans toutes ses dimensions (pas uniquement quantitative, mais également qualitative, contextuelle et environnementale, ainsi qu'en termes de vulnérabilités). Cette démarche holistique est la plus à même d'assurer de façon la plus adaptée possible un accompagnement et, le cas échéant, une orientation vers les structures et professionnels nécessaires.

2.1.2.3. Nécessaire coordination des différents acteurs et structures pour répondre à l'ensemble des besoins et assurer la continuité de l'accompagnement

S'agissant de la population féminine et des actions à mener au bénéfice de la santé, de la qualité et de l'équilibre de vie des femmes, les partenariats à promouvoir et à construire s'avèrent multiples et très variés. Liées aux situations, aux environnements, aux besoins, aux vulnérabilités, à l'âge de chacune, les questions et problématiques en lien avec l'alcool concernent tous les âges de la vie des femmes, y compris les jeunes filles et les personnes âgées. Ainsi, pour ne négliger aucune situation et pour pouvoir répondre à chacune, ces partenariats sont amenés à impliquer une multitude d'acteurs et de structures dont : professionnels de santé de ville, urgences hospitalières, professionnels de la santé mentale, acteurs de la RdRD, acteurs associatifs, pairs-aidants, accueils et hébergements d'urgence, associations de lutte contre les violences faites aux femmes, mais aussi planning familial, PMI, maternités, EHPAD, etc. (47). Ces partenariats favorisent l'engagement des acteurs de la santé, améliorent la pluridisciplinarité de l'accompagnement et aident aux possibilités d'orientation/réorientation des personnes en fonction des enjeux spécifiques identifiés.

Pourtant, comme lors du travail effectué en population générale, un manque d'interactions est souligné et regretté par les professionnels ambulatoires (en ville) de premier recours et les recours ultérieurs de soin (par exemple, entre un généraliste ou une sage-femme et le secteur de la santé mentale pour l'orientation d'une patiente) ainsi que des délais et/ou conditions de rendez-vous inadaptés à la réalité et la temporalité des besoins des femmes (se référer au chapitre 2.1.8 de l'argumentaire en population générale (26)). D'où l'importance du partenariat et de la coordination entre les différents acteurs pour faciliter leur communication, leurs interactions et favoriser ainsi la lisibilité et l'accès aux différentes offres d'accompagnement possibles (au niveau social, médical, associatif, en matière de RdRD alcool, etc.).

En annexe 8 (et fiche outil 15) est présentée une adaptation à la condition et aux besoins des femmes de la schématisation des interactions entre premier recours et recours ultérieurs d'accompagnement qui avait été proposée en population générale (se référer aux chapitres 2.1.7 et 2.1.8 ainsi qu'à l'annexe 14 et la fiche 4 de l'argumentaire en population générale (26)).

Enfin, même s'ils méritent d'être mieux systématisés et actualisés, ainsi que mieux valorisés et donc connus et investis, des supports tels que des annuaires à l'échelle nationale (via Santé publique

France) et régionale (grâce aux ARS et CPTS) s'avèrent particulièrement utiles pour identifier les partenaires et contribuer, en la rendant effective, à une dynamique collective et collaborative.

Il s'agit en effet pour chaque acteur impliqué d'un engagement et d'enjeux collectifs : une dynamique visant chaque personne tout autant que pour le collectif (la société dans son ensemble) dans le cadre et avec le support d'un collectif de professionnels, chaque professionnel étant impliqué au titre de sa responsabilité individuelle autant qu'à l'échelle de sa communauté professionnelle d'appartenance.

2.2. Informer, un impératif de santé publique et déjà un « agir » contribuant à diminuer le risque alcool des femmes

2.2.1. Libérer la parole sur le sujet alcool chez les femmes

L'alcool constitue un enjeu majeur de santé publique mais il souffre d'un tabou généralisé et d'une inertie à agir tout aussi généralisée pour en diminuer les conséquences délétères. Accompagner chaque femme, et plus généralement chaque personne, à diminuer son risque alcool implique d'abord et avant tout de libérer la parole sur le sujet, y compris celle des acteurs de santé. Cette parole est d'autant moins libre et difficile d'accès pour les femmes qu'elle est entravée par l'exagération des jugements négatifs et des représentations ancrées mais erronées et discriminantes pesant sur leurs usages d'alcool par rapport à ceux des hommes. Mais cette parole est aussi entravée par la difficulté des professionnels de santé eux-mêmes à l'entendre. Pour toutes ces raisons, les femmes se trouvent trop souvent privées d'accès à une information juste et claire sur l'alcool et conséquemment à une meilleure compréhension et gestion de leur niveau d'exposition et de leurs comportements d'usage.

2.2.2. Faire de l'alcool un sujet de santé classique et automatique pour toutes les femmes et tout au long de leur vie

L'alcool est un sujet de santé pour toutes les femmes, à tous les âges de la vie des femmes, et donc même en dehors de toute occurrence de grossesse. Les femmes ne désirant pas d'enfant ou simplement non concernées par la survenue de grossesses, de même que les femmes ménopausées ou encore les jeunes filles mineures sont tout autant concernées par l'impact de l'alcool sur leur santé et qualité de vie que les seules femmes enceintes.

L'alcool est aussi un sujet de santé pour chaque femme, quelle que soit sa situation apparente, *a fortiori* au regard du tabou et du déni pesant sur les usages féminins d'alcool, lesquels s'avèrent dès lors d'autant plus minimisés et banalisés, voire simplement tus et masqués. L'alcool n'est de fait pas un sujet seulement en cas de situation manifestement problématique vis-à-vis de l'alcool. Comme déjà développé au cœur du travail en population générale (se référer au chapitre 2.2.2 de l'argumentaire en population générale (26)), comme pour tout usager du système de santé, l'alcool doit constituer un sujet de santé classique, systématique et automatique pour toutes les femmes tout au long de leur vie, au même titre que l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, la prise de médicaments, etc.

2.2.3. Informer de façon juste et claire sur la situation des femmes face à l'alcool, un enjeu majeur de santé publique

Diminuer le risque alcool des femmes implique d'une part une prise de conscience de la réalité des risques encourus et des dommages associés, d'autre part des évolutions comportementales. Une telle prise de conscience de même que les actions qui peuvent en résulter concernent non seulement les femmes elles-mêmes, mais aussi leur entourage et plus généralement la société en son ensemble. Au regard de la dimension systémique et collective des déterminants et des conséquences liés à l'alcool dans notre société, l'enjeu spécifique de la situation et de la santé des femmes face à l'alcool, comme d'ailleurs de tout autre usager du système de santé, à la fois nous concerne et nous impacte tous.

Il s'agit donc d'informer clairement, non pas seulement les femmes, mais la société en son ensemble sur :

- l'évolution des usages féminins d'alcool et l'amplification des risques qui y sont associés ;
- les risques spécifiques encourus par les femmes en lien avec l'alcool en dehors de toute période éventuelle de périnatalité ;
- les risques spécifiques portant sur la périnatalité, en ce qu'ils impliquent les usages du géniteur et plus généralement de l'entourage, et par leur impact systémique sur la fécondité, le pronostic des grossesses, la santé des femmes et celle d'enfants à venir qui sont autant d'adultes en devenir ;
- toutes options susceptibles de diminuer le risque alcool des femmes.

Si informer sur la situation des femmes face à l'alcool constitue de fait un enjeu de santé publique, le sujet alcool ne devrait pour autant pas être considéré uniquement comme une entité « clinique » au travers des complications sanitaires de l'alcool (dont la maladie alcoolique ou TUA), mais bien comme un objet social à part entière (62). Il s'agit par-là d'œuvrer au bénéfice d'environnements favorables à l'évolution des normes sociales en matière d'alcool, favorables à la santé en contribuant à en diminuer (si ce n'est prévenir) les effets délétères, favorables à la sécurité, l'épanouissement et tous autres objectifs de qualité de vie de chacun (climat affectif, familial, professionnel, et plus généralement socio-relationnel).

2.2.4. Informer est déjà un « agir » contribuant à diminuer le risque alcool des femmes

Informer est déjà un « agir » en ce qu'il contribue à :

- la prise de conscience et au libre arbitre de chacune sur le sujet ;
- lutter contre les représentations négatives, les inégalités et la discrimination de genre (conformément aux engagements de l'OMS (296)) ;
- libérer les femmes des stigmatisations qui pèsent sur elles ainsi que prévenir et/ou rectifier les jugements moralisants, erronés et/ou à l'emporte-pièce qui entravent leur parole et leurs questionnements sur le sujet ;
- éclairer sur la réalité des risques et l'impact attendu en conséquence de l'évolution des usages féminins d'alcool favorisant ainsi l'engagement des femmes dans le changement ;
- éclairer sur les accompagnements toujours possibles même sans chercher à modifier directement les usages d'alcool contribuant ainsi au maintien du lien, à l'accès à l'information et aux aides, à l'adhésion aux conseils visant à diminuer le risque alcool ;

- l'accès (et partant l'appropriation) à la diversité des options susceptibles de diminuer le risque alcool ;
- au choix libre et éclairé de chaque personne s'agissant de son comportement face à l'alcool et ses éventuelles évolutions.

Pour l'ensemble de ces raisons et au regard du caractère évitable de l'ensemble des complications liées à l'alcool, le rôle des acteurs impliqués dans la santé des femmes est d'informer chacune de façon systématique et régulière tout au long de la vie, en initiant cette information le plus précocement possible dans la vie (par exemple, dès l'adolescence) (297).

2.2.5. L'importance de renforcer une information juste sur l'alcool et de généraliser sa diffusion

L'enquête du BEH 2023 (88) portant sur l'évolution des connaissances et des perceptions des Français sur le sujet « alcool et grossesse » sur les deux dernières décennies (2004-2020) révèle des données éclairantes dont l'importance dépasse le périmètre de la grossesse.

- La sphère familiale est une source d'information importante pour les femmes enceintes. Les auteurs suggèrent que les cibles des communications doivent dès lors inclure davantage l'entourage des femmes en âge de procréer dans une perspective plus systémique visant à construire des environnements favorables à la non-consommation d'alcool des femmes enceintes et susceptibles de faire évoluer les normes sociales. Ce propos est précisé en discussion comme : « À partir des années 2000, il est apparu nécessaire de faire évoluer les connaissances concernant les risques de l'alcool pendant la grossesse auprès des femmes en âge de procréer, et plus largement de l'ensemble de la population, dès l'adolescence, pour favoriser la mise en place de normes de non-consommation pendant la grossesse. »

Ces constats et perspectives soulignent l'importance d'une information allant bien au-delà de la seule femme enceinte en tant que cible des messages sanitaires aussi bien que des évolutions comportementales, ce que la bibliographie médico-scientifique et institutionnelle n'illustre pourtant pas encore. L'ensemble de la population (quelle que soit l'identité de sexe et de genre des personnes), y compris les non-consommateurs, mérite d'être pleinement informé des risques de l'alcool pour la périnatalité et investi en tant que vecteur d'informations favorables autant qu'incitateur d'évolution comportementale propice au meilleur déroulement possible de la périnatalité et favorable à la santé materno-infantile. Que ces adaptations en termes de comportement d'usage d'alcool ne concernent pas seulement les femmes enceintes est justifié par l'impact toxique de l'alcool consommé en préconceptionnel par les géniteurs (féminins autant que masculins) et par l'effet incitatif des consommations de l'entourage sur toute personne susceptible de procréer ou d'être déjà enceinte ou d'allaiter. Cette enquête souligne l'importance de pouvoir aborder la question de la consommation d'alcool avec de futurs parents dès leur désir de grossesse, notamment grâce aux consultations préconceptionnelles et dans une perspective s'étendant jusqu'à la parentalité. Le message est donc bien que protéger la périnatalité n'implique pas que la femme enceinte mais engage la responsabilité de tous. C'est ainsi que le conseil de zéro alcool concerne aussi le géniteur avant et pendant la conception et devrait plus généralement être étendu à toute personne en âge de procréer se trouvant sans contraception et/ou désireuse d'enfant. Enfin, une forme de solidarité comportementale en termes d'usage d'alcool s'avère tout aussi importante mais justifie pour cela un ancrage sociétal et donc une évolution très globale, c'est-à-dire à l'échelle sociétale, de notre rapport à l'alcool.

L'ensemble de ces constats et perspectives peuvent surtout être étendus à la vie d'une femme même hors grossesse, autrement dit à tout ce qui est susceptible d'affecter les femmes en général puisque leur santé et leur qualité de vie face à l'alcool ne dépendent pas de leur seule responsabilité individuelle ni de leurs seuls usages d'alcool mais impliquent et engagent la société en son ensemble. En d'autres termes, agir pour diminuer le risque alcool des femmes passe par une prise de conscience et un engagement de l'ensemble de la population. De même qu'au gré des effets d'interactionnisme, les bénéfices attendus d'une diminution du risque alcool des femmes seront à même d'affecter favorablement l'ensemble de la population.

- Un deuxième point soulevé par cette enquête concerne la perception des professionnels à l'égard de la situation « grossesse et alcool ». Cette perception des professionnels apparaît assez divisée concernant les faibles consommations d'alcool pendant la grossesse, à savoir que le message zéro alcool, quelle qu'en soit la dose et à tout moment de la grossesse, n'est manifestement pas intégré ni appliqué par tous les acteurs de santé. Il ne devrait pourtant y avoir aucune hésitation. L'alcool en période périnatale, quelles que soient ses modalités d'exposition, y compris donc en l'absence de tout TUA et notamment pour des niveaux d'exposition considérés comme faibles, est toujours une cause de vulnérabilité et une menace pour la grossesse, l'enfant potentiel et la femme enceinte. La réalité est pourtant que toutes les femmes ne reçoivent pas le même message ni même parfois le message clair de « zéro alcool pendant toute la grossesse ».

Au regard de l'importance de la qualité de l'information transmise par les professionnels (incluant la clarté, la rigueur, la justesse, la constance), mais aussi naturellement la force de l'influence du statut d'acteur de santé sur l'adhésion à leurs conseils et préconisations sanitaires, un travail visant l'amélioration de leur niveau de connaissances comme de l'appropriation et la solidification de ces connaissances s'avère essentiel.

Comme tous les autres citoyens, les acteurs impliqués dans la santé sont aussi des consommateurs d'alcool influencés par leurs propres usages et leur propre rapport à l'alcool. Ils sont affectés par les mêmes représentations erronées sur l'alcool ainsi que les mêmes mécanismes de déni et de résistance, source de banalisation, de mal-interprétation et d'erreur de jugement. L'alcool plus que tout autre sujet de santé souffre de l'omniprésence de messages (oraux autant qu'écrits de tous types, y compris de documents émanant d'institutions sanitaires) contradictoires, confus, ambigus, voire inappropriés. Clarifier et homogénéiser les messages sanitaires en s'assurant qu'ils soient correctement diffusés, avec assurance et avec constance, constitue un enjeu majeur de l'information en matière d'alcool. La justesse de cette information ainsi que sa large diffusion constituent les garanties préalables incontournables de son appropriation et de l'impact des actions visant à diminuer le risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective, et donc non seulement en contexte de grossesse, mais dans tous les autres contextes, qu'il s'agisse de la situation des femmes en général autant que de celle de toutes autres personnes.

2.2.6. Proposition du groupe de travail en termes de contenu d'information alcool s'agissant de la population féminine

S'agissant des femmes hors périnatalité

Les femmes étant exposées à l'alcool comme tout autre citoyen et les effets de cette exposition ne pouvant se restreindre à la seule occurrence éventuelle de grossesse, les données déjà développées en population générale (26) sont ici nécessairement reprises tout en précisant les particularités propres à la population féminine par rapport au reste de la population :

- Comme en population générale, toute consommation d'alcool, quelles qu'en soient les quantités et modalités d'usage, comporte des risques pour la santé et la qualité de vie des femmes, à tous les âges de leur vie.
- Comme en population générale, l'alcool est toujours susceptible de majorer ou induire des vulnérabilités mais celles-ci s'avèrent amplifiées chez les femmes exposées à l'alcool par rapport aux hommes.
- Comme en population générale, les effets toxiques de l'alcool peuvent affecter toutes les dimensions de la vie des femmes (physique, psychique, sociale, affective, professionnelle, économique, etc.) mais cette toxicité (par exemple, hépatique, neurologique, etc.) s'avère accélérée et amplifiée par rapport à ce qui est observé chez les hommes pour des raisons liées à la fois au sexe et au genre féminins.
- Comme en population générale, le cancer (dont le cancer du sein) est la première cause de mortalité liée à l'alcool chez les femmes et survient même pour des consommations dites faibles à modérées.
- Sans être spécifiques aux femmes, certaines conséquences les affectent particulièrement et justifient une particulière attention : violences à leur encontre, notamment conjugales et sexuelles, intrication des usages féminins d'alcool avec les questions d'intimité, d'image de soi, d'alimentation, de santé mentale, de surcharge de responsabilités.
- Les usages féminins d'alcool connaissent une dynamique à la hausse et tendant à se rapprocher de ceux des hommes, en lien avec l'évolution de leurs droits (215) et de leurs conditions de vie, source de surcharge mentale.
- Comme en population générale, l'alcool constitue bien une question de santé, tout au long de la vie des femmes, quelle que soit sa situation particulière et donc pas seulement en cas d'usage manifestement problématique. Chez les femmes aussi, le TUA n'est qu'une parmi les très nombreuses complications potentielles de l'alcool et cela est cohérent avec le constat que la majorité des dommages liés à l'alcool concerne des personnes qui ne souffrent pas de TUA.
- Accompagner les femmes à diminuer leur risque alcool implique d'avoir toujours à l'esprit les entraves pesant sur leur parole du fait des représentations et discriminations de genre.

S'agissant de la périnatalité

- La question « périnatalité et alcool » concerne autant les hommes que les femmes, tous les couples et plus généralement l'ensemble de la société.
- Toute exposition à l'alcool (quelle qu'elle soit, y compris indirecte par les effets comportementaux de tiers) constitue un surrisque pour la périnatalité. Ce surrisque est triple puisque l'exposition à l'alcool menace la fécondité (fertilité et déroulement de la grossesse dès le stade d'implantation embryonnaire), la santé des femmes et celle d'un futur enfant (hypotrophie, malformations, TSAF).

- Sur la base de la fréquence et de la gravité des risques embryo-fœtaux sources de complications affectant la vie entière, y compris pour de faibles niveaux d'exposition à l'alcool (prématurité, petit bébé pour l'âge gestationnel, etc.) (150), le principe de précaution du « zéro alcool durant la grossesse » s'est imposé mais il laisse sans consigne sanitaire toutes les autres étapes de la périnatalité, pourtant elles aussi associées à des risques liés à l'alcool.
- Si le principe de précaution de « zéro alcool » concerne toute la durée de la grossesse (depuis la conception jusqu'à l'accouchement) de la femme enceinte, il devrait aussi être étendu, pour les deux géniteurs, aux périodes préconceptionnelle et conceptionnelle au regard de la toxicité épigénétique médiée par les gamètes mâles (à l'origine de malformations et TSAF). Le conseil sanitaire incitant au « zéro alcool » dès le désir d'enfant et/ou l'arrêt d'une contraception devrait être diffusé autant aux femmes qu'aux hommes.
- Certains moments paraissent particulièrement opportuns, autant pour les femmes que pour les hommes, pour aborder la question des impacts de l'alcool sur la périnatalité et de leur prévention :
 - dès l'adolescence avec les premières expérimentations d'alcool et l'entrée dans la vie affective et sexuelle ;
 - lorsque le sujet de la contraception est traité (à son introduction, son adaptation, *a fortiori* son interruption), la contraception constituant une action préventive à l'égard des TSAF ;
 - lors d'une installation en couple, d'union, de mariage pouvant naturellement s'accompagner du désir d'enfant et de constitution d'un foyer ;
 - en cas de désir d'enfant, de projet parental, notamment via une consultation préconceptionnelle (recommandée depuis 2009) (274, 298), afin d'anticiper les adaptations comportementales utiles à la prévention des risques liés à l'alcool pour la fertilité, la grossesse, la santé de la femme et d'un futur enfant ;
 - le plus tôt possible si une grossesse est déjà enclenchée.
- Même s'il y a déjà eu une exposition à l'alcool en préconceptionnel et/ou durant une grossesse en cours, il n'est jamais trop tard pour modifier un comportement d'usage et ainsi diminuer les risques en bénéficiant, sous réserve de l'accord de la femme enceinte, d'une évaluation et d'un accompagnement adapté au niveau de risque identifié et aux besoins exprimés.
- Tout usage d'alcool étant problématique en période périnatale, l'évaluation de la consommation anténatale (préconceptionnelle et pergestationnelle), quand elle est possible, est importante pour apprécier au mieux le niveau de risque. Complétée du suivi échographique, cela permet d'orienter le cas échéant vers un suivi gynéco-obstétrical et une structure d'accouchement adaptée ainsi que de prévoir pour l'enfant à naître d'une part une expertise néonatale de référence, d'autre part un suivi et un accompagnement neurodéveloppementaux.
- Quels que soient la situation d'une femme enceinte, ses choix et ses possibilités d'agir (adapter ou pas ses usages d'alcool), il est essentiel de toujours l'assurer, avec bienveillance et sans jugement, de la permanence de l'accueil et de la diversité des aides possibles en toutes circonstances et à tout moment, y compris au-delà de la grossesse (248).

2.3. Repérer pour pouvoir agir sur les déterminants et les risques liés aux expositions à l'alcool des femmes

2.3.1. Le repérage des risques liés aux expositions à l'alcool des femmes suit les mêmes principes qu'en population générale

2.3.1.1. Rappel sur les principes, modalités et outils de repérage interventionnel

Les mêmes principes, modalités et outils de repérage interventionnel des usages d'alcool, des risques associés et des moyens de les diminuer qu'en population générale sont appliqués chez les femmes (se référer au chapitre 2.3 de l'argumentaire en population générale (26)).

- Des conditions préalables à la parole des femmes afin d'ouvrir le dialogue sur le sujet alcool :
 - éviter toute posture de sachant et se prémunir de tout jugement ;
 - d'abord être à l'écoute, laisser la parole venir et s'exprimer librement ;
 - veiller à un climat de confiance, déstigmatisant et non jugeant, de sorte qu'il soit propice à l'écoute de la réalité vécue et des besoins exprimés ;
 - favoriser, ouvrir et préserver le dialogue avec toutes les femmes ;
 - faire de ce dialogue un espace de dévoilement des besoins et priorités de la personne, même s'ils semblent en apparence déconnectés du sujet alcool (une douleur physique, une situation de chômage, l'expression de discriminations et/ou violences subies, etc.) ;
 - respecter la temporalité de chacune en laissant toujours la porte ouverte pour reprendre ou initier le dialogue.
- Les principes d'un repérage humanisé et pragmatique impliquent qu'il soit :
 - **universel** : c'est-à-dire n'excluant aucune personne, quelle que soit sa situation apparente et à tout âge de la vie (y compris les mineures affectées notamment par la pratique des *binge drinkings* (252) et les personnes âgées au regard de l'intrication étroite avec la situation neuropsychologique) ;
 - **au plus près de chaque femme, de la réalité de leur environnement et de leur vécu ainsi que de leurs besoins** exprimés ;
 - **systématique** : le repérage opportuniste, motivé par des symptômes d'appel, est beaucoup trop tardif et manque son objectif de dépistage et de prévention des risques pris mais par nature encore invisibles dans leurs conséquences. L'analyse des symptômes qui orientent d'emblée vers l'alcool relève bien plus d'un diagnostic que d'un repérage, d'où l'importance de sa systématisation ;
 - **précoce** : initié dès le plus jeune âge et au plus tôt dans l'histoire des usages (avant même les premières expérimentations) ;
 - **réitéré** : à renouveler aussi régulièrement que possible tout au long de la vie afin d'adapter les conseils et propositions d'accompagnement au gré de l'évolution des usages et de la situation particulière de chaque personne ;
 - **global** : s'attachant à explorer toutes modalités d'usage et d'exposition à l'alcool (y compris les conséquences indirectes des usages de tiers) et partant les différents niveaux de risque dans toutes les dimensions de la vie des femmes. Il s'agit d'apprécier au cas par cas quels risques importeraient plus particulièrement et de façon prioritaire (risque sexuel, risque

économique, risque relationnel, risque pour la vie de couple, risque traumatique, risque néoplasique, risque pour l'entourage, notamment familial et éducatif, maternel, risque esthétique, risque hormonal, etc.) pour répondre aux choix de la personne en la matière ;

- **pragmatique et interventionnel** : repérer vise toujours à agir, conformément aux principes du RPIB d'œuvrer à la diminution du risque alcool en favorisant la prise de conscience, le libre choix des usages et des moyens d'en diminuer les risques (se référer au chapitre 2.3 de l'argumentaire en population générale (26)).

Il est notable qu'en plus du repérage systématique, certaines occasions s'avèrent privilégiées et/ou à ne pas manquer, autant pour les femmes que pour les hommes, et donc sans spécificité féminine, pour un repérage des usages, des risques et des moyens de les diminuer :

- à l'adolescence, avec l'arrivée des sorties festives sources d'alcoolisations, par ailleurs concomitantes des premiers pas dans la vie affective et la sexualité ainsi que de conduites à risque ;
- à l'entrée dans la sexualité, à l'occasion des premières prescriptions et informations relatives à la contraception (y compris masculine), ainsi que des informations sur la prévention des conduites à risque sexuel, des grossesses non choisies et des rapports non consentis (l'état d'ivresse étant associé à la perte de la capacité de consentement et au risque amplifié d'agression sexuelle) ;
- lors de la production de certifications d'aptitude sportive ;
- à l'occasion de tout accident traumatique et/ou de la voie publique ;
- lors de tout check-up santé abordant les facteurs d'hygiène de vie, notamment nutritionnels ;
- à l'évocation et/ou prise en charge d'un problème de surpoids ;
- lors de l'entrée d'une femme autant qu'un homme dans la vie génitale, puis tout au long de l'accompagnement des femmes par les professionnels dédiés à la santé des femmes (sage-femme, gynécologue) ;
- devant toute expression de stress, de troubles du sommeil, d'un psycho-traumatisme et/ou de toute souffrance psychologique (quelle qu'elle soit) quand bien même elle paraîtrait légitime (deuil, rupture affective, perte d'emploi, etc.) ;
- lors de tout suivi en médecine du travail ;
- à l'occasion d'une installation en couple, d'une union, d'un mariage, ainsi que lors de l'expression d'un désir d'enfant, d'un projet parental ;
- en situation d'accompagnement par les acteurs de la périnatalité (AMP, réseau périnatalité, PMI, etc.).

2.3.1.2. Le « pourquoi », le « comment », le « combien »

Comme déjà développé lors des travaux et productions en population générale (se référer au chapitre 2.3.5 de l'argumentaire en population générale (26)), repérer les déterminants et risques liés aux usages d'alcool pour œuvrer à les diminuer suppose de s'atteler à éclairer autant que possible et au mieux, en respectant pour chaque personne son état de disponibilité au sujet ou pas, sa temporalité, sa retenue et ses silences parfois, les questions suivantes.

- **Le « pourquoi »** des usages d'alcool, c'est-à-dire quels en sont les effets recherchés

Ces effets pouvant éventuellement bénéficier d'alternatives à l'alcool (prise en charge psychologique en cas de souffrance morale, prise en charge douleur en cas de besoin antalgique, recherche d'activités occupationnelles et socialisantes en cas d'inactivité et d'ennui, etc.), les identifier au mieux

favorise la prise de conscience par les personnes et contribue, en y travaillant, à diminuer le risque alcool grâce à la diversité des actions possibles à cet effet.

- **Le « comment »** des usages d'alcool consiste à évaluer :
 - le contexte (festif, professionnel, familial, amical, solitaire, etc.) ;
 - l'environnement (affectif, relationnel, familial, social et notamment l'exposition éventuelle à des violences, une situation d'isolement et/ou de précarité sociale, etc.) ;
 - le terrain et notamment les facteurs de risque d'usage problématique d'alcool (psycho-traumatisme, comorbidité notamment psychique, trouble nutritionnel, précarité, situation d'emprise et/ou de violences subies, etc.) ;
 - les facteurs de vulnérabilité (âge, étape de la vie comme l'arrivée de la retraite ou une rupture affective, situation de handicap, grossesse en cours, traitement médicamenteux, affection somatique et/ou psychique, etc.) ;
 - les modalités (de façon habituelle lors d'un ou plusieurs repas, de façon ponctuelle mais importante dans une démarche d'ivresse à type *de binge drinking*, en association à d'autres substances, de façon addictive conformément aux critères du DSM-5, de façon opportuniste à visée anxiolytique et/ou antalgique, etc.).

Les autoquestionnaires « vulnérabilités-addiction », développés par certaines équipes à l'image de celui du Groupe d'étude grossesse et addiction (GEGA), peuvent aider pour repérer des facteurs associés aux consommations (299)¹⁶.

- **Le « combien »**, c'est-à-dire les quantités d'alcool consommées

Bien que très utile, cette question n'est jamais prioritaire ni urgente et elle n'est pas même obligatoire si elle se révèle source de résistance et risque non seulement d'entraver la libre expression de la parole et des besoins de la personne, mais également de fragiliser ou rompre un lien de confiance. Il est donc important de ne pas se braquer sur la dimension quantitative si cela met le lien en péril, afin de le préserver au mieux et laisser la personne s'exprimer par elle-même sur ses besoins propres comme façon d'approcher autant que possible son rapport à l'alcool.

Quoi qu'il en soit, si la question quantitative est abordable, les mêmes outils d'aide qu'en population générale sont validés et utilisés chez les femmes, y compris enceintes, pour cette évaluation : AUDIT-C et FACE, servant l'un et l'autre et de façon complémentaire pour la partie repérage du RPIB.

2.3.1.3. L'importance de la dimension interventionnelle du repérage

Le repérage devrait toujours être actif (un « repérage-action » à l'instar de l'intervention brève inscrite et inhérente au programme du RPIB) et pragmatique. Un repérage ne peut s'entendre sans une intervention qui l'accompagne même s'il s'agit seulement d'un conseil simple mais individualisé ou d'une information de prévention telle que le rappel des situations particulièrement à risque en cas de consommation d'alcool (notoirement la grossesse, mais aussi la prise de certains médicaments, la conduite de véhicule ou encore la gestion des situations de danger en cas d'ivresse), tout en précisant que le risque alcool des femmes est aggravé par rapport aux hommes. Le repérage ne devrait jamais être isolé (le repérage pour le repérage). Comme en population générale, pour être utile à la santé des

¹⁶ Site consulté en ligne le 10 juillet 2024 : [Autoquestionnaire – Asso GEGA \(asso-gega.org\)](https://asso-gega.org)

femmes, il doit être interventionnel dans le sens d'actions visant la diminution du risque alcool (se référer au chapitre 2.3.2 de l'argumentaire en population générale (26)), un tel objectif étant toujours possible quelle que soit la situation particulière d'une personne car toute modulation, même minime, d'un comportement d'usage et/ou de son rapport à l'alcool ainsi que de son environnement peut avoir des effets bénéfiques pour sa santé et sa qualité de vie. Par ailleurs, on ne peut accompagner que ce que l'on a pu correctement repérer, ce qui vient justifier la réitération et l'approfondissement de l'évaluation de la situation et des risques de chaque femme afin d'être au plus près de sa réalité de vie et de l'aider à restaurer ou renforcer son pouvoir d'agir face à l'alcool dans la situation précise et singulière qui est la sienne.

2.3.2. Le repérage des risques liés aux usages d'alcool des femmes doit être soucieux de leurs spécificités

Une vigilance sanitaire accrue est justifiée s'agissant de la population féminine au regard des risques et des dommages liés à l'alcool amplifiés.

Il est donc important de :

- repérer en connaissance des **facteurs biologiques (liés au sexe) de vulnérabilité des femmes face à l'alcool** :
 - les complications somatiques (par exemple, hépatiques) survenant plus rapidement, elles doivent être appréhendées et dépistées plus précocement,
 - les complications spécifiques liées au sexe féminin ne doivent pas être oubliées dans l'approche globale des conséquences des usages d'alcool chez les femmes, tout particulièrement le risque de cancer du sein (*a fortiori* en cas de co-facteurs de risque associés) et les perturbations hormonales,
 - les impacts et/ou interactions spécifiques de l'alcool sur et avec la vie et la santé génitales des femmes notamment s'agissant de baisse d'efficacité de la contraception (oublis favorisés par l'ivresse, défaut d'absorption en cas de vomissements), d'impact négatif sur la fertilité féminine, d'intrication péjorative avec le syndrome dysphorique prémenstruel ou la ménopause, de surrisque sanitaire en période de grossesse, de risque cancérogène (sein) ;
- repérer en connaissance des **facteurs sociétaux (liés au genre) de vulnérabilité des femmes face à l'alcool** implique d'avoir systématiquement à l'esprit le risque aggravé de subir toutes formes de stigmatisation, discriminations, négligences, violences ainsi que tous types d'injustices et de préjudices (y compris au travail), dont ceux liés aux inégalités de santé du fait du genre n'en constituent pas les moindres ;
- repérer en connaissance d'une intrication étroite et complexe entre **alcool, sexualité et féminité**. Chaque situation individuelle est par ailleurs traversée et affectée par des enjeux de société encore plus vastes. L'image de soi, l'estime de soi, la vie intime et sexuelle (pouvant sous-tendre des conduites à risque sexuel), autant de sujets essentiels dans l'analyse du rapport des femmes à l'alcool et pouvant justifier une écoute et un accompagnement dédiés spécialisés ;

- repérer en connaissance de l'intrication entre **alcool et santé mentale** marquée chez les femmes par une prévalence plus importante de troubles anxio-dépressifs (151) (notamment à type d'anxiété sociale) et du fait de leurs effets synergiques co-aggravatifs. L'intrication avec l'usage d'alcool étant parfois si étroite que la clarification causale est impossible et qu'une prise en charge conjointe s'avère impérative. La prévalence d'antécédents de violences, notamment sexuelles, subies est aussi plus importante chez les femmes, justifiant une approche sensible et déstigmatisante afin d'apprécier l'opportunité, avec l'accord de la patiente, d'un accompagnement dédié au titre du psycho-traumatisme ;
- repérer en connaissance des inégalités sociales et discriminations subies du fait du genre en termes de **sécurité/précarité, justice, santé, travail** et de leurs impacts en termes d'usages et de conséquences liées à l'alcool.

2.3.3. Le repérage des risques liés à l'alcool chez les femmes permet un repérage bien plus vaste des déterminants de leur santé

Le repérage des risques liés à l'alcool constitue en soi une opportunité d'ouvrir le dialogue bien au-delà des seules consommations d'alcool et de leurs conséquences directes, dont l'état d'ivresse pourrait en être l'image paradigmatique. L'alcool ne peut s'y réduire. Il permet bien au contraire d'ouvrir un champ d'attention sur la santé des femmes en général, à travers les liens autant que les effets, directs et indirects, entre alcool et tout un ensemble d'autres déterminants sanitaires et sociaux essentiels, parmi lesquels :

- la nutrition ;
- l'activité physique ;
- les facteurs de risque cardiovasculaire ;
- le sommeil ;
- la qualité de l'étayage amical, affectif, familial, relationnel ;
- la vie sexuelle, l'accès à la contraception, les conduites à risque sexuel et leur prévention ;
- l'usage de substances psychoactives, dont les médicaments ;
- les conditions matérielles de vie, dont l'habitat, les ressources financières et autres moyens de subsistance ;
- l'accès aux soins médicaux et aux aides sociales ;
- la vie familiale, l'équilibre du couple ainsi que des tâches et responsabilités au sein du couple, la fonction parentale, l'éducation des enfants ;
- la vie professionnelle, la qualité de vie au travail, les responsabilités et la charge mentale qui y sont associées ;
- la santé somatique et notamment gynécologique ;
- les facteurs de risque de cancer, leur prévention et leur dépistage éventuel ;
- la santé mentale, dont les facteurs et occurrences éventuels de stress, d'anxiété, de fluctuation de l'humeur ;
- les maltraitances et violences subies, qu'elles soient passées (et source de stress post-traumatique) et/ou actuelles, quelle qu'en soit la nature (physiques, sexuelles, psychologiques

notamment à type d'emprise et d'humiliation) et quel qu'en soit le lieu de survenue (lieu festif, famille, travail) ;

— etc.

L'exposition à l'alcool s'inscrit dans une société, ce qui explique la dimension systémique et collective des représentations qui y sont associées, des modalités (individuelles autant que populationnelles) de consommation, de ses conséquences socio-sanitaires. Plus encore pour les femmes, leur environnement humain influence leur niveau d'exposition et de risque. Questionner l'impact des usages de l'environnement sur leur santé et qualité de vie s'avère dès lors particulièrement pertinent.

Ainsi, le repérage de l'exposition et des risques des femmes face à l'alcool doit être conçu et appréhendé à la fois au travers d'une approche globale qui tienne compte de l'ensemble des éléments constitutifs de l'état de santé d'une femme, mais aussi au travers d'une approche systémique qui inclut et implique tout son réseau socio-affectif puisque, via l'alcool, celui-ci peut l'affecter et altérer sa qualité de vie (par exemple, à travers la maltraitance subie) autant qu'être affecté (risque pour un couple, pour un foyer familial).

2.3.4. Repérer les risques liés à l'alcool pour la périnatalité : une question systémique et non restreinte à l'étape de grossesse diagnostiquée

2.3.4.1. Élargir le périmètre du repérage bien en amont et au-delà de la seule période de grossesse diagnostiquée et donc connue

Les risques liés à l'alcool pour tout enfant à naître (dont les TSAF) de même que le pronostic des grossesses ainsi que la santé des femmes concernées ne sont pas restreints aux usages d'alcool durant la seule période de notoriété d'une grossesse. Si la période préconceptionnelle, tout comme les 6 semaines précédant le diagnostic de grossesse constituent des zones d'inconnu, elles ne sont aucunement dénuées de risque face à l'alcool. C'est ainsi que les risques malformatifs sont déterminés non seulement par l'exposition préconceptionnelle des gamètes à l'effet tératogène de l'alcool, mais aussi durant l'embryogenèse, à savoir les toutes premières semaines de grossesse lorsque celle-ci n'est pas encore connue (parfois jusqu'à 3 mois de grossesse). Ne considérer que la période de grossesse une fois diagnostiquée pour se soucier de la question alcool est donc à la fois insuffisant et trop tardif.

La temporalité de la question « alcool et périnatalité » n'étant donc pas limitée à la seule phase de gestation, il est important de ne pas restreindre la période d'attention et de repérage ainsi que d'accroître les possibilités d'intervention et d'évolution en termes d'expositions et d'usages d'alcool : que ce soit avant la grossesse, plus précisément en amont de la conception, mais aussi au-delà de la grossesse s'agissant de l'allaitement éventuel et de l'impact comportemental des usages parentaux d'alcool sur la relation à l'enfant, son développement, sa sécurité, son bien-être, sa santé. Toute la période de périnatalité, depuis le désir d'enfant jusqu'à la parentalité (et donc jusqu'aux 18 ans de l'enfant), devrait ainsi être considérée pour le repérage des usages parentaux d'alcool et de leurs risques s'agissant de la santé des enfants et des femmes (enceintes ou pas) ainsi que de l'impact sur la fécondité.

2.3.4.2. Adapter le repérage des risques de l'alcool pour la périnatalité à une approche systémique de la périnatalité : co-géniteur, co-parent, entourage, société

La question « alcool et périnatalité » ne concerne pas exclusivement la femme enceinte et qui se sait enceinte. Cette question concerne toute personne (quels que soient son sexe et/ou son genre féminin ou masculin) en âge de procréer, toute personne (quels que soient son sexe et/ou son genre féminin ou masculin) désireuse d'enfant, les co-géniteurs, les co-parents (50), l'entourage et finalement la société en son ensemble.

Alors que les messages de santé publique tendent à ne cibler, pour prévenir les TSAF, que la femme enceinte, il apparaît pourtant que l'information et le repérage en matière de risques liés à l'alcool pour la périnatalité (incluant la fertilité, le développement embryon-fœtal, la santé de l'enfant et adulte en devenir) concernent au minimum toute personne (quels que soient son sexe et/ou son genre féminin ou masculin) en âge de procréer. Pour des raisons biologiques autant que comportementales, les hommes devraient ainsi être eux aussi ciblés par l'information et le repérage des risques liés à l'alcool pour la périnatalité et pour la santé des femmes. Mais plus encore, l'entourage global (co-parent d'un couple, foyer de vie, famille, amis, etc.) s'avère aussi concerné par son influence sur la santé et les usages féminins d'alcool (y compris des femmes enceintes) ainsi que sur la santé et le développement de l'enfant. Parce qu'il contribue ou pas, s'agissant d'alcool, à un environnement favorable à la santé et la qualité de vie en période périnatale, l'entourage (et partant la société) est aussi concerné par la question « alcool et périnatalité », dont l'ampleur et les enjeux sont effectivement collectifs. D'où l'importance de l'information sanitaire juste et claire sur le sujet ainsi que de l'éducation à la santé le plus précocement possible dans la vie des individus (celle des jeunes filles comme des jeunes hommes, qui sont autant de futurs parents).

2.3.4.3. Les très nombreuses opportunités de repérer et ainsi de contribuer à réduire les risques périnataux liés à l'alcool pour l'enfant et son entourage

Le dépistage universel, systématique (et non pas opportuniste et donc uniquement parce qu'une femme se saurait enceinte), itératif des consommations d'alcool et de leurs risques est ici pleinement justifié s'agissant de la périnatalité.

L'attention et la vigilance s'agissant de la périnatalité devront cependant être renforcées lors des occasions suivantes à ne pas manquer afin de renforcer, auprès des femmes et des hommes, l'information (en s'assurant de sa bonne compréhension), le repérage et l'accompagnement à la diminution des risques liés à l'alcool pour la périnatalité :

- lors d'interventions éducatives sur la sexualité impliquant notamment l'information sur la prévention des conduites à risque, dont celles pouvant conduire à des agressions sexuelles et des grossesses non choisies ;
- dès l'entrée dans la vie sexuelle ;
- consultation pour contraception (féminine autant que masculine, et s'agissant de son initiation, sa modification, *a fortiori* en cas d'interruption) ;
- dès qu'un désir d'enfant et/ou projet parental est exprimé, même implicitement (installation en couple, mariage) ;
- consultation préconceptionnelle ;
- en cas de fausse couche ;
- en cas d'infertilité et d'assistance médicale à la procréation (AMP) ;

- durant la grossesse : il s'agit de réinterroger, tout au long de la grossesse, de façon simple, claire, sans connotation morale et en évitant les questions fermées, les usages de boissons alcoolisées (et autres substances psychoactives). Cela représente ainsi, au minimum, une opportunité renouvelée chaque mois de repérage interventionnel des usages féminins d'alcool autant que des effets d'exposition liés à son environnement, en cohérence avec les neuf visites de suivi de la grossesse. Dans le même temps donc, les usages de l'entourage (partenaire, co-parent, autres) peuvent aussi être questionnés pour en réduire les risques aussi ;
- durant toute la période d'allaitement ;
- en cas d'anomalie du développement, de troubles du comportement, de troubles psychologiques, voire de TND avérés dans la descendance ;
- en cas de violences entre partenaires, dans le foyer familial ;
- durant tout le développement psychomoteur et somatique de l'enfant ainsi que l'accompagnement éducatif parental.

Repérer ne devrait jamais être juger. Le repérage des risques liés à l'alcool en période périnatale est aussi une opportunité de valoriser la fonction parentale, le bien-être foetal, tous les côtés positifs d'une grossesse et de l'accueil d'un enfant.

Il est aussi une opportunité d'accompagner (se référer au chapitre 2.4 de l'argumentaire en population générale (26)) chacune et chacun, en cohérence avec leurs choix individuels et les situations identifiées, afin de diminuer le risque alcool pour la grossesse et pour l'enfant, notamment via un suivi adapté de la grossesse (69-71), une consultation pédiatrique anténatale, une prise en charge précoce et adaptée d'un enfant exposé ; mais aussi pour diminuer le risque alcool des parents eux-mêmes en favorisant l'accès aux aides et accompagnements dédiés (addictologie, RdRD, soutien psychosocial, etc.).

2.3.5. De l'importance du repérage des TSAF pour diminuer le risque alcool des enfants exposés, mais aussi de leur entourage familial

Si l'expertise de tout enfant souffrant d'un TND doit inclure d'apprécier l'imputabilité éventuelle d'une exposition anténatale à l'alcool, les répercussions sur l'enfant de l'alcoolisation prénatale sont, dans la plupart des cas, difficiles à diagnostiquer (276, 277). Même les formes complètes et caractéristiques du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF), les plus à même d'être détectées précocement, y compris dès la naissance, sont sous-diagnostiquées par défaut de repérage des usages parentaux ainsi que par méconnaissance et manque d'attention des professionnels de santé (eux aussi affectés par le même tabou s'agissant des consommations d'alcool et de leurs conséquences périnatales). Quant aux formes incomplètes, sans hypotrophie, sans dysmorphie faciale, sans malformation viscérale, leurs premières manifestations neuro-psycho-comportementales peuvent n'être accessibles à l'attention et l'expertise que de façon décalée, parfois même tardivement dans la vie d'un enfant. Encore faut-il que les acteurs rencontrés (médecin généraliste de famille, acteurs de PMI, assistants familiaux, professionnels de l'Éducation nationale, acteurs de la PJJ, etc.) soient acculturés et compétents en matière de dépistage des TSAF.

Le repérage systématique des usages parentaux d'alcool survenus durant toute la période anténatale (y compris préconceptionnelle) s'avère dès lors particulièrement instructif. Il permet en amont d'aider à réduire autant l'exposition parentale que les risques associés. Il permet aussi de justifier plusieurs actions non exclusives et éventuellement complémentaires ciblant directement la santé et

l'accompagnement de l'enfant : une consultation pédiatrique anténatale, une expertise néonatale à la naissance, une vigilance accrue des professionnels durant tout le cours du développement de l'enfant (de 5 à 18 ans), l'initiation très précoce d'un suivi adapté éventuel de ce dernier afin de prévenir les déficiences secondaires de l'âge adulte. Ce repérage permet ainsi, en présence de symptômes d'appel ou pas étant donné leur possible expression tardive, de légitimer une prise en charge psychomotrice précoce réputée améliorer le pronostic des enfants souffrant de TSAF, et plus globalement un accompagnement neurodéveloppemental de tous enfants identifiés comme ayant été exposés à l'alcool.

Afin de favoriser le repérage des usages parentaux d'alcool, il est essentiel de créer un lien de confiance et de donner à entendre qu'il est toujours préférable de parler aussi librement et clairement que possible de ses usages d'alcool (que ce soit avant et/ou durant la conception ainsi que pendant toute la grossesse) car cela permet un diagnostic et un suivi précoce adapté de l'enfant. Faire entendre que savoir ce qu'a précisément un enfant permet de proposer non seulement une éventuelle orientation et prise en charge spécialisées (notamment via les centres ressources SAF, dont les deux principaux se situent à la Réunion et en Nouvelle-Aquitaine¹⁷), mais également d'accompagner des grossesses ultérieures.

Lorsqu'une analyse des usages parentaux d'alcool n'est pas accessible (parce que niée, minimisée ou masquée) ou très incertaine, il est important que les acteurs de premier recours puissent **continuer de toujours penser aux TSAF**, quel que soit l'âge de l'enfant et quels que soient les symptômes d'alerte (déficits d'apprentissage, troubles du comportement, difficultés d'insertion sociale, etc.). Puisque l'exposition à l'alcool est universelle, puisque le repérage par le biais de la déclaration des usages d'alcool des femmes n'est pas ou peu fiable, puisque les usages masculins d'alcool ne sont pas encore pris en compte, puisque des effets toxiques peuvent affecter un enfant même pour de faibles doses consommées, le repérage systématique et réitéré des TSAF durant toute l'enfance-adolescence est légitime.

Un tel repérage s'avère seul à même d'éclairer nombre de problématiques qui resteraient sans cela ignorées dans leur diagnostic causal. Outre que cela permet de mettre en place un accompagnement spécifique pour l'enfant ou le jeune concerné, cela permet aussi de penser à la fratrie déjà existante (afin de l'accompagner elle aussi) et/ou la fratrie potentielle à venir via une information circonstanciée et un accompagnant parental adapté. Autrement dit, le repérage systématique et réitéré des TSAF contribue à une diminution du risque alcool bien au-delà des enfants éventuellement dépistés et notamment à la **prévention de l'alcoolisation fœtale lors de grossesses ultérieures**. Vecteur de repérage bien plus global, le dépistage et l'accompagnement consécutif des enfants atteints de TSAF contribuent en particulier à **diminuer le risque alcool de leurs parents et de leurs fratries**.

2.4. Accompagner chaque femme à diminuer son risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective

Toute femme peut diminuer son risque alcool et bénéficier des avantages qui en résultent pour elle-même (s'agissant de l'impact en termes de qualité de vie quels que soient les aspects de son

¹⁷ À l'instar des deux centres ressources en la matière, de l'île de la Réunion (site consulté en ligne le 10 juillet 2024 : [Centre de diagnostic de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale \(ETCAF\) – Nord | Centre hospitalier universitaire de la Réunion \(chu-reunion.fr\)](http://Centre.de.diagnostic.de.lensemble.des.troubles.causes.par.lalcoholisation.fetale.ETCAF-Nord-Centre.hospitalier.universitaire.de.la.Reunion.chu-reunion.fr)) et de la région Aquitaine via la coordination régionale addictions Nouvelle-Aquitaine (COREADD) (site consulté en ligne le 10 juillet 2024 : [Centre ressource addictions et grossesse | CRAG Nouvelle-Aquitaine \(crag-na.com\)](http://Centre.ressource.addictions.et.grossesse-CRAG.Nouvelle-Aquitaine.crag-na.com)).

existence : santé, sécurité, vie affective et relationnelle, bien-être socio-économique et professionnel, etc.) et pour son entourage. Pour ce faire, elle peut le cas échéant, si elle en ressent le besoin et y consent, être accompagnée en ce sens dans le respect de ses choix et priorités grâce à une diversité d'actions possibles.

Dans cette optique et au regard de l'accroissement des risques liés à l'alcool chez les femmes, agir en premier recours pour accompagner chacune vers une diminution de son risque alcool implique de tenir compte de leurs spécificités. Pour être au plus près de la réalité concrète des femmes et œuvrer ainsi effectivement à leur santé et qualité de vie, il est essentiel non seulement d'avoir toujours à l'esprit les facteurs liés au sexe, au genre, aux traumatismes vécus, qui contribuent tous à leur plus grande vulnérabilité face à l'alcool, mais également de déconstruire les représentations sociétales toujours à l'œuvre et sources de stigmatisation et de discrimination à leur égard, enfin de considérer les femmes dans leur globalité et non pas seulement au travers de grossesses éventuelles. Aider chaque femme, exposée comme tous les autres usagers du système de santé à l'alcool, à être et agir face à l'alcool en conformité avec ses objectifs de santé et de qualité de vie, tel est l'objectif de ce second volet de travail.

2.4.1. Des conditions préalables favorisant l'accès à l'accompagnement de chaque femme exposée à l'alcool

2.4.1.1. L'importance du lien de confiance pour favoriser le dialogue

Du fait des stigmatisations et discriminations de genre qu'elles subissent, favoriser l'accès à l'information et aux accompagnements, prévenir les non-dits et le renoncement aux aides et aux soins implique de garantir et d'optimiser les conditions d'accueil, d'écoute et de savoir-être à l'égard des femmes.

Pour créer un climat de confiance libérant la parole et propice au dialogue, il s'agit notamment de :

- introduire la question alcool comme un sujet de santé et de qualité de vie comme les autres (comme l'alimentation, l'activité physique, la prise de médicaments, le sommeil, etc.) et abordé avec tous les patients ;
- assurer du non-jugement, quelle que soit la situation de la personne face à l'alcool ;
- déconstruire les représentations à l'origine des sentiments de honte et d'exclusion ;
- déstigmatiser les usages féminins d'alcool à l'aune d'une société libérale et universellement exposée à l'alcool ;
- encourager la parole non contrainte et libérée des normes sociales ;
- assurer du respect de la confidentialité sur toutes informations échangées, y compris vis-à-vis de l'entourage ;
- reconnaître la personne dans les effets qu'elle recherche avec l'alcool et qu'elle considère comme positifs (socialisation, relaxation, habitude de couple, etc.) ;
- ne pas orienter la question alcool sur la seule fonction maternelle ;
- être à l'écoute et soucieux des besoins spontanément exprimés même s'ils ne semblent apparemment pas en lien avec l'alcool ;
- respecter les priorités, les choix et la temporalité de la personne même s'ils semblent mettre en arrière-plan, voire négliger la question alcool ;
- valoriser l'autonomie décisionnelle et le savoir expérientiel de la personne quant à ses usages d'alcool ;

- assurer de la garantie du lien et de l'écoute pour aborder le sujet alcool au rythme et en fonction des besoins ressentis par la personne elle-même ;
- assurer de toute disponibilité pour entendre la personne et l'accompagner ;
- faciliter l'accès, sans obligation, à toutes informations en matière d'alcool et modalités d'accompagnement visant la diminution des risques, y compris via des outils numériques¹⁸.

Il est notable que parvenir à donner la parole à quelqu'un qui a éventuellement un problème d'alcool, c'est être en mesure d'entendre sa réponse et de faire quelque chose de positif qui va l'accompagner, l'aider. Un tel échange ne peut être efficace que s'il est effectué sans jugement et de façon collaborative et informative.

2.4.1.2. Le respect des choix de la personne et de son autonomie décisionnelle

Il s'agit de créer, pour et avec chaque femme, un climat de confiance libérant la parole et propice au dialogue et au maintien du lien co-constructif sur le sujet alcool. L'établissement d'un climat de confiance réciproque constitue en effet une des dimensions essentielles propres à garantir la qualité d'une relation de soin pérenne et efficiente en termes de diminution du risque alcool. Pour ce faire, cela implique :

- une information juste et claire sur l'alcool, sur la réalité de risques aggravés en condition féminine, sans réduire celle-ci à une fonction reproductive, mais en considérant au contraire toutes les dimensions de la vie des femmes ainsi que tous les intérêts singuliers propres à chacune ;
- un espace parfaitement libre, et dégagé de tout jugement *a priori*, donné à la parole des femmes pour en accueillir les besoins spécifiques et les priorités, même s'ils semblent de prime abord sans lien apparent avec le sujet alcool ;
- le respect de chaque femme, dans sa temporalité et sa liberté de choix à s'engager ou pas dans des évolutions comportementales au moment qu'elle pourra définir elle-même ;
- la reconnaissance de l'expérience, des compétences et des savoirs expérientiels des femmes en matière d'alcool et la valorisation de leur auto-efficacité ;
- la reconnaissance, le respect, la valorisation et le soutien du pouvoir décisionnel et agissant de chaque femme ;
- l'accompagnement de chaque femme dans ses choix, en tenant compte de son environnement spécifique et en laissant toujours la porte ouverte pour préserver le lien et répondre aux besoins tels qu'ils se présentent et quand ils se présentent.

Il s'agit aussi de se tourner (littéralement) vers la personne elle-même. L'*empowerment* et l'autonomie doivent ainsi toujours rester pleinement à l'esprit des professionnels pour que leurs propositions d'accompagnement restent en cohérence avec ces principes. L'expertise collective de l'INSERM parue en 2021 témoigne de cette évolution : « L'utilisateur est acteur de sa santé, et détermine avec l'accompagnant (bénévole ou professionnel) une hiérarchie des risques et un « tempo » des propositions d'aide ou thérapeutiques, permettant au mieux une prise en charge dans la durée » (22).

¹⁸ Le dispositif d'aide à distance « Alcool info service » porté par Santé publique France permet d'accéder aux autres outils numériques et d'orienter vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement. Site consulté en ligne le 14 septembre 2024 : <https://www.alcool-info-service.fr>.

2.4.1.3. Le respect du secret

La question de la confidentialité n'est pas spécifique aux femmes mais s'invite d'autant plus à leur propos qu'elles parlent moins facilement de leurs usages du fait du poids de normes sociales, des jugements et des discriminations à leur égard en matière d'alcool. L'annexe 6 et la fiche outil 12 développent cette question et soulignent que les situations susceptibles de conduire à une mesure de protection judiciaire avec levée du secret professionnel ne sont jamais directement liées à l'alcool en lui-même, l'alcool n'est d'ailleurs pas toujours retrouvé comme facteur associé.

La garantie du respect de la confidentialité

L'usage d'alcool et le rapport qu'une personne entretient avec la substance relèvent de l'intimité. Les motifs qui sous-tendent les usages, leurs contextes, les effets recherchés et/ou subis constituent des éléments de vie personnelle. Il est compréhensible qu'une personne souhaite garder secrets certains de ces aspects de sa propre vie (y compris des violences qu'elle pourrait subir si elle ne souhaite pas et/ou ne s'estime pas prête pour avancer dans cette question).

La confidentialité relève d'un principe déontologique fondamental et opposable à tout professionnel de santé. Il s'agit du secret médical. Les patients experts eux-mêmes doivent le respecter dans la mesure où ils rejoignent une équipe qui y est soumise. Pour rassurer les personnes quant à la non-divulgence d'informations qui les concernent en matière d'alcool, les professionnels peuvent discuter avec chaque personne et se mettre d'accord sur ce qui sera inscrit dans le dossier ou ne le sera pas. Des informations importantes pour l'accompagnement pourront ainsi rester de l'ordre de l'oralité partagée du colloque singulier. Rassurer chaque personne à propos des principes de la confidentialité et de son respect est important. Même si la teneur de ce qui restera confidentiel varie en fonction des situations, des métiers (du sanitaire *versus* du social), des institutions, savoir et être assuré que chaque acteur est soumis à la discrétion professionnelle (y compris vis-à-vis d'un conjoint, de la famille, voire d'autres professionnels si la personne le demande) renforce la confiance et favorise la qualité de la parole, des échanges et partant de l'accompagnement.

Certaines craintes et barrières peuvent encore persister pour les femmes, s'agissant notamment du médecin de famille du fait de sa proximité d'avec toute la famille et l'absence de frontière entre les différents membres de celle-ci. Un témoignage de patiente rapporté par une experte du GT en atteste : « Je n'en ai pas parlé à mon médecin traitant car c'est un médecin de famille. » Entre la crainte d'être jugée au regard de ses fonctions de *care* au sein du foyer familial et de rupture du secret, il faut pouvoir, en cas de blocage, envisager d'autres acteurs, complètement en dehors, où le secret ne risquerait pas d'être brisé auprès des proches et l'absence de tout jugement assurée.

Le choix de l'anonymat et son accessibilité

L'anonymat facilite la prise de contact et libère la parole. Celle des femmes est particulièrement retenue, voire entravée s'agissant de leurs usages d'alcool en conséquence de la stigmatisation subie du fait de leur genre. Afin de déculpabiliser et de favoriser l'accès aux aides et aux soins, les professionnels de premier recours devraient signaler l'existence de structures (physiques et numériques) d'information et d'échanges qui garantissent l'anonymat des personnes.

Les centres de santé sexuelle et les CSAPA font partie de ces structures qui peuvent assurer des prises en charge anonymes. Si les CSAPA ont une obligation d'accueil inconditionnel, de confidentialité et d'anonymat, l'assurance de l'anonymat n'est cependant pas possible dans tous les CSAPA. De même, il n'est pas toujours, ou du moins pas intégralement possible de maintenir

l'anonymat tout au long du parcours, ne serait-ce que pour des raisons pratiques (par exemple, la nécessité de prescription nominative d'examens et/ou de traitements médicamenteux). Dans une démarche de continuité de l'information entre les différents professionnels impliqués, le dossier unique de l'utilisateur doit au minimum pouvoir être identifiable.

Certaines plateformes numériques¹⁹ garantissent aussi l'anonymat (en plus d'être gratuites et sans obligation d'ouverture de compte), ce qui encourage les personnes à consulter via ce média. Il est assez flagrant que les femmes les utilisent plus fréquemment que les hommes, sans compter que cela permet de bénéficier de téléconsultations depuis leur domicile (régulant la question de la charge des enfants) et à des horaires compatibles avec leur vie familiale et professionnelle.

Le signalement éventuel et les mesures de protection judiciaire des mineurs relèvent toujours de situations exceptionnelles

La crainte d'un signalement motivé par la mise en danger des enfants est un frein pour la libération de la parole des femmes et des hommes exposés à l'alcool. Les femmes s'avèrent plus particulièrement inquiètes de perdre la garde de leur(s) enfant(s).

Les femmes doivent être rassurées sur le fait que la consommation d'alcool n'est pas en soi une cause de signalement et que les mesures judiciaires de protection des mineurs relèvent de cadres très stricts et d'indications extrêmement circonstanciées²⁰. Le placement d'un enfant relève de la situation la plus exceptionnelle qui soit, après qu'aucune autre alternative n'a été identifiée et permis de sécuriser suffisamment la situation d'exposition à l'alcool. Il n'implique pas le retrait de l'autorité parentale. Tout un travail pluridisciplinaire est donc possible en amont pour qu'une éventuelle situation de mise en danger de mineurs bénéficie d'interventions médico-sociales (via l'ASE) et judiciaires (via la PJJ) visant à préserver la santé, la qualité de vie et le cadre familial des enfants tout en accompagnant chaque membre de la famille dans une démarche de diminution des risques liés à l'alcool.

Le signalement éventuel de violences conjugales relève de situations de mise en danger vital sans possibilité de s'en protéger

Les situations de violences conjugales relèvent d'une évaluation de la situation, du niveau de risque et d'urgence vitale pour la victime (42). L'évolution récente de la loi (article 226-14-3²¹ introduisant la possible non-application de l'article 226-13²² en matière de secret professionnel) n'implique pas une obligation de signalement par le professionnel de santé mais offre la possibilité de le faire s'il estime en conscience que cela est nécessaire²³ du fait de l'imminence et la gravité de la menace.

¹⁹ Site consulté en ligne le 1^{er} juin 2024 : [Association CaPASSCité \(capasscite.fr\)](https://capasscite.fr)

²⁰ Site consulté en ligne le 1^{er} juin 2024 : [La protection des mineurs en danger | Ministère de la Justice](#)

²¹ Site consulté en ligne le 20 juin 2024 : [Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel \(articles 226-13 à 226-14\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

²² Site consulté en ligne le 1^{er} juin 2024 : [Article 226-13 – Code pénal – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

²³ Site consulté en ligne le 20 juin 2024 : [vademecum secret violences conjugales.pdf \(conseil-national.medecin.fr\)](#)

2.4.2. La diminution du risque alcool des femmes s'appuie sur les objectifs généraux d'accompagnement et des objectifs visant plus spécifiquement la condition des femmes

2.4.2.1. Les objectifs généraux d'accompagnement à une diminution du risque alcool concernent tout autant les femmes exposées à l'alcool mais doivent intégrer les spécificités féminines en la matière

Le premier volet de ce travail dédié au repérage de tous les usages et à l'accompagnement de chaque personne à la diminution de son risque alcool (se référer au chapitre 2.4 de l'argumentaire en population générale (26)) s'adressait à la population générale, autrement dit toute personne, quels que soient son sexe, son genre, son âge, sa situation particulière face à l'alcool. Les femmes sont donc tout autant concernées par tous les objectifs et toutes les possibilités d'accompagnement qui y sont déployés.

Pour autant, il est essentiel, s'agissant des femmes, de toujours avoir à l'esprit et de tenir compte de leurs particulières vulnérabilités à la fois de nature biologique, liées au sexe féminin, et pour des raisons sociétales en lien avec les discriminations de genre qu'elles subissent, y compris au sein des établissements de soin et de la part des professionnels de santé. La majoration de leurs usages (en prévalence de consommatrices) et l'évolution de leurs modalités d'usage (mimant celles des hommes, notamment la pratique du *binge drinking*) constituent un second argument justifiant de renforcer les actions de prévention, de repérage et d'accompagnement de toutes femmes.

Nous reprenons ici les grands axes d'accompagnement visant une diminution du risque alcool déjà développés dans l'argumentaire en population générale (se référer au chapitre 2.4 de l'argumentaire en population générale (26)) en soulignant les points d'attention particulière s'agissant des femmes.

Normaliser et diffuser une démarche visant à diminuer le risque alcool à l'échelle individuelle autant que collective

Cet axe déjà développé dans l'argumentaire en population générale (se référer au chapitre 2.4.1 de l'argumentaire en population générale (26)) est tout à fait applicable à la population féminine et nous en reprenons les points essentiels.

Il est ainsi important de rappeler que si toutes les consommatrices d'alcool n'ont, bien sûr, pas besoin d'une prise en charge médicale de leurs usages, toutes peuvent bénéficier des principes et interventions visant à diminuer leur risque alcool. Accompagner n'est pas traiter une maladie mais correspond à une dynamique visant la préservation de la santé et l'amélioration de la qualité de vie.

De même qu'il n'y a pas certaines femmes qui prendraient des risques et d'autres qui n'en prendraient pas (malgré des degrés très variables de risque propres aux usages de chacune et non exclusivement déterminés par les quantités consommées), diminuer le risque alcool n'est pas une opportunité qui ne concernerait que certaines usagères et certaines modalités d'usage d'alcool. Toutes les femmes peuvent en bénéficier, pour elles-mêmes et pour leur entourage, et plus généralement, pour la société en son ensemble par le biais des impacts sanitaires, sociaux, économiques, judiciaires.

En la matière, l'approche de la RdRD (se référer aux annexes 8, 9, 10 et aux fiches outils 5, 6, 7 du 1^{er} volet en population générale (26) et aux fiches outils 16 et 17 du présent travail dédié aux femmes) répond à une véritable dynamique dont la société, y compris les femmes en leur ensemble, est à la fois demandeuse et s'est déjà en grande partie appropriée. Il s'agit, au-delà de l'objectif commun avec l'ensemble des acteurs impliqués de diminution du risque alcool, d'une autre manière d'**accueillir les personnes avec leurs consommations**. Cet accueil est tout d'abord caractérisé par le principe du

« faire avec », en reconnaissant les usages quels qu'ils soient, sans intention préalable de changement mais dans une dynamique propre à restaurer et maintenir le lien comme facteur fondamental d'accompagnement. Il s'agit aussi d'être littéralement tourné vers la personne dans une **perspective d'autonomie et de renforcement de son pouvoir d'agir (empowerment)** afin de tendre progressivement vers des usages moins nocifs. Une telle démarche peut s'appliquer à toutes modalités de consommation et s'adresse tout autant aux femmes, en tenant compte de leurs spécificités.

Co-construire toutes actions contribuant au pouvoir d'agir (empowerment) des femmes face à l'alcool

Co-construire avec chaque personne un projet d'accompagnement en cohérence avec ses choix propres et ses objectifs personnalisés de qualité de vie constitue un principe fondamental. Le fait d'accompagner la personne dans son cheminement décisionnel et non pas de décider pour elle par le biais de prescriptions injonctives est une condition incontournable de son adhésion au changement vers lequel elle souhaite s'engager. Ce principe universellement valable, tel que déjà développé dans l'argumentaire en population générale (se référer au chapitre 2.4.3.2 de l'argumentaire en population générale (26)), l'est d'autant plus pour les femmes. Celles-ci subissent en effet bien plus d'entraves dans leur liberté de choix, en particulier par rapport aux hommes car elles sont soumises à plus de normes sociales ainsi qu'à des situations de rapport de pouvoir et de soumission qui effacent leur parole, leur désir, leurs besoins. La qualité de la relation de confiance est seule à même de pouvoir libérer cette parole féminine et d'accompagner la personne dans un projet intimement pensé et consenti au regard de sa situation réelle.

Le cadre du premier recours se prête particulièrement à un accompagnement au plus près de chaque femme, en vie et en temps réels. Il permet au professionnel d'orienter immédiatement l'accompagnement en fonction des données du repérage, des besoins spécifiques et de l'objectif propre de chacune au gré de l'analyse qu'ils en ont faite conjointement afin de garantir que ce qui lui est proposé vise bien l'amélioration de sa qualité de vie et respecte ses choix. La diversité des résultats de repérage apporte par ailleurs autant de leviers d'actions possibles à l'échelle quantitative, qualitative, comportementale, situationnelle et au plus près des réalités vécues en termes de pratiques autant que de besoins. *In fine*, à la fois co-construit et fondé sur le principe d'approche globale, le panier d'options, par ce qu'il tient compte de toutes les dimensions de la personne (de son contexte, de son environnement, des dimensions affective, familiale, sociale, économique, professionnelle et toutes autres éventuelles), en est ainsi considérablement élargi.

L'esprit de la RdRD (se référer aux annexes 8, 9, 10 et aux fiches outils 5, 6, 7 du 1^{er} volet en population générale (26) et aux fiches outils 16 et 17 du présent travail dédié aux femmes) se trouve particulièrement en accord avec les enjeux d'un tel accompagnement en premier recours, ou du moins est susceptible de le soutenir activement. Elle propose en effet un accompagnement dynamique, parce que construit au cas par cas et susceptible d'être renouvelé à chaque temps donné, parce qu'ouvert à toutes les options possibles (y compris hors soins et hors options sanitaires, par exemple, au niveau économique, juridique, culturel, relationnel, occupationnel), parce qu'élaboré par et pour chaque personne sur la base de son savoir expérientiel, de ses ressources internes et de son autonomie, dans le respect de ses choix et de sa temporalité.

Multiplier les voies d'entrée pour diversifier l'offre d'accompagnement et répondre à la diversité des situations et des besoins des femmes

Fort de l'ensemble des principes sus-décrits, un projet co-construit, partagé et dynamique d'accompagnement adaptable et s'inscrivant dans la continuité pourra se déployer. Il s'agit alors de diversifier et démultiplier les propositions faites aux personnes afin qu'elles puissent s'emparer d'options au plus près de leurs réalités, de leurs besoins, de leurs priorités, de leurs possibilités, tel que déjà développé dans l'argumentaire en population générale (se référer au chapitre 2.4.4 de l'argumentaire en population générale (26)).

Pour rappel et à titre d'exemple, différentes voies d'entrée propres à contribuer à la diminution du risque alcool chez les femmes comme en population générale sont possibles. Ces portes d'entrée peuvent passer :

- par les besoins spécifiques exprimés (par exemple, le logement, l'emploi, la protection vis-à-vis de violences subies, la souffrance psychologique, etc.) ;
- par les choix et les priorités de la personne (par exemple, la gestion d'un état d'anxiété sociale invalidant avant toute autre considération, l'aide au logement plutôt qu'un accompagnement à modifier ses usages à l'instar du principe dit de *homing first*, la protection vis-à-vis de violences subies au travail plutôt qu'une approche portant sur la vie affective et sexuelle, etc.) ;
- par les risques pris ou encourus (par exemple, les risques affectant son image et son estime personnelles, les risques de l'ivresse, notamment en cas d'API, les risques d'accident, relationnels, sexuels, professionnels, judiciaires, les risques pour la fécondité et la maternité, etc.) ;
- par les effets recherchés (par exemple, les effets anxiolytique, antalgique, sociabilisant, etc.) ;
- par la motivation et l'ambivalence face au changement (notamment via l'approche motivationnelle) ;
- par les difficultés et/ou les ressources internes (par exemple, le fait d'être soumise à une situation de domination et de ne pouvoir en sortir sans aide matérielle tout en disposant d'un réseau amical psychologiquement soutenant) ;
- par les modalités d'usage d'alcool (fréquence, quantité, style de vie, contexte, environnement, etc.), notamment la pratique du *binge drinking* (API) dont la prévalence se majore chez les femmes avec, du fait de sa physiologie, des risques majorés s'agissant des effets aggravés de l'ivresse (perte de contrôle, neurotoxicité, etc.) et une susceptibilité accrue vis-à-vis des agressions par ailleurs plus fréquentes à l'égard des femmes ;
- par la composante addictive de l'usage ;
- etc.

Accompagner chaque femme dans une approche systémique qui intègre tous les déterminants de l'environnement dans lequel ses usages s'inscrivent

Appréhender la question alcool de façon systémique implique de tenir compte de l'ensemble des liens (apparents ou pas) entre les usages d'alcool et l'ensemble des déterminants de la vie d'une femme, à la fois parce qu'ils peuvent constituer une cible d'action pour diminuer le risque alcool, mais aussi parce qu'ils seront amenés à évoluer.

L'approche systémique souligne combien les usages d'alcool sont toujours inscrits dans une situation donnée, parfois très complexe. Ils ne relèvent pas de la seule responsabilité d'une personne mais s'intègrent toujours dans un système qui les influence tout en intégrant les effets. Malgré l'éventuelle déstabilisation pour le système d'un accompagnement visant à aider une personne dans son rapport

à l'alcool (par exemple, la déstabilisation de la vie d'un couple), ne pas tenir compte de tels liens rendrait toute intervention vaine.

Parmi ces liens qui attestent du fait qu'une femme (comme toute autre personne) n'est jamais seule responsable de ses usages, ni seule face à ses usages, ni seule dans les conséquences de son exposition à l'alcool :

- les modalités relationnelles et affectives au sein d'un couple ;
- l'environnement amical (par exemple, un réseau protecteur ou bien au contraire permissif à l'égard de l'usage de substances psychoactives) ;
- le contexte social (par exemple, une situation de précarité) ;
- l'environnement professionnel (par exemple, une situation de maltraitance au travail) ;
- l'entourage d'une femme enceinte (par exemple, l'effet d'incitation à consommer liée aux usages des proches) ;
- les conditions de vie familiale (par exemple, en cas de défaut de répartition des tâches et plus généralement de la charge mentale liée à l'éducation des enfants, leur développement, leur sécurité, leur bien-être ainsi qu'à la gestion d'un foyer) ;
- la situation de périnatalité, les hommes pouvant et devant, tout autant que les femmes, être reconnus dans leur rôle de procréateur, géniteur, parent, nourricier, éducateur, etc. ;
- etc.

Agir sur l'ensemble des déterminants (ou du moins les identifier et en tenir compte) auxquels se trouvent étroitement liés les usages et les risques encourus par une personne fait partie de cette approche globale incontournable pour pouvoir proposer et co-construire un accompagnement à la fois cohérent et réaliste.

Accompagner chaque femme sous l'angle de la santé globale, selon approche biopsychosociale qui intègre les besoins spécifiques des femmes exposées à l'alcool

Il s'agit d'une démarche holistique d'accompagnement où l'alcool ne peut être une question cloisonnée mais impose une approche en globalité et multidimensionnelle selon un modèle psycho-somato-social (26, 300) apte à inclure l'ensemble des enjeux associés à la condition féminine et à la vie des femmes dans toutes ses dimensions et tout au long de son existence ainsi que l'ensemble des besoins spécifiques des femmes. Dans cette optique, toutes les interventions, quels qu'en soient la nature et l'objectif, visant la préservation de la santé et de la qualité de vie des femmes peuvent ainsi, directement ou indirectement, contribuer à la diminution du risque alcool (se référer au chapitre 2.4.5 de l'argumentaire en population générale (26)).

Les problématiques à prendre en considération et pouvant affecter toutes les dimensions de la vie des femmes peuvent donc se situer à de nombreux niveaux. La présente liste vient compléter ce qui est déjà développé dans l'argumentaire en population générale en étayant les questions plus spécifiquement ou du moins plus fréquemment associées à la condition féminine.

- Au niveau somatique :
 - santé gynécologique : le risque alcool est à considérer quelle que soit la période de la vie génitale, y compris la ménopause, et inclut les questions en lien avec l'équilibre hormonal, la contraception, certaines pathologies gynécologiques spécifiques (par exemple, l'endométriose, le syndrome dysphorique prémenstruel, etc., par les douleurs, les difficultés de reconnaissance des troubles et de diagnostic qu'elles provoquent). Systématiser le repérage

alcool dans ce cadre est d'autant plus légitime et important qu'il n'est pas rare que le gynécologue ou la sage-femme puissent être considérés comme un confident par les femmes ;

- risque cancérigène spécifique s'agissant des cancers féminins, dont les cancers du sein attribués à l'alcool en plus des autres cancers répertoriés ;
- les risques de toxicité organique étant majorés chez les femmes, notamment au niveau hépatique et neurologique, une attention accrue est justifiée et un dépistage plus précoce à envisager ;
- fécondité et périnatalité ne sont pas spécifiques à la condition féminine mais sont développées dans ce second volet de travail qui s'y prêtait du fait de la condition de grossesse qui est spécifique aux personnes de sexe féminin.

— Au niveau psychique :

- anxiété : estimée comme plus fréquente chez les femmes, l'anxiété, et particulièrement l'anxiété sociale, justifie une attention spéciale visant à éviter l'usage détourné d'alcool pour tenter de la maîtriser ;
- émotions : les femmes apprécient particulièrement la prise en considération et le travail qui peut être effectué pour les aider dans une meilleure compréhension, appropriation et gestion de leurs émotions plutôt que d'user d'alcool à cet effet ;
- souffrances liées à des situations de domination et/ou d'emprise : sous réserve de leur accord, un soutien psychosocial (incluant le renforcement des compétences psychosociales) peut contribuer à aider les femmes à retrouver de l'estime et de la confiance en soi ainsi que des capacités d'autonomisation et d'émancipation vis-à-vis de telles situations ;
- les pathologies duelles (association à un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou toute autre affection mentale) doivent être considérées chez les femmes comme chez les hommes et justifient une évaluation neuropsychiatrique, le cas échéant via un professionnel de la santé mentale, afin de déployer une prise en charge conjointe et jamais dissociée au risque de provoquer une décompensation de l'une ou l'autre des composantes de la pathologie duelle. Il y a notamment un risque de décompensation psychique en cas de désorganisation des consommations d'alcool, *a fortiori* de sevrage.

En plus de l'annexe 13 et de la fiche outil 10 produites lors du 1^{er} volet de travail en population générale, la fiche outil 13 dédiée à la psychothérapie et aux spécificités des femmes en la matière développe ces questions et enjeux d'accompagnement.

— Au niveau addictologique :

- l'usage d'autres substances psychoactives dont les psychotropes et les opioïdes ;
- les conduites addictives non liées aux substances comme les TCA qui y sont affiliés mais pouvant s'inscrire dans le registre des pathologies duelles.

— Au niveau de la sexualité et la santé sexuelle :

La sexualité est ici appréhendée distinctement, s'agissant d'une dimension transversale et typiquement multidimensionnelle de la santé (des femmes autant que des hommes) impliquant au minimum le somatique et le psychique. Il s'agit d'appréhender la sexualité comme une question à part entière de santé et de qualité de vie, à travers les problématiques intriquées aux usages d'alcool suivantes :

- violences sexuelles et sexistes (passées et/ou présentes) ainsi que psychotraumatismes reliés : l'exposition à l'alcool favorise ce type d'agression, altère le consentement, les capacités d'appréciation du danger et de défense ;
- santé sexuelle, s'agissant entre autres de la prévention des IST et des agressions sexuelles. Il s'agit de libérer la parole et de favoriser le dialogue sur les prises de risque et les modalités de protection à l'aune d'une vulnérabilité accrue par l'alcool ;
- bien-être sexuel, s'agissant de l'épanouissement dans la vie sexuelle. En la matière, plusieurs items sont impliqués : l'intimité, la libido et ses variations, le désir et le consentement (l'alcool favorisant des relations non désirées et pouvant agir comme médiateur dans un couple, y compris lorsqu'il n'y a plus de désir), l'image de soi (la désinhibition, la dévalorisation du corps, la perte de plaisir sous l'effet de l'alcool).

La question de la vie et de la santé sexuelles pouvant donc clairement constituer une porte d'entrée sur les consommations d'alcool et le rapport à l'alcool, il est important d'ouvrir le dialogue sur le sujet. Il s'agit aussi de lutter contre les phénomènes d'autodénigrement et d'autoculpabilisation en cas d'agression subie en situation d'alcoolisation afin de libérer la parole et d'accompagner ces personnes dans leur parcours de reconnaissance au titre de victime.

- Au niveau social, il s'agit de contribuer à :
 - l'autonomie, y compris via une assistance matérielle (par exemple, aide au logement, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)), car cela peut contribuer à réduire si ce n'est prévenir les relations de pouvoir et d'emprise ;
 - l'insertion socioprofessionnelle au regard des discriminations liées au genre au niveau de l'emploi et des conditions de travail ;
 - le soutien social et socio-éducatif centré sur le développement des enfants, notamment en cas de monoparentalité, ce qui peut impliquer une coordination avec la médecine scolaire (par exemple, pour l'aide aux devoirs scolaires), l'intervention d'éducateurs spécialisés, de la guidance parentale ;
 - toute aide (au-delà de la mobilisation du co-parent éventuel pour la répartition des tâches) visant à soulager la charge mentale des femmes, que ce soit au niveau professionnel (via la médecine du travail), au niveau des responsabilités maternelles et familiales, éventuellement en cas de difficultés au sein du foyer (via une aide à domicile, notamment par le biais de techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF), une assistance sociale de secteur ou par le biais de la PMI, des associations des parents).
- Au niveau juridique, il s'agit de favoriser :
 - la protection à l'égard des violences (quelles qu'elles soient) ;
 - le respect des droits des femmes, en orientant notamment vers le Centre national d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF) ;
 - le soutien judiciaire.

2.4.2.2. Retour sur les différentes modalités d'accompagnement en premier recours à l'aune de la condition féminine

Tenir compte des vulnérabilités liées au genre et au sexe féminins ainsi que des spécificités des femmes en matière de modalités d'usage d'alcool (incluant les contextes et environnements) et en

matière de risques et de dommages ne modifie pas la nature des modalités d'accompagnement qui sont reprises brièvement dans ce chapitre. Cela invite en revanche à un effort conscient et constant de délestage des représentations liées au genre car elles sont sources d'inégalité d'accès aux soins et de leur qualité. Cela invite aussi à garder à jour ses connaissances en matière de risques toxiques des usages féminins d'alcool pour adapter les prises en charge (y compris en termes d'informations et de dépistage) en conséquence.

L'approche motivationnelle

Se référer aux chapitres 2.4.2, et notamment 2.4.2.2 ainsi qu'à l'annexe 12 et la fiche outil 8 du premier volet de production en population générale (26).

Il n'y a pas de spécificité s'agissant des femmes et celles-ci peuvent bénéficier d'une approche motivationnelle comme toute autre personne, que ce soit via l'intervention brève du RPIB, l'usage de l'entretien motivationnel et/ou de la balance décisionnelle. Pour autant, l'approche motivationnelle chez les femmes contribue à l'estime de soi, au sentiment d'efficacité personnelle, aux relations interpersonnelles et à la diminution des usages d'alcool. Elle favoriserait la transition vers un travail psychothérapeutique à plus long terme et avec d'autres objectifs.

L'approche psychothérapeutique

Se référer au chapitre 2.4.5.2 ainsi qu'à l'annexe 13 et la fiche outil 10 du premier volet de production en population générale (26). S'y ajoute la fiche outil 13 dédiée à la psychothérapie et aux spécificités des femmes en la matière.

Dans l'accompagnement des personnes en difficulté avec leurs usages d'alcool, il est important de donner à entendre qu'il est possible de gérer la détresse autrement qu'avec l'alcool et d'obtenir un soutien psychologique non jugeant. Le soutien psychologique fait en effet partie des options d'accompagnement des personnes en situation de souffrance psychologique et pouvant notamment user de l'alcool de façon détournée (à visée antalgique, anxiolytique, relaxante, hypnotique, etc.). Il s'avère que les femmes sont plus en demande de thérapies qui leur permettent d'approfondir la compréhension de leur situation et de leurs difficultés. Pourtant, un tel soutien (mais cela peut aussi affecter d'autres modalités d'accompagnement) n'est pas toujours aisé à mettre en place pour des raisons de temps à trouver et à s'accorder pour elles-mêmes ainsi que d'organisation.

L'approche systémique est particulièrement intéressante dans la reconnaissance du fait que les consommations d'alcool sont à la fois un vecteur de la relation et s'intègrent dans un système (familial, amical, professionnel, etc.) auquel elles sont liées. Des thérapies familiales et de couple peuvent être proposées et surtout le fait d'informer, de former, de préparer et d'accompagner l'entourage. L'objectif étant de bouger des postures figées au sein de systèmes organisés autour de l'usage, les changements peuvent venir perturber l'économie du système, chaque personne ayant une fonction dans le système, y compris la personne en difficulté avec l'alcool. La systémie fait partie des thérapies brèves et vise un avenir autrement, concrètement différent.

Le travail sur les compétences psychosociales (CPS)

Se référer au chapitre 2.4.5.2 ainsi qu'à l'annexe 15 et la fiche outil 9 du premier volet de production en population générale (26).

L'accompagnement en termes de CPS est particulièrement apprécié des femmes alors même qu'il n'y a pas dans cet axe d'intervention de spécificités particulières s'agissant des femmes. Il s'agit d'une approche capacitaire visant le renforcement des aptitudes des personnes en termes de compétences cognitives, sociales, émotionnelles conformément à la classification proposée par SPF (301).

Parmi des enjeux de ce type d'intervention qui seraient susceptibles de concerner peut-être plus souvent des femmes, on peut proposer : la capacité à pouvoir dire non et à l'assumer (connaissance de soi, assertivité), à identifier et comprendre ses émotions, à pouvoir préserver de la place pour soi ainsi qu'à reconnaître que ses besoins sont aussi légitimes que ceux des autres (attention à soi), à ne pas se dévaloriser (outil-évaluation positive), etc.

Les professionnels de premier recours aptes à accompagner le travail sur les CPS incluent les chargés de prévention, les acteurs de la RdRD, tous les chargés de développement, notamment en santé mentale et dans le domaine du rétablissement (psychologues, intervenants sociaux, etc.).

La RdRD en matière d'alcool

Se référer aux chapitres 1.8 et 2.4.1 de l'argumentaire ainsi qu'aux annexes 8, 9, 10 et fiches outils 5, 6, 7 du premier volet de production en population générale (26). S'y ajoutent les fiches outils 16 et 17 du présent travail à l'apport de la RdRD dans la diminution du risque alcool des femmes, y compris chez les plus jeunes (période scolaire de collège et lycée) et en période périnatale.

L'approche de type RdRD n'est pas genrée et peut être proposée par tout acteur œuvrant pour la santé. Il n'y a donc pas d'adaptation particulière s'agissant des femmes mais toujours un accueil inconditionnel, déstigmatisant et visant à accompagner chaque femme dans la réalité de ses usages pour l'aider à en réduire les risques dans la mesure de sa situation, de ses choix prioritaires et de ses ressources personnelles. Conformément aux fondements qui sont à l'origine de la RdRD, une femme est, comme toute autre personne, soucieuse de santé et toujours désireuse de pouvoir diminuer ses risques en dépit de ses usages d'alcool. Cette règle est aussi valable s'agissant de parents. Ainsi, ce n'est pas parce qu'une femme (ou un homme) s'alcoolise qu'elle (il) n'aime pas son enfant et/ou qu'elle (il) n'est pas soucieuse(x) de sa santé, de son développement et de s'en occuper aussi bien que possible. Malgré ses usages d'alcool (y compris durant la grossesse), une femme souhaite, comme toutes les autres mamans, que son enfant aille bien. C'est bien ce type de dilemme, celui de protéger son bébé malgré ou avec un TUA (addiction à l'alcool), que la RdRD permet d'accueillir différemment et en ouvrant toutes les portes possibles permettant de préserver le lien et l'accès à toutes aides (sanitaires, sociales) et modalités possibles de réduction des risques liés à l'alcool.

2.4.2.3. Certains objectifs et axes d'intervention possibles sont plus souvent et plus significativement associés à la condition des femmes exposées à l'alcool sans pour autant être spécifiques

Certains points s'avèrent clés dans l'accompagnement des femmes exposées à l'alcool (5). Bien qu'aucun d'entre eux ne soit spécifique de la condition féminine, leur développement dans ce second volet du travail qui leur est consacré est pertinent pour l'argument de l'association bien plus fréquente chez les femmes exposées à l'alcool. Il n'en demeure pas moins que pour être plus caractéristiques de la situation des femmes, ils peuvent concerner bien des situations vécues par les hommes. Ce chapitre contribue à l'accompagnement de toute personne, quels que soient son sexe et/ou son genre, à éclairer des situations de particulière vulnérabilité vis-à-vis de l'alcool (comme cause et/ou

conséquence), dont l'éclairage et l'accompagnement sont particulièrement utiles non seulement pour diminuer le risque alcool, mais aussi et surtout œuvrer à la santé et qualité de vie des personnes.

Pour accompagner les femmes face à l'alcool dans la diversité de leurs besoins, certains axes particuliers de vigilance et d'intervention possibles peuvent être identifiés du fait de leur lien direct ou indirect avec l'exposition à l'alcool, avec ses modalités d'usage et les conséquences qu'il provoque. Bien que non spécifiques de la condition féminine, l'argument de leur fréquence d'occurrence plus importante chez les femmes conduit à les développer dans ce second volet de travail dédié aux femmes mais ils sont en réalité applicables quels que soient le sexe, le genre, l'âge, la situation particulière d'une personne donnée si elle est effectivement concernée (par exemple, par des violences subies, une situation d'emprise, etc.). Il est important d'identifier de telles situations car y travailler contribue non seulement à améliorer la qualité de vie des personnes, mais également à diminuer le risque alcool, sans avoir pourtant ciblé directement l'usage mais en modifiant le rapport de la personne au produit et en agissant sur les raisons qui étaient jusque-là les siennes de consommer (par exemple, consommer de l'alcool pour mieux supporter les violences subies).

Ces axes d'intervention possible incluent les points suivants.

Les rapports de pouvoir et les situations d'emprise

En dépit d'évolutions sociétales, les femmes demeurent l'objet de rapports de pouvoir et de domination. Une situation d'emprise ou du moins de domination trop prégnante à leur rencontre peut constituer un facteur contributif d'usages problématiques d'alcool par les femmes qui en sont victimes.

Que de telles modalités relationnelles se soient instaurées avec des proches (partenaire, membres de la famille, amis, etc.) ou avec d'autres personnes (par exemple, collègues de travail), il est possible d'en limiter les effets délétères en aidant la personne à en prendre conscience et à restaurer une maîtrise de ses choix personnels. Par effet de ricochet, cela peut constituer une opportunité de diminuer le risque alcool si des usages trouvaient leur ancrage dans une telle configuration.

Mais il est parfois difficile d'atteindre la personne sous emprise du fait de l'omniprésence de la personne dominatrice et de sa propre difficulté. Il est alors important d'aider aussi les auteurs.

Prévenir ces situations et lutter contre leurs effets toxiques passe aussi par la prise en compte du contexte social et par le développement des compétences psychosociales comme facteur d'autonomisation de la personne. Le chapitre 2.4.5.2 ainsi que l'annexe 15 et la fiche outil 9 du premier volet de production en population générale (26) y sont consacrés.

Les violences

La consommation d'alcool, *a fortiori* l'état d'ivresse alcoolique, constitue un important facteur de vulnérabilité à l'égard des violences, en y contribuant et/ou en les subissant (perturbation du jugement, défaut d'appréciation des situations à risque, affaiblissement des capacités défensives, etc.). Bien que les hommes puissent aussi être victimes de violences, ils en sont plus souvent les acteurs. S'agissant des femmes, la question est donc plus généralement celle des violences qu'elles subissent et l'intrication avec leur niveau d'exposition à l'alcool.

Inversement, les violences constituent donc également un facteur de vulnérabilité à l'égard de l'alcool. Toute personne (quels que soient son sexe et/ou son genre) victime de violences subit aussi un risque accru en matière d'alcool, *a fortiori* s'il est manifestement associé au contexte de violences (par exemple, boire pour tenter de moins souffrir des violences d'un partenaire intime). Toutes les sortes

de violences, qui peuvent être associées les unes aux autres, justifient d'être prises en considération afin de lutter contre leur occurrence et pérennisation ainsi que parce qu'elles constituent un facteur de risque d'usages problématiques d'alcool : négligence, agressions physiques, sexuelles et sexistes, violences psychologiques (pouvant renvoyer au point précédent relatif aux rapports de pouvoir et d'emprise, mais aussi aux situations d'humiliation et manifestations de mépris), isolement matériel (par exemple, en privant la personne de moyens financiers). Les effets traumatiques et le climat d'insécurité dans lequel vivent certaines femmes en conséquence peuvent venir renforcer les mécanismes de consommation d'alcool.

Aborder cette problématique est délicat, complexe, mais essentiel. Favoriser l'alliance et donner du temps, sans contrainte, à la personne est indispensable pour éviter les réactions défensives, de fuite et de renoncement, et pouvoir ainsi l'accompagner dans le respect de sa temporalité et de ses objectifs de qualité de vie. Pour ce faire, il est essentiel d'assurer de l'écoute et de l'accueil en toutes circonstances, fournir toutes informations et tous liens permettant de mieux comprendre sa situation (par exemple, via l'usage du violentomètre²⁴) et d'accéder aux aides²⁵ et accompagnements, notamment associatifs (associations de femmes) et de soutien social.

Pour autant, si agir sur la dimension des violences subies contribue à diminuer le risque alcool, il est essentiel de ne pas amalgamer violences et alcool. Bien que fréquemment associée (l'usage d'alcool étant constaté dans 30 % des cas de violences faites aux femmes et de féminicides), la consommation d'alcool n'explique pas à elle seule les violences (suivant les mêmes statistiques, l'alcool n'est pas retrouvé dans les 70 % restants). La question des violences faites aux femmes (lesquelles, passées et/ou actuelles, doivent bénéficier d'un repérage systématique) fait ainsi l'objet de travaux à part entière (42).

Le psychotraumatisme

Le psychotraumatisme (annexe 3) est étroitement associé à l'occurrence d'usages problématiques d'alcool et justifie un accompagnement spécifique. Son repérage impose tact et délicatesse, s'inscrivant dans le climat de confiance et d'alliance précédemment détaillé, favorisant une parole non contrainte et adaptée à la temporalité de chaque personne (se référer au chapitre 2.4.1 du présent argumentaire ainsi que celui développé dans le volet consacré à la population générale) (26).

Il s'agit d'être à l'écoute et d'accueillir tout type de psychotraumatisme, y compris très ancien (par exemple, survenu dans l'enfance, tel que le décès précoce de personne soutenant, des violences éducatives, des carences affectives précoces), et notamment les antécédents d'agression sexuelle (44)), y compris les violences sexuelles et sexistes émanant de professionnels de santé (par exemple, à l'occasion d'un examen gynécologique) et/ou au sein des établissements de santé, notamment les traumatismes gynéco-obstétricaux (par exemple, un accouchement traumatique, une fausse couche, une IVG, etc.).

Malgré les inégalités territoriales en termes d'accès à une prise en charge spécialisée des psychotraumatismes et les délais d'attente, il est important d'informer sur les différents dispositifs et structures d'accueil possibles :

- certains CSAPA et ELSA disposant d'une compétence en psychotraumatismes ;
- centres experts en psychotraumatisme ;

²⁴ Site consulté en ligne le 10 mai 2024 : [Un outil pour lutter contre les violences faites aux femmes | La préfecture et les services de l'État en région Bretagne \(prefectures-regions.gouv.fr\)](https://www.prefectures-regions.gouv.fr/)

²⁵ Site consulté en ligne le 10 mai 2024 : [Page d'accueil | Arrêtons les violences \(arretonslesviolences.gouv.fr\)](https://www.arretonslesviolences.gouv.fr/)

- unités de victimologie ;
- maisons des femmes ;
- patients experts.

Les psychothérapies courtes sont favorisées de même que les techniques d'accompagnement telles que l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires ou EMDR.

Les émotions

Travailler à partir des effets recherchés (par exemple, effet de récompense, recherche d'anxiolyse, besoin de distanciation par l'ivresse, etc.) avec l'alcool permet d'entrevoir le lien étroit qui peut exister, chez une personne, entre ses émotions et ses usages (par exemple, boire de l'alcool pour anesthésier des émotions trop intenses). Il s'agit de mettre à jour et d'articuler des consommations d'alcool avec des états émotionnels et des contextes donnés (par exemple, un moment en famille, une situation sociale en présence de personnes nouvelles, etc.). Les consommations d'alcool peuvent en effet être très différentes selon les situations et les contextes, que ce soit entre les individus, ou chez un même individu.

La roue des émotions (fiche outil 13 et annexe 9 du présent travail) peut être un outil utile pour identifier et nommer ses émotions. Si prendre conscience du lien qui a pu se nouer avec l'alcool et l'accepter pour pouvoir tenter de le moduler n'est jamais évident, cela peut pourtant aider une personne dans sa vie sociale et dans la stabilisation de ses émotions sans avoir forcément besoin d'user d'alcool à cet effet.

La question des émotions se pose quelles que soient les modalités d'usage d'alcool et surtout très précocement dans l'histoire des usages. Il s'agit notamment des plus jeunes consommateurs confrontés à l'intensité et la diversité de leurs émotions en contexte de socialisation, d'émancipation, d'entrée dans la vie sexuelle et dans la vie d'adulte. Les premiers risques (le plus souvent des risques immédiats et particulièrement sévères comme ceux relevant de l'accidentologie), affectant les plus jeunes, interviennent effectivement dans la dimension sociale de la vie. Il s'agit de fait d'une période de la vie où les émotions, ne pouvant être nommées, se voient substituées par les sensations. De tels risques se situant bien en amont des situations de TUA chronique, ils relèvent bien du repérage et d'interventions dans le cadre du premier recours. Parmi celles-ci, des techniques de stabilisation émotionnelle, comme la technique de cohérence cardiaque et de respiration, mais aussi la méditation, permettent d'éduquer ses émotions. Le développement et renforcement des compétences psychosociales, en l'occurrence les compétences émotionnelles (gestion des émotions, régulation du stress, *coping*) (annexe 15 et fiche outil 9 du premier volet de production en population générale (26)) ainsi que le soutien psychothérapeutique permettant une meilleure compréhension de soi (annexe 13 et fiche outil 10 du premier volet de production en population générale (26)) peuvent aussi beaucoup aider les personnes concernées.

L'isolement social et la dimension occupationnelle

L'intérêt autour de la question de la vie sociale et du fait de devoir s'en soucier très précocement repose sur plusieurs constats qui en soulignent l'importance. L'isolement social favorise les usages problématiques d'alcool tout en constituant une conséquence délétère possible de tels usages. Et, plus les situations s'aggravent vis-à-vis de l'alcool (entrée dans le TUA, pérennisation et/ou évolution vers une forme de plus en plus sévère), plus l'isolement se majore et contribue, par le fait d'une boucle

d'amplification vicieuse, à priver les personnes d'autres activités que celle de se procurer et de consommer de l'alcool. Le lien social participe ainsi à la prévention des usages problématiques d'alcool, dont les TUA.

Désisoler et lutter contre l'inactivité et l'ennui constituent ainsi des axes d'intervention essentiels. Pour ce faire, diverses options non exclusives sont importantes à considérer et à proposer :

- les groupes de parole, notamment au sein d'associations, mais aussi en HDJ ;
- les alternatives à l'alcool en soulignant leurs vertus occupationnelles, socialisantes, valorisantes, apaisantes : activité physique, relaxation, méditation, rencontres culturelles, etc. Il s'agit aussi de retrouver le goût des tâches habituelles (préparer un repas) et du plaisir dans autre chose que la consommation d'alcool ;
- la valorisation de l'entourage en l'accueillant (s'agissant en l'occurrence d'une mission obligatoire pour les CSAPA) et en l'aidant afin qu'il puisse continuer à œuvrer comme ressource pour la personne proche qui serait en difficulté avec l'alcool ;
- l'aide au maintien ou à la restauration du lien social et dans l'emploi, notamment en termes de réinsertion (CHRS) et/ou réorientation professionnelle, mais aussi d'apprentissage à l'instar du modèle TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) accueillant les jeunes de 16 à 25 ans en situation de précarité²⁶. Ce programme est inspiré du programme canadien de réinsertion sociale par le travail ;
- l'aide à l'identification et l'appropriation par la personne de son réseau sanitaire, social, associatif, etc., de proximité ;
- l'encouragement et l'accompagnement de la personne à retrouver une vie sociale, rétablir un réseau social, à développer les liens ressources existants, à s'orienter vers des activités socialement favorables et des environnements protecteurs, c'est-à-dire à même d'offrir l'opportunité et de garantir des liens non jugeants et non stigmatisants.

Les conduites alimentaires et l'état nutritionnel

Alimentation et consommation d'alcool sont étroitement liées. Par le fait d'une tradition bien ancrée en France, la consommation de boissons alcoolisées accompagne de nombreux repas, y compris en dehors de tout contexte festif. Au titre d'un rituel culturel, elle contribue ainsi à l'habitude et au risque d'évolution vers un TUA. Les usages d'alcool peuvent aussi influencer les conduites alimentaires et l'état nutritionnel en les déséquilibrant. Par l'effet d'ivresse, de satiété et/ou de déshydratation induit par l'alcool, il peut perturber l'alimentation (repas remplacé par l'apéritif, voire repas qu'on néglige ou auquel on renonce ou que l'on oublie), ce qui majore les états d'ivresse, la toxicité neurologique et peut induire à la longue des carences nutritionnelles (notamment vitaminiques et protéiques). L'alimentation, comme l'hydratation ou le sommeil, constitue un besoin primaire fondamental à préserver mais qui peut être gravement affecté par les usages d'alcool. L'installation de cette interaction nocive peut survenir de façon manifeste (repas manqués, renoncement à la préparation des repas, fluctuations pondérales significatives, etc.) ou bien au contraire de façon insensible et torpide, justifiant pleinement un dépistage systématique de l'état nutritionnel.

Usage d'alcool et **chirurgie de l'obésité** (gastroplastie, sleeve, by-pass) représentent aussi une association morbide significativement retrouvée. Les conséquences délétères de ce type de chirurgie vis-à-vis de l'alcool sont multiples : pics d'alcoolémie majorés, toxicité majorée de l'alcool du fait de

²⁶ Site consulté en ligne le 11 juillet 2024 : [TAPAJ, travail alternatif payé à la journée | TAPAJ France](#)

repas en plus faible quantité, reprise pondérale liée aux calories alcooliques, déséquilibre nutritionnel, risque accru de TUA (259).

Sans être spécifiques des femmes, les usages féminins d'alcool peuvent plus souvent aussi s'associer à des préoccupations psychocorporelles et à différents types de **troubles des conduites alimentaires (TCA)** qu'il est important de catégoriser (hyperphagie, boulimie, anorexie). La forme extrême de l'alcoolorexie décuple les risques de toxicité liée à l'alcool (notamment neurologique et digestive) et de dénutrition du fait du remplacement des apports alimentaires par l'alcool (alors même que ces derniers représentent des calories vides) et de la déshydratation. Le TCA est généralement apprécié au titre de comorbidité psychiatrique justifiant de classer cette association comme pathologie duelle avec comportement addictif.

L'orientation des personnes concernées est difficile, variable selon les régions. Même si ces situations ne relèvent habituellement pas des CSAPA, la porte d'entrée devrait être addictologique (et non pas alimentaire) du fait de la composante addictive des TCA tout en ouvrant à une prise en charge pluridisciplinaire apte à assurer une coordination entre l'addictologie, la santé mentale (psychiatrie, accompagnement psychologique), mais aussi les soins somatiques au regard des risques médicaux majorés (conséquences des carences nutritionnelles multiples, des vomissements, des ulcères digestifs ainsi que potentialisation de tous les effets toxiques de l'alcool), l'accompagnement diététique et buccodentaire (dentiste).

L'image de soi, l'estime de soi, le rapport au corps (41, 106, 113)

À défaut de changements sociétaux autour de l'hyper-valorisation d'une certaine esthétique du corps féminin et la pression sociale qui en résulte, il est important de pouvoir accueillir chaque femme en déconstruisant ces normes. Leurs impacts délétères sont très puissants : injonction de forme, perturbation et dégradation de l'image de soi, dysmorphophobie, effacement de l'identité singulière, etc. Les usages féminins d'alcool peuvent trouver leur origine dans ce type d'injonction normative, soit parce que boire fait désormais partie de ces normes favorables de féminité, soit que le décalage perçu entre l'attendu de ces normes et la situation individuelle provoque une souffrance, notamment du fait des effets délétères précédemment cités, que l'usage d'alcool tenterait de soulager.

Renforcer l'estime de soi fait ainsi partie des axes essentiels de travail et implique une posture d'accueil et d'écoute inconditionnels et sans jugement, basée sur le fait de ne jamais renvoyer une image négative à la personne. Ce travail sur l'estime de soi, qui vise à restaurer une image favorable de soi et à retrouver confiance en soi, passe par :

- la déconstruction des représentations et des normes sociales considérées comme attendues afin de réduire la pression qui pèse sur le corps des femmes (particulièrement les plus jeunes, notamment la génération des moins de 30 ans) et valoriser la singularité et les choix individuels de chaque femme ;
- la déconstruction de la stigmatisation perçue et de l'autostigmatisation (c'est-à-dire autoprovoquée), particulièrement toutes les croyances négatives que la personne a développées sur elle-même et son sentiment de honte favorisé par le jugement social très puissant. Cela implique un travail de déculpabilisation ;
- la valorisation de tout ce qui peut être valorisé (y compris les « petites choses ») et la mobilisation de la dimension capacitaire des personnes (en évitant de ne voir que ce qui est en creux). Rappeler par exemple que le recours à l'alcool a d'abord constitué une stratégie de compensation et/ou d'adaptation (à défaut d'en avoir une autre à disposition) (167) et donc une solution plutôt qu'un processus autodestructif. Cela permet de reconnaître la personne

dans sa capacité à juger de la balance bénéfices/risques de ses comportements d'usage. Cela aide aussi la personne à identifier et apprécier tous progrès, même ceux qui semblent infimes en apparence (par exemple, valoriser la personne dans le fait d'avoir pris contact et exprimé des difficultés rencontrées) pour sortir d'une spirale de dévalorisation et d'échec ;

- le développement des compétences individuelles et le renforcement des compétences psychosociales permettent de renforcer le pouvoir d'agir des femmes (*empowerment*) (annexe 15 et fiche outil 9 du premier volet de production en population générale (26)).

Améliorer l'image de soi et restaurer un rapport apaisé, respectueux, voire valorisé à son propre corps et à son intimité peut passer par un certain nombre d'actions, non exclusives les unes des autres, et justifiant de solliciter et faire intervenir des partenaires diversifiés :

- la libération et le partage de la parole : les groupes de parole entre pairs (annexe 10 et fiche outil 14 du présent volet de travail), notamment dans le cadre d'associations, sont essentiels car ils permettent aux femmes d'être accueillies dans le respect de leur dignité et de se projeter pour elles-mêmes dans des évolutions favorables toujours possibles, mais aussi les entretiens motivationnels menés par les professionnels et visant à offrir à la personne un espace de verbalisation de ses difficultés et ses besoins ;
- la prévention de la fatigue, la prise en charge des troubles du sommeil ;
- la prévention de la douleur (physique et morale) : sophrologie, algologie, etc. ;
- l'activité physique (marche, yoga, Pilates, tai-chi, etc.) ;
- la socio-esthétique contribue au respect de son propre corps, à la réappropriation de sa féminité et à la restauration d'une image de soi valorisée, par l'attention et les soins portés notamment au visage et aux mains ;
- les bienfaits de l'eau : piscine et bains (par leur effet d'enveloppement et de restauration des perceptions de son propre corps), cures thermales, etc. ;
- les bienfaits du toucher, y compris grâce à des ateliers dédiés au toucher de son propre corps par soi-même ;
- l'équilibre et le bien-être nutritionnels : travail sur l'hygiène alimentaire, sur la préparation des repas et le plaisir induit, sur la gestion des consommations d'alcool par rapport aux prises alimentaires (ne pas consommer à jeun, *a fortiori* en ayant faim, éviter les aliments et repas trop salés, etc.) et l'état d'hydratation (la déshydratation aggrave la toxicité de l'alcool, quelle que soit la modalité d'usage d'alcool) ;
- la gestion des émotions, en se les réappropriant, et plus généralement le soutien psychologique (se référer au chapitre 2.4.5.2 ainsi qu'à l'annexe 13 et la fiche outil 10 du premier volet de production en population générale (26) ainsi qu'à la fiche outil 13 du présent volet de travail dédiée à la psychothérapie et aux spécificités des femmes en la matière) ;
- le soutien social est essentiel au regard du fait qu'il contribue non seulement à améliorer la situation matérielle, à favoriser l'accès aux aides, à réduire l'isolement, mais aussi en œuvrant à prévenir les effets délétères de l'ancrage d'une image de précarité et/ou d'une condition sociale inférieure et infériorisée au profit d'une dynamique ouverte sur le changement et l'évolution d'une condition.

2.4.2.4. Œuvrer à diminuer les risques liés à l'alcool pour la périnatalité ne peut se restreindre aux femmes mais doit passer par une approche systémique et collective

Si la périnatalité ne fait pas spécifiquement l'objet du présent travail, elle n'en est pas moins une période particulièrement à risque et de fait affectée par les usages d'alcool. Si le sujet de l'exposition à l'alcool est traditionnellement restreint à la seule période de gestation (ce dont témoigne l'abondance de publications scientifiques et institutionnelles sur le sujet) et donc aux femmes qui se savent enceintes, il s'avère que la période de risque est bien plus étendue et concerne autant les femmes que les hommes, y compris hors grossesse (phase préconceptionnelle et conceptionnelle, phase de parentalité).

Œuvrer à diminuer les risques liés à l'alcool pour la périnatalité (pour de futurs enfants, mais aussi pour la fécondité et la santé des femmes) implique une attention adressée à chaque femme, mais aussi chaque homme tout autant concerné (comme géniteur, comme parent, comme partenaire, comme entourage) et conséquemment à la société en son ensemble dans une démarche systémique.

Diminuer le risque alcool pour la périnatalité implique un accompagnement des futurs géniteurs dès en amont de la conception

Même s'il n'est jamais trop tard pour diminuer les risques liés à l'alcool pour la périnatalité, ne cibler que les femmes qui se savent enceintes ne suffit pas. Les risques existent bien en amont du diagnostic de grossesse. L'exposition des gamètes femelles et mâles à l'alcool non seulement est délétère pour la fertilité et l'implantation embryonnaire (risque de fausse couche), mais est aussi à risque d'effets tératogènes (malformations) et de TSAF (dont la neurotoxicité) pour un éventuel enfant à naître. Accompagner les personnes susceptibles de procréer (femmes et hommes, que ce soit dans le cadre d'un projet de grossesse ou du fait de l'arrêt/absence de contraception) à diminuer les risques pour la périnatalité doit s'initier en amont de la conception.

En l'absence de seuil de toxicité de l'alcool et de toute prévisibilité des effets de l'exposition à l'alcool, le principe de précaution (zéro alcool) est applicable dès le désir d'enfant et/ou l'arrêt d'une contraception, pour les femmes et pour les hommes (50), afin de prévenir les conséquences toxiques de l'alcool en phase préconceptionnelle et durant la conception. Le message de s'arrêter de boire lorsque l'on arrête sa contraception et que l'on met en route une grossesse est considéré comme très utile mais il n'est pas assez passé chez les jeunes femmes futures mères et chez les hommes futurs pères (274).

Outre les messages de prévention à l'échelle de la santé publique et au gré du suivi de premier recours, notamment en médecine générale, auprès des sages-femmes et gynécologues, mais également en structure d'AMP, en centre de santé sexuelle, etc., certains moments de vie en amont de la conception peuvent s'avérer particulièrement favorables à la réceptivité de l'information relative à l'alcool et aux changements de comportement s'agissant de l'usage de substances psychoactives. Il s'agit par exemple de l'installation en couple, d'un souhait d'arrêt de contraception et de grossesse, d'un désir d'enfant, d'un projet familial et éducatif dans une perspective globale de parentalité. Ces moments sont de véritables opportunités pour appréhender différemment l'information sanitaire, se préparer à modifier son rapport à l'alcool, changer de comportement d'usage, œuvrer à des environnements favorables à sa santé et sa qualité de vie en cohérence avec ses objectifs de parentalité. C'est précisément l'objectif de la consultation préconceptionnelle (recommandée depuis 2009) (274, 298) que de permettre aux personnes d'anticiper les adaptations comportementales utiles à la prévention des risques liés à

l'alcool pour la fertilité, le déroulement de la grossesse, la santé de la femme enceinte et d'un futur enfant.

Accompagner les personnes dans cette démarche s'appuie sur les modalités habituelles d'intervention visant la diminution du risque alcool grâce à des évolutions comportementales : intervention brève répétée et/ou approche motivationnelle, soutien psychosocial, renforcement des compétences psychosociales, etc., comme développé dans le premier volet de production en population générale (26). En cas d'impréparation ou de préparation insuffisante quant à une évolution de ses usages de substances psychoactives, il est utile de rappeler que la contraception constitue un moyen efficace pour prévenir non seulement une grossesse imprévue, mais également l'occurrence de TSAF (89). Couplé à l'impact significativement favorable de l'intention de grossesse sur les comportements d'usage (notamment d'alcool et de tabac) (302), le maintien temporaire d'une contraception permet aux personnes de tendre, à leur rythme, vers leurs objectifs.

Diminuer les risques liés à l'alcool durant la grossesse

Ce chapitre ne sera pas développé car ce sujet fait déjà l'objet de nombreux travaux et recommandations sanitaires. Les rappels sur certains points ici proposés visent à résoudre certaines confusions ainsi qu'à clarifier et préciser la position du présent GT en la matière.

La recommandation repose toujours sur le principe de précaution (zéro alcool pour la femme enceinte) pendant toute la durée de la grossesse. Ce message simple et essentiel est cependant parfois rendu confus pour les femmes (notamment celles désireuses de grossesse, voire se sachant enceintes), mais aussi pour les hommes et plus généralement pour la société en son ensemble, y compris les professionnels de santé. Cette confusion est portée par l'absence de discours clair sur la période de plusieurs semaines, parfois de trois mois, durant laquelle une grossesse n'est pas encore connue. Elle est aussi favorisée par la méconnaissance des effets toxiques de l'alcool en période périnatale (notamment avant et pendant la conception ainsi qu'en post-natal) et par l'absence de repérage systématique des usages d'alcool qui permettrait pourtant un rappel tout aussi systématique de l'information sanitaire sur le sujet « alcool et périnatalité » et participerait à l'anticipation à la fois mentale et comportementale de cette période d'abstinence transitoire. Pour lutter contre cette confusion, le message le plus clair est le suivant : le **principe de précaution (zéro alcool)** ne s'applique pas qu'à la condition d'une grossesse diagnostiquée mais bien à **toute situation rendant une grossesse possible (absence de contraception, projet de grossesse)**.

- Pour une femme, le principe de précaution (zéro alcool) s'applique dès le désir d'enfant et/ou l'arrêt d'une contraception, jusqu'à l'accouchement ou la fin de l'allaitement.
- Si pour un homme, le principe de précaution (zéro alcool) s'applique dès le désir d'enfant et/ou l'arrêt d'une contraception, jusqu'au diagnostic de grossesse, celui-ci ne doit pas méconnaître l'impact de ses propres usages durant une grossesse (incitation pour la femme enceinte à consommer, effets comportementaux éventuellement délétères de ses usages pour le déroulement de la grossesse et le bien-être de la femme enceinte et de l'enfant à naître).

Comme développé dans le chapitre précédent et comme pour tous les agents tératogènes, il s'agit de dézoomer le message de la seule femme enceinte et de la seule période de grossesse diagnostiquée afin qu'il puisse aussi s'appliquer, de façon logique, à toute personne susceptible de procréer et ce en amont de la conception dans l'objectif de protéger des effets toxiques de l'alcool les gamètes, l'embryon, son implantation puis l'ensemble du développement embryo-fœtal.

Un autre facteur altère gravement la clarté de ce message. Il s'agit de l'utilisation, variable selon les documents et selon les pays, du mot « alcoolisme » alors même que ce dernier devrait désormais être proscrit, du moins dans le cadre de documents scientifiques et de nature sanitaire. S'il est destiné à renvoyer à une addiction à l'alcool, le terme scientifiquement validé est celui de trouble de l'usage d'alcool (TUA) (98). S'il ne renvoie pas à cette configuration, il s'agit d'usage d'alcool, toujours considéré comme étant à risque (22, 26) bien qu'à des degrés variables selon le type d'usage. L'utilisation persistante dans certains documents du mot « alcoolisme » conduit à des messages sanitaires inappropriés puisque les personnes (y compris professionnels de santé) tendent à comprendre que seul le TUA serait problématique chez la femme enceinte alors que c'est bien toute consommation d'alcool (sous quelques modalités et quantités que ce soit) qui est problématique. Le message est bien que toute exposition à l'alcool en période périnatale constitue une situation de vulnérabilité et justifie en conséquence la préconisation du zéro alcool (63, 69). La position du groupe de travail est en cohérence avec le principe que **toute exposition à l'alcool durant la grossesse, et plus largement durant la période périnatale, constitue un facteur de vulnérabilité et de surrisque pour le pronostic de la grossesse, pour la santé de la femme enceinte et pour celle de l'enfant à venir.**

S'agissant de l'accompagnement des femmes exposées à l'alcool, il relève des recommandations existantes, en particulier la recommandation HAS 2016 intitulée « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » où la situation d'exposition à l'alcool y est clairement explicitée avec une gradation du niveau de risque obstétrical et les orientations qui doivent en résulter pour le suivi de la grossesse (se référer au chapitre 1.5.4.2 ainsi qu'à l'annexe 7 du présent document). S'agissant des messages et actions ciblant les consommations en elles-mêmes, il s'agit de toujours rappeler que, outre l'adaptation du suivi gynéco-obstétrical et la projection d'accompagnement adapté précoce de l'enfant, il n'est jamais trop tard pour diminuer le risque alcool et que toute action en ce sens (dont idéalement l'arrêt de l'usage conformément au principe de précaution) sera bénéfique. Accompagner en ce sens passe par les modalités habituelles d'accompagnement qui sont applicables et recommandées chez la femme enceinte et peuvent être efficaces, en particulier l'intervention brève répétée (au moins à chacune des 9 consultations de suivi de la grossesse) et l'approche motivationnelle.

Pour autant, et même en dehors de toute situation de TUA manifeste, certaines femmes ne parviennent pas à interrompre leurs consommations d'alcool. Si la SFA recommande que les femmes enceintes qui s'alcoolisent puissent bénéficier d'un accès en urgence à la filière de soins (59, 63), en l'occurrence addictologiques, certaines et même beaucoup d'entre elles refuseront les soins. De multiples raisons sont possibles : crainte du jugement d'autrui (dont l'entourage), crainte de devoir ou au contraire de ne pouvoir modifier leurs usages, idée erronée que cela ne changerait pas le cours des choses, souffrance morale trop importante, TUA avéré mais jusque-là masqué avec mise en danger de la personne en cas de désorganisation de ses usages, *a fortiori* en cas de sevrage, pathologie duelle risquant de décompenser une problématique psychique associée. Dans de telles situations, souvent associées à de la détresse, particulièrement complexes (du fait du cumul des difficultés rencontrées) et toutes singulières, l'enjeu est de pouvoir maintenir le lien et de diminuer autant que possible les risques associés à l'alcool en dépit de la poursuite des consommations (64). Le soutien psychothérapeutique (fiches outils 10 et 13) s'il est accepté, l'assistance psychosociale, mais aussi l'approche de type RdRD (fiches outils 5, 6, 7, 16 et surtout 17) trouvent leur place en reconnaissant la personne dans la situation spécifique et singulière qui est la sienne, en reconnaissant ses choix et ses priorités, en contribuant à son pouvoir d'agir sur quelque aspect que ce soit de son

existence, en préservant et en favorisant son accès aux aides sociales et aux soins médicaux afin d'atténuer les autres difficultés rencontrées.

Diminuer le risque alcool pour la périnatalité implique un accompagnement aussi au-delà de l'accouchement

La périnatalité s'inscrit dès le désir d'enfant et se poursuit tout au long de la parentalité (donc jusqu'aux 18 ans de l'enfant). Outre les effets directement toxiques de l'alcool sur l'organisme de l'enfant (sa morphologie, son développement, son fonctionnement), comme en attestent les effets malformatifs, de retard de croissance, de troubles du neurodéveloppement, l'alcool affecte son environnement et son développement psycho-affectifs. L'alcool perturbe défavorablement la parentalité avec des impacts à plusieurs niveaux : investissement affectif de l'enfant, lien parent-enfant, mais aussi soins, éducation et sécurité de l'enfant. Les effets comportementaux des usages d'alcool de l'entourage (parental, familial, amical) peuvent aussi contribuer à des situations de négligence, voire de maltraitance envers l'enfant.

Accompagner à la diminution du risque alcool après l'accouchement inclut non seulement de prévenir l'exposition directe de l'enfant à l'alcool et à ses complications (notamment neurotoxiques) via l'allaitement (la clairance de l'alcool dans l'organisme de l'enfant étant longue) sur la base du principe de précaution (zéro alcool) durant les phases d'allaitement (303). Afin d'éviter le renoncement à l'allaitement (304), il peut aussi être conseillé d'alterner avec du lait maternisé et/ou de tirer le lait au regard du temps long de clairance de l'alcool et donc du temps long d'abstinence à respecter avant la reprise. Outre les précautions autour de l'allaitement, cela implique aussi d'œuvrer à diminuer les impacts de l'alcool sur la parentalité et à favoriser des environnements propices à la santé, au développement et à l'équilibre psycho-affectif de l'enfant. Cela passe, comme développé dans le cadre des travaux en population générale, par l'accompagnement de chaque parent et plus généralement de tous et de chacun au sein de la société afin de diminuer, à l'échelle individuelle et collective, les risques liés à l'alcool dès le premier recours par tous les moyens existants et développés à cet effet (se référer au chapitre 2 de l'argumentaire en population générale (26)). Enfin, pour être optimale, la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants devrait s'envisager avant même la conception et de façon non genrée car le lien à l'enfant ne s'applique pas qu'à la mère. Il s'agit ainsi d'envisager et de favoriser le développement de compétences parentales bien en amont de la naissance, y compris avant toute grossesse, en soutenant la parentalité et la confiance en soi pour chacun des deux parents.

Diminuer les risques des enfants ayant été exposés à l'alcool durant la période anténatale

Diverses ressources sont susceptibles d'atténuer le développement des « incapacités secondaires » consécutives à la toxicité de l'alcool pour l'enfant ayant été exposé en période anténatale (27). Il s'agit, si ce n'est de faire un diagnostic précoce (du fait de la fréquence des formes incomplètes à révélation tardive), du moins d'instaurer un suivi précoce et surtout prolongé. Ce suivi inclut non seulement le dépistage des symptômes évocateurs de TSAF même tardifs (perturbations dans la scolarité, troubles psychocomportementaux, conduites addictives, etc.), mais il inclut également un accompagnement nécessairement pluridisciplinaire (notamment via les enseignants et les psychologues scolaires) apte à soutenir et améliorer le développement général de l'enfant ainsi qu'en fonction de chacun des symptômes dès leur identification.

Ainsi, en dépit de l'incertitude diagnostique et étiologique, et même en l'absence de dysmorphie, les enfants suspects d'exposition anténatale à l'alcool (données de repérage des usages parentaux, fratrie

suspecte de TSAF, retard de croissance, hypotrophie, prématurité, retard d'acquisition, etc.) doivent bénéficier d'une orientation aussi précoce que possible vers un centre expert en troubles du neurodéveloppement et d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire (dont des acteurs non sanitaires) sur le modèle de suivi des nouveau-nés vulnérables. Les interventions aptes à réduire les déficiences et leurs conséquences à long terme dans le cadre d'une démarche d'accompagnement pluridisciplinaire incluent notamment : soutien psychologique, en orthophonie, en psychomotricité et avec une scolarité adaptée.

Enfin, le dépistage et le soutien apportés à un enfant manifestement concerné par une problématique d'alcoolisation fœtale s'inscrivent dans une approche qui englobe toute la famille. Il s'agit en effet d'une opportunité d'accompagner les frères ou sœurs qui n'auraient pas été antérieurement évalués ainsi que les parents afin d'éviter la naissance d'autres enfants atteints et de les soutenir dans leur parentalité.

Synthèse par le groupe de travail

Sur la base de l'actualisation des données scientifiques sur le sujet et à partir des dernières recommandations pour la pratique clinique produites en 2021 par le Collège national des sages-femmes de France (51), les experts du groupe de travail (incluant des spécialistes de la périnatalité et des conséquences de l'exposition à l'alcool durant cette période) proposent la synthèse suivante quant aux risques de l'exposition à l'alcool aux différentes étapes de la périnatalité. Ils émettent en parallèle, pour chacune de ces étapes, des conseils visant à diminuer ces risques.

La consommation de boissons alcoolisées en période périnatale peut engendrer des conséquences multiples :

- pour les co-parents ;
- pour la grossesse elle-même ;
- pour l'enfant.

En préconceptionnel et préalablement au diagnostic de grossesse

Outre les conséquences décrites en population générale, la possibilité d'une grossesse amène à considérer plusieurs questions spécifiques :

- la consommation d'alcool des géniteurs génère des modifications épigénétiques²⁷ au niveau des gamètes (spermatozoïdes) pouvant être responsables d'atteintes placentaires et embryofœtales ;
- les consommations d'une femme enceinte durant les premières semaines de grossesse peuvent induire des conséquences délétères pour la grossesse elle-même (effets placentaires) et pour l'enfant à naître. En effet, la grossesse n'est parfois découverte qu'après plusieurs semaines, même lorsqu'elle était attendue.

²⁷ L'épigénétique renvoie à tout mécanisme altérant l'expression des gènes, sans impliquer de changement de la séquence d'ADN. L'éthanol affecte les trois mécanismes épigénétiques actuellement identifiés : méthylation de l'ADN, altération des histones, modification des microARN. Les effets épigénétiques survenus en préconceptionnel et en prénatal, tératogènes et neurotoxiques, persistent après la naissance et pourraient ainsi constituer des biomarqueurs potentiels des TSAF.

En cas de projet de grossesse, il est donc conseillé l'arrêt de la consommation d'alcool des deux géniteurs 3 à 6 mois avant la conception²⁸ (avis d'experts). Si nécessaire, une orientation vers une consultation spécialisée est proposée.

En l'absence de projet de grossesse, une contraception efficace permet de prévenir l'exposition à l'alcool de grossesses inattendues.

Pendant la grossesse

Les conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool s'exercent via différents mécanismes.

- ➔ Effets tératogènes de l'éthanol et de son catabolite l'acétaldéhyde, durant les 8 premières semaines de gestation (10 semaines d'aménorrhée), via des mécanismes épigénétiques, à l'origine de malformations placentaires et embryonnaires pouvant affecter tous les organes. Les consommations durant les premières semaines de grossesse peuvent donc être délétères :
 - pour la grossesse elle-même en lien avec l'atteinte placentaire :
 - anomalies dose-dépendantes de la placentation, de l'invasion trophoblastique, de la morphogenèse et de la croissance placentaires pouvant être à l'origine de fausse couche, de diminution de la croissance fœtale, de prééclampsie, de prématurité,
 - défaut de production de facteurs de croissance impliqués dans l'angiogenèse cérébrale fœtale ;
 - pour l'enfant à naître : le risque malformatif est maximal au cours de l'embryogenèse. L'alcool perturbe, suivant un schéma chronologique déterminé, la mise en place des différents organes (face, extrémités, organes internes), via plusieurs mécanismes (majoration de l'apoptose, anomalies de vascularisation, modifications épigénétiques).
- ➔ Effets neurotoxiques tout au long de la grossesse : anomalies de la neurogenèse, de la migration neuronale, des neurotransmetteurs, majoration de l'apoptose, troubles de l'angiogenèse cérébrale responsables d'anomalies de la morphogenèse et de l'histogenèse cérébrales et de la construction des circuits neuronaux à l'origine des troubles cognitivo-comportementaux.
- ➔ Effets vasculo-placentaires tout au long de la grossesse : réduction du flux sanguin fœtal et maternel par vasoconstriction placentaire dose-dépendante, cause de restriction de la croissance fœtale.

En cas d'exposition prénatale à l'alcool, le suivi de la grossesse et l'organisation de l'accouchement seront discutés avec des professionnels de la périnatalité.

- En cas de risque estimé comme faible, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme. Le suivi échographique habituel est proposé.
- En cas de risque avéré, un suivi pluridisciplinaire est proposé.

²⁸ Il faut 3 mois pour renouveler le stock de spermatozoïdes et 6 mois correspondent au temps moyen pour aboutir à une conception, donc une grossesse.

En per et post-partum

En cas d'exposition à l'alcool à risque pour le développement de l'enfant, un examen néonatal par un professionnel formé aux TSAF et au syndrome de sevrage est à réaliser. Même sans signes cliniques à la naissance, un enfant à risque de TSAF doit bénéficier d'un suivi précoce et prolongé du développement sur le modèle de suivi des nouveau-nés vulnérables. Toutes les interventions utiles au soutien et à l'amélioration de son développement doivent être mises en place afin de réduire les déficiences éventuelles et leurs conséquences à long terme.

L'allaitement est à soutenir mais après réévaluation néonatale des consommations. Les femmes qui allaitent doivent être informées des bienfaits pour l'enfant d'un arrêt de la consommation d'alcool et soutenues dans cette démarche.

Un suivi du post-partum chez les deux parents est important à visée de prévention, repérage et accompagnement de la dépression du post-partum et des situations de recours à l'alcool comme stratégie possible d'adaptation face aux difficultés rencontrées durant cette période.

2.4.3. L'accompagnement des femmes face à l'alcool relève d'un partenariat entre les différents acteurs concernés et d'une structuration en réseau pluridisciplinaire

La question alcool relève d'une responsabilité de santé publique pour tous les professionnels du sanitaire et du social, chaque professionnel étant impliqué au titre de sa responsabilité individuelle autant qu'à l'échelle de sa communauté professionnelle d'appartenance. Aucun acteur n'est isolé et notamment pas les acteurs de premier recours. Permettre autant qu'aider à la fluidité et à l'efficacité des interactions et collaborations passe par l'intégration et la participation active à un réseau partenarial au sein duquel chaque acteur, à partir de ses compétences spécifiques, contribue à la santé de chaque femme au travers d'une approche médico-psycho-sociale décloisonnée (se référer à l'annexe 8 et la fiche outil 15 du présent volet de production).

Une telle dynamique partenariale entre les différents acteurs impliqués intègre aussi pleinement la personne concernée. Elle est partie intégrante d'une pratique relationnelle qui donne toute sa place à l'individu à même d'assurer une co-construction reposant sur son autonomie décisionnelle, son savoir expérientiel et ses compétences, si ce n'est réelles du moins toujours potentielles.

2.4.3.1. La pluridisciplinarité et le partenariat face à la diversité des besoins des femmes exposées à l'alcool tout en favorisant la proximité

Les acteurs de premier recours sont des acteurs clés et privilégiés pour accueillir et accompagner les femmes dans la diversité des situations, des besoins et des enjeux qui sont les leurs autour du sujet alcool. Mais ces acteurs ne sont pas seuls et isolés pour mener cette mission d'accompagnement au long cours. Comme développé en population générale, certaines questions et problématiques peuvent justifier, de temps à autre ou plus continuellement, un accompagnement spécifique (par exemple, auprès d'un spécialiste d'organe, ou d'un addictologue, ou d'un acteur social dédié, etc.) en parallèle de l'accompagnement en premier recours. Une sollicitation de professionnels qualifiés, parfois une orientation dédiée vers les niveaux de deuxième, voire troisième recours en soins peuvent alors être

nécessaires (se référer à l'annexe 8 et la fiche outil 15 du présent volet de production). Le professionnel de premier recours (qu'il s'agisse du médecin généraliste traitant ou bien d'une sage-femme ou d'un autre professionnel) n'en demeurera pas moins l'acteur référent et pérenne au cœur du parcours de santé habituel de chaque femme. Les interactions et la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués garderont pour pivot central le professionnel de premier recours qui aura été choisi par la patiente de sorte à préserver et toujours favoriser l'ambulatoire et la proximité comme facteurs les plus à même d'optimiser l'efficacité des aides proposées (65).

2.4.3.2. S'appuyer sur les acteurs dédiés à la santé des femmes ainsi que les dispositifs adaptés et/ou particulièrement appréciés des femmes

L'accompagnement des femmes face à l'alcool (personnes de sexe et/ou de genre féminins) justifie particulièrement d'user du réseau pluridisciplinaire en s'épaulant sur les acteurs et structures partenaires spécialisés dans les questions féminines, et ce à tous les niveaux d'accompagnement nécessaires.

- Au niveau médical :
 - spécialités médicales dédiées aux femmes : gynécologie, obstétrique, profession sage-femme ;
 - spécialisation de certains acteurs de la santé mentale et de l'addictologie à la condition féminine (à l'instar des consultations femmes et alcool et de la présence de sages-femmes formées à l'addictologie au sein des ELSA, lesquelles peuvent intervenir au niveau des SAU) ;
 - spécialisation de certains acteurs de la santé mentale et de l'addictologie à la périnatalité (accompagnement de la grossesse et de la maternité en situation d'affection psychiatrique et/ou de maladie addictive).
- Au niveau social : il s'agit de répondre aux questions, problématiques et enjeux particuliers des femmes dans toutes les dimensions de leur vie (sanitaire, matérielle, professionnelle, familiale, etc.).
- En termes d'entraide et d'autosupport :
 - certaines associations peuvent réserver un accueil dédié spécifiquement aux femmes, notamment via des groupes de parole réservés aux femmes ;
 - un accueil et un accompagnement de femmes par des femmes, notamment via des pairs-aidantes et/ou patientes expertes, sont possibles ;
 - les femmes (comme les hommes) peuvent s'approprier des principes et modalités d'actions issus de la RdRD, leur permettant ainsi de diminuer leurs risques en fonction de leurs choix propres ;
 - les outils numériques²⁹ contribuent aussi à l'autosupport grâce aux informations et aux outils d'autoévaluation, d'autogestion et d'auto-suivi qu'ils mettent à disposition.
- À l'échelle non sanitaire :
 - enseignement : information et/ou accueil dédiés aux adolescentes et jeunes femmes, notamment au sein des universités ;

²⁹ Le dispositif d'aide à distance « Alcool info service » porté par Santé publique France permet d'accéder aux autres outils numériques utiles. Site consulté en ligne le 14 septembre 2024 : <https://www.alcool-info-service.fr>.

- juridique : accompagnement spécialisé au regard des inégalités et autres maltraitements subis du fait du genre féminin.

Au-delà de la coopération des structures spécifiques d'accueil des femmes (gynécologie, maternité, unités parent-enfant, PMI, etc.) avec des acteurs de l'addictologie et de la santé mentale (par exemple, sage-femme référente en addictologie), des dispositifs et structures peuvent être particulièrement impliqués dans les situations spécifiquement rencontrées par les femmes et/ou s'avérer plus appréciés et recherchés par ces dernières (se référer au chapitre 2.1.1.2 du présent argumentaire).

- ELSA : comme précédemment explicité, non seulement leur mobilité permet l'« aller vers » au sein de l'établissement de santé d'exercice (vers quelque service que ce soit, y compris unités de périnatalité, service de gynécologie, SAU gynécologiques, etc.), mais en outre elles contribuent à la coordination ville/hôpital. La présence d'une sage-femme référente addiction au sein de l'ELSA permet aussi de répondre aux questions en lien avec la féminité des personnes se trouvant parfois accueillies dans des services non dédiés spécifiquement aux femmes (SAU générales, psychiatrie, etc.).
- Microstructures (MSMA) : ces structures se trouvent particulièrement à même de soutenir et d'assurer la pluridisciplinarité puisqu'y est proposé un accompagnement somato-psycho-social via le médecin généraliste référent dont la structure d'exercice accueille un professionnel de la santé mentale et un acteur dédié à l'assistance sociale. Une telle organisation est ainsi garante à la fois de l'unité de temps (sans délai prohibitif) et de l'unité de lieu avec donc aussi l'avantage de la proximité de l'accompagnement.
- Outils numériques : ils sont particulièrement appréciés des femmes pour les commodités d'accès et d'organisation, notamment horaires, au regard de leurs contraintes familiales, qu'elles permettent. La téléconsultation donne accès à un accueil, voire un suivi addictologique de même qu'éventuellement un soutien psychothérapeutique. Les plateformes numériques peuvent aussi permettre une orientation vers des professionnels tout en garantissant l'anonymat.

2.4.3.3. Les acteurs de premier recours au cœur d'un réseau de partenaires à l'échelle des territoires

Afin que le sujet alcool puisse effectivement être envisagé autant que mis en œuvre de façon décloisonnée, dans la collégialité et la coopération entre professionnels d'horizons diversifiés (y compris non sanitaires), chacun pouvant, à part entière, participer à la discussion, l'information, le repérage et aux accompagnements, ainsi que répondre aux demandes d'orientation vers des aides spécifiques, une organisation en réseau est incontournable. D'où l'importance du partenariat et de la coordination entre les différents acteurs pour faciliter leur communication, leurs interactions et favoriser ainsi la lisibilité et l'accès aux différentes offres d'accompagnement possibles et adaptées à la variété des nombreux besoins potentiels. Il s'agit aussi de pouvoir faire interagir, au-delà des acteurs, les réseaux existants (de périnatalité, d'addictologie, de santé mentale) aptes à contribuer à la formation et l'outillage des professionnels en plus du soutien dans les actions de terrain.

Divers supports tels que des annuaires à l'échelle nationale, via Santé publique France (SPF), et régionale, grâce aux agences régionales de santé (ARS) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), sont disponibles et essentiels à l'efficacité du réseau en soutien et en coopération avec les acteurs de premier recours. La schématisation de cette organisation partenariale en réseau est proposée en annexe 8 et dans la fiche outil 15.

Table des annexes

Annexe 1.	Stratégie de recherche documentaire	159
Annexe 2.	Évolution des représentations sociales liées à l'alcool en fonction du genre	166
Annexe 3.	Définitions du traumatisme/psychotraumatisme	167
Annexe 4.	Facteurs d'intersectionnalité en matière d'exposition des femmes à l'alcool et à ses risques	169
Annexe 5.	Risque de mortalité sur une vie attribuable à la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes en France	170
Annexe 6.	Posture professionnelle et respect du secret professionnel conditionnent la libération de la parole des femmes en matière d'alcool – Les exceptions de signalement relèvent d'une évaluation globale	171
Annexe 7.	Type de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse	179
Annexe 8.	Un réseau de partenaires à l'échelle du territoire adapté aux spécificités et aux besoins des femmes exposées à l'alcool	180
Annexe 9.	La roue des émotions	182
Annexe 10.	Le soutien associatif et par les pairs en matière d'usages d'alcool – Une démarche historique d'accompagnement qui tient compte des spécificités liées au sexe et au genre	183

Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire

Bases de données bibliographiques

La stratégie d'interrogation des bases de données précise pour chaque question et/ou type d'étude les termes de recherche utilisés, les opérateurs booléens et la période de recherche.

Les termes de recherche utilisés sont soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

La recherche a porté sur les publications en langue anglaise et française. Les tableaux suivants présentent de façon synthétique les étapes successives des interrogations réalisées dans les bases de données Medline et Embase via la plateforme Proquest.

Une veille régulière a été réalisée sur ces bases de données tout au long du projet.

Tableau 1. Santé des femmes et alcool

Type d'étude/sujet	Période	Nombre de références
Termes utilisés		
Bases Medline et Embase		
Recommandations	01/2016 – 09/2023	63
Étape 1 ((EMB.EXACT("female") OR EMB.EXACT("girl") OR EMB.EXACT("mother") OR MESH.EXACT("Mothers") OR MESH.EXACT("Women") OR MESH.EXACT("Female") OR Ti("woman") OR Ti("women") OR Ti("girl*") OR Ti("mother*")) AND (MESH.EXACT("Health") OR MESH.EXACT("Health Promotion") OR EMB.EXACT("health promotion") OR EMB.EXACT("health")) OR (EMB.EXACT("women's health") OR MESH.EXACT("Women's Health") OR Ti("women's health") OR Ti("woman's health") OR Ti("girls' health") OR ("girl's health") OR Ti("mothers' health") OR Ti("mother's health"))		
ET		
Étape 2 (MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders -- prevention & control") OR		

MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention & control") OR
 MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR
 MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders -- prevention & control") OR
 EMB.EXACT("drinking behavior") OR
 EMB.EXACT("alcohol abuse") OR
 EMB.EXACT("alcoholism") OR
 EMB.EXACT("alcoholism -- prevention") OR
 (Ti,ab(Harmful drink*) OR Ti,ab(hazardous drinker*) OR Ti,ab(hazardous alcohol consumption) OR Ti,ab(episodic heavy drinking) OR (Ti,ab(Hazardous use) AND Ti,ab(alcohol)) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti,ab(Alcohol consumption) OR Ti,ab(alcohol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti,ab(alcohol consumption) OR Ti,ab(risky drinking) OR Ti,ab(ethanol)))

ET

Étape 3 TI(consensus) OR TI(guideline[*1]) OR
 TI(position PRE/0 paper) OR
 TI(recommendation[*1]) OR TI(statement[*1])
 OR MESH.EXACT(health planning guidelines)
 OR EMB.EXACT(consensus development) OR
 EMB.EXACT(Practice Guideline) OR
 DTYPE(consensus development conference)
 OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR
 DTYPE(practice guideline)

Méta-analyses

01/2016 – 09/2023

41

Étape 1

ET

Étape 2

ET

Étape 4 TI(meta PRE/0 analys[*3]) OR
 TI(metaanalys[*3]) OR TI(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR TI(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR
 TI(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR
 TI(systematic* PRE/0 review[*3]) OR
 EMB.EXACT(meta-analysis) OR

EMB.EXACT(systematic review) OR
DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic
review) OR PUB(cochrane database syst rev)

Tableau 2. Périnatalité et alcool

Medline et Embase

Recommandations	01/2016-09/2023	85
Étape 1	EMB.EXACT("female") OR EMB.EXACT("girl") OR EMB.EXACT("mother") OR MESH.EXACT("Mothers") OR MESH.EXACT("Women") OR MESH.EXACT("Female") OR Ti("woman") OR Ti("women") OR Ti("girl*") OR Ti("mother*")	
ET		
Étape 2	MESH.EXACT("Pregnant Women") OR MESH.EXACT("Pregnancy in Adolescence") OR MESH.EXACT("Pregnancy") OR MESH.EXACT("Pregnancy Complications") OR MESH.EXACT("Perinatal Care") OR MESH.EXACT("Perinatology") OR MESH.EXACT("Prenatal Care") OR MESH.EXACT("Prenatal Exposure Delayed Ef- fects") OR MESH.EXACT("Postnatal Care") OR MESH.EXACT("Peripartum Period") OR EMB.EXACT("pregnancy") OR EMB.EXACT("pregnancy complication") OR EMB.EXACT("pregnancy disorder") OR EMB.EXACT("adolescent pregnancy") OR EMB.EXACT("perinatal period") OR EMB.EXACT("perinatology") OR EMB.EXACT("perinatal nursing") OR EMB.EXACT("perinatal care") OR EMB.EXACT("postnatal care") OR EMB.EXACT("prenatal disorder") OR EMB.EXACT("prenatal exposure") OR EMB.EXACT("prenatal care") OR EMB.EXACT("prenatal period") OR EMB.EXACT("prenatal development") OR EMB.EXACT("postnatal care") OR EMB.EXACT("postnatal development") OR Ti("Pregnan*") OR Ti("Perinat*") OR Ti("Peri natal*") OR Ti("Prenatal") OR Ti("Pre natal*") OR Ti("Antenatal*") OR Ti("Ante natal*") OR	

Ti("Postnatal*") OR Ti("Post natal*") OR
 Ti("Peripartum") OR Ti("Peri partum") OR
 Ti("Prepartum") OR Ti("Pre partum") OR
 Ti("Antepartum") OR Ti("Ante partum") OR ("In-
 trapartum") OR Ti("Intra partum") OR Ti("Post-
 partum") OR Ti("Post partum")

ET

Étape 3 (MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking")
 OR MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR
 MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced
 Disorders -- prevention & control") OR
 MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- pre-
 vention & control") OR
 MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR
 MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related
 Disorders -- prevention & control") OR
 EMB.EXACT("drinking behavior") OR
 EMB.EXACT("alcohol abuse") OR
 EMB.EXACT("alcoholism") OR
 EMB.EXACT("alcoholism -- prevention") OR
 (Ti(Harmful drink*) OR Ti(hazardous drinker*)
 OR Ti(hazardous alcohol consumption) OR
 Ti(episodic heavy drinking) OR (Ti(Hazardous
 use) AND Ti(alcohol)) OR Ti(alcohol misuse)
 OR Ti(Alcohol consumption) OR Ti,ab(alcohol-
 related harm*) OR Ti(low risk drinking) OR
 Ti(excessive alcohol use) OR Ti(excessive al-
 cohol consumption) OR Ti(alcohol consump-
 tion) OR Ti(risky drinking) OR Ti(ethanol)))

Méta-analyses		01/2016-09/2023	176
Étape 1			
ET			
Étape 2			
ET			
Étape 3			
ET			
Étape 4	Ti(meta PRE/0 analys[*3]) OR Ti(metaanalys[*3]) OR Ti(systematic PRE/0 lit- erature PRE/0 search) OR Ti(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR Ti(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR		

Ti(systematic* PRE/0 review[*3]) OR
 EMB.EXACT(meta-analysis) OR
 EMB.EXACT(systematic review) OR
 DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic
 review) OR PUB(cochrane database syst rev)

Tableau 3. Réduction des risques

Medline et Embase

	01/2016 – 12/2022	13
Étape 1	((MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol Drinking") OR MESH.EXACT("Drinking Behavior") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Induced Disorders -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcoholism -- prevention & control") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Ethanol") OR MESH.EXACT.EXPLODE("Alcohol-Related Disorders -- prevention & control") OR Ti,ab(Harmful drink*) OR Ti,ab(hazardous drinker*) OR Ti,ab(hazardous alcohol consumption) OR Ti,ab(episodic heavy drinking) OR (Ti,ab(Hazardous use) AND Ti(alcohol)) OR Ti,ab(alcohol misuse) OR Ti(Alcohol consumption) OR Ti(alcohol-related harm*) OR Ti,ab(low risk drinking) OR Ti,ab(excessive alcohol use) OR Ti,ab(excessive alcohol consumption) OR Ti(alcohol consumption) OR Ti(risky drinking) OR Ti(ethanol)))	
ET		
Étape 2	MESH.EXACT("Women's Health") OR MESH.EXACT("Women") OR MESH.EXACT("Pregnant Women") OR MESH.EXACT("Pregnancy") OR MESH.EXACT("Female") OR MESH.EXACT("Perinatology") OR MESH.EXACT("Perinatal Care") OR MESH.EXACT("Neonatal Nursing") AND (Ti(Woman) OR Ti(women) OR Ti(Female) OR Ti(Pregnancy) OR Ti(pregnant) OR Ti(perinat*))	
ET		
Étape 3	MESH.EXACT.EXPLODE("Harm reduction") OR Ti,ab(harm reduction) OR Ti,ab(Early	

detect*) Ti,ab(early screening) OR Ti,ab(brief intervention*) OR Ti,ab(minimal intervention) OR Ti,ab(identification)

ET

Étape 4 ((Ti(consensus) OR Ti(guideline[*1]) OR Ti(position PRE/0 paper) OR Ti(recommendation[*1]) OR Ti(statement[*1]) OR MESH.EXACT(health planning guidelines) OR DTYPE(consensus development conference) OR DTYPE(consensus development conference, NIH) OR DTYPE(guideline) OR DTYPE(practice guideline)))

Méta-analyses	01/2016 – 12/2022	45
----------------------	-------------------	-----------

Étape 1

ET

Étape 2

ET

Étape 3

Et

Étape 5 ((Ti(meta PRE/0 analys[*3]) OR Ti(metaanalys[*3]) OR Ti(systematic PRE/0 literature PRE/0 search) OR Ti(systematic* PRE/0 literature PRE/0 review[*3]) OR Ti(systematic* PRE/0 overview[*3]) OR Ti(systematic* PRE/0 review[*3]) OR DTYPE(meta-analysis) OR DTYPE(systematic review) OR PUB(cochrane database syst rev)))

Sites consultés

France

- Académie nationale de médecine
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM
- Haute Autorité de santé – HAS
- Haut Conseil pour la santé publique – HCSP
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES
- Ministère de la Santé

International

- *American College of Obstetricians and Gynecologists* – ACOG
- *American Nurses Association* – ANA
- *British Columbia Centre on Substance Use* – BCCSU
- *Center of Excellence for Women's Health* – CEWH
- *Center of Perinatal Care Excellence* – COPE
- *Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances* – CCSA
- *Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes* – FEDA
- *Institut national de santé publique du Québec* – INSPQ
- *Institute of Alcohol Studies* – IAS
- *National Center on Substance Abuse and Child Welfare* – NCSACW
- *National Drug and Alcohol Research Centre* – NDARC
- *National Institute on Drug Abuse* – NIDA
- *National Health Service* – NHS
- *National Institute for Health and Care Excellence* – NICE
- *Nordic Welfare Center* – NVC
- *Organisation mondiale de la santé* – OMS
- *Public Health England* – PHE

Annexe 2. Évolution des représentations sociales liées à l'alcool en fonction du genre

Alcool et représentations sociales de genre sont étroitement liés. Genre et représentations sociales liées à l'alcool le sont tout autant, comme en témoigne l'évolution considérable des représentations sociales liées à l'alcool, autant pour les femmes que pour les hommes, sur le siècle dernier.

Les tableaux ici présentés ont été produits par F. Beck *et al.* dans un dossier intitulé « L'alcool donne-t-il un genre ? » (6). Si une opposition binaire semble avoir toujours caractérisé les hommes et les femmes en matière d'alcool, l'usage d'alcool comme signe de masculinité tend à être supplanté par celui de l'impuissance du côté des hommes, tandis que la normalisation des consommations féminines d'alcool a supplanté l'image de la sobriété naturelle des femmes.

Tableau 2 : Genre et alcool vers 1900

	Femme	Homme
Sobriété	Fort : pureté, honneur et féminité	Faible : impotence et impuissance
Consommation	Faible : licence et lubricité	Fort : robustesse et virilité

Source : Eriksen S. Alcohol as a gender symbol: Women and the alcohol Question in Turn-of-the Century Denmark. Addiction Research Foundation, Toronto : « Table 2. Alcohol and gender constructions of female matrixes, c. 1900 » p. 50. Scand J History 1999 ; 24: 45-73. (305).

Tableau 4 : Genre et alcool en 2000

	Femme	Homme
Sobriété	Faible : esprit de sacrifice, fidélité et tradition	Fort : maîtrise de soi, conscience professionnelle
Consommation	Fort : indépendance, assurance et confiance en soi	Faible : mollesse, impuissance et impotence

Source : Eriksen S. Alcohol as a gender symbol: Women and the alcohol Question in Turn-of-the Century Denmark. Addiction Research Foundation, Toronto : « Table 3. Alcohol as a new gender symbol c. 2000 » p. 73. Scand J History 1999 ; 24:45-73 (305).

Annexe 3. Définitions du traumatisme/psychotraumatisme

L'évènement traumatisant peut être d'origine naturelle ou humaine, accidentelle ou intentionnelle, individuelle ou collective.

Selon le DSM-5 (98)

Un psychotraumatisme se définit par le fait d'avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

- en étant directement exposé à un ou plusieurs évènements traumatisants ;
- en étant témoin direct d'un ou plusieurs évènements traumatisants ;
- en apprenant qu'un ou plusieurs évènements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'évènement doit avoir été violent ou accidentel ;
- en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un évènement traumatisant (exemple : premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police, qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Autres définitions

Leonore Terr (306) distingue deux types de psychotraumatisme :

- le psychotraumatisme de type 1 : le traumatisme est induit par un évènement unique, limité dans le temps, présentant un commencement et une fin claire (par exemple, agression, hold-up, incendie) ;
- le psychotraumatisme de type 2 ; l'évènement à l'origine des troubles s'est répété, a été présent constamment ou a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période (par exemple, violences intrafamiliales, abus sexuels, violence politique, terrorisme, faits de guerre).

Eldra Solomon et Katleen Heide (307) spécifient un troisième type de traumatisme :

- traumatisme de type 3 : évènements multiples, envahissants et violents, débutant à un âge précoce et présents durant une longue période (c'est le cas des abus).

Judith Hermann (308) reclasse les traumatismes en deux catégories :

- traumatisme simple : correspondant aux traumatismes de type 1 ;
- traumatisme complexe : correspondant aux traumatismes de type 2 et 3, se caractérisant par des situations chroniques (plusieurs mois ou années) de violence, d'abus, de négligences durant l'enfance sous le contrôle d'un auteur et dans l'incapacité de lui échapper. Ce traumatisme engendre des difficultés persistantes sur le plan émotionnel, identitaire et relationnel.

L'exposition à un évènement grave ne suffit pas pour développer un syndrome de stress post-traumatique. Le stress est une force vitale qui préserve du danger. Au moment et dans le décours d'un évènement adverse, les personnes vont présenter un ensemble de réactions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales qui vont permettre d'y faire face. Si le stress peut être adapté, d'autres

personnes peuvent aussi réagir avec des comportements inappropriés et le stress peut alors être dépassé.

Ces réactions ne présagent pas de la suite de l'évolution mentale de la victime, les troubles peuvent s'estomper et disparaître spontanément les jours ou semaines suivant l'évènement traumatique. Toutefois, les perturbations post-immédiates peuvent se maintenir au-delà du mois suivant l'évènement traumatique (entrée dans la phase à long terme) et se prolonger sur plusieurs mois ou années. En ce cas, il peut s'agir d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) tel que défini par le DSM-5 (98) et qu'il importe de diagnostiquer et de prendre en charge de façon spécifique.

Prendre en charge les psychotraumatismes contribue à diminuer le risque alcool

Le psychotraumatisme est à risque d'évolution vers un TSPT et le TSPT constitue un facteur prédictif négatif d'évolution vers des conduites addictives et d'échec de prise en charge de ces dernières (309). C'est pourquoi il y a toujours un intérêt à prendre en charge les psychotraumatismes et le cas échéant à proposer une prise en charge intégrée d'un TSPT et des conduites addictives associées.

Les psychothérapies centrées sur le traumatisme incluent :

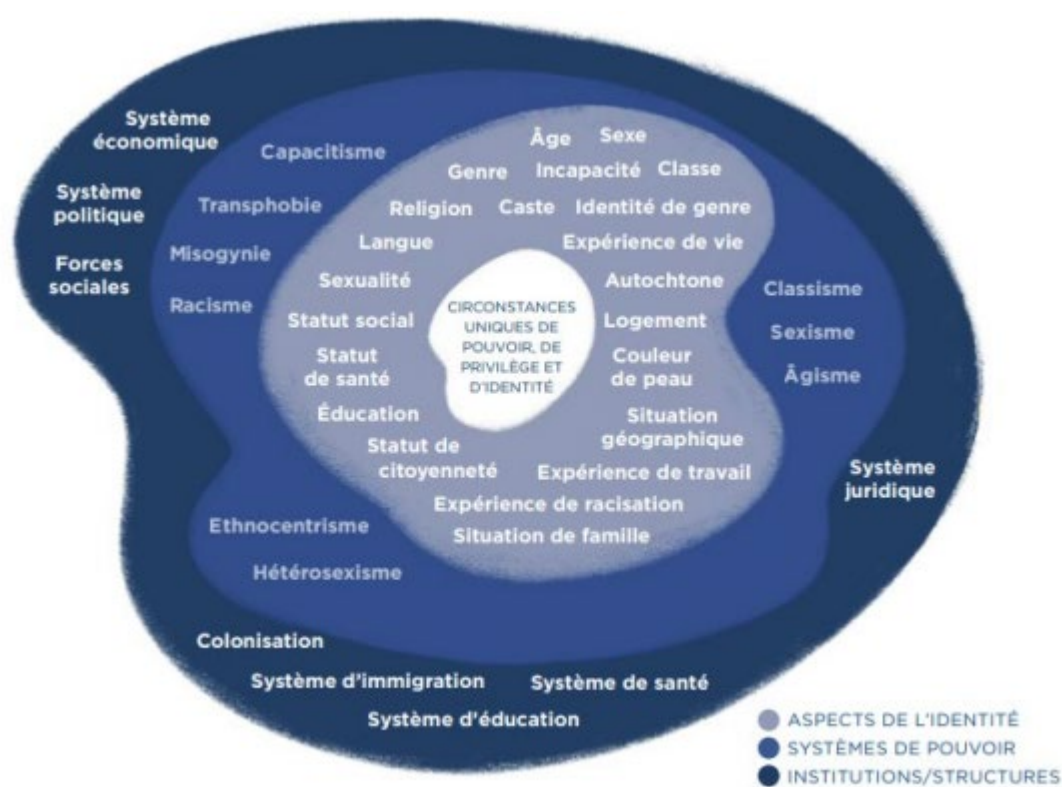
- thérapies cognitivo-comportementales : elles visent à modifier les pensées et les comportements liés au traumatisme par le développement de compétences permettant de faire face aux déclencheurs du TSPT ;
- intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing* reconnu sous le sigle EMDR) : cette thérapie vise à intervenir sur les réseaux dysfonctionnels de la mémoire en traitant les souvenirs perturbateurs afin d'en supprimer la charge émotionnelle négative. L'objectif est de prévenir la réactivation des souvenirs dans le temps présent, en dépit de leur inscription dans le passé, afin de surmonter progressivement le traumatisme.

En plus des thérapies centrées sur le traumatisme, des thérapies contribuant à la régulation émotionnelle peuvent aider utilement les personnes : relaxation, cohérence cardiaque, sophrologie, méditation de pleine conscience.

Annexe 4. Facteurs d'intersectionnalité en matière d'exposition des femmes à l'alcool et à ses risques

L'intersectionnalité en matière d'exposition à l'alcool et de risques associés pour les femmes résulte des interrelations complexes jouant sur la réalité concrète de leur vie, ainsi que la réalité de leurs consommations et des effets ressentis en conséquence des consommations d'autres personnes. Une multitude de facteurs et de caractéristiques interagissent avec le sexe et le genre et donnent ainsi lieu à une diversité d'issues possibles pour les femmes. Parmi ces facteurs et déterminants sociaux intersectionnels favorisant les usages féminins d'alcool et/ou ses dommages (directs et indirects) : toutes inégalités liées au sexe et/ou au genre, les normes sociales à l'œuvre et leur interférence avec l'orientation culturelle et/ou religieuse, la précarité matérielle, l'isolement affectif, l'exposition aux abus et à la violence familiale, le défaut de connaissances sur l'alcool et ses effets, l'accès inadéquat à la contraception et à l'avortement, les traumatismes, les troubles affectant la santé mentale (dont anxiété et dépression), les habitudes de consommation d'alcool des partenaires et des autres membres de la famille, etc.

La figure ici présentée est issue du rapport intitulé « Le sexe, le genre et l'alcool » produit par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (24). Cette figure a été produite en 2021 par l'Institut canadien de recherches sur les femmes dans un document intitulé « Intersectionnalité féministe : un coup d'œil³⁰ ».



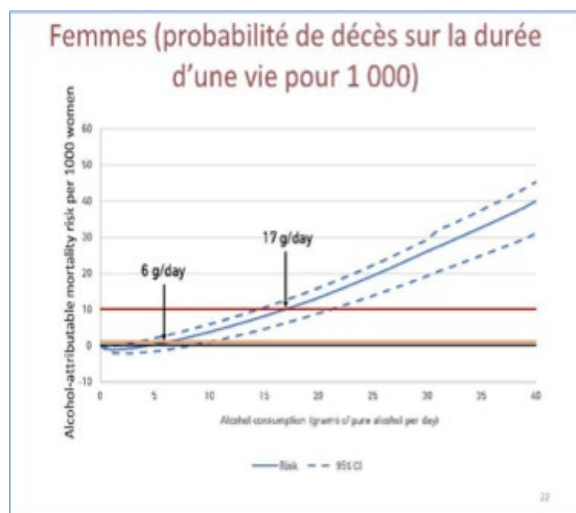
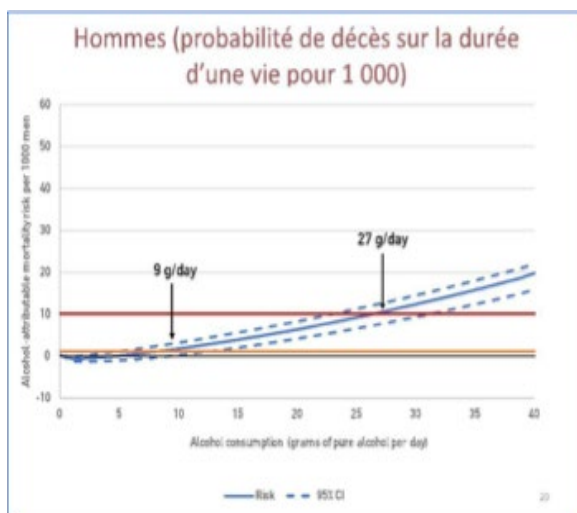
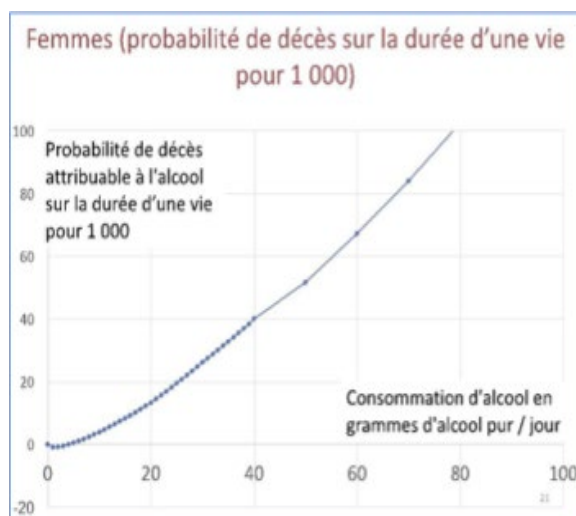
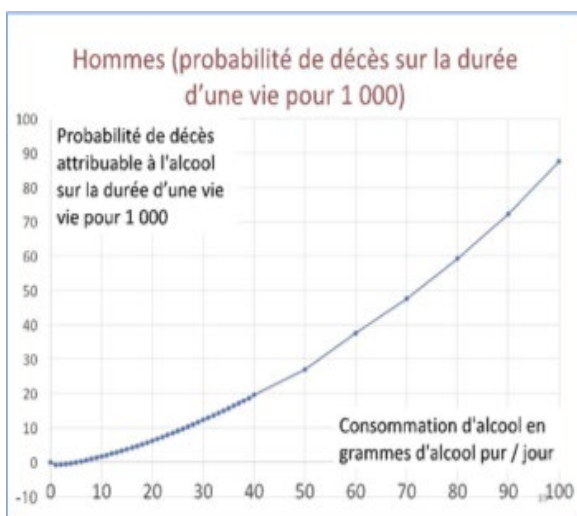
Source : Institut canadien de recherches sur les femmes. Intersectionnalité féministe : un coup d'œil. Ottawa : ICRF ; 2021. <https://www.criaw-icref.ca/fr/publications/intersectionnalite-feministe-un-coup-doeil/> (169)

³⁰ Site consulté en ligne le 12 juillet 2024 : [Intersectionnalité féministe : un coup d'œil \(criaw-icref.ca\)](https://www.criaw-icref.ca/fr/publications/intersectionnalite-feministe-un-coup-doeil/)

Annexe 5. Risque de mortalité sur une vie attribuable à la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes en France

Les courbes de mortalité ici présentées émanent de l'avis d'experts du 4 mai 2017 rendu par Santé publique France (SPF) et l'Institut national du cancer (INCa) et ayant conduit à la validation scientifique des nouveaux repères de consommation d'alcool dits à moindre risque (23).

Dans leur avis d'experts, SPF et l'INCa confirment que le risque de morbi-mortalité liée à l'alcool est plus élevé chez les femmes avec une toxicité plus forte et plus précoce à même quantité consommée par rapport aux hommes : « Leurs travaux ont montré que le risque absolu de mortalité attribuable augmente plus rapidement chez les femmes que chez les hommes puisqu'il atteint le taux de 1 % dès une consommation de 15 g/j « vie entière » pour les premières mais de 25 g/j pour les seconds. »



Source : Santé publique France, Institut national du cancer. Méthodologie pour déterminer le risque de mortalité sur une vie attribuable à la consommation d'alcool. Un guide intuitif en cinq étapes. Dans : Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint-Maurice : SPF ; 2017. p. 83-90.

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-deconsommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti> (310)

Annexe 6. Posture professionnelle et respect du secret professionnel conditionnent la libération de la parole des femmes en matière d'alcool – Les exceptions de signalement relèvent d'une évaluation globale

La libération de la parole des femmes en matière d'alcool est entravée par le jugement et la stigmatisation qui pèsent sur leurs comportements d'usage, *a fortiori* si ceux-ci paraissent en décalage avec l'image sociale attendue. La révélation d'éventuelles difficultés avec l'alcool leur fait aussi craindre des conséquences judiciaires particulièrement s'agissant de leurs droits parentaux. Bien qu'à moindre degré, les hommes sont aussi concernés par ces craintes.

L'usage d'alcool, y compris en situation de trouble de l'usage (TUA) sévère, ne constitue pas à lui seul une situation relevant d'une information préoccupante (IP), d'un signalement, d'une levée du secret professionnel ou de mesures de protection juridique.

Mais l'alcool est parfois associé à des situations d'une particulière gravité. Notamment, il existe une association entre alcool, maltraitance et violences, troubles mentaux et/ou cognitifs. L'évaluation des usages d'alcool par le repérage peut ainsi permettre de découvrir et d'appréhender des difficultés qui dépassent le seul cadre des consommations. Parmi celles-ci, les circonstances susceptibles de conduire à une éventuelle mesure de protection judiciaire avec levée du secret professionnel sont exceptionnelles (au regard de leur gravité autant que de leur rareté) et jamais directement liées à l'alcool en lui-même. Le professionnel s'efforcera toujours d'obtenir le consentement des personnes concernées.

Il s'agit de :

- personne mineure en situation de danger grave et immédiat ;
- victime de violences conjugales en cas de mise en danger vital immédiat et d'impossibilité de se protéger du fait de l'emprise exercée par l'auteur ;
- personne relevant de soins psychiatriques sans consentement du fait d'un état mental imposant des soins immédiats et rendant impossible son consentement ;
- personne majeure nécessitant une mesure de protection juridique de ses biens, de sa personne et dans l'exercice de ses droits.

Quand bien même la parole se trouve plus souvent entravée chez les femmes, cette fiche concerne tout autant les hommes. Elle propose un état des lieux des recommandations et des références s'agissant de la posture professionnelle la plus à même de libérer la parole sur le sujet alcool et d'accompagner les personnes dans les situations très précises et exceptionnelles qui peuvent conduire à des mesures de protection des personnes.

A. Conseils de posture professionnelle à même de favoriser la libération de la parole sur le sujet alcool

Ces conseils ne sont pas spécifiques à l'accueil des femmes. Ils sont valables pour l'ensemble de la population susceptible d'être accueillie et accompagnée par des professionnels de premier recours.

➔ Les bases de la relation

- Attitude bienveillante,
- empathie,
- absence de jugement,
- écoute,
- respect de l'autonomie décisionnelle,
- confiance,
- confidentialité en précisant les règles relatives au secret professionnel,
- recherche d'une alliance.

Ces principes sont naturellement valables pour toute relation de soin. Mais leur respect est d'autant plus essentiel s'agissant d'évoquer l'alcool puisque le sujet est tabou et que les craintes associées au dévoilement de ses usages et des contextes qui y sont associés sont nombreuses (cf. freins à la libération de la parole). **Il est donc essentiel de toujours rappeler aux personnes que leurs motivations et leurs modalités de consommation d'alcool, tout comme leurs difficultés éventuelles face à l'alcool et les dommages subis ne seront dévoilés sous aucun prétexte puisqu'ils relèvent du respect de la confidentialité des informations échangées dans le cadre de la relation de soin.**

➔ Les conditions d'accueil

Elles doivent garantir l'expression d'une parole libre :

- personne reçue individuellement (y compris sans enfants et si interprète, s'assurer qu'il soit extérieur à la famille) ;
- conditions favorables à la confidentialité (par exemple, bureau individuel, porte suffisamment hermétique) ;
- disponibilité du professionnel et de la personne en s'adaptant à sa situation et sa temporalité.

➔ Les conditions d'écoute

Il s'agit de favoriser la parole et le dialogue :

- poser des questions ouvertes pour favoriser l'expression de leur récit ;
- poser des questions claires et avec des termes précis, en évitant ceux connotés négativement ;
- éviter les questions formulées à la négative ;
- reformuler les propos de la personne avec elle afin de lui faire valider leur bonne compréhension et éviter les sous-entendus ;
- utiliser les termes employés par la personne ;
- éviter les affirmations, voire interprétations/accusations comme « aujourd'hui vous avez consommé », préférer « il me semble qu'aujourd'hui vous avez consommé ». De la même manière, éviter les interprétations positives, par exemple « Vous avez une superbe mine » : une personne peut avoir l'air bien en ayant consommé de l'alcool et cela renforce le déni, freine la verbalisation des problèmes, etc. ;
- évoquer les peurs et réticences que peut avoir la personne à parler de ses consommations d'alcool, ce qui permettra d'explicitier les enjeux s'il y en a ;
- ne pas se précipiter et prendre le temps, tout en explicitant concrètement le temps qui pourra être consacré à la personne pour cet échange maintenant, et éventuellement ultérieurement.

➔ L'attention aux freins qui entravent la parole afin de les déconstruire

Ces freins incluent :

- la honte liée à leurs consommations, possiblement amplifiée en tant que mère ;
- la culpabilité vis-à-vis d'elles-mêmes, de leurs proches, de la société ;
- la peur d'être jugée et de renvoyer une image négative d'elles-mêmes ;
- la peur de la réaction de leurs partenaires et entourages s'ils apprennent qu'elles ont un trouble de l'usage de l'alcool : rejet, isolement, discrédit, violences, etc. ;
- les stratégies mises en place pour se protéger du regard social à type de dissimulation et de cacher la consommation d'alcool à leurs entourages (familial, professionnel, amical) et aux professionnels de soin qu'elles rencontrent. Elles mettent en place des stratégies spécifiques : boire seule, se cacher, cacher les bouteilles, masquer son haleine, son odeur, et toute autre conséquence de la consommation, etc. ;
- la peur de conséquences éventuelles pour leurs libertés et leurs droits, notamment parentaux (crainte que la garde de leur(s) enfant(s) leur soit retirée).

➔ L'attention à ses propres représentations pour les déconstruire

En tant que professionnel, il est nécessaire de se prémunir des idées reçues et erronées en réinterrogeant régulièrement ses croyances, ses représentations, ses connaissances en matière de lois relatives à la protection des personnes.

Notamment, s'agissant des usages d'alcool des femmes, il s'agit d'avoir bien à l'esprit que :

- la consommation d'alcool peut concerner toutes les femmes, quels que soient leur âge, leur milieu culturel, leur catégorie socioprofessionnelle, etc. ;
- une mère qui consomme de l'alcool n'est pas, de ce fait, une mère défaillante ;
- une femme qui consomme de l'alcool peut être victime de violences conjugales ;
- une femme qui consomme de l'alcool, même ponctuellement, peut être victime de violences physiques, sexuelles, psychologiques ;
- **il ne faut pas confondre l'usage de l'alcool et les situations exceptionnelles et très précises (cf. situations de levée possible du secret professionnel) devant questionner d'éventuelles mesures de protection impliquant la levée du secret professionnel. Si l'usage d'alcool peut certes majorer d'une part l'état de vulnérabilité vis-à-vis de violences, d'autre part le risque de survenue de comportements violents ou de troubles neuropsychiatriques et/ou en être une conséquence, pour autant, il ne constitue jamais en lui-même une justification d'IP/signalement, de levée du secret professionnel ou de mesures de protection judiciaire.**

B. Le respect du secret professionnel comme facteur de dialogue et d'alliance

➔ Savoir expliquer le cadre et les limites du secret professionnel aux personnes

Pour aider à libérer la parole des personnes sur le sujet alcool, il est essentiel, d'une part de connaître l'application du secret professionnel qui incombe aux professionnels et ses limites, d'autre part de pouvoir dissocier les usages d'alcool des situations et des comportements qu'il peut certes favoriser sans pour autant en constituer la causalité.

Chaque professionnel dans son métier, dans sa fonction et ses missions doit connaître son propre cadre de référence et ses obligations concernant l'exercice du secret professionnel³¹ (secret médical, secret professionnel partagé, discrétion professionnelle, etc.).

L'article 226-13³² du Code pénal explicite qu'un professionnel est soumis au secret si un texte réglementaire le mentionne au titre de sa profession ou par sa fonction : « Lorsqu'un professionnel prétend être soumis au secret professionnel, un texte législatif réglementaire le mentionnant doit pouvoir être produit. On peut exercer une profession non soumise au secret professionnel mais être employé(e) dans le cadre d'une mission légale ou d'une fonction qui astreint les personnes au secret. »

Par exemple, un éducateur spécialisé n'est pas soumis au secret professionnel mais le devient s'il intègre une équipe sanitaire auprès des patients qu'il prend en charge.

➔ Les situations pouvant conduire à la levée du secret professionnel et médical sont toujours exceptionnelles par leur gravité et leur rareté

Il est nécessaire de bien connaître et reconnaître les situations dans lesquelles la levée du secret professionnel peut être effectuée, en se référant toujours aux textes de loi et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en la matière.

Dans tous les cas, une telle éventualité impose de toujours :

- prendre le temps de l'évaluation en s'inscrivant dans une temporalité car il est rare d'être confronté à une urgence immédiate ;
- rechercher l'adhésion de la personne à la démarche de signalement, au mieux obtenir son consentement, afin de préserver le lien et pouvoir poursuivre et renforcer les soins ;
- expliciter clairement les raisons du signalement et s'assurer que la personne les a bien comprises, même si la personne n'est pas d'accord avec celui-ci ;
- présenter systématiquement le déroulé des procédures engagées, les possibilités d'accompagnement après l'IP et de maintien du lien, les professionnels ressources mobilisables à même de contribuer à améliorer la situation.

Le fait de lever le secret professionnel, d'effectuer une information préoccupante/un signalement visant à protéger les personnes et de mettre en œuvre un accompagnement, éventuellement sous contrainte, adapté à la gravité de la situation qui les a justifiés n'engendre pas forcément la rupture du lien. L'alliance peut aussi s'en trouver renforcée.

C. Les quatre situations de levée possible du secret professionnel

➔ Personnes mineures en danger

Le site Service public, en référence à l'article 375 du Code pénal, rappelle que : « Un enfant est considéré en danger si les aspects suivants de sa vie sont gravement compromis ou risquent de l'être :

- santé ou développement physique ;
- sécurité ;
- moralité ;

³¹ Article 226-13 – Code pénal – Légifrance (legifrance.gouv.fr)

³² Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel (articles 226-13 à 226-14) – Légifrance (legifrance.gouv.fr)

- éducation ou développement intellectuel ;
- développement affectif ou social³³. »

Ces situations requièrent un signalement aux services sociaux territoriaux qui disposent d'une cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)³⁴ (311). En tant que professionnel, ces situations relèvent donc d'une levée du secret professionnel, y compris médical. La HAS a proposé une trame à remplir pour le recueil des informations préoccupantes afin d'aider les émetteurs à rassembler et formaliser les informations utiles³⁵ (311). Sur la base de l'information préoccupante (IP), le cheminement et le travail sont réalisés à l'échelle socio-administrative avant tout (soutien à la parentalité, assistance éducative, protection administrative via l'ASE). Le niveau judiciaire impliquant un signalement reste exceptionnel³⁶ (312) (mesures de protection judiciaire, dont le placement).

Pour autant, dans les contextes « d'une extrême gravité, maltraitances ou violences sexuelles », il convient de « s'adresser directement au procureur de la République au tribunal judiciaire³⁷ » (312) du département de résidence du mineur (Code de procédure civile, articles 1181 à 1200-1³⁸). Il convient de rappeler que ces situations sont les moins fréquentes.

À la suite d'une information préoccupante, la CRIP est compétente pour décider des suites à donner, comme indiqué dans le tableau ci-dessous issu du cadre national de référence élaboré par la HAS³⁹ (311).

³³ [Enfant en danger : comment le signaler ? | Service-Public.fr](#)

³⁴ [Haute Autorité de santé – Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence \(has-sante.fr\)](#)

³⁵ [cadre national de reference - boite outils 1-trame pour le recueil des informations preoccupantes.pdf \(has-sante.fr\)](#)

³⁶ [La protection des mineurs en danger | Ministère de la Justice](#)

³⁷ [Enfant en danger : comment le signaler ? | Service-Public.fr](#)

³⁸ [Section II : L'assistance éducative \(articles 1181 à 1200-1\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

³⁹ [Haute Autorité de santé – Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence \(has-sante.fr\)](#)

Conclusion de la première analyse	Suites à donner
Danger ou risque de danger La santé et le développement de l'enfant/adolescent sont compromis ou risquent d'être compromis sans une intervention.	Orientation vers l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation
Danger grave et immédiat L'enfant/adolescent est dans une situation de danger nécessitant une action immédiate du fait : – De la gravité du danger (danger vital, à apprécier en fonction de la gravité des faits rapportés - maltraitances physiques, maltraitances sexuelles, privations graves - et/ou de la vulnérabilité particulière de l'enfant/adolescent - moins de 3 ans, situation de handicap...) ; – Qu'il est exposé à l'auteur présumé ; – D'une mise en situation de danger par l'enfant/adolescent lui-même.	Signalement / transmission au parquet
Manque d'informations La première analyse ne met en évidence ni danger ni risque de danger mais le manque d'informations rend nécessaire une évaluation	Orientation vers l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation
Besoin d'accompagnement hors protection de l'enfance La première analyse ne met en évidence ni danger ni risque de danger mais un besoin d'accompagnement hors protection de l'enfance (service social de secteur, PMI, etc.) est identifié	Orientation vers un accompagnement hors protection de l'enfance auprès des services du conseil départemental ou d'un autre partenaire du territoire
Aucun besoin d'accompagnement n'est identifié La première analyse ne met en évidence ni danger ni risque de danger ni besoin d'accompagnement	Classement de l'information préoccupante sans orientation

Pendant la grossesse, une IP (vers la CRIP) peut être faite pour l'enfant à naître. Mais le fœtus n'ayant pas d'existence légale, ce n'est qu'à la naissance que la CRIP ou l'ASE pourra demander un rapport (observation mère-enfant) qui, si besoin, fera réaliser une nouvelle IP ou un signalement.

➔ **Victimes de violences conjugales en situation de danger immédiat et d'impossibilité d'autoprotection**

Les situations de violences conjugales relèvent d'une évaluation de la situation, du niveau de risque et d'urgence vitale pour la victime. Le Conseil national de l'ordre des médecins a publié un vademecum décrivant les éléments permettant cette évaluation et, le cas échéant, les outils pour le signalement et la prise en charge⁴⁰ (313).

L'article 226-14-3 introduit par la loi du 30 juillet 2020 la possible non-application de l'article 226-13 : « Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République⁴¹. »

⁴⁰ [vademecum_secret_violences_conjugales.pdf \(conseil-national.medecin.fr\)](https://www.conseil-national.medecin.fr/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf)

⁴¹ [Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel \(articles 226-13 à 226-14\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/lcc/ficheArticle?lci=313700)

Il est essentiel de comprendre ce qu'apporte cette évolution de la loi, à savoir qu'elle n'implique pas une obligation de signalement mais offre la possibilité de le faire si un professionnel de santé estime en conscience que cela est nécessaire.

La HAS a produit des recommandations sur l'ensemble du sujet des violences faites aux femmes afin d'en favoriser le repérage systématique sous l'intitulé « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » (42). Les modalités d'accompagnement et les conditions de signalement y sont détaillées.

Si une exposition à l'alcool peut être observée dans les situations de violences faites aux femmes (30 % des cas), il n'est pas constamment associé et n'intervient pas dans le questionnement de signalement éventuel.

➔ Personnes nécessitant des soins psychiatriques sans consentement

L'hospitalisation la plus fréquemment réalisée en psychiatrie est l'hospitalisation libre. Toutefois, dans certaines situations, des admissions en soins psychiatriques peuvent être réalisées sans le consentement de la personne dans trois situations :

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- l'hospitalisation en cas de péril imminent ;
- l'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État.

En situation d'hospitalisation libre, le patient consentant à sa prise en soin, le secret médical est garanti et seuls les éléments que le patient souhaite porter à la connaissance de l'établissement d'accueil seront transmis par son médecin.

Dans le cas de l'hospitalisation sous contrainte, le médecin à l'origine de la demande doit lever une partie du secret médical en rédigeant un certificat médical afin de décrire l'état mental de la personne et les troubles du comportement qui justifient l'exercice de la contrainte (articles L. 3212-1 à L. 3212-12⁴² et articles L. 3213-1 à L. 3213-11⁴³ du Code de la santé publique) :

- dans le cas de la demande de tiers, l'état de la personne doit nécessiter des soins immédiats, une surveillance constante ou régulière alors que les troubles mentaux de la personne rendent son consentement impossible ;
- dans le cas du péril imminent, deux critères doivent être vérifiés en plus de ceux de l'hospitalisation à la demande d'un tiers : il est impossible de recueillir une demande de tiers et il existe un péril imminent pour la santé de la personne à la date de son admission ;
- dans le cas de la demande du représentant de l'État, les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

La consommation d'alcool ne justifie pas en elle-même une admission en soins psychiatriques sous contrainte (lesquels ne peuvent être réalisés que dans des services de psychiatrie agréés), y compris en situation de TUA sévère (et même en situation de grossesse). Ce sont les

⁴² Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (articles L. 3212-1 à L. 3212-12) – Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

⁴³ Chapitre III : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (articles L. 3213-1 à L. 3213-11) – Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

troubles mentaux et/ou du comportement associés qui pourraient la nécessiter et impliquer une levée du secret médical dans le cadre du certificat médical.

Des personnes de l'entourage demandent parfois aux soignants de mettre en œuvre des soins sous contrainte pour un proche souffrant d'un TUA. Il est impossible de répondre à cette requête car les droits et les libertés individuelles d'une personne prévalent toujours en l'absence de la perte de son discernement et de péril imminent justifiant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante ou régulière.

➔ **Personnes majeures relevant d'une mesure de protection juridique**

La sauvegarde médicale de justice est mise en place à la suite d'une déclaration faite par un médecin au procureur de la République (article L. 3211-6 du Code de la santé publique⁴⁴). Il peut s'agir :

- soit du médecin de la personne à protéger, déclaration accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre ;
- soit du médecin de l'établissement de santé où se trouve la personne à protéger.

La mesure de sauvegarde de justice concerne toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté (article 425 du Code civil⁴⁵).

Comme déjà explicité, **l'usage de l'alcool ne justifie jamais en soi une mesure de protection juridique, y compris en cas de TUA sévère**. Mais si l'alcool, ou toute autre cause, a provoqué une altération des capacités de la personne à pourvoir à ses intérêts (faire valoir ses droits, répondre à ses besoins fondamentaux, etc.), une mesure de protection juridique peut être demandée par le médecin. Ce dernier peut alors rédiger un certificat circonstancié qui nécessite de livrer les éléments médicaux justifiant la demande, levant ainsi le secret médical auprès de la justice.

⁴⁴ [Article L. 3211-6 – Code de la santé publique – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

⁴⁵ [Article 425 – Code civil – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

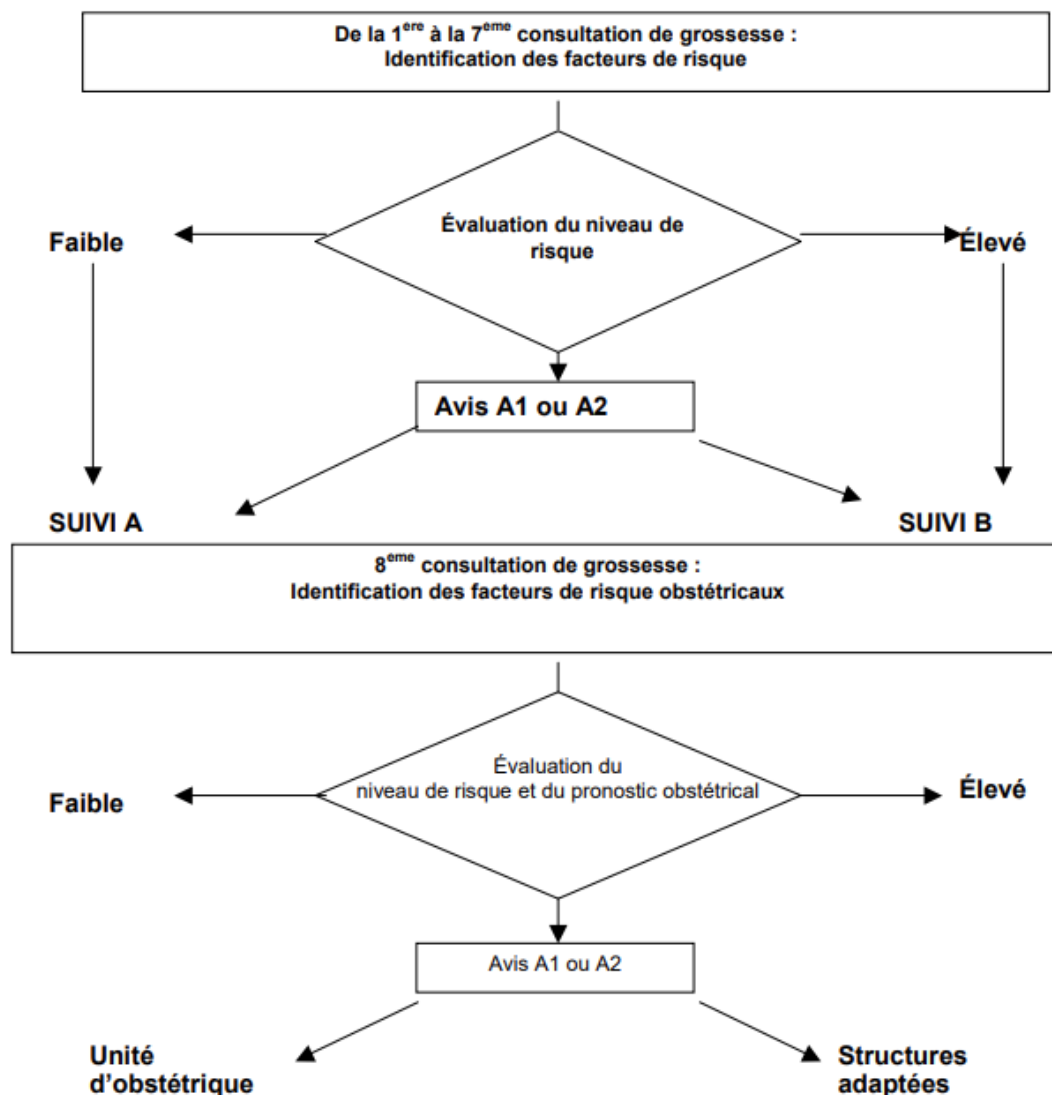
Annexe 7. Type de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse

Cet arbre décisionnel, issu des recommandations professionnelles produites par la HAS et mises à jour en 2016 sous l'intitulé « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (69), inclut l'exposition à l'alcool :

- en période préconceptionnelle et début de grossesse (< 10 SA) : l'alcool faisant partie de la catégorie des « toxiques » et étant une substance tératogène, son usage relève d'un avis A2 ;
- durant la grossesse : l'exposition à l'alcool, quelles que soient ses modalités d'usage (qu'il y ait ou pas TUA), justifie un avis A2.

Arbre décisionnel : orientation des grossesses en termes de suivi et de structure

Suivi A : Selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme, un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) ; **avis A1 :** L'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé ; **avis A2 :** L'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire et l'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire ; **suivi B :** Le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.
Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique ; **structures adaptées :** au risque de la mère et de l'enfant à naître.



Annexe 8. Un réseau de partenaires à l'échelle du territoire adapté aux spécificités et aux besoins des femmes exposées à l'alcool

L'acteur de premier recours n'est pas isolé mais s'inscrit dans un réseau partenarial au sein duquel chaque acteur, à partir de ses compétences spécifiques, contribue à la santé au travers d'une approche médico-psycho-sociale décloisonnée.

À partir de la schématisation du réseau de partenaires telle que proposée dans le volet de production dédié à la population générale (se référer à la fiche outil 4 et annexe 14 du premier volet de production en population générale (26)), nous soulignons ici les situations et besoins plus fréquemment et/ou plus spécifiquement rencontrés par les femmes et la nécessaire adaptation des dispositifs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) en conséquence. Comme en population générale, les professionnels intervenant en premier recours auprès des femmes peuvent solliciter d'autres acteurs et structures en cas de situation difficile et/ou complexe ainsi que de besoins spécifiques le justifiant et ne relevant pas de ses compétences ou du premier recours.

Missions de premier recours

Repérage interventionnel

- Bilan situationnel (consommations, risques, besoins)
- Information et conseil personnalisé
- Intervention brève (RPIB)

Vigilance chez les femmes dans le repérage de

- Discriminations & stigmatisation
- Violences subies & psycho-traumatisme
- Préoccupations psychocorporelles
- Répercussions somatiques spécifiques de l'alcool chez les femmes
- Surcharge mentale

Soutien et/ou relais partenarial par d'autres acteurs

Interventions en partenariat

- CSAPA, CAARUD
- CJC pour les AJA
- Secteur hospitalier d'addictologie dont ELSA
- Professionnels de la santé mentale
- Secteur de soins somatiques spécialisés
- Association de pairs et/ou soutien de patient expert

Adaptation des dispositifs aux besoins et spécificités des femmes

- Secteur de la santé de la femme dont santé sexuelle
- Secteur de la périnatalité et la parentalité
- Associations : CIDFF, Maison des femmes
- Groupes de parole dédiés aux femmes et soutien par des pairs-aidantes

Partenariats/orientations

Missions recommandées en premier recours avec relais possible

Interventions complémentaires

- Approche motivationnelle
 - Interventions sociales
 - Psychothérapie
- Par ex. en MSP ou microstructure
Soutien de la CPTS

Adaptation aux situations et besoins plus fréquents chez les femmes

- **Social** : parent isolé, charge parentale / éducative, dépendance matérielle, besoin de protection (violences, emprise), aide juridique, etc.
- **Psychologique** : gestion des émotions, anxiété, etc.

Spécificités chez les femmes

Ressources patients

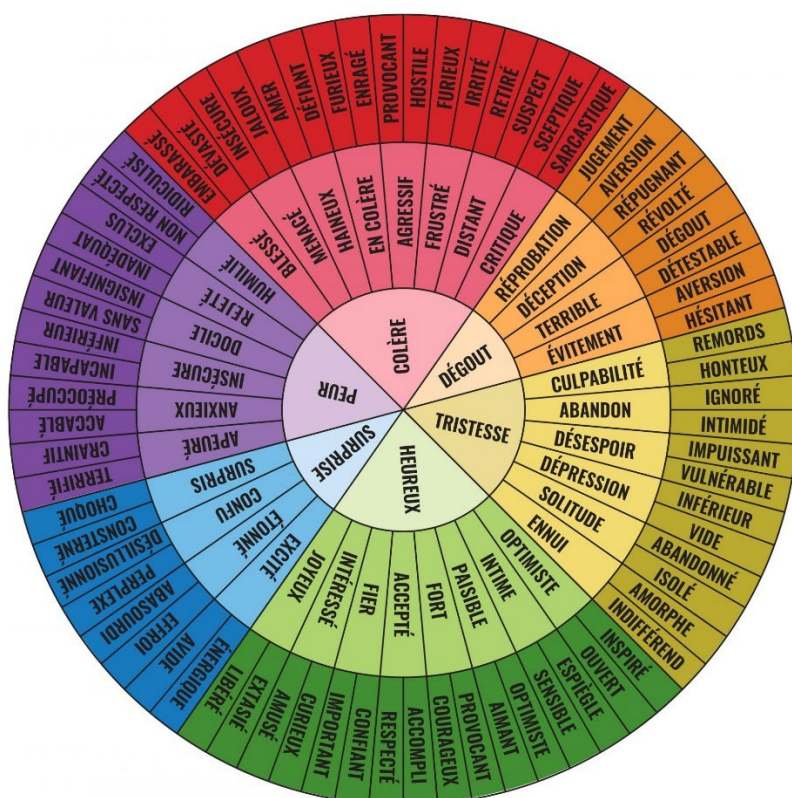
- Santé Publique France

Ressources professionnelles

- Fiches HAS / Outils de la RdRD
- Réseau de partenaires

Annexe 9. La roue des émotions

La gestion du stress, de l'anxiété, des émotions aide les personnes à questionner leurs manières de penser, de réagir. La roue des émotions est un exemple d'outil pertinent. Cet outil simple et visuel aide la personne à identifier ses émotions afin de mieux les réguler sans avoir besoin, pour cela, d'user d'alcool.



Source : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/79/Plutchik-wheel_fr.svg

Annexe 10. Le soutien associatif et par les pairs en matière d'usages d'alcool – Une démarche historique d'accompagnement qui tient compte des spécificités liées au sexe et au genre

Qu'est-ce que le soutien associatif et par la pair-aidance ?

Les initiatives qui utilisent et valorisent les connaissances, savoir-être et savoir-faire issus de l'expérience de vie des personnes sont très diversifiées. La pair-aidance, également connue sous le nom d'entraide entre pairs, est une pratique dans laquelle les individus qui partagent une expérience commune de vie, de maladie (incluant le vécu des traitements) ou de situation difficile offrent un soutien mutuel les uns aux autres. Cette approche repose sur le fait que ceux qui ont traversé des défis similaires peuvent offrir un soutien unique et favoriser ainsi le rétablissement (y compris via l'accès aux aides et aux soins) et le bien-être de personnes pairs. Par le partage d'expérience et l'écoute attentive, ainsi que par leurs actions d'information et de sensibilisation, les pairs contribuent aussi à la prévention en aidant à la prise de conscience et la gestion de situations et/ou comportements à risque.

À partir de l'intitulé générique de pair-aidance, il existe une multitude de statuts et une terminologie foisonnante.

Si la pair-aidance n'est pas une pratique genrée, elle permet naturellement une approche spécifique des personnes, adaptée à leur genre et/ou d'autres caractéristiques, puisqu'elle repose précisément sur le principe de reconnaissance mutuelle et d'expérience partagée.

Historique des mouvements d'entraide

Elle est issue des mouvements communautaires et des groupes d'entraide ayant émergé à différentes époques et dans divers contextes culturels (par exemple, les mouvements liés aux droits civiques, les associations de patients). Informelle à l'origine, elle reposait sur le partage d'expériences similaires pour offrir un soutien émotionnel et pratique.

Au fil du temps, elle est devenue une pratique institutionnalisée, notamment en santé mentale avec pour objectif de favoriser une plus grande implication des patients dans leur propre rétablissement. Des programmes formalisés de pair-aidance en santé mentale ont ainsi permis à des personnes rétablies d'offrir un soutien à d'autres patients. Désormais élargie à tous types de questions sanitaires, la pair-aidance permet d'offrir un soutien émotionnel ainsi qu'un partage d'expérience et de conseils pratiques sur la gestion d'une maladie et de ses traitements.

Grâce à la diversification de ses domaines d'application (par exemple, en santé physique, éducation, développement professionnel, conduites addictives, soutien aux aidants, etc.) et à son évolution continue en réponse aux besoins contemporains, elle a gagné en reconnaissance et en professionnalisation en tant qu'approche complémentaire des traitements traditionnels. Des programmes spécifiques permettent ainsi de former et soutenir les pairs-aidants dans leur rôle tandis que des travaux de recherche visent à en évaluer l'efficacité. De plus en plus intégrée dans les politiques de santé et les programmes sociaux, la pair-aidance joue un rôle croissant dans la prestation de services et la prise de décision.

Les principes fondamentaux de la pair-aidance

- L'expérience partagée : les pairs-aidants ont souvent vécu des expériences similaires à celles des personnes qu'elles accompagnent, ce qui favorise une compréhension profonde et une connexion empathique.
- L'*empowerment* : la pair-aidance contribue à renforcer l'autonomie et le pouvoir d'agir des individus en les aidant à acquérir les outils et la confiance nécessaires pour prendre en charge leur propre bien-être et leur rétablissement. L'*empowerment* relève aussi d'une dynamique préventive puisque les pairs peuvent aider les femmes à identifier des stratégies alternatives au recours à l'alcool (par exemple, pour la gestion du stress).
- L'égalité et le respect mutuel : ces principes sont à la base de la relation entre pairs, au sein de laquelle chacun est considéré comme un expert de sa propre expérience.
- La confidentialité réciproque : elle est un élément clé de la pair-aidance car elle permet aux individus de partager ouvertement leurs expériences en toute sécurité. Cette sécurité relationnelle facilite l'émergence de la parole sur des comportements qui seraient sans cela passés inaperçus alors qu'ils peuvent être abordés dans une perspective préventive.

La pair-aidance en matière d'alcool

➔ La pair-aidance permet de briser l'isolement et de restaurer des relations interpersonnelles

Les représentations sociétales qui affectent les femmes et particulièrement celles usant d'alcool ou d'autres substances sont des sources importantes de stigmatisation, d'exclusion (rejet communautaire) et d'isolement. Le trouble de l'usage constitue aussi par lui-même un facteur d'isolement intérieur. Cet effet global d'isolement accroît le sentiment d'incapacité, le stress et l'anxiété, autant de facteurs pris dans des boucles d'amplification réciproque qui entretiennent/aggravent les usages. Le sentiment communautaire (de reconnaissance autant que d'appartenance) que permet la pair-aidance entre femmes offre un premier pas crucial vers le rétablissement en brisant l'isolement et en restaurant du lien et des relations interpersonnelles (314), y compris avec les acteurs de santé. La pair-aidance encourage ainsi la personne à cheminer vers un processus de soin. Le sentiment communautaire, en renforçant les liens sociaux et en offrant un espace sûr pour discuter des pressions sociales, des émotions difficiles ou des habitudes émergentes, aide aussi à prévenir l'installation d'usages éventuellement problématiques d'alcool.

➔ Grâce au phénomène de reconnaissance et d'identification, la pair-aidance permet de croire au changement et de trouver des ressources

Le partage des histoires et de l'expérience de patientes expertes rétablies (leur passé dans l'alcool, leur ambivalence face au changement, leur parcours de rétablissement, leur vie actuelle) permet à d'autres femmes de repérer les ressemblances avec leur propre histoire et de s'identifier. Les différences qui peuvent exister en termes de catégories sociales, d'origine ethnique ou parfois même d'expériences n'empêchent pas le phénomène d'identification ni le sentiment de communauté quant aux émotions ressenties par les femmes (stress, angoisse, sentiment d'isolement, de vide intérieur, etc.). En dépit de ces différences extérieures, toute femme pourra ainsi se reconnaître entre pairs et, confrontée aux mêmes difficultés, envisager elle aussi « le changement dont elle n'avait jamais osé rêver » en bénéficiant du soutien de ses pairs. Le phénomène d'identification contribue aussi à la prévention par la prise de conscience de contextes et/ou d'émotions pouvant favoriser l'émergence d'usages problématiques d'alcool.

- ➔ Grâce à la proximité d'expérience vécue et à la reconnaissance entre pairs, la pair-aidance permet aussi de :
- lutter contre le vécu de stigmatisation et d'exclusion : en montrant que toutes les personnes étant similairement concernées, ces condamnations se trouvent sans objet ;
 - désamorcer le sentiment de honte et de culpabilité en expliquant que l'impuissance face à l'alcool relève d'un dérèglement neurobiologique au niveau du système de la récompense et non pas de la volonté et de la responsabilité de la personne ;
 - déconstruire les stéréotypes et les représentations sociales : par exemple, l'exigence de réussite (affective, familiale) et de performance (professionnelle) attachée à l'image et au rôle des femmes dans la société contemporaine est source de pression sociale et de charge mentale parfois insurmontables. Rencontrer des femmes ayant été concernées par les mêmes injonctions leur permet d'intégrer à leur système de pensée des représentations nouvelles en phase avec leurs aspirations, leur rythme propre, leur équilibre personnel et ainsi de choisir autre chose ;
 - briser le silence et l'empêchement de parler, y compris dans les situations les plus diabolisées dont celle de consommer de l'alcool durant une grossesse, d'être une mère de famille en situation de TUA, notamment dans les premières années de développement de l'enfant. Rencontrer des femmes passées par les mêmes épreuves désisole, offre un autre regard, déculpabilise, libère la parole ;
 - aider à la prise de conscience et à l'acceptation (libérée de la honte) de la réalité telle qu'elle est réellement (et non pas masquée), de sa gravité, des difficultés qui y sont associées, mais aussi des aides et accompagnements qui ont permis à des pairs de cheminer vers un rétablissement conforme aux choix de la personne (abstinence ou pas) ;
 - trouver des outils pour gérer ses émotions, son stress, sa sensibilité à l'environnement autrement qu'avec l'alcool ou d'autres substances, notamment en s'orientant vers des environnements bienveillants.

La pair-aidance, une pratique non genrée mais tenant compte de spécificités liées au sexe et au genre féminins

Le principe d'accompagnement non genré de la pair-aidance permet de se délester des représentations sociales qui incitent à traiter différemment les hommes et les femmes.

Il est pourtant important de tenir compte des spécificités des femmes, s'agissant notamment des variations hormonales (menstruations, syndrome prémenstruel, effets de la ménopause, etc.), des grossesses, de leurs rôles en tant que femmes (dans la famille, dans la société), des effets des représentations liées au genre. Mettre l'accent sur les moments de la vie des femmes permet de les débanaliser et ainsi de briser le silence et l'isolement en cas de difficultés rencontrées à leur endroit. Que ce soit dans une perspective de rétablissement ou de prévention, la pair-aidance permet en conséquence d'identifier comment l'alcool peut intervenir comme stratégie de compensation et/ou d'adaptation (167) dans ces situations et d'envisager des modalités de « faire face » (*coping*) alternatives. Plus globalement, l'information par les pairs est un outil pertinent pour sensibiliser l'ensemble des femmes aux risques liés à leurs usages d'alcool ainsi qu'aux effets de pression sociale et/ou émotionnelle sur leurs consommations.

Un axe majeur qui distingue les femmes des hommes et impose une particulière attention autant qu'un travail spécifique est celui du jugement péjoratif porté à leur encontre du fait de leur genre, *a fortiori* en cas de trouble de l'usage de substance. C'est ainsi que, dans une étude menée en 2021, les enjeux

liés à la stigmatisation permettent de distinguer clairement les groupes de soutien mixtes des groupes genrés (constitués uniquement de femmes (315)). Si les sentiments de honte et de culpabilité sont évoqués autant par les femmes que par les hommes concernés par un trouble de l'usage, la stigmatisation n'est, quant à elle, évoquée que par les femmes. Si les hommes trouvent des avantages à la présence de femmes (groupes mixtes), à l'inverse, les femmes y trouvent certains avantages, mais aussi des inconvénients. Une expérience commune de stress (en l'occurrence celui induit par la stigmatisation sociale) constituant un facteur puissant de ralliement, les femmes peuvent préférer les groupes d'entraide non mixtes (seulement constitués de femmes) au sein desquels leur vécu de stigmatisation sera véritablement reconnu, c'est-à-dire partagé et non mis en doute par une partie du groupe. Soutenir de façon optimale les personnes dans le sens du rétablissement peut ainsi imposer d'adapter le format des groupes aux besoins des personnes concernées. En l'occurrence, il s'agit de proposer des groupes de femmes (non mixtes), permettant de soutenir le sentiment d'appartenance et de communauté (s'agissant pour l'exemple soutenu ici du vécu de stigmatisation mais pouvant concerner aussi les violences conjugales et toutes formes de discrimination liée au genre, etc.).

Le développement de la pair-aidance en matière d'alcool auprès des femmes n'est possible que si tous les publics en lien avec des femmes connaissent son existence et ses modalités d'accès. Pour ce faire, les patients experts en addictologie (PEA) effectuent un travail d'information auprès des acteurs concernés sur le rôle et l'utilité des pairs-aidants et toutes modalités d'adressage. Cette sensibilisation des professionnels aux spécificités des femmes contribue à la prévention et met en lumière les ressources spécifiquement offertes aux femmes par les pairs-aidants avant même l'émergence de troubles éventuels.

En plus d'accompagner les personnes, les patients experts contribuent à former et conseiller les professionnels

Les PEA contribuent largement à la formation de publics variés : les professionnels de santé (quelle que soit leur discipline), mais aussi des publics issus de milieux parfois éloignés des soins : au sein des écoles post-baccalauréat, des entreprises, auprès des travailleurs sociaux, magistrats, tout public en lien avec des personnes exposées à l'alcool, en difficulté ou pas avec leurs usages (les PEA contribuant par leurs actions à la prévention en matière d'alcool).

Ils apportent notamment des conseils quant à la manière de communiquer afin de favoriser le dialogue et éviter le renoncement aux aides et accompagnements.

Parmi ces conseils :

- être dans une attitude d'écoute et d'accueil de ce que la personne a à apporter de singulier, en respectant sa temporalité : s'il s'agit de favoriser la confiance et le dialogue, privilégier les questions ouvertes (par exemple : « Pourriez-vous me parler de votre situation ? », « Racontez-moi », etc.) et être aussi à l'écoute de signes indirects lorsque les usages d'alcool à proprement parler ne peuvent pas (ou pas encore) être verbalisés. Précisez que même en tant que professionnel de santé, vous pouvez entendre et comprendre les raisons qui sous-tendent les consommations d'alcool et en quoi elles peuvent être nécessaires, et notamment constituer un soulagement ;
- ne pas juger ni culpabiliser les personnes : expliquer le substratum neurobiologique en cause dans le trouble de l'usage d'alcool permet de déculpabiliser et de signifier qu'il n'y a pas de défiance à leur égard. Mettre de côté toute idée de volonté ou de responsabilité au profit d'une

anomalie du circuit de la récompense permet aussi de justifier l'intérêt d'un accompagnement spécialisé en conséquence ;

- éviter les mots, formules, phrases confuses et contribuant au jugement et à la stigmatisation : il est possible d'expliquer que le vocabulaire a été amené à évoluer du fait de la charge de stigmatisation dont il était porteur et parce que parfois il s'avérait trop flou dans l'identification de ce qu'il voulait désigner. Les formules telles que « usage d'alcool », « trouble de l'usage d'alcool », « conduite addictive » sont ainsi à préférer et considérées comme devant remplacer « alcoolique », « alcoolisme », « toxicomane » et même « dépendance ». Le terme de professionnel spécialisé, plutôt que psychiatre ou addictologue, peut permettre de ne pas braquer des personnes réticentes ;
- utiliser des mots et des messages clairs et précis afin de ne pas entretenir le tabou : par exemple : « Vous n'êtes pas seules, des aides existent », « C'est une maladie qui rend impuissant face à l'alcool », « Être enceinte et impuissante face à l'alcool, cela arrive » ;
- ne pas avancer de diagnostic préétabli : respecter le temps de compréhension et le cheminement d'une personne menant à une prise de conscience. Imposer un diagnostic à une personne qui n'est pas en l'état de le recevoir risque d'être contre-productif et de l'éloigner du soin ;
- aider à la recherche d'aide : avoir notamment bien à jour son réseau de professionnels partenaires (y compris associations, patients experts, acteurs de RdRD, etc., auxquels les médecins ne font pas toujours référence alors qu'il s'agit d'acteurs d'accompagnement à part entière).

Références bibliographiques

1. Hill C, Laplanche A. La consommation d'alcool est trop élevée en France. *Presse Med* 2010;39(7-8):e158-64.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2009.12.010>
2. Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Nguyen-Tanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *BEH* 2024;2:22-31.
<http://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/la-consommation-d-alcool-des-adultes-en-france-en-2021-evolutions-recentes-et-tendances-de-long-terme>
3. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction* 2009;104(9):1487-500.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02696.x>
4. Association pour la santé publique au Québec, Desjardins G. Alcool au féminin Rapport final sur les enjeux liés à la consommation d'alcool chez les Québécoises. Montréal: ASPQ; 2024.
https://aspq.org/app/uploads/2024/03/v2_rapport-final-alcool-au-feminin_vf.pdf
5. Olano M. Alcoolisme féminin. Briser le tabou. *Lien Social* 2022;1315(8):18-24.
<https://dx.doi.org/10.3917/liso.1315.0018>
6. Beck F, Legleye S, De Peretti G. L'alcool donne-t-il un genre ? *Travail, genre et sociétés* 2006;15(1):141-60.
<https://dx.doi.org/10.3917/tgs.015.0141>
7. Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Ahlström S, Bondy S, et al. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* 2000;95(2):251-65.
<https://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95225112.x>
8. Morrissay ER. Contradictions inhering in liberal feminist ideology: Promotion and control of women's drinking. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly* 1986;13(1):65-88.
9. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365(9458):519-30.
[https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)17870-2](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(05)17870-2)
10. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Alcool. Synthèse des connaissances [En ligne] 2022. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
11. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Alcool [En ligne] 2023.
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
12. Palle C. Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences. Paris: OFDT; 2020.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2020.pdf>
13. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH* 2015;24-25:440-9.
14. Roux J, Marguerite N, Faisant M, Atiki N, Simac L, Andler R, et al. Estimation du nombre d'hospitalisations pour alcoolisation aiguë et complications en France, 2012-2022. *J Epidemiol Population Health* 2024;72:202335.
<https://doi.org/10.1016/j.jep.2024.202335>
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Alcool. Effets sur la santé. Paris: INSERM; 2001.
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/expcol_2001_alcool.pdf?sequence=1
16. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Paris: OFDT; 2019.
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
17. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health* 2013;23(4):588-93.
<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
18. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé [dossier]. *BEH* 2019;5-6.
19. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018. Paris: OFDT; 2019.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>
20. Arwidson P, Léon C, Guillemont J. Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005. *BEH* 2006;34-35:255-8.
21. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Quantité d'alcool mis en vente par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur) [En ligne] 2020.
<https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
22. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Paris: INSERM; 2021.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/reduction-dommages-associes-consommation-alcool>
23. Santé Publique France, Institut National du Cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint Maurice: SPF; 2017.
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
24. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance. Le sexe, le genre et l'alcool. Directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes. Ottawa: CCDUS; 2022.

<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-08/CCSA-LRDG-Sex-Gender-and-Alcohol-what-matters-for-Women-in-LRDGs-fr.pdf>

25. Andler R, Quatremère G, Gautier A, Nguyen-Thanh V, Beck F. Consommation d'alcool : Part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du baromètre de santé publique France 2021. BEH 2023;178(11):178-86.

26. Haute Autorité de santé. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool. Repérer tous les usages et accompagner chaque personne. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3326877/fr/agir-en-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-reperer-tous-les-usages-et-accompagner-chaque-personne

27. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation foetale : repérage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1636956/fr/troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-reperage

28. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

29. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2017.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833717/fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-dans-les-centres-d-accueil-et-d-accompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues-caarud

30. Haute Autorité de Santé. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa

31. Haute Autorité de Santé. Avis n° 2020.0017/AC/SA3P du 12 février 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3152619/fr/avis-n-2020-0017/ac/sa3p-du-12-fevrier-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-protocole-de-cooperation-premiere-consultation-d-alcoologie-par-une-infirmiere-pour-des-patients-adresses-par-un-service-des-urgences

32. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur des personnes âgées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_pa_2023_01_24.pdf

33. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les

ESSMS. Secteur de l'inclusion sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_inclusion_2023_01_24.pdf

34. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur de la protection de l'enfance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_pe_2023_01_24.pdf

35. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les ESSMS. Secteur handicap. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-01/rbpp_prevention_rdrd_esms_volet_ph_2023_01_24.pdf

36. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol second draft (unedited). Geneva: WHO; 2021.

<https://www.who.int/publications/m/item/global-alcohol-action-plan-second-draft-unedited>

37. Roberts SC. Macro-level gender equality and alcohol consumption: a multi-level analysis across U.S. States. Social science & medicine 2012;75(1):60-8.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.017>

38. Bond JC, Roberts SC, Greenfield TK, Korcha R, Ye Y, Nayak MB. Gender differences in public and private drinking contexts: a multi-level GENACIS analysis. Int J Environment Res Public Health 2010;7(5):2136-60.

<https://dx.doi.org/10.3390/ijerph7052136>

39. Olusanya OA, Barry AE. Dissemination of Prenatal Drinking Guidelines: A Preliminary Study Examining Personal Alcohol Use Among Midwives in a Southwestern US State. J Midwifery Women's Health 2020;65(5):634-42. <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13146>

40. Geirsson M, Hensing G, Spak F. Does Gender Matter? A Vignette Study of General Practitioners' Management Skills in Handling Patients with Alcohol-Related Problems. PSYCHO-SOCIAL ASPECTS SUPPLEMENT ; 2009.

<https://www.semanticscholar.org/paper/PSYCHO-SOCIAL-ASPECTS-SUPPLEMENT-Does-Gender-Matter-Geirsson-Hensing/e8d7ac50fea40e5479ae5ad860aeb0f5d5856d24>

41. Karila L. L'alcoolisme au féminin : en finir avec les tabous. S'en sortir. Paris: Leduc S; 2020.

42. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_argumentaire.pdf

43. Abbey A. Alcohol-related sexual assault: a common problem among college students. J Stud Alcohol Suppl 2002;(14):118-28.

<https://dx.doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.118>

44. Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Baldur LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. J Trauma 2005;58(1):22-9.

<https://dx.doi.org/10.1097/01.ta.0000151180.77168.a6>

45. Rhodes R, Johnson AD. Women and Alcoholism: A Psychosocial Approach. *Affilia* 1994;9(2):145-56. <https://dx.doi.org/10.1177/088610999400900204>
46. Wilke D. Women and alcoholism: how a male-as-norm bias affects research, assessment, and treatment. *Health Soc Work* 1994;19(1):29-35. <https://dx.doi.org/10.1093/hsw/19.1.29>
47. Fédération Addiction. Femmes et addictions. Paris: FA; 2013.
48. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, Jr., *et al.* Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer* 2002;87(11):1234-45. <https://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6600596>
49. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, Green J. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Ntl Cancer Inst* 2009;101(5):296-305. <https://dx.doi.org/10.1093/jnci/djn514>
50. McBride N, Johnson S. Fathers' Role in Alcohol-Exposed Pregnancies: Systematic Review of Human Studies. *Am J Prevent Med* 2016;51(2):240-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.02.009>
51. Chanal C, Mazurier E, Doray B. Recommandations pour la pratique clinique : " Interventions pendant la période périnatale ". Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité. Paris: Collège National des Sages-Femmes de France.; 2021. <https://uca.hal.science/hal-03283257>
52. Ricci E, Al Beitawi S, Cipriani S, Candiani M, Chiaffarino F, Viganò P, *et al.* Semen quality and alcohol intake: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online* 2017;34(1):38-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.09.012>
53. Pyman P, Collins SE, Muggli E, Testa R, Anderson PJ. Cognitive and behavioural attention in children with low-moderate and heavy doses of prenatal alcohol exposure: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Rev* 2021;31(4):610-27. <http://dx.doi.org/10.1007/s11065-021-09490-8>
54. Lussier AA, Weinberg J, Kobor MS. Epigenetics studies of fetal alcohol spectrum disorder: where are we now? *Epigenomics* 2017;9(3):291-311. <https://dx.doi.org/10.2217/epi-2016-0163>
55. Curley JP, Mashoodh R, Champagne FA. Epigenetics and the origins of paternal effects. *Horm Behav* 2011;59(3):306-14. <https://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.06.018>
56. Luan M, Zhang X, Fang G, Liang H, Yang F, Song X, *et al.* Preconceptional paternal alcohol consumption and the risk of child behavioral problems: a prospective cohort study. *Scientific reports* 2022;12(1):1508. <https://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-05611-2>
57. Nordmann R. Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse. *Bull Acad Natle Med* 2004;188:519-21.
58. Santé Publique France, Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, *et al.* Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation foetale: Analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en france entre 2006 et 2013. Saint-Maurice: SPF; 2018. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-fra>
59. Société française d'alcoologie, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, European Federation of Addiction Societies. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement.Recommandation de bonne pratique. Loos: SFA; 2023. <https://sfalcoologie.fr/2023-actualisation-des-recommandations-mesusage-depistage-diagnostic-et-traitement/>
60. Beck F, Legleye S, Maillachon F, De Peretti G. Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes. Dans: Femmes et hommes. Regards sur la parité. Paris: La Documentation Française; 2008. p. 65-82.
61. Beck F, Legleye S, Maillachon F, De Peretti G. La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le baromètre santé, France, 2005. *BEH* 2009;10-11:90-3. <https://dx.doi.org/10.3917/tgs.015.0141>
62. Taschini E, Urdapilleta I, Verliac J-F, Tavani JL. Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2015;107(3):435-61. <https://dx.doi.org/10.3917/cips.107.0435>
63. Société française d'Alcoologie, Alcool Conso Science, Naassila M. Alcool et développement. Actualisation des connaissances sur les faibles niveaux de consommation et la consommation pré-conceptionnelle des deux parents ; 2023. <https://sfalcoologie.fr/alcool-et-grossesse/>
64. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels. Paris; 2011. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/alcool_et_grossesse_parlons-en-2-3.pdf
65. Collège de médecine générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Consommation de substances psychoactives et périnatalité. Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022. <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/05/Kit-addictions-CMG-addictions-et-perinatalite.pdf>
66. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les femmes enceintes et allaitantes. Paris: HCSP; 2022. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1165>
67. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

68. Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum

69. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

70. Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. . Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf

71. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

72. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Santé Publique France, Direction Générale de la Santé, Direction générale de l'offre de soins, Services départementaux de protection maternelle et infantile, Réseaux de santé en périnatalité. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2017.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

73. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Santé publique France. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. Paris: INSERM; 2022. <https://enp.inserm.fr/>

74. Bloch J, Cans C, De Vigan C, De Brosses L, Doray B, Larroque B, Perthuis I. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008. BEH 2009;10-11:102-4.

75. Santé publique France. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France. Données de surveillance. Saint Maurice: SpF; 2022.

https://syngof.fr/wp-content/uploads/2022/09/2022_Rapport_Surveillance_Perinatale.pdf

76. Greaves L, Poole N, Brabete AC. Sex, gender, and alcohol use: implications for women and low-risk drinking guidelines. Int J Environment Research Public Health 2022;19(8). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19084523>

77. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final. Ottawa: CCDUS; 2023.

https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canada_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_fr_0.pdf

78. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résultats de la consultation publique. Ottawa: CCDUS; 2021.

<https://www.ccsa.ca/fr/le-projet-dactualisation-des-directives-de-consommation-dalcool-faible-risque-du-canada-resultats>

79. British Columbia Center of Excellence for women's health (CEWH). Women and alcohol: a women's health resource. Vancouver: CEWH; 2014.

<https://cewh.ca/wp-content/uploads/2022/01/WomenAndAlcoholResource2014.pdf>

80. Center of Excellence for women's health (CEWH). Brief intervention on substance use with girls and women 50 Ideas for Dialogue, Skill Building, and Empowerment. Vancouver: CEWH; 2018.

https://cewh.ca/wp-content/uploads/2022/01/50-Brief-Intervention-Ideas_June-4-2018.pdf

81. Haute Autorité de santé. L'expertise scientifique face aux crises refonte ou ajustements ?. Actes colloque HAS - 15/11/2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/colloque_has_expertise_scientifique_face_aux_crisis.pdf

82. Haute Autorité de santé. Scientific expertise. In the face of crises overhaul or adjustments ? Symposium proceedings HAS - 15/11/2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/has_symposium_scientific_expertise_in_the_face_of_crisis.pdf

83. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. Lancet 2017;390(10092):415-23.

[https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31592-6](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31592-6)

84. Merkatz RB, Temple R, Subel S, Feiden K, Kessler DA. Women in clinical trials of new drugs. A change in Food and Drug Administration policy. The working group on women in clinical trials. New Engl J Med 1993;329(4):292-6.

<https://dx.doi.org/10.1056/nejm199307223290429>

85. Melloni C, Berger JS, Wang TY, Gunes F, Stebbins A, Pieper KS, et al. Representation of women in randomized clinical trials of cardiovascular disease prevention. Circulation Cardiovascular quality and outcomes 2010;3(2):135-42.

<https://dx.doi.org/10.1161/circoutcomes.110.868307>

86. Geller SE, Koch A, Pellettieri B, Carnes M. Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: have we made progress? Journal of women's health 2011;20(3):315-20.

<https://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2469>

87. Haute Autorité de santé. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020

88. Quatremère G, Andler R, Gorza M, Beck F. Grossesse et alcool : Évolution des connaissances et perceptions des français entre 2004 et 2020. *BEH* 2023;17:320-8.
89. McBride N, Carruthers S, Hutchinson D. Reducing alcohol use during pregnancy: listening to women who drink as an intervention starting point. *Global Health Promotion* 2012;19(2):6-18.
<https://dx.doi.org/10.1177/1757975912441225>
90. Haber PS, Riordan BC, Winter DT, Barrett L, Saunders J, Hides L, *et al.* New Australian guidelines for the treatment of alcohol problems: an overview of recommendations. *Med J Aust* 2021;215 Suppl 7:S3-S32.
<http://dx.doi.org/10.5694/mja2.51254>
91. Mann K, Batra A, Fauth-Bühler M, Hoch E. German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. *Eur Addiction Res* 2017;23(1):45-60. <https://dx.doi.org/10.1159/000455841>
92. National Institut for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence London: NICE; 2011.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
93. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Poisson C, Awad C. Sevrage d'alcool et prévention des rechutes. Rapport en soutien au guide d'usage optimal. Québec: INESSS; 2021.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Sevrage_GN.pdf
94. Department of Veterans Affairs, Department of Defense, The management of substance use disorders work group, the office of quality safety and value, office of evidence based practice. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Washington: VA; 2015.
https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADODSU_DCPGRevised22216.pdf
95. Department of Veterans Affairs, Department of Defense, The management of substance use disorders work group, the office of quality safety and value, office of evidence based practice. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders [Provider summary]. Washington: VA; 2021.
https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUD_CPGProviderSummary.pdf
96. American Society of Addiction Medicine. The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management *J Addiction Med* 2020;14(3S Suppl 1):1-72.
<https://dx.doi.org/10.1097/adm.0000000000000668>
97. Australian Government Department of Health, Haber PS, Riordan BC. Guidelines for the treatment of alcohol problems Sydney: The University of Sydney; 2021.
<https://alcoholtreatmentguidelines.com.au/pdf/guidelines-for-the-treatment-of-alcohol-problems.pdf>
98. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015.
<https://psycliclinics.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
99. Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
100. Dupouy J, Vergnes A, Laporte C, Kinouani S, Auriacombe M, Oustric S, Rougé Bugat ME. Intensity of previous teaching but not diagnostic skills influences stigmatization of patients with substance use disorder by general practice residents. A vignette study among French final-year residents in general practice. *Eur J Gen Pract* 2018;24(1):160-6.
<https://dx.doi.org/10.1080/13814788.2018.1470239>
101. Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge diagnostic. Paris: Elsevier Masson; 2013.
102. Brousse G, Dematteis M, Pennel L. Trouble de l'usage d'alcool : évolution de la nosographie. *Rev du Prat* 2019;68(8):892-5.
103. Meyers SA, Earnshaw VA, D'Ambrosio B, Courchesne N, Werb D, Smith LR. The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug Alcohol Depend* 2021;223:108706.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108706>
104. Coppel A. Figures de femmes. *Le Courrier des addictions* 2004;6(2):54-8.
105. Lyall V, Wolfson L, Reid N, Poole N, Moritz KM, Egert S, *et al.* "The problem is that we hear a bit of everything...": a qualitative systematic review of factors associated with alcohol use, reduction, and abstinence in pregnancy. *Int J Environmental Res Public Health* 2021;18(7).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18073445>
106. Bouvet de la Maisonnneuve F. Les femmes face à l'alcool. Résister et s'en sortir. Paris: Odile Jacob; 2020.
107. Testa M, Parks KA. The role of shame in alcohol use and abuse among women. *Clin Psychology Rev* 2010;30(3):346-54.
108. Karoll BR. Women and alcohol-use disorders: a review of important knowledge and its implications for social work practitioners. *J Social Work* 2002;2(3):337-56.
<https://dx.doi.org/10.1177/146801730200200305>
109. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev* 2004;24(8):981-1010.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.003>
110. Berthelot M, Clément S, Drulhe M, Forne J, Membrano M. Les alcoolismes féminins. *Cahiers du Centre de Recherches Sociologiques* 1984;1:1-285.
111. Wu J, Gale CP, Hall M, Dondo TB, Metcalfe E, Oliver G, *et al.* Editor's Choice - Impact of initial hospital diagnosis on mortality for acute myocardial infarction: A national cohort study. *Eur Heart J Acute Cardiovascular Care* 2018;7(2):139-48.
<https://dx.doi.org/10.1177/2048872616661693>
112. Manzo-Silberman S, Couturaud F, Charpentier S, Auffret V, El Khoury C, Le Breton H, *et al.* Influence of gender on delays and early mortality in ST-segment elevation myocardial infarction: Insight from the first French Metaregistry, 2005-2012 patient-level pooled analysis. *Int J Cardiol* 2018;262:1-8.

113. Touzard C. Sans alcool. Etre sobre est bien plus subversif qu'on ne le pense. Paris: Flammarion; 2021.

114. Clément S, Membrado M. Des alcooliques pas comme les autres ? La construction d'une catégorie sexuée. Dans: Femmes et hommes dans le champ de la santé. Rennes: Presses de l'EHESP; 2001. p. 51-74.

115. Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C. Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques. Rennes: Presses de l'EHESP; 2001.

116. Popova S, Dozet D, Akhand Laboni S, Brower K, Temple V. Why do women consume alcohol during pregnancy or while breastfeeding? Drug Alcohol Rev 2022;41(4):759-77. <http://dx.doi.org/10.1111/dar.13425>

117. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Zéro alcool pendant la grossesse. Saint-Denis: INPES; 2006.

118. Cogordan C, Nguyen Thanh V, Richard JB. Alcool et grossesse. Connaissances et perception des risques. Alcool Addictol 2016;38(181-190).

119. Meyer SB, Foley K, Olver I, Ward PR, McNaughton D, Mwanri L, Miller ER. Alcohol and breast cancer risk: Middle-aged women's logic and recommendations for reducing consumption in Australia. PLoS ONE 2019;14(2):e0211293. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0211293>

120. Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes, Schamp J, Simonis S, Van Havere T, Gremeaux L, Roets G, Willems Vanderplasschen W. Vers un traitement et une prévention sensible au genre pour femmes toxicomanes et alcooliques en Belgique (#GENSTAR). Brussels: Belgian Science Policy; 2018. <https://feditobxl.be/fr/2018/03/vers-un-traitement-et-une-prevention-sensible-au-genre-pour-femmes-toxicomanes-et-alcooliques-en-belgique-genstar/>

121. Genre et promotion de la santé. Tour d'horizon [Dossier]. Education Santé 2019;351:4-27.

122. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. Drug Alcohol Dependence 2015;156:1-13. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>

123. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. Taiwanese J Obstet Gynecol 2016;55(4):480-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.001>

124. Capozzi A, Scambia G, Lello S. Metabolic disturbances in menopause [abstract]. Maturitas 2023;173:28-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.04.040>

125. Boudesseul J, Gildersleeve KA, Haselton MG, Bègue L. Do women expose themselves to more health-related risks in certain phases of the menstrual cycle? A meta-analytic review. Neuroscience Biobehavioral Rev 2019;107:505-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.08.016>

126. Joyce KM, Good KP, Tibbo P, Brown J, Stewart SH. Addictive behaviors across the menstrual cycle: a systematic review. Arch Women's Mental Health 2021;24(4):529-42. <https://dx.doi.org/10.1007/s00737-020-01094-0>

127. Qurishi R, Drenth JPH, De Jong CAJ. Premenstrual syndrome predicts alcohol craving in women with substance use disorders. Women Health 2022;62(5):430-8. <https://dx.doi.org/10.1080/03630242.2022.2084212>

128. Kendler KS, Ohlsson H, Edwards AC, Sundquist J, Sundquist K. Meditational pathways from genetic risk to alcohol use disorder in swedish men and women. J Studies Alcohol Drugs 2021;82(3):431-8. <https://dx.doi.org/10.15288/jsad.2021.82.431>

129. Verplaetse TL, Cosgrove KP, Tanabe J, McKee SA. Sex/gender differences in brain function and structure in alcohol use: A narrative review of neuroimaging findings over the last 10 years. J Neuroscience Res 2021;99(1):309-23. <https://dx.doi.org/10.1002/jnr.24625>

130. Oscar-Berman M, Ruiz SM, Marinkovic K, Valmas MM, Harris GJ, Sawyer KS. Brain responsivity to emotional faces differs in men and women with and without a history of alcohol use disorder. PLoS ONE 2021;16(6):e0248831. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0248831>

131. Ruiz SM, Oscar-Berman M, Sawyer KS, Valmas MM, Urban T, Harris GJ. Drinking history associations with regional white matter volumes in alcoholic men and women. Alcoholism Clin Experiment Res 2013;37(1):110-22. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01862.x>

132. Nahoum-Grappe V. La culture de l'ivresse : essai de phénoménologie historique. Paris: Quai Voltaire; 1991. PEB; Bibliothèque, R/

133. Palierne N. Pour une sociologie de l'alcoolisme sous le prisme du genre. La carrière genrée des postcuristes alcooliques Paris: Ecole doctorale de l'Ecole des hautes études en sciences sociales; 2023. <https://www.ehess.fr/fr/soutenance/pour-sociologie-lalcoholisme-sous-prisme-genre-carri%C3%A8re-genr%C3%A9e-postcuristes-alcooliques>

134. Kulesza M. Women's experiences of stigma in relation to substance use: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Addiction 2013;108(6):1041-53.

135. Simmat-Durand L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. BEH 2009;10-11:86-9.

136. Wilsnack SC. The GENACIS project: a review of findings and some implications for global needs in women-focused substance abuse prevention and intervention. Substance Abuse Rehabil 2012;3(Suppl 1):5-15. <https://dx.doi.org/10.2147/sar.S21343>

137. Bälher V. Eternel féminin et changements de société. Alcool ou santé 1989;1:18-23.

138. Membrado M, Clément S. Des alcooliques pas comme les autres ? La construction d'une catégorie sexuée. Dans: Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C,

ed. Femmes et Hommes dans le champ de la santé, aspects sociologiques. Rennes: ENSP; 2001.

139. Dauge S, Fieulaine M. Boire au féminin : pour en finir avec une double peine. *Rhizome* 2023;N° 85(2):13-4. <https://dx.doi.org/10.3917/rhiz.085.0013>

140. Fédération Addiction. Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD. Paris: FA; 2022. <https://www.federationaddiction.fr/actualites/guide-femmes-et-addictions/>

141. Valmas MM, Mosher Ruiz S, Gansler DA, Sawyer KS, Oscar-Berman M. Social cognition deficits and associations with drinking history in alcoholic men and women. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2014;38(12):2998-3007. <https://dx.doi.org/10.1111/acer.12566>

142. Mussallem D. Nutrition and prevention of breast cancer. *Menopause* 2022;29(12):1447. <https://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000002112>

143. Chagpar A, Hofstatter E, Wallace NH. Perception of breast cancer risk and adherence to U.S. Cancer prevention guidelines [abstract]. *J Gen Intern Med* 2016;31(2):S335.

144. Cogordan C, Richard JB, Andler R, Ancellin R, Deutsch A, Institut national du Cancer, Santé publique France. Baromètre cancer 2015 - Alcool et cancer. Comportements, opinions et perceptions des risques. Saint-Maurice: SPF;INCA; 2018. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/barometre-cancer-2015-alcool-et-cancer.-comportements-opinions-et-perceptions-des-risques>

145. Fama R, Le Berre AP, Sullivan EV. Alcohol's unique effects on cognition in women: a 2020 (re)view to envision future research and treatment. *Alcohol Research Current reviews* 2020;40(2):03. <https://dx.doi.org/10.35946/arcr.v40.2.03>

146. National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: NHMRC; 2020. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1>

147. Butt P, Beirness D, Stockwell T, Gliksman L, Paradis C. Alcohol and health in Canada : a summary of evidence and guidelines for low risk drinking. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2011. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-en.pdf>

148. Haut Conseil de Santé Publique, Latarche C, Alla F. Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool. Paris: HCSP; 2009. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspn20090701_alcool.pdf

149. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, *et al.* Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *The Lancet. Public health* 2023;8(1):e6-e7. [https://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(22\)00317-6](https://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(22)00317-6)

150. Mamluk L, Edwards HB, Savovic J, Leach V, Jones T, Moore THM, *et al.* Effects of low alcohol consumption

on pregnancy and childhood outcomes: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2016;388(SPEC.ISS 1):14.

151. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Research : current reviews* 2019;40(1). <https://dx.doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>

152. Piazza NJ, Vrbka JL, Yeager RD. Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *Int J Addiction* 1989;24(1):19-28. <https://dx.doi.org/10.3109/10826088909047272>

153. Randall CL, Roberts JS, Del Boca FK, Carroll KM, Connors GJ, Mattson ME. Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *J Studies Alcohol* 1999;60(2):252-60. <https://dx.doi.org/10.15288/jsa.1999.60.252>

154. Thibaut F. Alert out on tobacco and alcohol consumption in young European women. *Eur Arch Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2018;268(4):317-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-018-0901-7>

155. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022. Alcool, Tabac, Drogues, Ecrans. Paris; 2019. <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildec/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>

156. Hammer R, Rapp E. Women's views and experiences of occasional alcohol consumption during pregnancy: A systematic review of qualitative studies and their recommendations. *Midwifery* 2022;111:103357. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2022.103357>

157. Kersey K, Lyons AC, Hutton F. Alcohol and drinking within the lives of midlife women: A meta-study systematic review. *Int J Drug Policy* 2022;99:103453. <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103453>

158. Ernawati E, Mawardi F, Roswiyani R, Melissa M, Wiwaha G, Tiaty S, Hilmanto D. Workplace wellness programs for working mothers: A systematic review. *J Occupational Health* 2022;64(1):e12379. <http://dx.doi.org/10.1002/1348-9585.12379>

159. Stubbs A, Szoek C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: a systematic review of the literature. *Trauma violence Abuse* 2022;23(4):1157-72. <https://dx.doi.org/10.1177/1524838020985541>

160. Ramsomar L, Gibbs A, Chirwa ED, Dunkle K, Jewkes R. Pooled analysis of the association between alcohol use and violence against women: Evidence from four violence prevention studies in Africa. *BMJ Open* 2021;11(7). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049282>

161. Kirk L, Terry S, Lokuge K, Watterson JL. Effectiveness of secondary and tertiary prevention for violence against women in low and low-middle income countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2017;17(1):622. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4502-6>

162. Stanesby O, Callinan S, Graham K, Wilson IM, Greenfield TK, Wilsnack SC, *et al.* harm from known others' drinking by relationship proximity to the harmful

drinker and gender: a meta-analysis across 10 Countries. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2018;42(9):1693-703. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.13828>

163. Ward N, Correia H, McBride N. Maternal psychosocial risk factors associated with maternal alcohol consumption and Fetal Alcohol Spectrum Disorder: a systematic review. *Arch Gynecol Obstetrics* 2021;304(6):1399-407. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-021-06206-4>

164. Bochicchio L, Porsch L, Zollweg S, Matthews AK, Hughes TL. Health outcomes of sexual minority women with histories of adverse childhood experiences: A scoping review. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2023;47:47. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.15069>

165. Collège de médecine générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Pathologies duelles. De quoi on parle ? Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022. <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2022/05/Kit-addictions-CMG-Pathologies-duelles.pdf>

166. Nyberg S, Wahlström G, B  ckstr  m T, Sundström Poromaa I. Altered sensitivity to alcohol in the late luteal phase among patients with premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29(6):767-77. [https://dx.doi.org/10.1016/s0306-4530\(03\)00121-5](https://dx.doi.org/10.1016/s0306-4530(03)00121-5)

167. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New-York: Springer; 1984.

168. Crenshaw KW, Bonis O. Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahier du genre* 2005;2(39):51-82.

169. Institut canadien de recherche sur les femmes. Intersectionnalité féministe : un coup d'oeil. Ottawa: ICRF; 2021. <https://www.criaw-icref.ca/fr/publications/intersectionnalite-feministe-un-coup-doeil/>

170. Kucheria K, Saxena R, Mohan D. Semen analysis in alcohol dependence syndrome. *Andrologia* 1985;17(6):558-63. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1439-0272.1985.tb01714.x>

171. Jensen TK, Gottschau M, Madsen JO, Andersson AM, Lassen TH, Skakkebaek NE, *et al.* Habitual alcohol consumption associated with reduced semen quality and changes in reproductive hormones; a cross-sectional study among 1221 young Danish men. *BMJ open* 2014;4(9):e005462. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005462>

172. Bielawski DM, Zaher FM, Svinarich DM, Abel EL. Paternal alcohol exposure affects sperm cytosine methyltransferase messenger RNA levels. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2002;26(3):347-51.

173. Talebi AR, Sarcheshmeh AA, Khalili MA, Tabibnejad N. Effects of ethanol consumption on chromatin condensation and DNA integrity of epididymal spermatozoa in rat. *Alcohol* 2011;45(4):403-9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2010.10.005>

174. Mikkelsen EM, Riis AH, Wise LA, Hatch EE, Rothman KJ, Cueto HT, S  rensen HT. Alcohol consumption and

fecundability: prospective Danish cohort study. *BMJ* 2016;354:i4262. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.i4262>

175. Steane SE, Young SL, Clifton VL, Gallo LA, Akison LK, Moritz KM. Prenatal alcohol consumption and placental outcomes: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Am J Obstet Gynecol* 2021;225(6):607.e1-e22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.078>

176. Burd L, Roberts D, Olson M, Odendaal H. Ethanol and the placenta: A review. *J Maternal-fetal Neonat Med* 2007;20(5):361-75. <https://dx.doi.org/10.1080/14767050701298365>

177. Sundermann AC, Zhao S, Young CL, Lam L, Jones SH, Velez Edwards DR, Hartmann KE. Alcohol use in pregnancy and miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2019;43(8):1606-16. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.14124>

178. Avalos LA, Roberts SC, Kaskutas LA, Block G, Li DK. Volume and type of alcohol during early pregnancy and the risk of miscarriage. *Substance Use Misuse* 2014;49(11):1437-45. <https://dx.doi.org/10.3109/10826084.2014.912228>

179. Rosett HL, Weiner L, Lee A, Zuckerman B, Dooling E, Oppenheimer E. Patterns of alcohol consumption and fetal development. *Obstet Gynecol* 1983;61(5):539-46.

180. Qiu X, Sun X, Li HO, Wang DH, Zhang SM. Maternal alcohol consumption and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies. *Public Health* 2022;213:163-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.020>

181. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2022;22(1):63. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3>

182. Das U, Gangisetty O, Chaudhary S, Tarale P, Rousseau B, Price J, *et al.* Epigenetic insight into effects of prenatal alcohol exposure on stress axis development: Systematic review with meta-analytic approaches. *Alcohol* 2023;47(1):18-35. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.14972>

183. Kesmodel US, Nygaard SS, Mortensen EL, Bertrand J, Denny CH, Glidewell A, Astley Hemingway S. Are low-to-moderate average alcohol consumption and isolated episodes of binge drinking in early pregnancy associated with facial features related to fetal alcohol syndrome in 5-year-old children? *Alcoholism Clin Experiment Res* 2019;43(6):1199-212. <https://dx.doi.org/10.1111/acer.14047>

184. Astley S, Grant T. Another perspective on 'the effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child's intelligence, attention, and executive function'. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 2012;119(13):1672. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12008>

185. Jacobson JL, Jacobson SW. Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development. *Alcohol Res Health* 1999;23(1):25-30.

186. Kesmodel US, Eriksen HL, Underbjerg M, Kilburn TR, St  vring H, Wimberley T, Mortensen EL. The effect of

alcohol binge drinking in early pregnancy on general intelligence in children. *BJOG* 2012;119(10):1222-31.

<https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03395.x>

187. Sarkar D, Chastain L, Cabrera M, Shrivastava P. Ethanol exposures during the developmental period increase microglia sensitivity to a stress challenge during adulthood: A possible cause for the stress hyperresponse in fetal alcohol exposed offspring. *Neuropsychopharmacology* 2016;41:S136-S7.

<http://dx.doi.org/10.1038/npp.2016.240>

188. Liu Y, Balaraman Y, Wang G, Nephew KP, Zhou FC. Alcohol exposure alters DNA methylation profiles in mouse embryos at early neurulation. *Epigenetics* 2009;4(7):500-11. <https://dx.doi.org/10.4161/epi.4.7.9925>

189. Caputo C, Wood E, Jabbour L. Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. *Birth defects research. Part C, Embryo today : reviews* 2016;108(2):174-80. <http://dx.doi.org/10.1002/bdrc.21129>

190. Liu Q, Gao F, Liu X, Li J, Wang Y, Han J, Wang X. Prenatal alcohol exposure and offspring liver dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2016;294(2):225-31.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-016-4109-7>

191. DeRoo LA, Wilcox AJ, Lie RT, Romitti PA, Pedersen DA, Munger RG, *et al.* Maternal alcohol binge-drinking in the first trimester and the risk of orofacial clefts in offspring: a large population-based pooling study. *Eur J Epidemiol* 2016;31(10):1021-34.

192. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Zhao L, Wang T, *et al.* Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Prevent Cardiol* 2020;27(4):410-21.

<http://dx.doi.org/10.1177/2047487319874530>

193. Reid N, Akison LK, Hoy W, Moritz KM. Adverse health outcomes associated with fetal alcohol exposure: a systematic review focused on cardio-renal outcomes. *J Studies Alcohol and Drugs* 2019;80(5):515-23.

194. Sarkar DK. Male germline transmits fetal alcohol epigenetic marks for multiple generations: a review. *Addict Biol* 2016;21(1):23-34. <https://dx.doi.org/10.1111/adb.12186>

195. Garro AJ, McBeth DL, Lima V, Lieber CS. Ethanol consumption inhibits fetal DNA methylation in mice: implications for the fetal alcohol syndrome. *Alcoholism Clin Experiment Res* 1991;15(3):395-8.

<https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.1991.tb00536.x>

196. Ungerer M, Knezovich J, Ramsay M. In utero alcohol exposure, epigenetic changes, and their consequences. *Alcohol Res : current reviews* 2013;35(1):37-46.

197. Wang LL, Zhang Z, Li Q, Yang R, Pei X, Xu Y, *et al.* Ethanol exposure induces differential microRNA and target gene expression and teratogenic effects which can be suppressed by folic acid supplementation. *Hum Reprod* 2009;24(3):562-79.

<https://dx.doi.org/10.1093/humrep/den439>

198. Lees B, Mewton L, Jacobus J, Valadez EA, Stapinski LA, Teesson M, *et al.* Association of prenatal alcohol exposure with psychological, behavioral, and neurodevelopmental outcomes in children from the

adolescent brain cognitive development study. *Am J Psychiatry* 2020;177(11):1060-72.

<https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010086>

199. Duko B, Pereira G, Tait RJ, Bedaso A, Newnham J, Betts K, Alati R. Prenatal alcohol exposure and offspring subsequent alcohol use: A systematic review. *Drug Alcohol Dependence* 2022;232:109324.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109324>

200. Alati R, Al Mamun A, Williams GM, O'Callaghan M, Najman JM, Bor W. In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(9):1009-16.

<https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1009>

201. Miller MW, Spear LP. The alcoholism generator. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2006;30(9):1466-9.

<https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00177.x>

202. Karalexi MA, Dessypris N, Thomopoulos TP, Ntouvelis E, Kantzanou M, Diamantaras A-A, *et al.* Parental alcohol consumption and risk of leukemia in the offspring: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Prevent* 2017;26(5):433-41.

<http://dx.doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000350>

203. Kaminen-Ahola N, Ahola A, Maga M, Mallitt KA, Fahey P, Cox TC, *et al.* Maternal ethanol consumption alters the epigenotype and the phenotype of offspring in a mouse model. *PLoS Genet* 2010;6(1):e1000811.

<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pgen.1000811>

204. Abel E. Paternal contribution to fetal alcohol syndrome. *Addict Biol* 2004;9(2):127-33; discussion 35-6.

<https://dx.doi.org/10.1080/13556210410001716980>

205. Carter T, Schoenaker D, Adams J, Steel A. Paternal preconception modifiable risk factors for adverse pregnancy and offspring outcomes: a review of contemporary evidence from observational studies. *BMC Public Health* 2023;23(1):509.

<https://dx.doi.org/10.1186/s12889-023-15335-1>

206. Ouko LA, Shantikumar K, Knezovich J, Haycock P, Schnugh DJ, Ramsay M. Effect of alcohol consumption on CpG methylation in the differentially methylated regions of H19 and IG-DMR in male gametes: implications for fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2009;33(9):1615-27.

<https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2009.00993.x>

207. Easey KE, Dyer ML, Timpson NJ, Munafò MR. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug Alcohol Dependence* 2019;197:344-53.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.007>

208. Lim YH, Watkins RE, Jones H, Kippin NR, Finlay-Jones A. Fetal alcohol spectrum disorders screening tools: A systematic review. *Res Developmental Disabil* 2022;122:104168.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104168>

209. Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ Can Med Assoc J* 2005;172(5 Suppl):S1-S21.

<https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1040302>

210. Connor S, Tan KY, Pestell CF, Fitzpatrick JP. The demographic and neurocognitive profile of clients diagnosed with fetal alcohol spectrum disorder in patches paediatrics clinics across western australia and the northern territory. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2020;44(6):1284-91.
<https://dx.doi.org/10.1111/acer.14345>
211. Organisation for Economic Co-operation and Development. The effect of COVID-19 on alcohol consumption, and policy responses to prevent harmful alcohol consumption. Paris: OECD; 2021.
<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-effect-of-covid-19-on-alcohol-consumption-and-policy-responses-to-prevent-harmful-alcohol-consumption-53890024/>
212. Lee BP, Dodge JL, Leventhal A, Terrault NA. Retail alcohol and tobacco sales during COVID-19. *Ann Intern Med* 2021;174(7):1027-29.
<https://dx.doi.org/10.7326/m20-7271>
213. Bloomfield K, Gmel G, Neve R, Mustonen H. Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, The Netherlands, and Switzerland: A Repeated survey analysis. *Substance Abuse* 2001;22(1):39-53.
<https://dx.doi.org/10.1080/08897070109511444>
214. Roberts SC. Whether men or women are responsible for size of gender gap in alcohol consumption depends on alcohol measure: A study across U.S. states. *Contemporary Drug Problems* 2012;39(2):195.
<https://dx.doi.org/10.1177/009145091203900202>
215. Bloomfield K, Gmel G, Wilsnack S. Introduction to special issue 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and Alcoholism* 2006;41(1):i3-7. <https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agl070>
216. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, *et al.* Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances* 2018;123.
217. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *BEH* 2019;5-6:89-97.
218. Beck F, Richard JB. La consommation d'alcool en France. *Presse Med* 2014;43(10):1067-79.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.02.027>
219. Andler R, Quatremère G, Gautier A, Soullier N, Lahaie E, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : Résultats du baromètre santé de santé publique France. *BEH* 2021;17:304-12.
220. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 1998;158(16):1789-95.
<https://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
221. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2007;31(7):1208-17.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x>
222. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S. Developments in alcohol consumption in reunited Germany. *Addiction* 2005;100(12):1770-8.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01250.x>
223. Vabret F, Houet T, Dreyfus M, Davy A. Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité *Alcool Addictol* 2006;28(3):217-22.
224. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction Générale de la Santé, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale. 2010. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2011.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
225. Dumas A, Toutain S, Simmat-Durand L. Alcohol use during pregnancy or breastfeeding: a national survey in France. *Journal of women's health* 2017;26(7):798-805.
<https://dx.doi.org/10.1089/jwh.2016.6130>
226. Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014;43(9):649-56.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.05.008>
227. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global health* 2017;5(3):e290-e9.
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
228. McCormack C, Hutchinson D, Burns L, Wilson J, Elliott E, Allsop S, *et al.* Prenatal alcohol consumption between conception and recognition of pregnancy. *alcoholism clin experiment Res* 2017;41(2):369-78.
<https://dx.doi.org/10.1111/acer.13305>
229. Lange S, Shield K, Koren G, Rehm J, Popova S. A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:127.
<https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-127>
230. Gomez-Roig MD, Marchei E, Sabra S, Busardò FP, Mastrobattista L, Pichini S, *et al.* Maternal hair testing to disclose self-misreporting in drinking and smoking behavior during pregnancy. *Alcohol* 2018;67:1-6.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.08.010>
231. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114(2):168-73. <https://dx.doi.org/10.1111/bcpt.12149>
232. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. Prevalence of binge drinking during pregnancy by country and World Health Organization region: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology* 2017;73:214-21.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reprotox.2017.08.004>
233. Gosdin LK, Deputy NP, Kim SY, Dang EP, Denny CH. Alcohol consumption and binge drinking during pregnancy among adults aged 18-49 years - United

States, 2018-2020. MMWR. Morbidity and mortality weekly report 2022;71(1):10-3.

<https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7101a2>

234. Abernethy C, McCall KE, Cooper G, Favretto D, Vaiano F, Bertol E, Mactier H. Determining the pattern and prevalence of alcohol consumption in pregnancy by measuring biomarkers in meconium. Arch Dis Childhood. Fetal and neonatal edition 2018;103(3):F216-F20.

<https://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2016-311686>

235. Chiandetti A, Hernandez G, Mercadal-Hally M, Alvarez A, Andreu-Fernandez V, Navarro-Tapia E, *et al.* Prevalence of prenatal exposure to substances of abuse: Questionnaire versus biomarkers. Reproductive Health 2017;14(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0385-3>

236. Howlett H, Abernethy S, Brown NW, Rankin J, Gray WK. How strong is the evidence for using blood biomarkers alone to screen for alcohol consumption during pregnancy? A systematic review. Eur J obstet Gynecol Reproductive Biology 2017;213:45-52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.005>

237. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris; 2008.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/referentiel/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoc-et-les-interventions-breves>

238. Wang C, Xue H, Wang Q, Hao Y, Li D, Gu D, Huang J. Effect of drinking on all-cause mortality in women compared with men: a meta-analysis. J Women's Health 2014;23(5):373-81. <https://dx.doi.org/10.1089/jwh.2013.4414>

239. Karaye IM, Maleki N, Hassan N, Yunusa I. Trends in Alcohol-Related Deaths by Sex in the US, 1999-2020. JAMA network open 2023;6(7):e2326346.

<https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.26346>

240. Siagian SN, Christiano C, Angellia P, Holiyono HI. The risk factors of acute coronary syndrome in young women: a systematic review and meta-analysis. Current Cardiology Reviews 2023;19(3):37-49.

<http://dx.doi.org/10.2174/1573403X1966622116113208>

241. Wang C, Liblik K, Haseeb S, Lopez-Santi R, Baranchuk A. Women and Alcohol: Limitations in the Cardiovascular Guidelines. Current Problems Cardiology 2023;48(8). <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpcardi.2022.101200>

242. Direction Générale de la Santé, Services départementaux de protection maternelle et infantile, Direction de la recherche des études et des statistiques, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 1998.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-situation-perinatale-en-france-en-1998>

243. Robbins JM, Khan KS, Lisi LM, Robbins SW, Michel SH, Torcato BR. Overweight among young children in the Philadelphia health care centers: incidence and prevalence. Arch Pediatrics Adolesc Med 2007;161(1):17-20.

<https://dx.doi.org/10.1001/archpedi.161.1.17>

244. Roozen S, Peters GJ, Kok G, Townend D, Nijhuis J, Curfs L. Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum

disorders: a systematic literature review including meta-analysis. Alcoholism Clin Experiment Res 2016;40(1):18-32. <https://dx.doi.org/10.1111/acer.12939>

245. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. JAMA pediatrics 2017;171(10):948-56.

<http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919>

246. Garrison L, Morley S, Chambers CD, Bakhireva LN. Forty years of assessing neurodevelopmental and behavioral effects of prenatal alcohol exposure in infants: what have we learned? Alcoholism Clin Experiment Res 2019;43(8):1632-42.

<http://dx.doi.org/10.1111/acer.14127>

247. Bakhireva LN, Sharkis J, Shrestha S, Miranda-Sohrabji TJ, Williams S, Miranda RC. Prevalence of prenatal alcohol exposure in the state of texas as assessed by phosphatidylethanol in newborn dried blood spot specimens. Alcoholism Clin Experiment Res 2017;41(5):1004-11.

<https://dx.doi.org/10.1111/acer.13375>

248. Lee E, Bristow J, Arkell R, Murphy C. Beyond 'the choice to drink' in a UK guideline on FASD: the precautionary principle, pregnancy surveillance, and the managed woman. Health Risk and Society 2022;24(1-2):17-35.

<http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2021.1998389>

249. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. Alcoholism Clin Experiment Res 2005;29(5):844-54.

<https://dx.doi.org/10.1097/01.alc.0000164374.32229.a2>

250. Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. Addiction 2010;105(4):601-14.

<https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02842.x>

251. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcoholism Clin Experiment Res 2002;26(1):36-43.

252. Hammock K. Alcohol Screening, Brief intervention, and referral to treatment (sbirt) for girls and women. Alcohol Research: Current Reviews 2020;40(02).

<https://dx.doi.org/10.35946/arcr.v40.2.07>

253. Nogrady B. How pain is misunderstood and ignored in women. Nature 2024;633(8031):S31-S3.

<https://dx.doi.org/10.1038/d41586-024-03005-0>

254. Société française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse : recommandations de la Société Française d'Alcoologie. Alcool Addictol 2003;25:47S-103S.

255. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am J Prevent Med 2002;22(4):267-84.

[https://dx.doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00415-4](https://dx.doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00415-4)

256. Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM, Freedhoff Y. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. *Can Fam Phys* 2013;59(1):27-31.
257. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med* 2002;24(2):80-7.
https://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm2402_04
258. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027. Paris: MILDECA; 2023.
<https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/SIMCA%202023-2027.pdf>
259. Haute Autorité de santé, Caisse nationale de l'assurance maladie. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte
260. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Metten MA, Buyck JF, David S, Rocheteau M, Hérault T, *et al.* Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. *Etudes et Résultats*, 2021;1197.
261. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Les Dossiers de la DREES N°80. Paris: DREES; 2021.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD80.pdf>
262. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, . Dans: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, ed. Baromètre santé médecins généralistes 2009 Saint-Denis : INPES; 2011. p. 177-201.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-medecins-generalistes-20092>
263. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Rev Epidemiol Santé Publi* 2020;68(6):319-26.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2020.10.005>
264. Oni HT, Buultjens M, Blandthorn J, Davis D, Abdel-Latif M, Islam MM. Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. *Midwifery* 2020;81:102595.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2019.102595>
265. Doherty E, Wiggers J, Wolfenden L, Anderson AE, Crooks K, Tsang TW, *et al.* Antenatal care for alcohol consumption during pregnancy: Pregnant women's reported receipt of care and associated characteristics. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2019;19(1).
<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2436-y>
266. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening, behavioral counseling, and referral in primary care to reduce alcohol misuse. *Effective Health Care Program* n° 64. Rockville: AHRQ; 2012.
<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/alcohol-misuse/research>
267. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005;165(9):986-95.
<https://dx.doi.org/10.1001/archinte.165.9.986>
268. Withanage NN, Botfield JR, Srinivasan S, Black KI, Mazza D. Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2022;72(725):e865-e72.
<http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2022.0040>
269. Sword W, Green C, Akhtar-Danesh N, McDonald SD, Kaminsky K, Roberts N, Cook J. Screening and intervention practices for alcohol use by pregnant women and women of childbearing age: results of a canadian survey. *J Obstetrics Gynaecol Canada* 2020;42(9):1121-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2020.02.114>
270. Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1 Audition publique 2.0. 7 - 8 avril 2016 à Paris. Livret de l'Audition publique : Programme et Rapports des Experts et du Groupe bibliographique. Paris: FFA; 2016.
https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=23150
271. Fédération française d'addictologie. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. 1er Audition publique 2.0. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 7 - 8 avril à Paris. Paris: FFA; 2016.
http://www.asud.org/wp-content/uploads/2016/04/FFA2016_RapportOrientationRecos.pdf
272. Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages - Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. *Journal du Droit des Jeunes* 2016;(354-355):79-87.
273. Modus Bibendi, Fieulaine M, Lévy J. Mieux accompagner les personnes usagères d'alcool en Médecine Générale. Guide pratique de la réduction des risques liés à l'alcool (RDRA) : Modus Bibendi; 2022.
<https://www.federationaddiction.fr/actualites/substances/alcool/modus-bibendi-publie-un-guide-pour-aider-les-generalistes-a-accompagner-les-consommations-dalcool/>
274. Reid N, Schölin L, Erng MN, Montag A, Hanson J, Smith L. Preconception interventions to reduce the risk of alcohol-exposed pregnancies: A systematic review. *Alcoholism Clin Experiment Res* 2021;45(12):2414-29.
<http://dx.doi.org/10.1111/acer.14725>
275. Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Le guide nutrition de la grossesse. Guides alimentaires du Programme national nutrition-santé. 2015.
276. Haute Autorité de santé, Société Française de Néonatalogie. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

277. Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement. Formulaire d'adressage. Les informations à transmettre pour qu'un enfant soit accompagné par une plateforme de coordination (PCO). A remplir par le médecin. Paris; 2024. <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2024-03/Livret-rep%C3%A9rage-autisme-et-TND-%20enfants-de-0-%C3%A0-6-ans-formulaire-d-adressage.pdf>

278. Zinsser LA, Stoll K, Wieber F, Pehlke-Milde J, Gross MM. Changing behaviour in pregnant women: A scoping review. *Midwifery* 2020;85:102680. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102680>

279. Erng MN, Smirnov A, Reid N. Prevention of alcohol-exposed pregnancies and fetal alcohol spectrum disorder among pregnant and postpartum women: a systematic review. *alcoholism clin experiment Res* 2020;44(12):2431-48. <http://dx.doi.org/10.1111/acer.14489>

280. Samawi L, Williams PP, Myers B, Fuhr DC. Effectiveness of psychological interventions to reduce alcohol consumption among pregnant and postpartum women: a systematic review. *Arch Women's Mental Health* 2021;24(4):557-68. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-020-01100-5>

281. Ujhelyi Gomez K, Goodwin L, Jackson L, Jones A, Chisholm A, Rose AK. Are psychosocial interventions effective in reducing alcohol consumption during pregnancy and motherhood? A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2021;116(7):1638-63. <http://dx.doi.org/10.1111/add.15296>

282. Oh SS, Moon JY, Chon D, Mita C, Lawrence JA, Park E-C, Kawachi I. Effectiveness of digital interventions for preventing alcohol consumption in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2022;24(4). <http://dx.doi.org/10.2196/35554>

283. Fergie L, Campbell KA, Coleman-Haynes T, Ussher M, Cooper S, Coleman T. identifying effective behavior change techniques for alcohol and illicit substance use during pregnancy: a systematic review. *Ann Behav Med* 2019;53(8):769-81. <http://dx.doi.org/10.1093/abm/kay085>

284. Conseil supérieur de santé. Les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement. Bruxelles: CSS; 2009. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fp_shealth_theme_file/16768531/Les%20risques%20de%20la%20consommation%20d%E2%80%99alcool%20avant%20et%20pendant%20la%20grossesse%20et%20durant%20l%E2%80%99allaitement%2028mars%202009%29%2028CSS%208462%29.pdf

285. Institut national de santé publique du Québec. Alcool - Portail d'information périnatal [En ligne] 2024. <https://inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/alcool>

286. Institut national de santé publique du Québec, Fournier C. Consommation d'alcool en période périnatale chez les femmes autochtones : interventions préventives. Montreal: INSPQ; 2022. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2886-consommation-alcool-perinatale-femmes-autochtones.pdf>

287. Reid N, Gamble J, Creedy DK, Finlay-Jones A. benefits of caseload midwifery to prevent fetal alcohol spectrum disorder: a discussion paper. *Women and Birth* 2019;32(1):3-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.002>

288. Menecier P, Rotheval L, Lefranc D. L'alcoologie de liaison. Proposition de repères cliniques. *Alcoologie Addictol* 2017;39(3):230-8.

289. Gillain B, Société française de médecine d'urgence. Addiction et entretien motivationnel : l'entretien motivationnel, un outil pour rencontrer autrement les alcooliques aux urgences. Dans: Urgences 2007 1er congrès de la Société française de Médecine d'Urgence 30 31 mai et 1er juin Paris: SFU; 2005. p. 215-21. https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/26_gillain.pdf

290. National Health Service Ayrshire and Arran, Shaw A, Adam A, Fiulton I. Primary care community pharmacy local pharmacy specifications alcohol brief interventions (ABI) ; 2022. <https://www.communitypharmacy.scot.nhs.uk/media/6040/v30-alcohol-brief-interventions.pdf>

291. Association Addiction France. Consultations jeunes consommateurs avancées (CJCA). Guide. Paris: AAF; 2021.

292. Eurotox Asbl. Alcool : Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques. Livret thématique n°6. Paris: Eurotox; 2020. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret6-Alcool_2.pdf

293. Eurotox Asbl. RDR : Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques. Livret thématique n°4. Paris: Eurotox ; 2019. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret4-2019_1tma.pdf

294. Eurotox Asbl. RDRA. Guide pratique pour aider à l'implantation d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant. Bruxelles: Eurotox; 2016. <https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Guide-pratique-RdR-alcool-en-milieu-%C3%A9tudiant-HD.pdf>

295. Picard A. Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool. *La Santé de l'Homme* 2003;368:32-3.

296. Organisation mondiale de la santé. Genre et santé [En ligne] 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=L%E2%80%99OMS%20apporte%20un%20soutien%20aux%20%C3%89tats%20Membres%20en,d%E2%80%99autres%20d%C3%A9terminants%20de%20la%20sant%C3%A9%20et%20facteurs%20d%E2%80%99in%C3%A9galit%C3%A9>

297. Delarue C. Syndrome d'alcoolisation foetale : tellement évitable ! *Rev Prat Med Gen* 2023;37(1075):107.

298. Haute Autorité de santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf

299. Groupe d'Etude Grossesse et Addiction. Auto-questionnaire du GEGA mis à jour en 2024 [En ligne] 2024. <http://www.asso-gega.org/auto-questionnaire22.htm>
300. Collège de médecine générale. Diagnostic situationnel en médecine générale. Passer d'une gestion par pathologie à une approche globale du patient ; 2023.
301. Santé Publique France, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Ouest, Rousselet S. Développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes : un référentiel pour favoriser un déploiement national. Séminaire 14 et 15 décembre 2021. Saint-Maurice: AFP; 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/avis-propos-evenements/seminaire-developpement-des-competences-psychosociales-des-enfants-et-des-jeunes-un-referentiel-pour-favoriser-un-deploiement-national-14-et-15-decembre-2021>
302. Yu P, Jiang Y, Zhou L, Li K, Xu Y, Meng F, Zhou Y. Association between pregnancy intention and smoking or alcohol consumption in the preconception and pregnancy periods: A systematic review and meta-analysis. J Clin Nursing 2021. <https://doi.org/10.1111/jocn.16024>
303. Giglia RC, Reibel T. Has a national policy guideline influenced the practice of raising the topic of alcohol and breastfeeding by maternal healthcare practitioners? Aust J Primary Health 2019;25(3):275-80. <https://doi.org/10.1071/PY18103>
304. Schaffer KE, Chambers CD, Garfein RS, Wertelecki W, Bandoli G. Breastfeeding and neurodevelopment in infants with prenatal alcohol exposure. Pediatric Res 2024;95(3):819-26. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02848-z>
305. Eriksen S. Alcohol as a gender symbol: Women and the alcohol Question in Turn-of-the Century Denmark. Addiction Research Foundation, Toronto. Scand J History 1999;24:45-73.
306. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry 1991;148(1):10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
307. Solomon EP, Heide KM. Type III Trauma: toward a more effective conceptualization of psychological trauma. Int J Offender Therapy Comparative Criminology 1999;43(2):202-10. <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>
308. Herman JL. Trauma and recovery. New York: BasicBooks; 1997. https://archive.org/details/traumarecovery00herm_0/page/n5/mode/2up
309. Ouimette P, Coolhart D, Funderburk JS, Wade M, Brown PJ. Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. Addictive Behav 2007;32(8):1719-27. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.020>
310. Santé Publique France, Institut National du Cancer. Méthodologie pour déterminer le risque de mortalité sur une vie attribuable à la consommation d'alcool. Un guide intuitif en cinq étapes. Dans: Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint Maurice: SPF; 2017. p. 83-90. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
311. Haute Autorité de santé. Le cadre national de référence : Evaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference
312. Ministère de la justice. La protection des mineurs en danger [En ligne] 2024. <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/justice-mineurs/protection-mineurs-danger>
313. Ministère de la Justice, Haute Autorité de santé, Conseil national de l'Ordre des médecins. Secret médical et violences au sein du couple. Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal. Paris; 2020. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf
314. Leach D, Kranzler HR. An Interpersonal model of addiction relapse. Addictive Disorders & their treatment 2013;12(4):183-92. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31826ac408>
315. Sugarman DE, Meyer LE, Reilly ME, Greenfield SF. Women's and men's experiences in group therapy for substance use disorders: A qualitative analysis. Am J Addictions 2022;31(1):9-21. <https://doi.org/10.1111/ajad.13242>

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel pour participer aux groupes de travail et de lecture

Alcooliques anonymes (AA)

Association Addictions France (AAF) (ex-ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie)

Association de patients experts en addictologie (APEA)

Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)

Association des psychologues et de psychologie dans l'Éducation nationale (ApsyEN)

Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)

Association française des psychologues de l'Éducation nationale (AFPEN)

Association SANTé ! Alcool et réduction des risques (SANTé !)

Collectif Modus Bibendi

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège français de médecine d'urgence (CFMU)

Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)

Conseil national de la pharmacie (CNP)

Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale (CNPGO)

Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)

Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP)

Conseil national professionnel des infirmières de pratique avancée (CNPIPA)

Conseil national professionnel infirmier (CNPI)

Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique de France (CAMERUP)

Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS)

Fédération Addiction (FA)

Fédération française d'addictologie (FFA)

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP)

Santé publique France – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (SPF – INPES)

Société française d'alcoologie (SFA)

Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA)
Société française des médecins de l'Éducation nationale (SOFMEN)
Syndicat national des infirmiers conseillers de santé (SNICS)
Union nationale des associations familiales (UNAF)

Groupe de travail

Dr CHANDESRIIS Marie-Olivia, cheffe de projet scientifique, HAS, service des bonnes pratiques, unité parcours, pertinence et coopération

- Mme ASENSIO Marie, assistante sociale, Marseille
- Dr AUGÉ-CAUMON Marie-Josée, pharmacienne d'officine, présidente de CAARUD, Montpellier
- Dr BELLE Mathilde, médecin généraliste et médecin territorial PMI, Chambéry
- Mme BOSTYN Violette, sage-femme, Orléans
- Dr BOUVET DE LA MAISONNEUVE Fatma, psychiatre et addictologue, Montrouge
- Dr BRUEL Henri, néonatalogue, Le Havre
- Mme CHANAL Corinne, sage-femme, Montpellier
- Mme CIER-DEHEZ Clémence, psychologue, Pau
- Dr DESCHENAU Alice, psychiatre et addictologue, Villejuif
- Dr ETCHEBAR Françoise, médecin généraliste et addictologue, Pau
- Mme FEUILLET Aurore, éducatrice spécialisée, Montreuil
- Mme GIRARD Isabelle, chargée de développement en PMI, Metz
- Mme GOUZENNES Marion, psychologue, Auch
- Mme LAPLACE Margaux, patiente experte addictions, Paris
- Mme LATOURTE Emmanuelle, chargée de développement nouvelles pratiques RdRD alcool, Marseille
- Dr MAYNIE-FRANÇOIS Christine, médecin généraliste, Saint-Quentin-Fallavier
- Mme POMMERY Ariane, patiente experte addictions, Paris
- Pr ROY-DORAY Bérénice, généticienne, Saint-Denis de la Réunion
- Mme TARDIVEL Virginie, infirmière en pratique avancée, Antibes

Groupe de lecture

- Dr AFCHAIN Jacques, médecin généraliste, Paris
- Dr AKNINE Xavier, médecin généraliste et addictologue, Paris
- Dr ALIX Marie-Alix, pharmacienne d'officine, Strasbourg

- Mme ARTHUS-BERTRAND Agnès, patiente experte addiction, Paris
- Mme BLANC Hélène, chargée de prospective et développement en RdRD alcool, directrice d'association, Marseille
- Dr BESNIER Marc, médecin généraliste, Iteuil
- Dr BONNET Nicolas, pharmacien de santé publique, directeur du RESPADD, Paris
- Dr CASTERA Philippe, médecin généraliste, addictologue, coordinateur médical de COREADD, Bordeaux
- Dr CAULE Bernard, médecin généraliste, coordinateur régional des MSMSA, Orgelet
- Dr CHARBONNEL Pascal, médecin généraliste, Les Ulis
- Mme CHARLOT Élise, infirmière, cadre de santé, directrice de CSAPA, Ajaccio
- M. COUTERON Jean-Pierre, psychologue clinicien, Boulogne-Billancourt
- M. DALIBARD Nicolas, patient expert addiction, Paris
- Dr DUPOUY Julie, médecin généraliste, Pins-Justaret
- Dr DURNERIN Caroline, psychiatre, Caen
- Dr EDELINE Agathe, médecin généraliste, Neuillé-Pont-Pierre
- Mme FOURNEAU Christelle, infirmière en pratique avancée, Poitiers
- Dr GERRER Pierre-André, médecin généraliste et médecin urgentiste, Dijon
- Dr GIBERT VANSPRANGHELS Roxane, gynécologue, Lille
- Dr GOMET Romain, addictologue, Créteil
- Dr HUSSON Frédérique, médecin généraliste, Jouars-Pontchartrain
- Pr KARILA Laurent, psychiatre et addictologue, Villejuif
- Dr KUNTZ Vincent, pharmacien, Strasbourg
- Dr LALANNE Laurence, psychiatre et addictologue, Strasbourg
- Mme LE COQ Marie, sage-femme, Pont-l'Abbé
- M. LEPEE Grégory, IDE libéral, Gerzat
- Dr LEVY Jean, médecin généraliste et addictologue, Charleville-Mézières
- Mme LIERMIER Christine, sage-femme, Pouldreuzic
- Mme MAHAMMEDI Sehade, chargée de développement en RdRD, Montreuil
- Dr MONOD Maguelonne, médecin généraliste, Aix-en-Provence
- Dr PAILLOU Virginie, médecin généraliste et addictologue, Bordeaux
- M. PALIERNE Nicolas, sociologue, Poitiers
- Dr PAUTRAT Maxime, médecin généraliste, Ligueil
- Dr PINTON Anne, gynécologue-obstétricienne, Paris
- Dr PREVOST Cécile, addictologue, Villejuif
- Mme REINHARD Line, responsable de projet prévention des addictions au sein d'une association d'usagers, Paris
- Dr ROBERT Marie-Alice, addictologue, Nantes
- M. ROZSYPAL Gilles, infirmier, directeur de CSAPA, Saint-Martin-de-Laye
- Mme Samira SALOMON, assistante sociale, directrice CCAS, Pérols
- Mme SANDEL Frédérique, présidente d'association d'usagers, Strasbourg
- M. SAYER Philippe, patient expert en addictologie, président d'une coordination d'associations, Perros-Guirec
- Mme SOLANO Catherine, directrice d'association d'usagers, Paris
- Mme T. Corinne, usagère du système de santé, Cagnes-sur-Mer
- M. TOMCZAK Jean-Claude, président d'association d'usagers, Forbach
- M. VANDEPUTTE Loïc, infirmier en pratique avancée, Cavan

- Mme VARLET BECU Anaïs, IDE libérale, Moyenmoutier
- M. VERRIÈRE Renaud, patient expert addiction, Paris
- Dr VILLEFRANQUE Vincent, gynécologue, Eaubonne

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus ainsi qu'au sein de la HAS, pour leur contribution :

- CHAZALETTE Laurence (SBP, DAQSS)
- PRIGENT Amélie (SBP, DAQSS)

Abréviations et acronymes

AJA	Adolescents – jeunes adultes
AMP	Assistance médicale à la procréation
API	Alcoolisation ponctuelle importante (<i>binge drinking</i>)
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ASE	Aide sociale à l'enfance
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
AVP	Accident de la voie publique
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CPS	Compétences psychosociales
CSP	Catégories socioprofessionnelles
DPP	Dépression du post-partum
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders</i>
EBM	<i>Evidence-Based Medicine</i>
EJE	Éducateur de jeunes enfants
EJF	Enfance, jeunesse, famille
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
ENP	Enquête nationale périnatalité
FACE	<i>Fast Alcohol Consumption Evaluation</i>
GL	Groupe de lecture
GT	Groupe de travail
HRP	Hématome rétro-placentaire
HTA	Hypertension artérielle
IC	Intervalle de confiance
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
IDEC	IDE de coordination
IP	Information préoccupante
IPA	Infirmier(ère) de pratique avancée
ISC	Infirmier(ère) spécialiste clinique
IST	Infection sexuellement transmissible
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MG	Médecin généraliste/médecine générale
MLI	Mission locale d'insertion
PAG	Fœtus petit pour l'âge gestationnel
PAS	<i>Placenta Associated Syndrome</i>
PEA	Patient expert addictions

PHC	<i>Primary Health Care</i>
PHEPA	<i>Primary Health Care European Project on Alcohol</i>
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Plan national nutrition et santé
RBP	Recommandation de bonnes pratiques
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RdRDA	Réduction des risques et des dommages en matière d'alcool
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
RPIB	Repérage précoce avec intervention brève
RPM	Rupture prématurée des membranes
SA	Semaines d'aménorrhée
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SMSN	Syndrome de mort subite du nourrisson
SPA	Substance psychoactive
TAPAJ	Travail alternatif payé à la journée
TCA	Troubles des conduites alimentaires
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TISF	Technicien d'intervention sociale et familiale
TND	Troubles neurodéveloppementaux
TSAF	Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale
TSO	Traitement substitutif opioïde
TU	Trouble de l'usage
TUA	Trouble de l'usage d'alcool
VS	Verre standard

Institutions, établissements et organismes sanitaires, sociétés et associations professionnelles

AAF	Association Addictions France (ex-ANPAA Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie)
APEA	Association des patients experts en addictologie
ARS	Agence régionale de santé
ASPQ	Association pour la santé publique au Québec
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAMERUP	Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique

CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CCAS	Centre communal d'action sociale
CEID	Comité d'étude et d'information sur les drogues
CEWH	<i>Center of Excellence for Women's Health</i>
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDFF	Centre national d'information des droits des femmes et des familles
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJCA	Consultation jeunes consommateurs avancée
CMG	Collège de la médecine générale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNP	Conseils nationaux professionnels
CNRMS	Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales
COREADD	Coordination régionale addictions
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CRPPI	Commission recommandations, parcours, pertinence, indicateurs
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins de la HAS
DGS	Direction générale de la Santé
DiQASM	Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la HAS
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FA	Fédération Addiction
FFA	Fédération française d'addictologie
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de santé publique
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

JAMA	<i>Journal of the American Medical Association</i>
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MS	Microstructure
MSMA	Microstructure médicale addictions
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
SAU	Service d'accueil des urgences
SBP	Service des bonnes pratiques (DAQSS)
SEU	Service engagement des usagers de la HAS
SFA	Société française d'alcoologie
SPF	Santé publique France
SSE	Service de santé étudiante
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

