



# **Diminuer le risque alcool des femmes dès le premier recours**

**Le travail d'un groupe d'experts porté par la HAS**



**23/06/2025  
GEGA**

# Sommaire

1. HAS : présentation & méthode de travail
2. Rationnel et cadrage du projet global :  
« Agir pour diminuer le risque alcool dès le 1<sup>er</sup> recours »
3. 1<sup>er</sup> volet en population générale
4. 2<sup>nd</sup> volet dédié aux femmes



# HAS : présentation & méthode de travail

**Président**  
Lionel Collet

**Directeur général**  
Jean Lessi

**Collège**  
Lionel Collet  
Véronique Anatole  
Karine Chevreul  
Pierre Cochât  
Claire Compagnon  
Anne-Claude Crémieux  
Jean-Yves Grall  
Christian Saout

**Agence Comptable**  
Hervé Deschildt

**Déontologue**  
Robert Geill

**MID**  
**Mission data**  
Pierre-Alain Jachiet

**MID**  
**Mission internationale et partenariats**  
Sophie Albert

**MP**  
**Mission prospective**  
Michèle Morin-Surroca

**CAB**  
**Cabinet**  
Alexandre Fonty

**P. GOUV**  
**Pôle de soutien aux instances de gouvernance**  
Vanessa Piderl

**DEAI**  
**Direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation**  
Floriane Pelon  
Adjoints : Cédric Carbonnel, Hubert Galmiche

**MNS**  
**Mission Numérique en santé**  
Corinne Collignon  
Adjointe : Julie Marc

**SEBPV**  
**Service Evaluation en santé publique et évaluation des vaccins**  
André Lasserre  
Adjoints : Nassim Brahm, Frédérique d'Herbe, Jean-Charles Ladage

**SED**  
**Service Evaluation des dispositifs**  
Hubert Galmiche  
Adjoints : Vanessa Hernandez, Camille Marguerite

**SEAP**  
**Service Evaluation des actes professionnels**  
Cédric Carbonnel  
Adjoints : Denis-Jean David, Nadia Squalli

**SEM**  
**Service Evaluation des médicaments**  
Charlotte Masia  
Adjoints : Joachim Baba, Alexandre Bouffils, Aïca Desbordes et Théo Diatta

**SEE**  
**Service Evaluation économique**  
Fabienne Midy

**CCOVI**  
Adjoint en charge des questions internationales  
Judith Fernandez

**Cellule de coordination sur les données en vie réelle**  
Camille Thomassin

**DAQSS**  
**Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**  
Amélie Lansiaux

**SEVQSS**  
**Service: Evaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins**  
Laetitia May-Michelangeli  
Adjoints : Candice Lagre, Banchine Morin, Stéphanie Thibault

**SBP**  
**Service Bonnes pratiques**  
Morgane Le Ball  
Adjoints : Karine Petitjean et Christine Ravael-Delven

**SECS**  
**Service Certification des établissements de santé**  
Patrick Méchain  
Adjoint : Lolo Khatib

**DIQASM**  
**Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social**  
Angélique Khaled

**SE**  
**Service Evaluation**  
Hélène Lusquier  
Adjointe : Cécile Berthelot

**SR**  
**Service Recommandations**  
Manuela Chevrot  
Adjointe : Anasoua Sore

**MIQAS**  
**Mission Méthodes et outils pour l'accompagnement social et médico-social**  
Cécile Lagarde

**DCIEU**  
**Direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers**  
Emmanuelle Bara  
Adjointe: Samantha Leblanc

**SDV**  
**Service Documentation et veille**  
Frédérique Pagès  
Adjointe: Marie Georget

**SP**  
**Service Presse**  
Mohamed Bouhadda

**SECI**  
**Service Communication et information**  
Laure Meranteau-Bendaïd  
Adjointe: Sabine Marolle

**SEU**  
**Service Engagement des usagers**  
Joëlle André-Vent

**SG**  
**Secrétariat général**  
Christine Vincent

**D**  
**Déléguée à la protection des données**  
Adriane Louyer

**R**  
**Responsable de la sécurité des systèmes d'information**  
N.

**SJ**  
**Service Juridique**  
Maxence Lyonnet  
Adjointe : Floriane Gault

**SFAL**  
**Service Finances, achats et logistique**  
Frédéric Mashieu  
Adjointe : Lydie Zai

**SRH**  
**Service Ressources humaines**  
Kahina Cheref  
Adjointe : Stéven Pédar, Christophe Varlet

**SSI**  
**Service Système d'information**  
Henri Sallé  
Adjointe : Jean-Yves Paillet, N.

**MPROG**  
**Mission Programmation**  
Nathalie Couvineau

**ME**  
**Mission Expertise**  
Caroline Tranche

**MIRAL**  
**Mission Maîtrise des risques et audit interne**  
Anny Siboni-Zerbib

DEAI  
DAQSS  
DIQASM  
DCIEU  
SG

# Les recommandations sanitaires produites par la HAS

**Dépistage**

**SESPEV**

Recommandations  
de santé publique (vaccinales)

**Prise en  
charge**

**SBP**

- RBP (diagnostic, traitement, suivi)
- Fiches mémo
- Fiches pertinence

**Organisationnelle**

**SBP**

- Guides Parcours
- Fiches Points Clés

# Objectifs

Mettre à la disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs), une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science destinée à :

- aider la prise de décision dans le choix des soins
  - harmoniser les pratiques
- réduire les traitements et actes inutiles ou à risque
- réduire les ruptures dans les parcours de santé



**Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et de la prise en charge des patients**

# Fondements et principes (1)

Les recommandations reposent sur *l'Evidence-Based Medicine (EBM)*

## Analyse critique de la **littérature scientifique** :

- Recherche documentaire systématisée
- Sélection des articles
- Description des études (validité interne, cohérence externe)
- Attribution d'un niveau de preuve aux données

## Avis des **professionnels** sur l'état des pratiques :

- Expertise basée sur l'expérience clinique
- Appréciation de la lisibilité, l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations

## Avis des **patients et/ou usagers** sur la prise en charge :

- Acceptabilité, attentes et préférences des patients



# Fondements et principes (2)

Méthode rigoureuse et explicite fondée sur :

- l'implication de professionnels du champ de la recommandation et de représentants de patients ou d'usagers
- le recours à une phase de lecture externe
- la transparence : sur la méthode, la composition des groupes, les débats GT/GL (confidentialité durant toute la phase de production)
- l'indépendance d'élaboration = Les experts GT interviennent à titre intuitu personae
- la prévention et la gestion des conflits d'intérêts = DPI

# Fondements et principes (3)

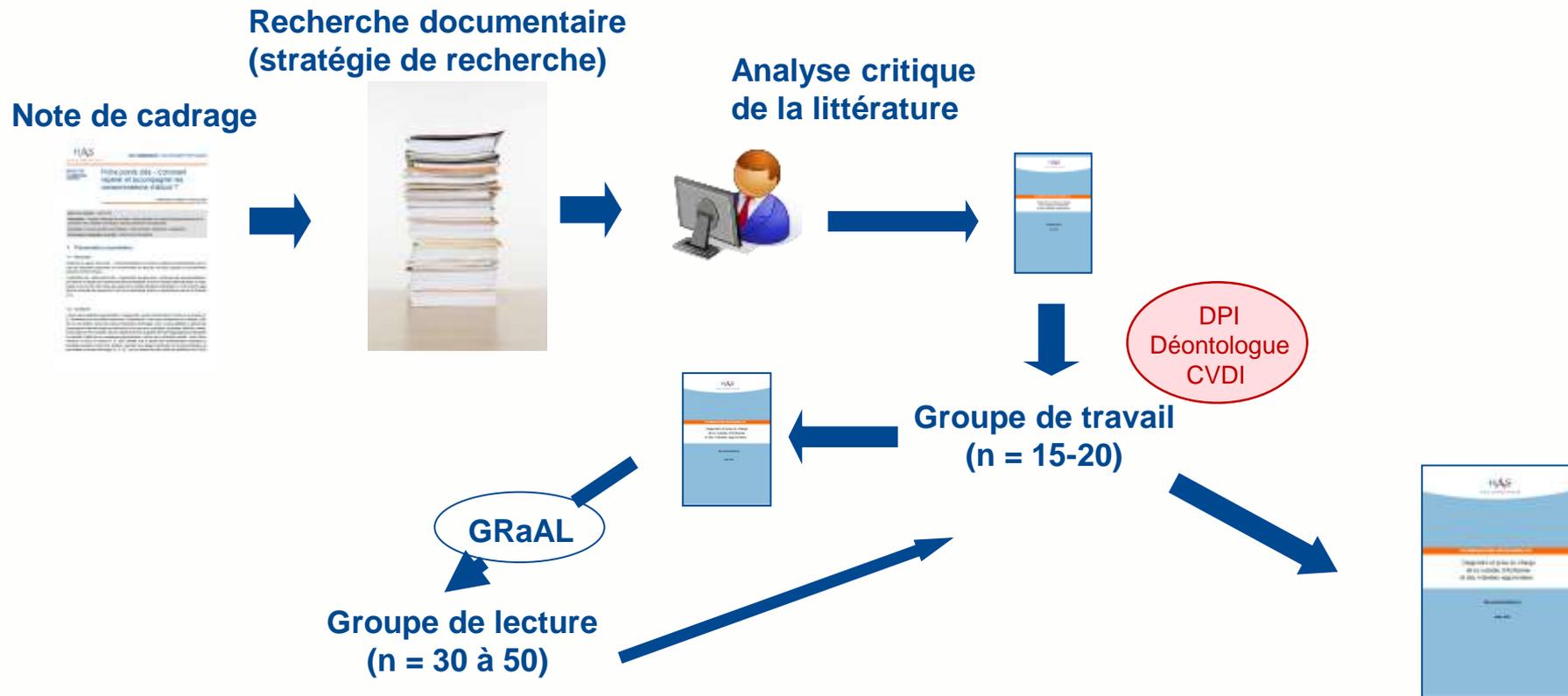
## Rédiger des recommandations

- Concises et non ambiguës
- Gradées, en accord avec les niveaux de preuve identifiés, ou, en l'absence de preuves scientifiques résultant de l'accord d'experts
- Répondant aux questions posées
- Objectifs mesurables : morbi-mortalité, nombre d'hospitalisations, etc.

# Gradation des recommandations

Gradation des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
<b>Niveau 1</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li><li>• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li><li>• Analyse de décision basée sur des études bien menées</li></ul>	<b>A</b> Preuve scientifique établie
<b>Niveau 2</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li><li>• Études comparatives non randomisées bien menées</li><li>• Études de cohorte</li></ul>	<b>B</b> Présomption scientifique
<b>Niveau 3</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Études cas-témoins</li></ul>	<b>C</b> Faible niveau de preuve
<b>Niveau 4</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Études comparatives comportant des biais importants</li><li>• Études rétrospectives</li><li>• Séries de cas</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Approbation d'au moins 80 % des membres du groupe de travail</li></ul>	<b>Accord d'experts</b>

# Déroulement



Commission

Collège

3 réunions  
(minimum)



Questionnaire  
en ligne



1 (voire 2) réunion(s)



Commission

Collège

**Promoteur**  
HAS ou Organisation de professionnels de santé

**Groupe de Travail**  
Position des experts et discussion de  
l'argumentaire  
Rédaction de la version initiale des RBP

**Groupe de Lecture**  
Cotations et Commentaires

**Groupe de Travail**  
Analyses et discussion des avis du GL  
Finalisation des textes

**Validation et diffusion**

Cadrage  
→ Note de cadrage

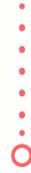
Phase de revue  
systématique de la  
littérature

Phase de rédaction

Phase de lecture

Phase de finalisation

Internet, revues,  
congrès



2

## Rationnel et cadrage du projet global

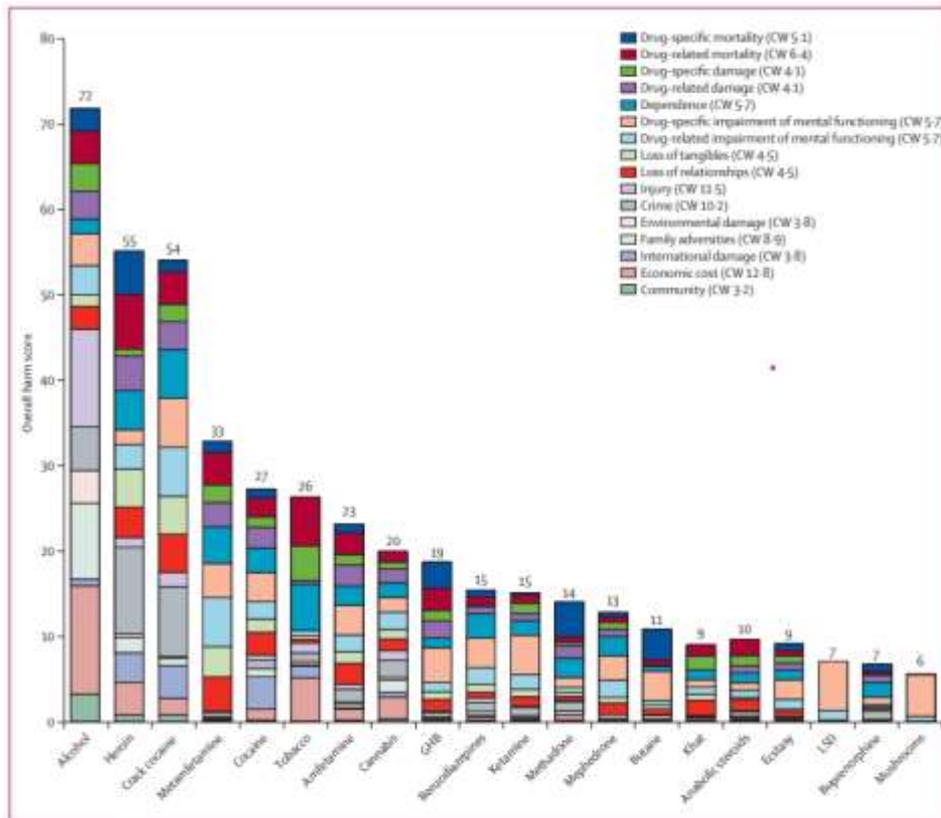
## Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Lesly A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs

**Lancet 2010; 376: 1558-65**

La majorité des dommages concerne des personnes sans critère de TUA

**PHEPA 2008 & Avis d'expert SPF-INCa 2017**



**Figure 4: Overall weighted scores for each of the drugs**

The coloured bars indicate the part scores for each of the criteria. The key shows the normalised weight for each criterion. A higher weight indicates a larger difference between the most harmful drug on the criterion and no harm. CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

# Etats des lieux

- Littérature scientifique actualisée – veille prospective
- Apports des experts de terrain (professionnels, acteurs engagés, usagers, patients)
- Evolution des concepts et des angles d'approche
  - Universalité du risque alcool
  - Approche moralisante (jugement & prohibition) *versus* pathologisante (hygiénisme)  
*versus* centrée sur **l'autonomie & le pouvoir d'agir des personnes**
  - Individuel *versus* **collectif** (interactionnisme)
  - Seuil *versus* repères
  - Repérage: quantitatif *versus* qualitatif – toutes modalités, toutes situations, tous contextes – universel, précoce, systématique – priorités en regard des usages  
= **dialogue et lien de confiance**
  - Approche globale et intégrative
  - Principe de **continuum** des usages et des risques
  - Les usages d'alcool *versus* les risques liés aux usages d'alcool / **le risque alcool**
- Difficultés = **désinformation & désengagement**
  - Représentations sociétales
  - Tabou
  - Méconnaissance des risques et des moyens susceptibles de les diminuer
  - Insuffisance de notre système sanitaire



# Rationnel et cadrage du projet validé en collège le 16.02.2022

**Saisine initiale de la direction générale de la santé** (04.06.2019) : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le suivi des personnes présentant une consommation au-delà des nouveaux repères de consommation d'alcool à moindre risque

**Méthode** : Fiches Points Clés (Ni RBP, ni parcours de soin / santé)

**Périmètre** : ensemble de la population (tout âge, toute exposition, toute modalité d'usage, toute situation)

**Cible** : tout professionnel abordant le sujet alcool en tant que mission de 1<sup>er</sup> recours

**Objectifs** : diminuer le risque alcool par le repérage & accompagnement dès le 1<sup>er</sup> recours

**3 volets** : **population générale** / femmes / jeunes (enfants & AJA)

# Guide méthodologique : Fiches points clés – organisation des parcours

- Elles visent à apporter des réponses portant :
  - o Sur un ou plusieurs points ou épisodes critiques (zones de faiblesse ou de rupture) choisis pour leur importance en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité d'un parcours de santé. Ces épisodes peuvent concerner une population ou une pathologie.  
*Propositions : Pourquoi l'alcool nous concerne-t-il tous ? Comment évaluer le risque alcool ? Pourquoi systématiser le repérage des consommations d'alcool ? Comment rendre le repérage performatif ? Qu'est-ce que la RdRD en matière d'alcool ? Comment réduire le risque alcool chez les mineurs ? Comment réduire les risques des binge drinking ? Comment accompagner les femmes en âge de procréer (les couples en désir d'enfant) face à la consommation d'alcool ? Pourquoi les généralistes sont-ils légitimes face à la question alcool ? Comment accompagner un usager dépendant en refus de soins addictologiques ? Place du repérage en SAU, pour quel accompagnement ?*
  - o Sur l'organisation et l'optimisation des parcours de santé, sans relation directe avec une pathologie.
- Elles s'adressent :
  - o Aux professionnels de santé exerçant en ville, en établissement hospitalier ou en établissement médico-social, qui souhaitent optimiser les parcours des personnes dont ils ont la charge ;
  - o Aux institutions, en premier lieu les ARS, qui ont la charge d'accompagner les professionnels au niveau des territoires et de s'assurer de la pertinence et de la qualité des parcours ainsi proposés.
- Chaque fiche signale des expériences ou des projets remarquables sur la question traitée. Elle est accompagnée d'une note méthodologique et de synthèse bibliographique qui précise la méthode d'élaboration de la fiche, les experts sollicités, les éléments de bibliographie et leurs références et présente des éléments de gradation des données.



**3**

# 1<sup>er</sup> volet en Population Générale

# Agir dès le 1<sup>er</sup> recours pour diminuer le risque alcool pour tous

Le 1<sup>er</sup> volet a été validé par le collège le 20 juillet 2023 et mis en ligne le 26 octobre 2023

[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/maladies_chroniques/les_pathologies/abus_alcoolique/repere_risque_alcool)

- 1 Guide points clés
- 1 synthèse des points critiques
- 10 fiches outils
- 1 fiche outil d'aide

# Livrable

**Fiche points clés** : « Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – Repérer tous les usages et accompagner chaque personne »

- Le repérage des usages et l'accompagnement de chaque personne : dépasser les freins et les résistances
- Installer un dialogue sur l'alcool et ses usages, individuels ou collectifs, pour agir pour la santé
- Partager avec la personne l'état des lieux de ses usages : pourquoi, comment, combien ; vulnérabilités, ressources et conséquences
- Accompagner dès l'évocation même du sujet alcool
- Définir et installer son niveau d'action et de pratique en premier recours
- L'acteur de premier recours et les différents partenaires de son territoire de santé
- **10 annexes = fiches outils**

**Synthèse des points critiques** : « Diminuer le risque alcool pour tous : les points critiques en premier recours »

- L'alcool, un sujet de santé pour tous
- Repérer toutes les consommations d'alcool
- Accompagner tous les usagers du système de santé

« **Outil d'aide** au premier recours : repérer et accompagner pour diminuer le risque alcool pour tous »

- Pourquoi repérer toutes les pratiques d'usage ?
- Quand et comment repérer les consommations d'alcool ?
- Comment accompagner en premier recours chaque personne ?



# Les annexes / fiches outils – Format 1 page imprimable

**Annexe 1.** Quantifier les consommations d'alcool – **Le verre-standard** et ses équivalences

**Annexe 2.** Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – **Le repérage interventionnel** des usages d'alcool

**Annexe 3.** Détecter un trouble de l'usage d'alcool (TUA) - La version 5 du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (**DSM-5**)

**Annexe 4.** Diminuer le risque alcool en accompagnant chaque personne – Les acteurs impliqués en premier recours sur la question alcool sont au cœur d'un **réseau de partenaires à l'échelle du territoire**

**Annexe 5.** Actions et outils pratiques en matière de réduction des risques et des dommages (**RdRD**) liés à l'usage d'alcool appropriables par tout professionnel en premier recours (liste non exhaustive)

**Annexe 6.** **Réduire les risques et les dommages des alcoolisations ponctuelles importantes (Binge drinkings)** - Actions pratiques appropriables par tout professionnel en premier recours

**Annexe 7.** Exemples d'actions pratiques au quotidien et pour tout un chacun (la personne et son entourage) visant à **réduire les risques et les dommages des consommations d'alcool dans la vie courante**

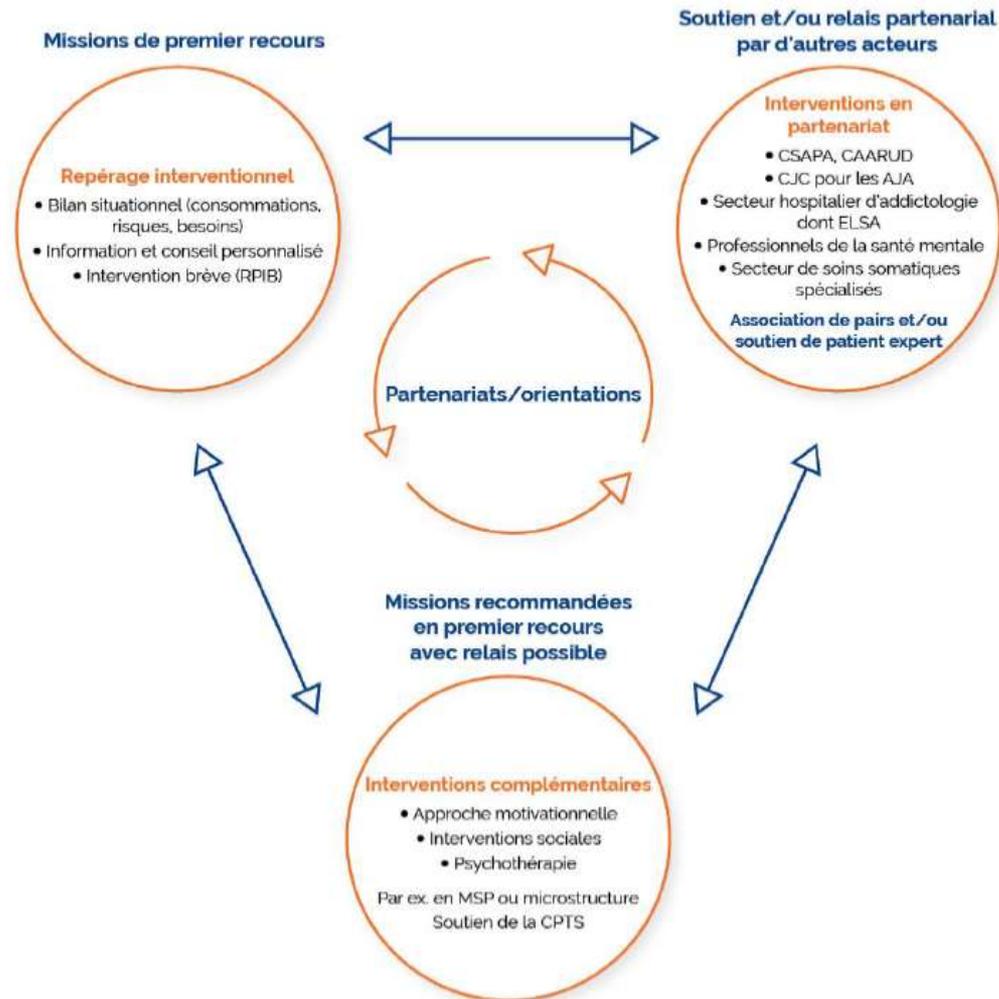
**Annexe 8.** Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – **L'approche motivationnelle**

**Annexe 9.** Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – **Les compétences et interventions psychosociales**

**Annexe 10.** Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool – **L'approche psychothérapeutique**

## Annexe 4

### Un réseau de partenaires à l'échelle du territoire



# Outil d'aide – Comment accompagner en premier recours ?

## Comment accompagner en premier recours chaque personne ?

**Coconstruire avec la personne**, en respectant **son autonomie décisionnelle** et **son savoir expérientiel**, des actions aussi diversifiées que les données du repérage en donnent l'opportunité pour **agir sur** :

- Les **difficultés**, les **ressources**, les **motivations**, l'**ambivalence** face au changement ;
- Les **modalités d'usage** : quantité, fréquence, habitudes, rituels, ambiance, contexte, entourage, environnement, style de vie ;
- Les **effets recherchés** : via des alternatives à l'alcool ;
- Les **risques** : en œuvrant à sécuriser du mieux possible les alcoolisations importantes et les situations de vulnérabilité ;
- Les **besoins et priorités de la personne** : logement, protection en cas de violences, souffrance, travail ;
- Les **compétences psycho-sociales** (capacité de résolution et de gestion des problèmes et des émotions).

En cas de besoin, **sollicitez les acteurs et structures dédiés** complémentaires et de soutien aux actions de premier recours, parmi lesquels :

- Microstructures médicale en addictologie
- CSAPA, CAARUD
- CJC pour les AJA
- Secteur hospitalier d'addictologie dont les ELSA
- Professionnels de la santé mentale
- Secteur de soins somatiques spécialisés

Mais aussi **les pair-aidants** dont le patient expert et les associations d'entraide

Pensez à fournir tous documents et liens utiles contribuant à l'information et à l'auto-support.

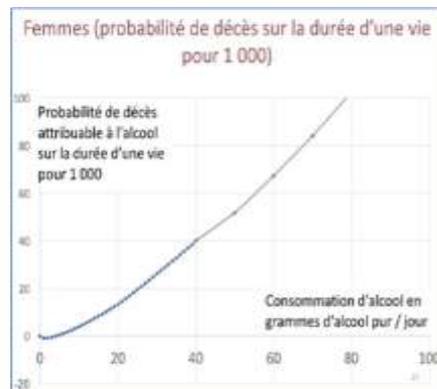


4

## 2<sup>nd</sup> volet dédié aux femmes

# Risque de mortalité sur une vie attribuable à la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes en France

Dans leur avis d'experts du 4 mai 2017, 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. »





## - Littérature scientifique & institutionnelle actualisée

- Les 2 seules productions abordant la santé de la femme exposée à l'alcool hors périnatalité sont canadiennes (ASPQ 2024 / CCDUS 2022)
- La littérature institutionnelle « alcool & périnatalité » et les messages sanitaires restent centrés sur la seule femme enceinte (grossesse diagnostiquée) malgré les preuves scientifiques des effets des usages du géniteur et en pré-conceptionnel, sauf :
  - Alcool et développement (SFA)
  - RPC 2021 du collège des SF de France – *Consommation de SPA et périnatalité*

## - Continuité des différents volets de production

- Le 1<sup>er</sup> volet de production (Pop Gé) est applicable aux femmes et aux jeunes
- Ce 2<sup>nd</sup> volet apporte des messages applicables aux hommes (entourage, géniteur, parent, nourricier, éducateur, etc.), aux enfants et plus généralement toute la population

# Etats des lieux

- Evolution de leurs usages & banalisation : rapprochement H/F, prévalence (80%), modalités (API), CSP+, mineures
- Spécificités liées au sexe et au genre :
  - Vulnérabilité accrue
  - Morbi-mortalité accentuée
  - Effets psycho-sociaux aggravés (dont discriminations et violences subies)
  - Certaines complications : cancer du sein, alcoolorexie, DPP, altération de la capacité de consentement, etc.
- Toutes les dimensions de la santé et du bien-être d'une femme dont sa vie génitale (vie intime et affective, santé sexuelle, équilibre hormonal, contraception, procréation, ménopause, etc.), familiale, professionnelle, etc.
- Attention sanitaire restreinte à la grossesse diagnostiquée et l'allaitement alors que le sujet alcool & périnatalité n'est pas spécifique aux femmes, *a fortiori* enceintes
  - Fertilité
  - Pronostic de la grossesse
  - TSAF et TND : tératogène et neurotoxique y compris en pré et per-conceptionnel et grossesse débutante méconnue
  - Parentalité

# Difficultés

- Représentations sociétales liées à l'alcool et liées au genre = inégalités de genre et de santé (déconsidération de la parole des femmes, défaut de repérage, accompagnement différencié, etc.)
- Tabou et jugement moral amplifiés à l'égard des femmes
- Méconnaissance de l'ensemble des risques en dehors de la phase de gestation diagnostiquée et du seul risque fœtal
- Insuffisance de notre système sanitaire face aux spécificités et besoins des femmes

## Composition

- **19 experts**
- Représentativité :
  - Géographique
  - Professionnelle : Usagers (pairs, PEA) / 1<sup>er</sup> recours (MG, SF) / Santé mentale / Addictologie / RdRD / Assistance sociale / Santé de la femme / Santé de l'enfant / IPA / Pharmacien
  - De structure d'exercice : libéral, CH/U, MSD, MSMA, CSAPA, CAARUD, CEID, ELSA, associations, officine, PMI, planning familial, réseau périnatalité, CPTS.

**Réunions (6)** : x 4 (Nov 2023 / Fév, Avril, Juin 2024) et x 2 en post-GL (Nov 2024)

## Livrable

- 1 Guide points clés (13p et 7 annexes pratiques = 7 fiches outils diffusables en format 1p)
- 1 Synthèse des points critiques (5p)
- 7 Fiches outils (1p)
- 1 Argumentaire (Bibliographie scientifique – Expertise & expérience des professionnels et des usagers)

## Documents soumis à un GL

## Groupe de travail

Dr CHANDESRIS 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, Toulouse
- Dr BELLE Mathilde, médecin généraliste et médecin territorial EJF/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

# Cibles professionnelles prioritées

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

- 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 de la femme
- 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 médicosociaux

Acteurs privilégiés pour aborder régulièrement le sujet alcool avec les femmes, dans leur diversité et dans toutes les étapes de leurs vies, comme toute autre question de santé. Il s'agit d'adapter l'accompagnement éventuel à chaque situation individuelle, au plus près des réalités vécues.

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

# Livrable : validé en collège le 06 février 2025 – Mis en ligne le 26 février 2025

## Guide points clés : « Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes »

- Les spécificités des femmes face à l'alcool en majorent les risques
- Une approche systémique et attentive aux spécificités des femmes face à l'alcool
- Faire exister le sujet alcool auprès de chaque femme est déjà un accompagnement vers une diminution du risque alcool
- Explorer avec chaque femme son niveau d'exposition, ses pratiques de consommation, ses risques et les moyens de les diminuer
- Accompagner chaque femme vers une diminution de son risque alcool :
  - \* S'agissant de la santé et de la qualité de vie de chaque femme hors périnatalité
  - \* S'agissant d'œuvrer à diminuer les risques pour la périnatalité
- 7 annexes = 7 fiches outils

## Synthèse des points critiques : « Diminuer le risque alcool des femmes »

- Le risque alcool des femmes est amplifié
- Accompagner chaque femme vers une diminution de son risque alcool
- La question « alcool et périnatalité » n'est pas spécifique aux femmes, *a fortiori* enceintes

# Livrable : 7 fiches outils annexées au guide points clés

Numérotation dans la continuité des 10 fiches outils du 1<sup>er</sup> volet de production en population générale – En format 1p imprimable. Certains axes abordés dans ces fiches sont applicables quel que soit le genre.

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

**Fiche outil 12.** La garantie du respect du secret professionnel en matière d'usages d'alcool - Les exceptions de signalement relèvent d'une évaluation globale

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

**Fiche outil 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

**Fiche outil 15.** Une nécessaire adaptation du réseau partenarial d'accompagnement et de soins aux situations et besoins des femmes exposées à l'alcool

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

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

Cette fiche complète la fiche 10 produite en population générale<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup> 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 des troubles psychiatriques co-occurents 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 d'un homme autant que d'une femme. 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.

<sup>1</sup> 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). 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 ».

<sup>2</sup> *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 ».

- **L'auto-stigmatisation** : cet axe permet de travailler l'estime de soi, les sentiments de honte et de culpabilité. L'auto-stigmatisation 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.
- **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'auto-stigmatisation.
- **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 susceptible 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 (ex : questions d'inlimité féminine, partage d'expériences traumatiques) et l'engagement dans un processus d'accompagnement vers une diminution de leur risque alcool.

## 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. Eviter 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 :

### - 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 désigmatisant

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 possible, 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 pair-aidants et/ou patients-experts mais aussi 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

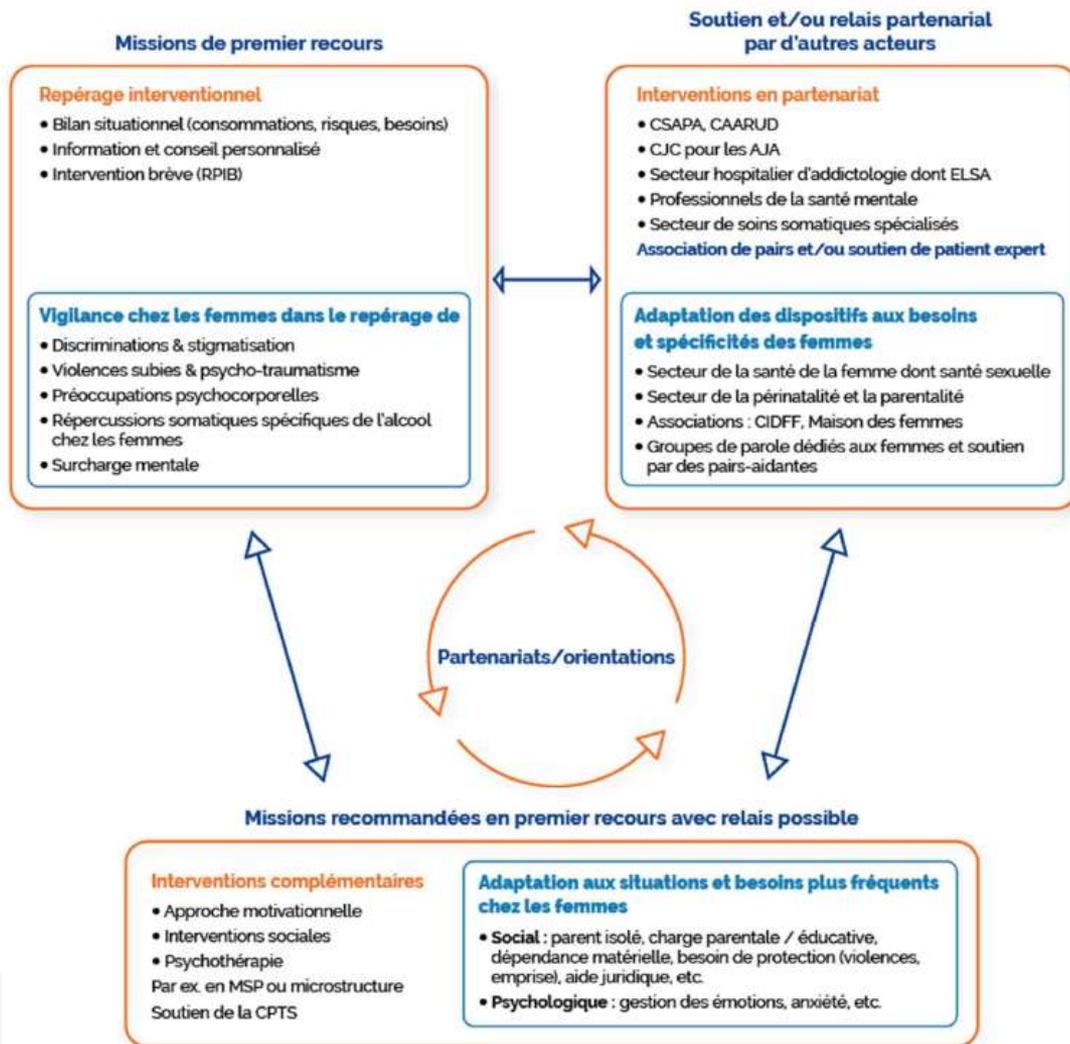
L'environnement (affectif, familial, de proximité, social, professionnel, etc.) et les conditions de vie jouent un rôle important sur les consommations d'alcool durant une grossesse et toute la période périnatale. Réduire les risques liés à l'environnement et œuvrer à le rendre protecteur passe notamment 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 à favoriser un soutien post-natal autour de l'enfant (notamment via le programme des 1000 premiers jours de l'enfant<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> En ligne : [www.1000premiersjours.pdf/1000premi.jours.fr](https://www.1000premiersjours.pdf/1000premi.jours.fr)

# Fiche outil 15

Un réseau de partenaires  
à l'échelle du territoire

Adaptation aux situations et  
besoins des femmes



Aout à octobre 2024

## Composition

- **48 experts**
- Représentativité :
  - Géographique
  - Professionnelle : idem GT en déployé (MG) + sociologue, santé publique
  - De structure d'exercice : idem GT + réseaux de coordination (RESPADD)

## Résultats (GRA@L – cotations et commentaires)

- 100% de taux de réponse et **97,6% de taux d'accord**
- 2 propositions /85 en désaccord :
  - \* Q9 (formulation de cibles professionnelles dont santé de la femme) : 89% - Ajout nbp
  - \* Q60 (mise en forme du réseau partenarial) : 84% - travail PAO
- Satisfaction : révélatrice du besoin d'information sur ces sujets
  - \* Santé de la femme non réduite à d'éventuelles grossesses (cf. démarche canadienne)
  - \* Clarification physiopathologique « alcool et périnatalité » : abord systémique (géniteur, entourage) – périmètre non restreint à la grossesse diagnostiquée (toxicité épigénétique des usages en pré-conceptionnel)
  - \* Les consignes de prévention proposées n'ont pas été reçues comme injonctives
- Inquiétudes :
  - \* L'insuffisance et l'hétérogénéité organisationnelles à l'échelle des territoires – Besoin de perspectives
  - \* La diffusion des productions (notoriété et facilitation d'accès) (experts GT)

**GR@AL: 1-4 désaccord / 5-9 accord / 10 NPPR**  
**Proposition valide si > 90% GL en zone accord**

# Communication

## Depuis la mise en ligne (26 février 2025)

- Communiqué de presse HAS
- Retours média : radio (Fr Inter, RTL), TV (Matinale TF1), presse écrite nationale & régionale
- 2 articles de presse spécialisée (modèle Q/R) : *Medscape* ; *Harmonie santé*
- Conférence de presse de la HAS sur la santé de la femme (27 mai 2025) invitant 2 experts du GT (DP & rencontre des journalistes) à représenter ces travaux
- Suite à cette conférence de presse, interview complémentaire de l'experte GT : 1 article *Pourquoi docteur*
- Groupe d'étude grossesse & addictions (GEGA – 23 juin 2025)

## A venir

- Université d'automne de la HAS (21 novembre 2025): 2 experts GT & chef de projet
- Journée dédiée à la santé de la femme sous l'égide de l'Académie nationale de médecine en lien avec la HAS (03 décembre 2025): 1 expert médecin du GT

Retrouvez  
tous nos travaux sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

