



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

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

Validé par le Collège le 6 février 2025

Sommaire

Résumé	3
Points clés	5
Les spécificités des femmes face à l'alcool en majorent les risques	5
Une approche systémique et attentive aux spécificités des femmes face à l'alcool	7
Faire exister le sujet alcool auprès de chaque femme constitue déjà un accompagnement vers une diminution du risque alcool	9
Explorer avec chaque femme son niveau d'exposition, ses pratiques de consommation, ses risques et les moyens de les diminuer	10
Accompagner chaque femme vers une diminution de son risque alcool	11
Annexes	16
Fiche 11. Les usages d'alcool de l'entourage, notamment masculin, peuvent affecter la santé des femmes et la périnatalité	16
Fiche 12. La garantie du respect du secret professionnel en matière d'usages d'alcool – Les exceptions de signalement relèvent d'une évaluation globale	19
Fiche 13. Approche psychothérapeutique des femmes en situation d'exposition à l'alcool	21
Fiche 14. Le soutien associatif et par les pairs en matière d'alcool, une pratique d'accompagnement qui s'adapte aux spécificités de genre et de la personne	23
Fiche 15. Une nécessaire adaptation du réseau partenarial d'accompagnement et de soins aux situations et besoins des femmes exposées à l'alcool	25
Fiche 16. Actions et outils pratiques en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux usages d'alcool chez les femmes	26
Fiche 17. La réduction des risques et des dommages en matière d'alcool (RdRD alcool) participe à la diminution du risque alcool en période périnatale	29
Ressources documentaires	31
Abréviations et acronymes	32

Résumé

- Informer, repérer, accompagner chaque femme aussi précocement et systématiquement que possible (tout au long de sa vie) est un enjeu de santé publique et de la responsabilité de tous les acteurs contribuant à la santé.
- Les usages féminins d'alcool augmentent en prévalence et tendent à s'approcher dans leurs modalités de ceux des hommes¹, s'agissant notamment des alcoolisations ponctuelles importantes (*binge drinkings*).
- Les consommations des femmes se distinguent de celles des hommes dans ce qui les sous-tend comme dans les effets recherchés et leurs complications sont plus graves et plus précoces.
- Les inégalités sociales et de genre affectent la santé des femmes exposées à l'alcool, particulièrement via les jugements moraux et un moindre accès à l'information, au repérage et aux aides.
- Diminuer le risque alcool implique d'accompagner chaque femme dans une approche systémique qui intègre les effets de l'entourage sur ses usages, sa santé, sa qualité de vie.
- La toxicité périnatale de l'alcool² n'est pas seulement le fait des consommations des femmes durant la grossesse, mais résulte aussi des usages masculins dès la phase préconceptionnelle³ et des usages parentaux durant le développement de l'enfant.

Cible et objectifs

Ce guide points clés vise à aider les acteurs de premier recours⁴ à aborder régulièrement le sujet alcool avec les femmes, dans leur diversité et dans toutes les étapes de leur vie, comme toute autre question de santé. Il s'agit d'adapter l'accompagnement et les orientations éventuelles à chaque situation individuelle, au plus tôt dans l'histoire des usages et au plus près des réalités vécues, dans une démarche visant à diminuer le risque alcool, quelles qu'en soient les modalités d'exposition et tout au long de l'existence.

Ce document ne traite pas des soins addictologiques spécialisés qui relèvent des RBP existantes.

Ce guide est indissociable du premier volet du dossier alcool consacré à la population générale⁵, dont l'ensemble des principes et des productions est applicable aux femmes. Il en est complémentaire car il aborde les points critiques et d'attention particulière pour les femmes en premier recours, au regard de leurs spécificités.

¹ 85 % des adultes de 18-75 ans déclarent consommer de l'alcool. 28 % des femmes déclarent consommer chaque semaine, 4,8 % chaque jour, 23 % pratiquer l'alcoolisation ponctuelle importante (API) ou *binge drinking* (BEH, 2023).

² Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) affectent 0,5 à 1 % de l'ensemble des naissances vivantes (la forme complète ou syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) étant estimée à 1/1 000). Les TSAF constituent la 1^{re} cause des troubles neurodéveloppementaux (TND) (SPF, 2018 – INSERM, 2001 & 2021).

³ Par toxicité épigénétique de l'alcool médiée par les gamètes mâles. 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 (INSERM, 2015 – SFA, 2023).

⁴ Les missions de premier recours sont définies par l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique.

⁵ En ligne : [Haute Autorité de santé – Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/premier-recours/pour-diminuer-le-risque-alcool). Ce lien permet d'accéder aux fiches 1 à 10.

Les principaux acteurs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux, impliqués dans les missions de premier recours en matière d'alcool s'agissant des femmes incluent⁶ :

Diététiciens

Infirmiers

Masseurs-kinésithérapeutes

Médecins généralistes

Pharmaciens

Professionnels de la périnatalité

Professionnels de la petite enfance

Professionnels de la santé au travail et de l'emploi

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

⁶ Parce qu'ils ne peuvent pas tous être nommés explicitement de façon exhaustive, cette liste par discipline et/ou domaine de santé concernés vise à englober l'ensemble des acteurs impliqués, y compris ceux qui ne relèvent pas strictement du médical mais contribuent à la santé.

Points clés

Les spécificités des femmes face à l'alcool en majorent les risques

Il est important de connaître et de prendre en compte ces spécificités du fait de leur impact sur le risque alcool des femmes sans pour autant stigmatiser ces dernières.

→ Spécificités en termes de représentations sociétales et de perceptions par les soignants

- Les représentations liées au genre conduisent à juger négativement les femmes qui s'alcoolisent⁷. Les conséquences délétères de ces représentations genrées s'ajoutent à celles des représentations générales (valorisation culturelle de l'alcool, dépréciation des personnes en difficulté avec leurs usages).
- Les représentations de genre sont sources d'**inégalités de santé** : le tabou et les freins des soignants à aborder le sujet alcool sont amplifiés vis-à-vis des femmes ; la parole des femmes est moins considérée, ce qui contribue à leur sous-évaluation médicale, au sous-diagnostic de certains de leurs symptômes, au retard et au défaut d'aide et de soins en matière d'alcool.
- Les **injonctions normatives** (professionnelles, conjugales, familiales, etc.) à leur égard, sources de stress, de stigmatisation, de honte favorisent leurs usages d'alcool, leur dissimulation et le renoncement aux aides et aux soins.
- Le **défaut de reconnaissance des violences subies** par les femmes (quelle que soit leur nature : physique, sexuelle, psychologique, etc.) peut être à l'origine d'une pérennisation de la mise en danger, des souffrances, de l'usage d'alcool, aggravant d'autant l'état de vulnérabilité.

→ Spécificités en termes d'évolution de la situation des femmes face à l'alcool

Elles s'inscrivent dans la lutte pour l'égalité de leurs droits et se manifestent par :

- **augmentation de prévalence de l'usage d'alcool et des quantités consommées** ;
- **banalisation des consommations d'alcool, y compris chez les mineures** ;
- tendance au **rapprochement des pratiques d'usage entre hommes et femmes**, dont celle de l'alcoolisation ponctuelle importante (API)⁸.

La revendication émancipatoire à pouvoir user d'alcool aussi librement que les hommes ne doit pas faire perdre de vue que **les dommages sont inégaux** entre hommes et femmes.

→ Spécificités des femmes en termes de vulnérabilités face à l'alcool

Les vulnérabilités particulières des femmes face à l'alcool reposent sur :

- **des facteurs physiologiques (liés au sexe)** : les différences hormonales, enzymatiques et de masses hydrique, adipeuse, corporelle influent sur l'absorption, le métabolisme, la distribution, l'excrétion de l'alcool en défaveur des femmes, notamment au niveau cérébral ;

⁷ Celles-ci pourront, par exemple, être jugées à tort « hystériques », « faciles » (donc sexuellement disponibles), « irresponsables », notamment au regard de leurs responsabilités familiales et donc « mauvaises mères », etc.

⁸ En France, l'API ou *binge drinking* est définie par l'ingestion d'au moins 6 verres standards (VS) en 1 occasion, sans distinction de genre (SPF, 2024).

- **des facteurs sociétaux (liés au genre)** : les normes, les identités et les rapports de genre influencent les comportements d'usage et les interactions sociales, génèrent stigmatisation, discrimination (négligence, inégalité de considération), violences et défavorisent ainsi les femmes face à l'alcool dans toutes les dimensions de leur vie.

→ Spécificités en termes de situations à risque pour les femmes vis-à-vis de l'alcool

L'usage d'alcool et/ou ses dommages sont favorisés par des facteurs et/ou circonstances particulièrement à risque pour les femmes et plus fréquemment observés chez ces dernières :

- **traumatismes** (notamment sexuels, y compris infantiles) ;
- **discriminations** et **violences subies** (physiques, sexuelles, psychiques, économiques, professionnelles, juridiques) du fait du genre ;
- certaines circonstances gynécologiques : syndrome dysphorique prémenstruel, ménopause, antécédent de traumatisme obstétrical, etc. ;
- **grossesse** : la triple prise de risque liée à l'alcool affecte la femme, la grossesse, l'enfant, avec des conséquences irréversibles ;
- état pathologique non soulagé et non reconnu ;
- importance et cumul des tâches pouvant être des sources de **surcharge mentale** ;
- **troubles anxieux** (particulièrement anxiété sociale), de l'humeur, des conduites alimentaires ;
- **situation d'isolement, de précarité ou à l'inverse la catégorie socioprofessionnelle supérieure.**

→ Spécificités en termes de complications associées à l'alcool chez les femmes

La morbidité liée à l'alcool est majorée chez les femmes, quelle que soit la dimension de sa vie :

- si les mêmes repères de consommation à moindre risque ont été retenus⁹, il faut toujours considérer qu'à même quantité consommée, les effets toxiques sont amplifiés chez les femmes ;
- à mêmes modalités d'usage et/ou même quantité consommée, **les complications sont plus intenses et plus rapides** :
 - mortalité accélérée,
 - morbidité somatique accentuée : moindre tolérance à l'ivresse, cirrhose hépatique plus précoce et plus sévère, impact cognitif majoré, etc.,
 - effets psychosociaux aggravés : plus de jugements négatifs, de discriminations (notamment en cas d'usage problématique d'alcool), d'agressions à son égard, plus de perte d'estime de soi, etc. ;
- les femmes subissent les mêmes types de **complications** et comorbidités que les hommes. Certaines leur sont plus **spécifiques** et alourdissent le poids des dommages liés à l'alcool, à l'échelle :
 - somatique : **cancer du sein** même à faibles quantités consommées,

⁹ Ces repères indiquent le niveau et la fréquence de consommation au-dessus desquels le risque alcool est considéré, à l'échelle de la population (celle des hommes comme celle des femmes), comme devenant significatif pour la santé : 2 VS maximum/jour avec au moins 2 jours d'abstinence soit 10 VS maximum/semaine (avis d'experts publié par SPF et l'INCa en 2017).

- psychiatrique et addictive : dépression périnatale, alcoolorexie¹⁰, usage de psychotropes,
- sociale : **non-considération de l'altération de la capacité de consentement** (notamment à des relations sexuelles) en cas d'alcoolisation, favorisant d'autant les agressions et leur défaut de reconnaissance judiciaire au titre précisément d'agression.

→ Spécificités des besoins et priorités des femmes face à l'alcool

Y répondre est primordial sous peine de rendre toute action ciblant l'usage d'alcool vaine :

- santé gynécologique : au regard de l'impact hormonal, sur l'intimité, la vie génitale, la santé sexuelle, la périnatalité, le risque de cancer du sein ;
- santé mentale : impact des responsabilités qui leur sont culturellement attribuées (foyer, éducation des enfants, etc.) ainsi que difficultés d'accès aux aides du fait de leur stigmatisation et l'inadéquation à leurs contraintes (dont horaires et garde des enfants) ;
- protection sociale et juridique : tout particulièrement les situations de dépendance matérielle, d'emprise, d'inégalité, d'isolement social ainsi que les violences et discriminations subies.

→ Spécificités du système sanitaire s'agissant des femmes exposées à l'alcool

- Le fonctionnement genré de notre système de santé et le jugement moral amplifié à l'égard des femmes qui s'alcoolisent renforcent la stigmatisation, le déni, la honte, la dissimulation, le renoncement, le retard de soins.
- Ceci s'ajoute à la méconnaissance et au défaut d'informations sur l'ensemble des risques associés à l'alcool pour la santé des femmes, en dehors de la seule période de grossesse et du seul risque fœtal.
- Les dispositifs et structures spécifiquement dédiés aux femmes, respectant leur intimité, le secret, parfois l'anonymat et tenant compte de leurs impératifs professionnels et familiaux (horaires adaptés, accueil des enfants, téléconsultations, etc.) méritent d'être mieux connus et développés.

Une approche systémique et attentive aux spécificités des femmes face à l'alcool

- L'exposition des femmes à l'alcool et à ses risques est une **question systémique et sociétale** (impliquant tradition et rituels). Elle ne relève pas de la seule responsabilité individuelle d'une femme en tant que telle. Elle implique **son environnement global** (familial, conjugal, amical, spirituel, socioprofessionnel, communautaire, territorial, etc.) et les interactions qui s'y jouent.
- La dimension systémique et collective de l'alcool en tant que question de santé justifie d'informer régulièrement **les hommes autant que les femmes** des risques généraux et spécifiques de l'alcool pour les femmes et pour les enfants (dès avant la naissance et durant l'enfance) et des moyens de les diminuer.

¹⁰ Trouble du comportement alimentaire consistant en une privation alimentaire au profit de la consommation d'alcool afin de réduire les apports caloriques et de majorer les effets de l'ivresse.

- ➔ **Les consommations d'alcool de leur entourage sont susceptibles d'impacter à tout âge la santé des femmes**, en influençant leurs usages (effet incitatif) et par les effets psycho-comportementaux de l'alcool (risque de négligence, rupture, maltraitance, violences affectant aussi les enfants), y compris durant la grossesse (fiche 11).
- ➔ Au gré de l'évolution vers une société égalitaire entre les genres, les comportements d'usage d'alcool des femmes (prévalence, modalités) tendent à se rapprocher de ceux des hommes. Cette évolution justifie **un repérage et un accompagnement équivalents**. La toxicité majorée de l'alcool chez les femmes renforce la pertinence d'une attention spécifique.
- ➔ Comme en population générale, l'alcool est à risque, quelles qu'en soient les modalités d'usage et pour **toutes les dimensions** (physique, psychologique, affective, sociale, juridique, économique, professionnelle, etc.) **de la vie des femmes** :
 - **la santé des femmes face à l'alcool ne se réduit pas à leurs grossesses et maternités éventuelles** ;
 - l'alcool est un sujet de santé globale pour toutes les femmes, tout au long de leur vie et quelles que soient leur situation et leur histoire de vie.
- ➔ Comme en population générale, **la majorité des risques et des dommages liés à l'alcool concerne des femmes qui ne remplissent pas les critères de trouble de l'usage d'alcool (TUA)¹¹** (fiche 3). Il s'agit bien, pour les femmes aussi, d'une **question de santé publique** visant la prévention des accidents, violences, cancers, maladies cardiovasculaires, affections digestives, troubles psychocognitifs, etc., le TUA (ou addiction) étant une des complications parmi toutes les autres¹².
- ➔ La question de **la périnatalité n'est pas spécifique aux femmes, a fortiori** enceintes (fiche 11). Elle concerne, dès le désir d'enfant et/ou l'arrêt d'une contraception, les hommes et les femmes :
 - l'alcool altère la **fertilité** des hommes et des femmes ;
 - **les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) résultent des usages d'alcool dès la période préconceptionnelle** et non pas exclusivement des usages d'une femme durant sa grossesse ;
 - comme certains médicaments (valproate, rétinoïdes, etc.), l'alcool est un **agent tératogène** : les risques malformatifs et neurodéveloppementaux sont aussi médiés par les gamètes mâles exposés à la toxicité épigénétique de l'alcool en préconceptionnel et durant la conception ;
 - durant la grossesse, les usages d'alcool de l'entourage (dont le co-parent) favorisent ceux de la femme enceinte, ainsi que les violences et négligences potentielles à son égard ;
 - en post-natal, l'exposition à l'alcool **impacte la fonction parentale de chacun des parents**.

¹¹ Le trouble de l'usage est une relation pathologique qu'un sujet entretient avec un produit, sans préjuger de la dose. La perte de contrôle (compulsion) et l'envie irrésistible (*craving*) de consommer malgré les conséquences négatives sont des critères majeurs. Le TUA et sa sévérité sont définis grâce au DSM-5 sur la base d'au moins 2 critères parmi 11 au cours des 12 derniers mois.

¹² L'alcool est à l'origine de plus de 200 affections et traumatismes (OFDT, 2022).

- ➔ Une exposition parentale à l'alcool doit être envisagée et recherchée devant :
 - toute violence intrafamiliale ;
 - en situation d'hypofertilité, *a fortiori* en contexte d'AMP ;
 - tout signe de pathologie placentaire (dont fausse couche, prématurité) et d'anomalie morphologique in utero ou post-natale (dont retard de croissance, malformations, dysmorphie faciale) ;
 - tout trouble du neurodéveloppement (TND) de l'enfant (dont difficultés scolaires), y compris sans signes physiques et/ou de révélation tardive dans la vie de l'enfant.

Faire exister le sujet alcool auprès de chaque femme constitue déjà un accompagnement vers une diminution du risque alcool

- ➔ L'alcool est un sujet de santé à tous les âges de la vie d'une femme justifiant d'être régulièrement abordé **avec tact et sans jugement moral**.
- ➔ **Alors que les femmes sont majoritairement dans l'attente** et réceptives aux informations et conseils visant l'amélioration de leur santé et qualité de vie, l'amplification spécifique du tabou sur l'alcool et des jugements à leur égard contrarie leur démarche spontanée en ce sens. Un **engagement actif des acteurs de premier recours** est d'autant plus nécessaire.
- ➔ Aborder la question de l'usage d'alcool comme un sujet de santé comme les autres réduit les réactions défensives que susciterait une question plus ciblée. La parole libre et le dialogue seront ensuite facilités par :
 - un climat de **confiance** et de **non-jugement** ;
 - l'explication du cadre et du respect du **secret** s'agissant des usages d'alcool (fiche 12) ainsi que l'accès possible à l'anonymat ;
 - l'écoute, la reconnaissance et le **respect des choix** propres à chaque femme ;
 - une attention particulière à l'**intimité** au regard du lien étroit entre les usages d'alcool, le corps, la sexualité et la vie affective. Les **acteurs œuvrant au plus près de ces questions** (dont les sages-femmes et les gynécologues) ont ainsi, en complémentarité du médecin généraliste, un rôle privilégié ;
 - la **reconnaissance des besoins et priorités**, dont l'éviction des violences et discriminations ;
 - le **respect de la temporalité**, en s'assurant du maintien de l'écoute et en laissant toujours la porte ouverte aux échanges.
- ➔ Il est important de prévenir les femmes de la disponibilité d'informations utiles à connaître sur l'alcool et ses effets ainsi que d'apprécier individuellement le niveau d'intérêt pour tout ou partie d'entre elles afin de pouvoir leur en favoriser l'accès. Toute information sur l'alcool, ses risques et les moyens de les diminuer doit intégrer les spécificités des femmes face à l'alcool :
 - impacts possibles et aggravés de l'alcool sur **toutes les dimensions de leur vie et de leur santé** : sexuelle, affective, mentale, en termes de périnatalité et de parentalité (dont soins et éducation des enfants), socioprofessionnelle, économique, etc. ;
 - **moindre tolérance** (immédiate autant qu'à long terme) à l'alcool ;

- **vulnérabilité amplifiée** aux agressions, notamment sexuelles, et aux situations d'emprise ;
 - **co-facteur aggravant les inégalités de genre** (socioprofessionnelles, sanitaires, etc.).
- ➔ Les femmes autant que les hommes (fiche 11) doivent être régulièrement informés des risques spécifiques de leurs usages d'alcool (qu'il y ait ou non TUA) pour la fertilité, la conception, la grossesse, le développement de futurs enfants ainsi que des bénéfices à en réduire l'exposition et de toutes les possibilités d'aide visant à diminuer les risques en période périnatale :
- **toute exposition périnatale à l'alcool** est une **prise de risque** pour la grossesse (fausse couche, mort fœtale, HRP, prématurité, etc.), pour le développement embryo-fœtal et de l'enfant à naître (malformations viscérales et cranio-faciales, neurotoxicité, troubles de la croissance) et pour la femme elle-même (impacts somatiques et psychosociaux) ;
 - si cette sensibilisation aux messages de prévention doit commencer au plus tôt dans la vie (dès le collège/lycée), certains **moments** sont particulièrement **opportuns pour informer** de futurs parents sur les risques pour la périnatalité : dès l'âge de procréer, entrée dans la vie sexuelle, initiation, adaptation ou arrêt d'une contraception, suivi gynécologique, désir d'enfant, consultation préconceptionnelle¹³, suivi de grossesse, entretien prénatal précoce, entretiens de prévention¹⁴ ;
 - par **principe de précaution**, la consigne de prévention des TSAF **autant pour les femmes que les hommes** est : **zéro alcool dès le projet d'enfant et/ou dès l'arrêt d'une contraception**, tout en rappelant que si cet objectif n'est pas atteint, tout arrêt ou toute baisse de consommation, à quelque moment que ce soit, est bénéfique ;
 - à compter de la conception :
 - les risques liés aux usages du co-parent ne sont plus biologiques mais persistent à l'échelle comportementale (incitation à boire, violences volontaires ou pas),
 - les risques pour la croissance et neurotoxiques (TND) de l'exposition directe à l'alcool via les usages de la femme enceinte persistent jusqu'au terme de la grossesse et au-delà en cas d'allaitement maternel ;
 - **l'impact neurodéveloppemental de l'alcool pouvant se révéler tardivement dans la vie d'un enfant exposé**, il peut justifier un suivi dédié (par exemple, de type « réseau des nouveau-nés vulnérables ») et prolongé (durant la scolarité).

Explorer avec chaque femme son niveau d'exposition, ses pratiques de consommation, ses risques et les moyens de les diminuer

- ➔ Comme tout autre usager du système de santé, les femmes doivent bénéficier d'un repérage systématique et répété de leurs expositions à l'alcool (fiches 4 et 15), au même titre que les autres substances psychoactives, avec une attention renforcée lors de certains temps forts (entrée dans la vie sexuelle, gestion de contraception, ménopause, dépistage du cancer du sein, retraite, veuvage, perte d'autonomie liée à l'âge, etc.) :

¹³ En ligne : [Haute Autorité de santé – Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr)

¹⁴ En ligne : [Mon bilan prévention | ameli.fr](https://www.ameli.fr) | [Médecin](https://www.medicin.fr)

- **le plus précocement possible** dans leur vie comme dans l'histoire de leurs usages : dès les premières expérimentations et avant que ces usages ne se soient éventuellement compliqués ;
 - **tout au long de leur vie** et pas uniquement durant une grossesse éventuelle.
- **Le lien de confiance et le dialogue avec chaque femme** sur ses usages, au plus près de l'expérience qu'elle en a (leurs effets délétères autant que ceux qu'elle estime bénéfiques) et de ses besoins, est le socle du repérage. Ce dialogue pourra être prolongé par une évaluation usant des **mêmes outils qu'en population générale** (FACE et AUDIT-C dans le cadre du RPIB) (fiche 2).
- Le repérage permet d'**aider chaque femme à prendre conscience des déterminants** (les fonctions dont celle d'échapper à un stress ou un quotidien ; les effets recherchés, par exemple, anxiolytique ou socialisant ; les impacts délétères ou considérés comme bénéfiques ; etc.) **et des risques** de ses usages d'alcool ainsi que **des possibilités de les moduler** au profit de sa santé et de sa qualité de vie.
- S'agissant de la périnatalité, repérer précocement un **usage parental d'alcool** et d'autres substances psychoactives (y compris en amont du diagnostic de grossesse et même en amont de la conception) permet de proposer et d'orienter le cas échéant vers :
- un avis spécialisé précoce (gynécologue-obstétricien) et un « suivi de grossesse » adapté aux recommandations spécifiques existantes, en fonction de l'exposition initiale et de sa poursuite éventuelle ;
 - des interventions précoces visant la diminution des risques liés à l'alcool : aide à l'arrêt ou la diminution des consommations ; actions visant les co-facteurs de risque pour la grossesse (par exemple, déséquilibre alimentaire, précarité, comorbidités, etc.) ; soutien psychosocial et de la parentalité ; etc. ;
 - une expertise néonatale et un suivi neurodéveloppemental éventuel de l'enfant sur le modèle des « nouveau-nés vulnérables ».

Accompagner chaque femme vers une diminution de son risque alcool

Accompagner chaque femme, quelles que soient son histoire et ses modalités d'exposition à l'alcool, à tous les âges de sa vie, à diminuer son risque alcool implique de porter attention à :

- **toutes les dimensions de sa santé** et de son bien-être, y compris au niveau physique, psychique, affectif, social, professionnel ;
- **sa vie génitale** et à la prévention des risques associés s'agissant des questions impliquant la vie intime et affective, la santé sexuelle, l'équilibre hormonal, la fertilité et la contraception, la procréation éventuelle, la ménopause, etc. ;
- **sa vie périnatale et parentale** éventuelle : depuis le projet d'enfant jusqu'à la phase éducative.

S'agissant de la santé et de la qualité de vie de chaque femme hors périnatalité

- Tous les principes et modalités d'accompagnement proposés en population générale sont applicables aux femmes pour diminuer leur risque alcool, tout en rappelant et/ou soulignant certains points particulièrement critiques s'agissant des femmes :
- une relation de confiance est favorisée par le **respect des choix** de vie et de consommation de chaque femme. La libération de la parole qui en résulte permet la définition et la **co-construction** d'actions ciblant ses risques et besoins prioritaires ;
 - plus encore pour les femmes, **répondre à leurs priorités** (souffrance psychologique, y compris au travail, perte d'estime et/ou de confiance en soi, éviction des situations de discrimination, d'emprise, de violences, aide au logement, soutien matériel et éducatif pour les enfants, etc.) contribue à diminuer leur risque alcool sans même en cibler directement l'usage ;
 - aider à la motivation (fiche 8 : **approche motivationnelle**) et aux changements de comportement des femmes implique de **travailler aussi sur leurs contextes et environnements de vie** car ils peuvent être source d'incitation, d'injonction normative, de stress, de honte, de souffrances diverses, de discrimination, d'agressions, etc. ;
 - choisir avec la personne l'offre d'**aide psychologique** (fiches 10 et 13) la plus adaptée à sa situation et à ses besoins en s'appuyant sur une évaluation précise de troubles neuropsychiatriques co-occurents éventuels (le cas échéant, via un professionnel de la santé mentale) ;
 - renforcer les **compétences psychosociales** (fiche 9) contribue à améliorer l'attention à soi, la gestion du stress et des émotions, l'assertivité, etc. ;
 - agir sur les déterminants sociaux de la santé des femmes est aussi essentiel en contribuant à amoindrir les situations de précarité, de dépendance matérielle, de violences subies, d'inégalités ;
 - la pair-aidance contribue à libérer la parole, au désisolement, à la confiance en soi, à la solidarité et la sororité¹⁵ (fiche 14).
- Les **acteurs de premier recours** jouent un rôle essentiel auprès des femmes, parce qu'ils :
- les **accompagnent en proximité**, au plus près de leur environnement affectif, familial, social ;
 - sont au cœur d'un **réseau partenarial** (fiches 4 et 15) et facilitent ainsi l'accès à l'ensemble des acteurs concernés et aux aides possibles en regard de la diversité de besoins individuels ;
 - soutiennent et concrétisent auprès de chaque femme un **projet partagé** en cohérence avec ses réalités de vie, ses ressources internes, ses difficultés, ses propres choix, son savoir expérientiel ;
 - les **professionnels de la santé féminine** (gynécologues, sages-femmes) ont une place privilégiée s'agissant d'aborder la **vie intime et sexuelle** et les problématiques génitales. Ils coopèrent avec les médecins généralistes au profit d'une prise en charge globale.

¹⁵ Solidarité entre femmes considérée comme spécifique.

- ➔ Des **structures et dispositifs dédiés et/ou mieux acceptés par les femmes** (non mixtes ou paritaires, accueillant les enfants, etc.) favorisent leur accès aux aides et aux soins éventuels :
 - tout dispositif spécifiquement dédié à la santé féminine (par exemple, consultation gynécologique) ;
 - microstructures médicales addiction offrant en proximité aide sociale et soutien psychologique autour d'un médecin généraliste dédié aux questions d'usage de substances psychoactives et de santé mentale ;
 - consultations d'addictologie dédiées aux femmes, notamment à l'hôpital et au sein des CSAPA et CAARUD ;
 - temps dédiés à la santé des femmes au sein des dispositifs d'addictologie : sage-femme au sein des ELSA, consultation dédiée à la santé des femmes en CSAPA ;
 - maison des femmes et CIDFF, notamment en cas de violences subies ;
 - groupes d'entraide et de parole dédiés aux femmes, notamment au sein d'associations ;
 - accompagnement par des pairs-aidantes dont des patientes expertes en addictologie (PEA), notamment au sein d'associations, d'ESSMS ou à l'hôpital (fiche 14) ;
 - plateformes numériques¹⁶ modérées par des professionnels de santé et/ou des pairs-aidants qualifiés, assurant l'anonymat et l'accès sans contrainte présentielle ni horaire.

- ➔ La précocité des usages d'alcool, notamment chez les mineures et les jeunes adultes, justifie une information au plus tôt dans la vie (dès la période scolaire) et réitérée ainsi qu'un travail systémique avec l'entourage. L'accueil inconditionnel et sans délai en consultation jeunes consommateurs (CJC) peut être un recours en ouvrant un espace de parole et d'aide s'adaptant aux besoins.

- ➔ Les outils de la **réduction des risques et des dommages** (RdRD) en matière d'alcool (fiches 5, 6, 7, 16, 17) offrent un panel diversifié d'actions possibles **très utiles aussi aux femmes** :
 - aider à la reprise du contrôle et au **pouvoir d'agir des femmes** sur leurs pratiques d'usage dans une dynamique d'*empowerment* ;
 - sécuriser du mieux possible les risques, qui sont amplifiés chez les femmes, notamment des alcoolisations importantes (fiche 6) ;
 - réduire les risques sexuels par des conseils dédiés et l'accès aux acteurs de la santé sexuelle ;
 - réduire les risques de grossesse non prévue et de TSAF par l'accès à la contraception ;
 - favoriser l'accès aux aides juridiques et aux mesures de protection vis-à-vis des violences et discriminations ainsi qu'à leur reconnaissance ;
 - réduire les risques des femmes en situation de TUA en maintenant le lien et le dialogue sans jugement, en favorisant l'accès aux soins (somatiques, gynécologiques, psychiques) sans condition et sans objectif préalable, en aidant à une meilleure gestion des consommations qui ne sont pas encore modifiables et à un « aller mieux », notamment via la satisfaction des besoins primaires (alimentation, hygiène générale et intime, repos, etc.).

¹⁶ 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. En ligne : [Accueil | Alcool info service](#)

- ➔ Accompagner les femmes face à l'alcool, c'est aussi :
 - œuvrer à **diminuer tous facteurs d'inégalité de genre** (professionnel, judiciaire, etc.) ;
 - **accompagner l'entourage** (partenaire, co-parent, enfants, amis, aidants, etc.) en œuvrant à diminuer leurs risques propres (suivi adapté en cas de TND, soutien éducatif, prévention des violences et négligences).

S'agissant d'œuvrer à diminuer les risques pour la périnatalité

- ➔ **Toute exposition périnatale à l'alcool (y compris avant ou durant la conception ainsi que durant la phase de méconnaissance d'une grossesse débutante)** justifie de prendre avis auprès d'acteurs de santé (dont médecin généraliste, gynécologue, sage-femme) afin d'**évaluer la pertinence de** :
 - compléter le cas échéant par un avis spécialisé (gynécologue-obstétricien, généticien, pédiatre) ;
 - adapter le **suivi gestationnel** : échographie morphologique précoce, surveillance de la croissance fœtale, suivi de type grossesse à risque ;
 - prévoir une **expertise néonatale** dédiée au dépistage des TSAF et un **suivi développemental** de type « réseau des nouveau-nés vulnérables », y compris en l'absence d'anomalie détectable à la naissance du fait de diagnostics retardés possibles de TND liés à l'alcool.
- ➔ En plus du suivi gynéco-obstétrical adapté, **aider les futurs parents à tendre vers le zéro alcool durant la conception, la grossesse et l'allaitement, et plus globalement à diminuer les risques en lien avec l'alcool pesant sur la grossesse, la maternité et la parentalité** implique de :
 - toujours rappeler les **bénéfices, quel que soit le moment d'une grossesse, de tout arrêt ou toute diminution** de l'usage d'alcool, notamment en termes de croissance et de neurotoxicité ;
 - proposer **toutes options d'aide au changement de comportement** vis-à-vis de l'alcool, y compris en sollicitant des partenaires en réseau : approche motivationnelle (fiche 8), psychothérapie (fiches 10 et 13), aide sociale (soutien parental et éducatif, logement, éviction des violences), RdRD (fiche 17), pair-aidance (fiche 14), etc. ;
 - encourager le développement des **compétences psychosociales** (fiche 9) et **parentales** ;
 - orienter le cas échéant, avec leur accord, vers des acteurs et structures spécialisés combinant addictologie et périnatalité (ELSA au sein des maternités, unité d'hospitalisation parent-enfant, etc.) (fiche 15) ;
 - plus généralement, veiller à toujours maintenir le lien et l'accès aux aides, particulièrement pour les personnes les plus en difficulté avec l'alcool, en renforçant l'espace d'écoute et de parole.

Des annuaires et des connexions au sein du réseau de santé de chaque territoire sont accessibles via la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et/ou l'agence régionale de santé (ARS) du territoire concerné ainsi que via le dispositif d'aide à distance « Alcool info service¹⁷ » de Santé publique France. Ces annuaires en ligne permettent d'orienter les professionnels et les patients vers des acteurs dédiés et des structures spécialisées (grâce au réseau partenarial sanitaire et social de chaque territoire ainsi qu'aux associations d'entraide) et vers divers outils numériques d'information et d'autosupport.

¹⁷ Contact Alcool info service : <https://www.alcool-info-service.fr> et 0 980 980 930.

Annexes

Fiche 11. Les usages d'alcool de l'entourage, notamment masculin, peuvent affecter la santé des femmes et la périnatalité

Le manque de connaissance et de reconnaissance du sujet alcool dans sa dimension systémique et collective conduit 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 infantile. Or, pour des raisons biologiques autant que comportementales, les hommes devraient eux aussi être ciblés par l'information et le repérage des risques liés à l'alcool pour la santé des femmes et pour la périnatalité.

Impact sur la santé des femmes

Les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à l'alcool et les femmes ne bénéficient pas du même niveau d'accompagnement sanitaire que les hommes pour en diminuer les risques. Alors que les femmes revendiquent pleinement leur droit de consommer librement de l'alcool, elles y sont plus vulnérables (morbi-mortalité majorée et accélérée) pour des raisons à la fois physiologiques (dégradation enzymatique moins efficace) et sociétales (pression sociale et discrimination aggravées du fait de leur genre). Il est essentiel de ne pas négliger les risques toxiques accrus chez les femmes et de porter autant d'attention aux complications liées à l'alcool chez les femmes que chez les hommes.

L'importance des dommages que subissent les femmes via l'alcoolisation de tiers incite à adapter les messages d'information. Il s'agit ainsi de **sensibiliser les femmes et les hommes aux répercussions différenciées de l'alcool en fonction du sexe et du genre** et de promouvoir des attitudes et comportements qui empêchent l'exploitation et l'agression des femmes exposées à l'alcool.

Impact sur la périnatalité

Les risques liés à l'exposition périnatale à l'alcool ne relèvent pas exclusivement des femmes du fait de leurs éventuelles consommations de boissons alcoolisées durant la grossesse. **La toxicité périnatale de l'alcool engage aussi les hommes, l'entourage et plus généralement la société** par le biais :

- des usages d'alcool du géniteur avant la grossesse (période préconceptionnelle et conception) 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 et les impacts comportementaux de tiers usagers à type de négligence et de violences à son égard ;
- des usages sociétaux d'alcool du fait de leur banalisation et de leur valorisation, y compris chez les femmes, notamment en situation festive et au sein du milieu professionnel.

Les hommes, autant que les femmes, ont un rôle de géniteur, de parent, de nourricier, d'éducateur. Leurs consommations peuvent avoir des effets délétères avant, pendant et après la grossesse via :

- **la toxicité épigénétique de l'alcool consommé par le père biologique sur :**
 - la santé reproductive : impact sur la qualité des gamètes mâles (hypofertilité) et sur le pronostic de la grossesse (fausse couche, retard de croissance, etc.),

- le développement embryon-fœtal : effets tératogènes (malformations) et troubles neurodéveloppementaux (TND) ;
- **les effets psychocomportementaux de l'alcool consommé par un co-parent sur :**
 - la santé féminine et maternelle : effet d'incitation à consommer, y compris durant une grossesse, risque de négligences et violences s'aggravant en cas de grossesse, contribution au risque de dépression du post-partum,
 - la santé infantile : impact sur la parentalité, risque de négligences et violences à l'égard des enfants.

Conséquences en termes d'information et de prévention des complications de l'alcool pour la périnatalité

En ne s'adressant qu'aux femmes se sachant enceintes, les conseils de prévention des complications périnatales de l'alcool – dont les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) – manquent bien d'autres cibles impliquées dans leur occurrence.

Le principe de précaution (zéro alcool) ne s'applique donc pas qu'aux femmes ni qu'à la situation de grossesse diagnostiquée, mais bien aussi aux hommes et à toute situation rendant une grossesse possible (absence de contraception, projet de grossesse) :

- pour les femmes, il 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 les hommes, il s'applique dès le désir d'enfant et/ou l'arrêt d'une contraception jusqu'au diagnostic de grossesse, ceux-ci ne doivent pas méconnaître l'impact délétère possible de ses usages sur le déroulement d'une grossesse ainsi que sur la santé et le bien-être maternels et infantiles ;
- un co-parent non géniteur, et plus généralement l'entourage, ne doit pas méconnaître l'impact délétère possible de ses usages sur le déroulement d'une grossesse ainsi que sur la santé et le bien-être maternels et infantiles.

Quand et comment informer pour diminuer les risques liés à l'alcool pour la santé materno-infantile ?

Cela passe par le repérage universel (toute personne, quel que soit son genre, quelle que soit son histoire et quelles que soient ses modalités d'usage), systématique (non opportuniste, et donc pas uniquement lorsqu'une femme se sait enceinte), itératif des consommations d'alcool et de leurs risques afin d'accompagner chacune et chacun dans une démarche de diminution du risque alcool dans le respect de ses choix et de son autonomie.

Certains moments paraissent particulièrement opportuns, autant pour les femmes que pour les hommes, pour aborder les impacts de l'alcool sur la santé des femmes et sur la périnatalité :

- dès l'adolescence avec les premières expérimentations d'alcool et l'entrée dans la vie affective et sexuelle via toutes les interventions éducatives sur la sexualité et la prévention des conduites à risque sexuel, notamment en termes d'agressions et de grossesses non choisies ;
- consultation de prévention entre 16 et 25 ans ;

- consultation pour contraception (féminine ou masculine, pour son initiation, sa modification, a fortiori son interruption), laquelle constitue un authentique moyen de prévention des TSAF ;
- à l'occasion de toute demande de test de grossesse ;
- suivi gynécologique, chaque consultation étant une opportunité d'aborder l'impact de l'alcool sur la vie génitale, la sexualité, la vie intime, l'équilibre hormonal ainsi qu'en cas d'infertilité avérée et d'assistance médicale à la procréation (AMP) ;
- lors d'une installation en couple, d'union, de mariage, a fortiori en cas de désir avéré d'enfant, de projet parental, notamment via une consultation préconceptionnelle¹⁸ ;
- en cas d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou de fausse couche spontanée ;
- le plus tôt possible si une grossesse est déjà initiée et tout au long d'une grossesse, notamment à chacune des neuf visites de suivi ainsi que lors de l'accouchement, durant la période d'allaitement maternel éventuel et le suivi du post-partum ;
- le post-partum qui est une période à risque de dépression pour les deux parents et durant laquelle peut s'installer un recours à l'alcool ;
- suivi du développement psychomoteur et somatique de l'enfant, a fortiori en cas de troubles développementaux et/ou psychocomportementaux, voire de TND avéré dans la descendance ;
- accompagnement éducatif parental ;
- situation de violences entre partenaires, dans le foyer familial.

¹⁸ La consultation préconceptionnelle est recommandée depuis 2009 pour informer et accompagner les adaptations comportementales utiles à la prévention des risques liés à l'alcool et à toutes autres substances psychoactives. En ligne : [Haute Autorité de santé – Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer \(has-sante.fr\)](#)

Fiche 12. La garantie du respect du secret professionnel en matière d'usages 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. La révélation d'éventuelles difficultés avec l'alcool leur fait aussi craindre, outre les jugements et discriminations, des conséquences judiciaires, particulièrement s'agissant de leurs droits parentaux. Bien qu'à un moindre degré, les hommes sont aussi concernés par ces craintes et l'empêchement de parler qui en résulte.

Il est essentiel de rappeler aux personnes que :

- **les motivations et modalités de consommation d'alcool (y compris l'environnement et les contextes associés), les difficultés éventuelles face à l'alcool et les dommages subis relèvent du strict respect de la confidentialité des informations échangées dans le cadre de toute relation de soin¹⁹ ;**
- **l'usage d'alcool, y compris en situation de trouble de l'usage (TUA) sévère, ne constitue pas en soi et à lui seul une situation relevant d'une levée du secret professionnel, d'une information préoccupante (IP)/d'un signalement, ou de mesures de protection juridique (y compris en termes de droits parentaux).**

L'exception de levée du secret est encadrée par la loi et concerne des situations très précises et exceptionnelles par leur gravité et leur rareté :

L'évaluation des usages d'alcool par le repérage peut conduire à appréhender des difficultés qui dépassent le seul cadre des consommations : maltraitance, violences, troubles mentaux et/ou cognitifs, perte d'autonomie, etc. Ces difficultés et/ou situations sont susceptibles de conduire à une mesure de protection judiciaire avec levée du secret professionnel.

Il s'agit des cas suivants.

Personne mineure en situation de danger grave et immédiat

Dans le cadre de la protection des mineurs en danger, la HAS fournit une trame à remplir pour la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)²⁰. Sur la base de l'IP, l'intervention est avant tout médico-socio-administrative (soutien à la parentalité, assistance éducative, protection administrative via l'ASE). Le niveau judiciaire impliquant un signalement (mesures de protection judiciaire, dont le placement) reste exceptionnel²¹. Il s'agit des contextes « d'une extrême gravité, maltraitances ou violences sexuelles » justifiant de « s'adresser directement au procureur de la République au tribunal judiciaire²² » du département de résidence du mineur (Code de procédure civile, articles 1181 à 1200-1²³).

¹⁹ Chaque professionnel dans son métier et dans ses missions doit connaître son propre cadre de référence et ses obligations concernant l'exercice du secret professionnel (secret médical, secret professionnel partagé, discrétion professionnelle, etc.). Par exemple, un éducateur spécialisé n'est pas soumis au secret professionnel mais le devient s'il intègre une équipe sanitaire. Il en sera de même pour des acteurs associatifs comme les pairs-aidants.

²⁰ En ligne : [Cadre national de référence – boîte outils 1 – trame pour le recueil des informations préoccupantes.pdf \(has-sante.fr\)](#)

²¹ En ligne : [La protection des mineurs en danger | Ministère de la Justice](#)

²² En ligne : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781>

²³ En ligne : [Section II : L'assistance éducative \(articles 1181 à 1200-1\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Pendant la grossesse, une alerte vers la CRIP peut être faite pour l'enfant à naître. Le fœtus n'ayant pas d'existence légale en France, ce n'est qu'à la naissance que la CRIP pourra demander un rapport (observation mère-enfant) qui fera réaliser une IP ou un signalement.

Victime de violences conjugales en cas de mise en danger vital immédiat et d'impossibilité de se protéger du fait de l'emprise exercée

Les situations de violences conjugales relèvent d'une évaluation de la situation, du niveau de risque et d'urgence vitale pour la victime²⁴. L'évolution de la loi (article 226-14-3²⁵ introduisant la possible non-application de l'article 226-13²⁶) 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 nécessaire²⁷ du fait de l'imminence et la gravité de la menace.

Personne relevant de soins psychiatriques sans consentement du fait d'un état mental imposant des soins immédiats et rendant impossible son consentement

La consommation d'alcool seul (y compris TUA sévère et même en situation de grossesse) ne justifie pas une admission en soins psychiatriques sous contrainte. Ce sont les troubles mentaux et/ou du comportement qui, par leur gravité et les dangers encourus, pourraient le nécessiter et impliquer une levée du secret médical dans le cadre du certificat médical (articles L. 3212-1 à L. 3212-12²⁸ et L. 3213-1 à L. 3213-11²⁹ du Code de la santé publique).

Personne majeure nécessitant une mesure de protection juridique de ses biens, de sa personne et dans l'exercice de ses droits

L'usage de l'alcool seul (y compris TUA sévère) ne justifie pas en soi une mesure de protection juridique. Cela 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 civil³⁰). La demande de mise en protection est obligatoirement accompagnée d'un certificat médical circonstancié par un médecin inscrit sur la liste du procureur de la République (article L. 3211-6 du Code de la santé publique³¹).

²⁴ En ligne : [Haute Autorité de santé – Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/rapport-public/reperege-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)

²⁵ En ligne : [Paragraphe 1 : De l'atteinte au secret professionnel \(articles 226-13 à 226-14\) – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/13/2017-1313/2017-1313-13-3)

²⁶ En ligne : [Article 226-13 – Code pénal – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/13/2017-1313/2017-1313-13-3)

²⁷ En ligne : [Vademecum secret violences conjugales.pdf \(conseil-national.medecin.fr\)](https://www.conseil-national.medecin.fr/vademecum-secret-violences-conjugales.pdf)

²⁸ En ligne : [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/eli/loi/2017/12/13/2017-1313/2017-1313-13-3)

²⁹ En ligne : [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/eli/loi/2017/12/13/2017-1313/2017-1313-13-3)

³⁰ En ligne : [Article 425 – Code civil – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/13/2017-1313/2017-1313-13-3)

³¹ En ligne : [Article L. 3211-6 – Code de la santé publique – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/13/2017-1313/2017-1313-13-3)

Fiche 13. Approche psychothérapeutique des femmes en situation d'exposition à l'alcool

Cette fiche complète la fiche 10 produite en population générale³² sur l'intérêt de l'approche psychothérapeutique pour diminuer le risque alcool. Elle vise à souligner, s'agissant des femmes, les éléments qui leur sont plus spécifiques ainsi que des points particuliers de vigilance.

Quel que soit le genre, l'**usage d'alcool** peut constituer, en l'absence d'autre issue de rétablissement, **une stratégie de compensation et/ou d'adaptation**³³ face à un passé douloureux, des épreuves, une histoire de vie difficile, une situation anxiogène et/ou traumatisante, des émotions envahissantes. Or, ce qui paraît être une solution adaptative est risqué car la consommation d'alcool **peut aussi affecter la santé mentale**. Ces configurations sont en réalité intriquées, voire se potentialisent. Elles justifient une évaluation de la situation psychique et la recherche des troubles neuropsychiatriques co-occurrents éventuels afin d'en préciser les modalités optimales d'accompagnement. Elles peuvent ainsi faire l'objet d'un travail psychothérapeutique et/ou d'un traitement pharmacologique.

Quelle que soit l'approche psychothérapeutique du clinicien (références théoriques, pratiques – cf. Fiche 10), il faut rappeler que **chaque situation est singulière** et que l'alcool peut prendre une place particulière dans la vie des hommes autant que des femmes. Que le souhait de psychothérapie soit en lien direct ou pas avec l'usage d'alcool, celle-ci peut, **à travers la parole, améliorer la qualité de vie et donc réduire le risque alcool** de la personne qui s'y engage.

S'il n'y a pas de psychothérapies clairement identifiées comme spécifiques aux hommes ou aux femmes, **certain axes de travail psychique**, tout en étant applicables aussi aux hommes, **semblent particulièrement pertinents chez les femmes**.

- **La compréhension de soi, la gestion du stress, de l'anxiété, des émotions** : cet axe aide la personne à questionner ses manières de penser, de réagir ainsi qu'à mieux identifier et réguler ses émotions (en s'aidant notamment de l'outil visuel qu'est la roue des émotions jointe ci-après). Il favorise aussi l'estime personnelle, la confiance en soi, l'affirmation de soi, les capacités d'adaptation, la gestion de la frustration, les relations avec autrui, l'engagement dans les soins.
- **L'autostigmatisation** : cet axe permet de travailler l'estime de soi, les sentiments de honte et de culpabilité. L'autostigmatisation est un processus d'intériorisation par l'individu des opinions sociales négatives et d'application à lui-même des stéréotypes et préjugés venant de la société. Par ce processus, les femmes auraient plus de difficultés à demander de l'aide et une prise en charge de leurs usages problématiques d'alcool.

³² En ligne : [Haute Autorité de santé – Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/prevention/risque-alcool). Il y est précisé que les psychiatres et psychologues intervenant en premier recours peuvent évaluer et proposer à la personne dans ce cadre une psychothérapie. Les acteurs de premier recours, non spécialisés en santé mentale, qui repèrent un besoin d'accompagnement psychologique peuvent, en fonction des préférences du patient, orienter la personne vers un professionnel qualifié.

³³ *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 ».

- **Le traumatisme et le trouble de stress post-traumatique (TSPT)** : cet axe permet de travailler les effets des traumatismes, la vulnérabilité au stress et la pression sociale. Défini par une altération des cognitions et de l'humeur, une reviviscence d'expériences traumatisantes, des stratégies d'évitement et un état d'alerte élevé, le TSPT favoriserait aussi l'autostigmatisation.
- **Les préoccupations psychocorporelles et les troubles du comportement alimentaire (TCA)** : cet axe permet de travailler le vécu corporel et l'image de soi. Affectant plus souvent les femmes, ils doivent être repérés, évalués et intégrés au travail psychothérapeutique.

Comme indiqué dans la fiche 10 dédiée à la population générale, outre les différents types possibles de thérapie individuelle, une thérapie systémique impliquant l'entourage (thérapie de couple ou familiale) fait partie des options de psychothérapie susceptibles de favoriser la reconnaissance de la place des proches et leur engagement à l'égard des femmes.

Par ailleurs, une approche groupale est aussi mobilisable. Plus particulièrement, les groupes thérapeutiques non mixtes (exclusivement féminins) et basés sur des contenus spécifiques aux femmes favoriseraient la libération de la parole (par exemple, sur les questions d'intimité féminine ou le partage d'expériences traumatiques) et l'engagement dans un processus d'accompagnement vers une diminution de leur risque alcool.

Fiche 14. Le soutien associatif et par les pairs en matière d'alcool, une pratique d'accompagnement qui s'adapte aux spécificités de genre et de la personne

Le soutien par les pairs en matière d'alcool

Les pairs rassemblent des personnes autour d'une expérience commune de vie, de maladie ou de situation difficile. Sur la base de la transmission de leur savoir expérientiel, lequel repose sur le cumul de la triple expérience de la maladie – ici, le trouble de l'usage d'alcool –, des soins et du rétablissement, les pairs peuvent offrir un soutien émotionnel, des informations et des conseils pratiques sur la gestion de leur situation et sur les dispositifs d'accompagnement existants. Par leurs actions d'information et de sensibilisation, les pairs contribuent aussi à la prévention en aidant à la prise de conscience d'habitudes émergentes et à la gestion de situations à risque. Depuis de nombreuses décennies, en particulier au sein d'associations d'entraide, les pairs sont des acteurs de base en matière d'alcoologie.

Les principes fondamentaux du soutien par les pairs s'appliquent pleinement aux besoins et aux difficultés des personnes en matière d'alcool :

- **l'expérience partagée** : elle favorise une compréhension profonde et une connexion empathique entre pairs ;
- **l'empowerment** : il renforce le pouvoir d'agir et l'autonomie des individus en partageant avec eux les outils et la confiance nécessaires à leur rétablissement (basé ou pas sur l'abstinence selon le choix de la personne) ;
- **l'égalité et le respect mutuel** : chaque personne est considérée comme compétente et experte de sa propre expérience ;
- **la confidentialité réciproque** : elle permet un libre partage d'expérience.

Les objectifs principaux du soutien par les pairs en matière d'alcool

Par la proximité d'expérience vécue, la reconnaissance et le soutien mutuel, il permet de :

- **désamorcer le sentiment de honte et de culpabilité** : le partage d'expérience avec les pairs permet de déconstruire le stéréotype accusatoire impliquant la seule volonté individuelle et d'aborder l'ensemble des facteurs en jeu, notamment collectifs (environnement social et affectif) et contextuels (exposition à des violences) ;
- **briser le silence et l'isolement** : le réapprentissage de relations interpersonnelles et les échanges entre pairs restaurent le sentiment d'appartenance communautaire et ouvrent la porte à un rétablissement possible grâce à l'effet de reconnaissance et à leur soutien. En déconstruisant les représentations sociales qui empêchent la parole de se libérer, les pairs aident les personnes à modifier leur perception des usages et à sortir du vécu d'exclusion et du renoncement aux aides ;
- **croire au changement** : le partage d'histoires et de l'expérience vécue (dont le parcours de rétablissement, l'ambivalence face au changement) permet aux personnes de s'identifier, de retrouver confiance en leurs propres capacités et ressources, de se projeter elles aussi vers le changement possible. Les outils de gestion du stress, des émotions, de l'hypersensibilité à l'environnement partagés par les pairs les aident à s'autonomiser et à se libérer du recours à l'alcool comme seule stratégie d'adaptation.

Le soutien par les pairs en matière d'alcool est attentif aux spécificités de genre

Bien que n'étant pas une pratique genrée, le soutien entre pairs permet naturellement une approche spécifique des personnes, adaptée à leur genre et/ou à d'autres caractéristiques, puisqu'il repose précisément sur le principe de reconnaissance mutuelle et d'expérience partagée.

S'agissant des femmes exposées à l'alcool, les pairs du même genre sont naturellement à même de tenir compte des spécificités physiologiques et des moments marquants de la vie des femmes afin de les débanaliser et les soutenir en cas de difficultés à leur endroit (par exemple, la grossesse ou la ménopause). Cela permet aussi de déconstruire les représentations sociales liées au genre, de partager le vécu de stigmatisation plus marqué chez les femmes que les hommes, de soutenir et aider les personnes subissant des discriminations de genre.

Comment orienter une personne vers un soutien par des pairs en matière d'alcool

Les acteurs de premier recours qui repèrent un besoin d'accompagnement peuvent, en fonction des préférences de la personne et notamment en cas de réticence, voire de refus de médicalisation, l'orienter vers un soutien par des pairs. La personne pourra être orientée vers un groupe de parole et/ou bénéficier d'échanges individuels avec des pairs, que ce soit dans le cadre d'un dispositif de soins ou d'accompagnement (par exemple, service hospitalier, CSAPA, etc.) et/ou au sein d'une association d'entraide (prônant ou pas l'abstinence).

Soit parce qu'ils incluent des pairs dans leurs équipes et organisations, soit parce qu'ils peuvent assurer la mise en lien avec des pairs, les dispositifs et structures auxquels l'acteur de premier recours peut se référer pour orienter une personne vers un tel soutien incluent :

- les associations d'entraide entre pairs ;
- les associations de patients experts en addictologie ;
- le secteur médico-social, en particulier les CSAPA, CAARUD, MSMA et CJC³⁴ ;
- les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui favorisent la coordination entre la ville et l'hôpital et avec les structures de coopération en addictologie ;
- les services de soins en alcoologie et addictologie ;
- les centres de postcure ;
- les structures de coopération en addictologie.

Le choix de la structure dépendra de la préférence de la personne et de son lieu d'habitation.

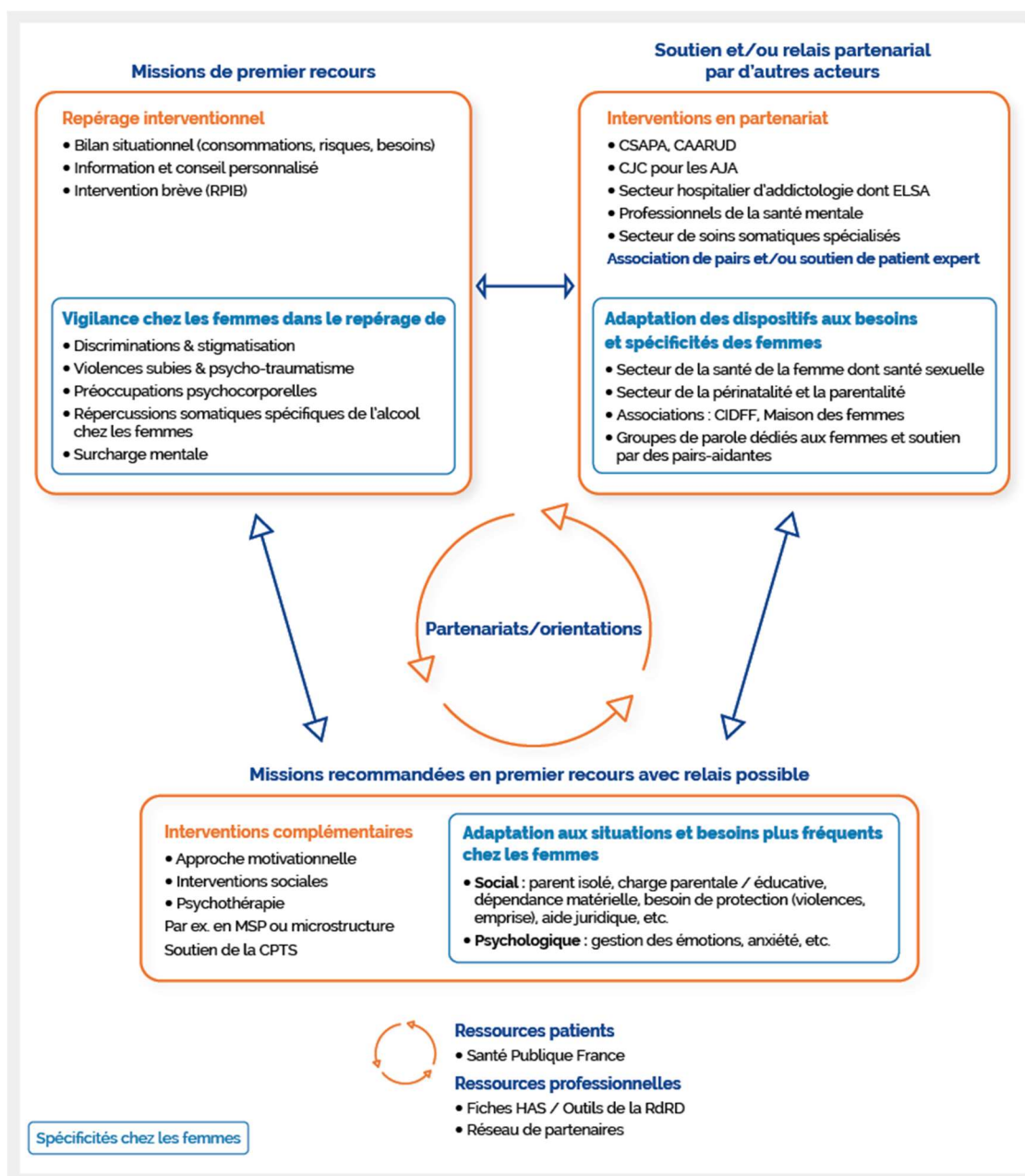
Des annuaires en ligne permettent d'orienter les professionnels et les patients vers l'une de ces structures (les associations d'entraide disposent notamment toutes d'une ligne directe) et vers divers outils numériques d'information et d'autosupport. Ces annuaires et les connexions au sein du réseau de santé sont accessibles via la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), l'agence régionale de santé (ARS) et/ou le dispositif d'aide à distance « Alcool info service³⁵ ».

³⁴ Abréviations : CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ; CJC : consultation jeunes consommateurs ; CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; MSMA : microstructure médicale addictions.

³⁵ Contact Alcool info service : <https://www.alcool-info-service.fr> et 0 980 980 930.

Fiche 15. Une nécessaire adaptation du réseau partenarial d'accompagnement et de soins aux situations et 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 (Fiche 4 et Annexe 14)³⁶, nous soulignons ici les situations et besoins plus fréquemment et/ou plus spécifiquement rencontrés chez 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.



³⁶ Haute Autorité de Santé - Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne ([has-sante.fr](https://www.has-sante.fr))

Fiche 16. Actions et outils pratiques en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux usages d'alcool chez les femmes

Cette fiche complète, sans les répéter, les fiches 5-6-7 portant sur les actions de RdRD en matière d'alcool produites dans le volet de production dédié à la population générale³⁷. Elle vise à souligner, s'agissant des femmes, les éléments qui leur sont plus spécifiques ainsi que des points particuliers de vigilance.

L'approche RdRD en matière d'alcool est une offre de soins non genrée et holistique que tout acteur contribuant à la santé peut utiliser et proposer. Elle explore et articule la pluralité des facteurs impliqués dans les usages d'alcool et des risques associés. La catégorie de genre/sexe est un facteur parmi de très nombreux autres pouvant faire l'objet d'actions de réduction des risques, parmi lesquels : effets et risques expérimentés ; contextes de consommation ; conditions et style de vie ; réseau social ; activité professionnelle ; santé mentale ; santé physique ; habitudes alimentaires ; activité physique ; activités de loisir ; spiritualité ; rôles sociaux et charges domestiques, familiales, éducatives ; etc.

Ces nombreux déterminants (somato-psycho-sociaux) construisent les parcours d'exposition à l'alcool et interagissent pour définir des pratiques toujours singulières. La RdRD croise tous ces déterminants pour élaborer une offre d'accompagnement sur mesure, adapté à chaque situation individuelle, quelle que soit la période de vie.

Des actions de RdRD en matière d'alcool particulièrement utiles aux femmes sont ici proposées.

1 – Déconstruire les représentations sociales liées au genre féminin

En plus des représentations sociales liées à l'alcool (tantôt valorisantes, tantôt stigmatisantes), les femmes subissent l'impact des représentations de genre sur leurs usages (pression émancipatrice à boire, dénigrement de la condition féminine) ainsi qu'en termes d'inégalités, discriminations, violences subies.

Propositions en matière de RdRD alcool :

- libérer la parole des femmes en connaissance du tabou de l'alcool amplifié à leur égard ;
- aider les femmes à déconstruire les représentations sociales, particulièrement celles liées au genre, pour les aider à mieux comprendre leurs consommations ;
- œuvrer au pouvoir d'agir des femmes par le biais d'une meilleure compréhension et maîtrise de leurs usages ;
- informer sur les risques liés à la minimisation et à la dissimulation des usages ainsi qu'au non-recours à l'aide par crainte de la stigmatisation ;
- lutter contre les inégalités de traitement des femmes en jugeant leur parole, leurs plaintes, leurs difficultés, aussi recevables et légitimes que celles des hommes ;
- lutter contre toutes formes d'inégalités de genre, sources de stress, d'anxiété, de souffrances, d'usages d'alcool et de risques amplifiés pour la santé ;

³⁷ En ligne : [Haute Autorité de santé – Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/prevention/repere-usage-alcool)

- reconnaître avec une particulière vigilance les spécificités des femmes face à l'alcool en termes de déterminants, de risques, de besoins.

2 – Soutenir les femmes pour alléger leur charge mentale

Si la charge mentale des femmes ne leur permet pas de concilier équitablement vie professionnelle, vie familiale (parentale, domestique, etc.), aspirations personnelles, cela peut nuire à leur bien-être et favoriser leurs usages d'alcool (notamment à visée anxiolytique et relaxante).

Propositions en matière de RdRD alcool :

- informer et reconnaître les inégalités existantes de répartition des tâches professionnelles et domestiques pour réduire le recours à l'alcool et les risques qui y sont associés ;
- aider les femmes à réduire leur charge mentale en hiérarchisant leurs priorités et en acceptant le partage ou la délégation de tâches ;
- informer sur les risques du recours à l'alcool comme stratégie de compensation et/ou d'adaptation³⁸ (à défaut d'en avoir une autre à disposition) visant à pallier des situations stressantes, fatigantes, à forte charge émotionnelle ou de pression sociale ;
- repérer la charge mentale des femmes susceptible d'impacter leur santé pour la moduler ;
- aider les femmes à mettre en place d'autres stratégies que le recours à l'alcool ;
- soutenir les déterminants sociaux favorables à la santé des femmes : stabilité économique et professionnelle, conditions matérielles et environnement affectif de vie, etc. ;
- soutenir les actions de RdRD alcool au sein du foyer familial (se référer à la fiche 7) afin d'y réduire les effets délétères de l'alcool.

3 – Informer et reconnaître l'interaction amplificatrice pour les femmes entre contextes de violences et usage d'alcool

Les femmes sont exposées à des violences physiques, verbales, psychologiques, sexuelles, économiques, etc. Ce risque est amplifié par l'alcool, qui majore la vulnérabilité, particulièrement en cas d'alcoolisations ponctuelles importantes (API ou binge drinking).

Propositions en matière de RdRD alcool :

- renforcer l'information sur les risques amplifiés chez les femmes des binge drinkings (dont ivresse et perte de contrôle majorées, relations sexuelles non maîtrisées/non choisies) et sur les moyens de les diminuer (se référer à la fiche 6) afin de favoriser des choix éclairés de consommation et des environnements protecteurs ;
- rappeler les vulnérabilités liées à l'ivresse, dont la moindre capacité d'autoprotection ;
- rappeler que l'alcool modifie la capacité de consentement ;
- rappeler que l'alcoolisation de la victime n'excuse pas les actes d'agression à son encontre ;
- encourager la mise en place d'environnements protecteurs en cas d'ivresse prévisible (dont ne pas être seule, repérer et choisir une ou des personnes de confiance, etc.) ;

³⁸ 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 ».

- repérer et accompagner précocement les agressions subies en situation d'alcoolisation pour prévenir l'installation de troubles de stress post-traumatique (TSPT) ;
- en cas d'agression subie, lever le sentiment de honte et de culpabilité renforcé par les représentations liées au genre et à l'alcool pour éviter le refoulement ainsi que le non-recours aux aides et à une reconnaissance juridique.

4 – Œuvrer à alléger toute cause de souffrance dont les traumatismes

Le recours à l'alcool peut être utilisé comme stratégie de compensation et d'adaptation pour pallier les effets et symptômes de TSPT à défaut de disposer d'autres solutions de soutien adapté.

Propositions en matière de RdRD alcool :

- informer les femmes sur la notion de « traumatisme » pour éviter le recours inapproprié à l'alcool, prévenir l'aggravation des situations et le retard d'accès aux aides en la matière ;
- apprendre aux femmes à reconnaître les signes, causes et effets d'un traumatisme (même ancien) en termes de stress, anxiété, détresse et de retentissement sur la vie courante ;
- repérer les femmes victimes de violences pour leur proposer de l'aide, l'usage d'alcool pouvant constituer un indice en faveur d'une telle situation et y contribuer.

Fiche 17. La réduction des risques et des dommages en matière d'alcool (RdRD alcool) participe à la diminution du risque alcool en période périnatale

Le principe de précaution invite à tendre vers le zéro alcool dès le projet de grossesse. Éviter de consommer de l'alcool est le choix le plus sûr. Mais même en situation de grossesse projetée, voire déjà en cours, atteindre l'objectif du zéro alcool peut s'avérer très difficile pour certaines personnes. Dans ce cas précis, un soutien renforcé est nécessaire et l'approche RdRD alcool peut constituer un recours à même de préserver le lien, d'éviter le renoncement aux soins, de faciliter l'accès aux aides, d'accompagner dans les difficultés rencontrées.

Les actions de RdRD en matière d'alcool mobilisables en contexte périnatal peuvent inclure les points suivants.

→ Adopter un discours déculpabilisant

La culpabilité, la honte, l'anxiété, la peur favorisent le renoncement aux aides et tendent à amplifier les consommations. Lutter contre ces écueils passe par un discours résolument positif consistant notamment à souligner les bénéfices pour le développement de l'enfant de tout arrêt et/ou diminution des consommations d'alcool à tout moment de la grossesse.

→ Adopter un accompagnement déstigmatisant

Consommer de l'alcool durant une grossesse aggrave la pression sociale et la stigmatisation. Les stratégies de protection vis-à-vis d'une telle condamnation sociale incluent la dissimulation des usages et provoquent de l'isolement ainsi qu'un défaut d'accès à l'information, aux aides et aux soins adaptés aux situations d'exposition à l'alcool pendant la grossesse. Il s'agit de donner accès, de façon neutre et sans conditions, à toutes les informations et options d'accompagnement possibles, que ce soit durant la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et le post-partum.

→ Prioriser le dialogue et le lien avec les personnes exposées à l'alcool durant leur grossesse et toute la période périnatale

Être toujours à l'écoute, disponible, non jugeant (en reconnaissant et en explorant avec la personne les fonctions de son recours à l'alcool) afin de pouvoir accueillir et aider à répondre aux questions, aux inquiétudes, aux besoins, aux priorités. Proposer de garder le lien et de coconstruire toutes pistes d'amélioration en cohérence avec la réalité de vie des personnes et soutenant leur pouvoir d'agir, en priorisant la continuité des soins, y compris au-delà de l'accouchement.

→ Mesurer l'importance des changements provoqués par la période périnatale

Questionner l'impact du contexte nouveau et potentiellement déstabilisant de grossesse, d'accouchement, de parentalité sur l'état émotionnel, l'équilibre psychologique, le bien-être. Reconnaître que cela puisse fragiliser et constituer une situation de vulnérabilité susceptible d'influencer les consommations d'alcool (notamment leur maintien). Suggérer les bienfaits de partager cette expérience inédite avec des pairs-aidants et/ou patients-experts, mais aussi la possibilité de mieux la comprendre grâce à l'aide de soignants et un soutien psychologique éventuel.

→ **Agir sur l'environnement des personnes exposées à l'alcool en période périnatale pour l'améliorer**

L'environnement (affectif, familial, de proximité, social, professionnel, etc.) et les conditions de vie jouent un rôle important sur les consommations d'alcool durant une grossesse et toute la période périnatale. Réduire les risques liés à l'environnement et œuvrer à le rendre protecteur passe notamment par l'identification et la mobilisation de personnes ressources ainsi que des relais à même de pallier les situations d'isolement, de précarité, d'exposition aux violences (services de médiation familiale et d'aide à domicile, soutien social, etc.) et de favoriser un soutien post-natal autour de l'enfant (notamment via le programme des 1 000 premiers jours de l'enfant³⁹).

³⁹ En ligne : [rapport-1000-premiers-jours.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

Ressources documentaires

Sélection des ressources documentaires accessibles en ligne

Le présent document dédié aux femmes fait suite et complète la production en population générale : [Haute Autorité de santé – Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne \(has-sante.fr\)](#)

Approche épidémiologique :

[Alcool – Synthèse des connaissances – OFDT](#)

[Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements \(santepubliquefrance.fr\)](#)

Spécificités des femmes liées au sexe et au genre : [Le sexe, le genre et l'alcool : directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes \[rapport\] | Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances \(ccsa.ca\)](#)

Alcool, nutrition et cancer :

[Fiche reperes-Nutrition-2019 \(2\).pdf](#)

[synthese_cancer.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

Alcool et addiction : [Guide « Femmes et addictions » – Fédération Addiction \(federationaddiction.fr\)](#)

Alcool et périnatalité :

[Recommandations pour la pratique clinique : « Interventions pendant la période périnatale ». Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité – Université Clermont Auvergne \(hal.science\)](#)

[Microsoft Word – SAF-definitif.doc \(sante.gouv.fr\)](#)

[Kit-Addictions-et-perinatalite-2022.pdf](#)

[Haute Autorité de santé – Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage \(has-sante.fr\)](#)

Grossesse : préparation, suivi et orientation :

[Haute Autorité de santé – Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer \(has-sante.fr\)](#)

[Haute Autorité de santé – Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées \(has-sante.fr\)](#)

[Haute Autorité de santé – Préparation à la naissance et à la parentalité \(has-sante.fr\)](#)

Abréviations et acronymes

AJA	Adolescents – jeunes adultes
AMP	Assistance médicale à la procréation
API	Alcoolisation ponctuelle importante (binge drinking)
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CIDFF	Centre national d'information des droits des femmes et des familles
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FACE	Fast Alcohol Consumption Evaluation
HRP	Hématome rétroplacentaire
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MSMA	Microstructure médicale addictions
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PEA	Patient expert en addictologie
PMI	Protection maternelle et infantile
RBP	Recommandation de bonnes pratiques
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RdRD	Réduction des risques et des dommages
RPIB	Repérage précoce avec intervention brève
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAU	Service d'accueil des urgences
SFA	Société française d'alcoologie
SPF	Santé publique France
TND	Troubles du neurodéveloppement
TSAF	Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale
TUA	Trouble de l'usage d'alcool (addiction)
VS	Verre standard

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

