

10 mars 2009 / n° 10-11

Numéro thématique - Femmes et addictions***Special issue - Women and addiction***p.85 **Éditorial / Editorial**p.86 **Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques***Women and addiction in the international literature: sex, gender and risks*p.90 **La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005***Gender issue in the analysis of addictive behaviours observed in the Baromètre santé study, France, 2005*p.93 **Genre et caractéristiques sociales des consommateurs de drogues à l'adolescence, France, 2000-2005***Gender and social characteristics of drug users during adolescence, France, 2000-2005*p.95 **Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France***Women drug users and practices at risk of transmission of HIV and hepatitis. Complementary epidemiological and socio-anthropological approaches, Coquelicot Survey 2004-2007, France*p.99 **Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France***What women say about alcohol abstinence during pregnancy in France*p.102 **Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008***Feasibility of fetal alcohol syndrome surveillance, France, 2006-2008*

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Marie Jauffret-Roustide, Institut de veille sanitaire et Université Paris Descartes, Centre de recherches « Psychotropes, santé mentale, société » (Cesames), France et pour le comité de rédaction : Hélène Therre, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Éditorial**France Lert**

Directrice de recherche, Inserm U687 « Santé publique et épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé », Villejuif

Premier verre, première cigarette, premier joint, première ivresse, sans en être le parcours obligé, s'inscrivent dans la socialisation des adolescents. À cet âge où les identités sexuées s'affirment, les usages sont façonnés par les rapports de genre, les représentations sociales et les modes d'insertion des jeunes dans leur milieu. Cette différenciation des sexes, produit des rapports sociaux et de processus historiques de long terme, se poursuit tout au long de la vie. Pourtant, comme la place et l'image des femmes dans la société, les usages féminins d'alcool, de tabac et de drogues évoluent.

Ce numéro du BEH propose de faire un état des lieux des consommations du point de vue des femmes et d'en aborder les conséquences spécifiques en termes de santé. En effet, le caractère massif du déséquilibre des conduites addictives en défaveur des hommes tend souvent à passer sous silence l'addiction au féminin.

Divers systèmes d'observation permettent de décrire les usages et de caractériser les tendances : pour toutes les substances, pour tous les groupes d'âge, pour tous les indicateurs, les femmes consomment moins que les hommes. Les différences sont moins marquées chez les adolescents, la mixité scolaire au moment de l'expérimentation a réduit sans les effacer totalement les écarts entre filles et garçons. Ils sont plus forts pour les drogues illicites beaucoup plus rares dans l'expérience des adolescents, mais se sont réduits entre 2000 et 2005 chez les jeunes de 17 ans. L'installation d'un usage régulier est plus fréquente chez les garçons et particulièrement marquée chez les jeunes inactifs, notamment pour l'alcool et le tabac. À l'interprétation avancée par l'auteur qui y voit le poids des attentes insatisfaites en matière de réussite scolaire qui pèseraient plus sur les garçons, on peut ajouter une socialisation plus masculine des apprentis en milieu de travail qui adopteraient les comportements encore plus sexués des adultes (S Legleye et coll.).

L'instantané fourni par le Baromètre santé 2005 (F Beck et coll.) va dans ce sens et illustre le rôle du statut social mesuré par la catégorie sociale ou le diplôme. Chez les hommes, plus le statut social est bas, plus les consommations augmentent, alors que c'est l'inverse chez les femmes. À l'inverse le message anti-tabac, maintenant ancien, récemment amplifié, axé sur le risque pour la santé pénètre la société par les catégories sociales plus favorisées et les étudiants, sans différence selon le sexe. Le chômage est associé à des consommations accrues chez les hommes comme chez les femmes, ce qui va dans le sens des données qui mettent en évidence l'effet amplificateur du chômage dans les inégalités de santé [1].

Les niveaux de consommation moindres chez les femmes tendent à occulter l'impact des rapports de genre pour les femmes toxicomanes ou dépendantes de l'alcool. Les rapports sociaux de sexe sont amplifiés chez les premières qui subissent une double dépendance à leur partenaire dans la vie sexuelle et

dans l'usage de drogue. Leur partenaire masculin est celui qui approvisionne en produit et est en position d'ordonner le mode de consommation. Cette dépendance accentue encore le déséquilibre de la relation et vient réduire la latitude de la femme dans la vie sexuelle (M Jauffret-Roustide et coll.). Quant aux femmes buveuses, elles sont disqualifiées dans les représentations sociales de la femme alcoolique, à la personnalité pathologique et dissimulatrice (L Simmat-Durand). L'identification des spécificités des effets des substances sur les femmes reste encore limitée et en grande partie confinée à la sphère de la reproduction. La représentation dominante des risques de l'alcool dans la figure de l'alcoolique et non comme une consommation augmentant les risques pour la santé, vient se surimprimer sur l'image de la personnalité singulière de la femme qui boit. Cette représentation empêche la plupart des femmes de penser leur propre consommation d'alcool pendant la grossesse au point de rendre inassimilable la recommandation récente d'une abstinence totale pendant la grossesse, d'empêcher les femmes qui ont des problèmes avec les produits de les déclarer (S Toutain) et aux médecins d'en parler ouvertement lors du suivi prénatal. Le risque que la femme qui consomme des drogues ou de l'alcool fait courir à son enfant à naître est une des accusations les plus stigmatisantes, redoublant l'assignation des femmes à la reproduction. Les premières étapes de la mise en place d'une surveillance du syndrome d'alcoolisation foetale illustrent cette réticence de la part des femmes, des professionnels et des maternités, qui finalement fait obstacle à la reconnaissance même de la maladie chez les nouveau-nés (J Bloch et coll.).

L'usage des substances psychoactives est en grande partie un usage social, façonné par l'histoire, la culture, les rapports sociaux et à ce titre par les rapports sociaux de sexe et les représentations qu'ils véhiculent. La convergence des modèles de consommation masculin et féminin chez les adolescents témoigne des progrès de la mixité, tandis que la résistance des rôles sociaux sexués à l'âge adulte va de pair avec la persistance des écarts. La prévention, si elle est globale, soutenue et utilise tous les leviers possibles (la loi, l'information et la prise en charge) a une grande efficacité sur le long terme, y renforcer la dimension du genre est une nécessité.

[1] Leclerc A, Chastang JF, Menvielle G, Luce D and the EDISC Group. Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: have they widened in recent decades? *Soc Sci Med.* 2006; 62:2035-45.

Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques

Laurence Simmat-Durand (laurence.simmat-durand@parisdescartes.fr)

Université Paris Descartes, Cesames, Centre de recherches « Psychotropes, santé mentale, société » (CNRS UMR8136, Inserm U611), Paris, France

Résumé / Abstract

La littérature internationale sur les femmes et les addictions permet d'une part de distinguer les publications ayant trait au sexe, c'est-à-dire aux différences physiologiques des effets de consommations de produits psychoactifs sur l'organisme des femmes ou des hommes, et d'autre part les publications portant sur des différences de genre, c'est-à-dire portant sur la différence des rôles sociaux attribués à l'un ou l'autre sexe. Parmi les différences liées au sexe, on trouve essentiellement des variations physiologiques, comme le volume de liquide corporel, ce qui entraîne un impact différent dans le métabolisme des substances, mais également des distinctions ayant trait à la santé mentale. Les différences de genre montrent une dépendance affective plus forte chez les femmes que les hommes, un impact plus marqué des événements négatifs de l'enfance comme origine des addictions et des différences dans l'accès et l'utilisation des traitements. Les prises de risque dans les comportements addictifs sont également décrites comme plus importantes chez les femmes que chez les hommes. Enfin, deux problèmes plus spécifiquement féminins ont été approfondis, la prostitution et la maternité, car ces thématiques sont récurrentes dans la littérature examinée.

Women and addiction in the international literature: sex, gender and risks

The international literature on women and addictions is constituted by publications relating to sex, i.e. physiological differences on the effects of the use of psychoactive products on men or women, or publications on gender differences, i.e. on the social roles attributed to one gender or the other. Sex differences, consist mainly in physiological variations, such as corporal fluid volume, which causes a different impact of the substances on the metabolism, and also distinctions related to mental health. Gender differences reveal a stronger affective dependence among women, a greater impact of negative events from childhood as the origin of addictions and differences in accessing and using treatments. Risk-taking in addictive behaviours is also described as being more important in women than in men. Finally, two specific female problems are emphasised: prostitution and maternity, because these themes are recurrent in the literature reviewed.

Mots clés / Key words

Femmes, genre, addictions, risques / *Women, gender, addiction, risks*

Introduction

En France, on dispose de peu de données sur les conduites addictives féminines (qu'il s'agisse de la consommation d'un produit licite ou illicite ou de comportements comme le jeu, l'alimentation, les achats, la sexualité, etc.), hormis celles concernant la prévalence des consommations de produits issues d'enquêtes en population générale ou auprès des adolescents [1,2].

La littérature internationale montre l'intérêt croissant pour les questions de genre dans le champ

des addictions. Cette problématique a été reconnue d'une importance cruciale et posée comme un objectif prioritaire du Plan d'action européen contre la drogue pour 2005-2008 car, bien que les femmes soient minoritaires dans les lieux de traitement, il ne semble pas qu'il y ait d'égalité d'accès aux soins, ni que leurs besoins spécifiques soient pris en compte dans la plupart des pays européens [3]. D'ailleurs, le constat est plutôt qu'à l'heure actuelle les distinctions selon le sexe ne sont pas toujours publiées dans les

enquêtes épidémiologiques sur les consommations de drogues [4].

Un exemple nous permet d'illustrer le développement de ce sujet dans les publications. Une recherche dans les archives d'une revue internationale indexée, *Drug and Alcohol Dependence*, montre qu'en 2000 seulement sept articles avaient été publiés avec le mot-clé « genre » et huit avec le mot-clé « femmes ». La progression est constante et en 2008, on trouve respective-

ment 32 et 30 articles sur « genre » ou « femmes » dans cette revue.

Il apparaît tout d'abord utile de définir ces deux termes : le « sexe » se réfère à des caractéristiques biologiques, aux organes reproductifs et à leurs fonctions ou à l'activité hormonale. Le « genre » renvoie à des rôles ou à des relations socialement construits, à des traits de personnalité, des attitudes, des conduites, des valeurs que la société attache à un sexe [5]. En ce sens, les études de genre, apparues dans les années 1970, se basent sur une approche féministe posant que le genre est une construction sociale, non un fait biologique [6].

Les recherches sur les addictions se consacrent aux différences biologiques, aux effets des produits sur le corps humain et aux mécanismes de la dépendance selon le sexe [4], mais également à des problématiques de genre. Dans la plupart des études, quelques lignes sont consacrées aux différences entre sexes, mais il s'agit le plus souvent de différences de genre. Ainsi, pour les usages abusifs de drogues illicites ou d'alcool, les femmes sont principalement décrites à travers deux rôles sociaux : la maternité et la prostitution. Paradoxalement, une des situations les plus rares, la grossesse dans le cadre d'une addiction aux opiacés, émerge dans la période récente du fait de l'intérêt pour les traitements de substitution dans ce contexte [7,8].

La question des écarts de prévalence entre les hommes et les femmes ne sera pas retenue dans cet article, car nous y avons consacré une revue internationale par ailleurs [9] et le cas de la France sera traité dans d'autres articles de ce numéro.

Méthode

Afin de favoriser une approche pluridisciplinaire de ce sujet, nous avons interrogé des bases de données médicales (Medline), sociologiques (Social Science Abstracts, Francis), des bases (Toxibase) ou des sites d'organismes consacrés aux addictions, en France, en Europe (Emcdda), au Canada ou aux États-Unis, afin de recueillir une documentation variée sur le thème recherché. Les mots-clés utilisés sont « femmes » ou « genre » sur les sites ou bases de données dédiés aux addictions et « drogues » ou « addictions » combinés avec les deux précédents pour les sites ou bases moins spécifiques. Dans tous les cas, nous avons également utilisé les mots anglais et espagnols correspondants. La recherche a été restreinte aux 15 dernières années, sauf pour les publications qui étaient déjà des « méta-analyses ». Les références qui nous ont paru les plus illustratives ont été retenues ici afin de donner un premier aperçu de cette problématique. Les études publiées sont souvent très spécifiques et portent sur un seul produit ou une seule addiction et les comparaisons ne sont pas toujours disponibles pour savoir si les différences mentionnées sont applicables à d'autres produits ou comportements.

Dans la première partie de cet article, nous allons tout d'abord aborder les effets spécifiques des consommations et leur impact physiologique chez les femmes. Dans une deuxième partie, nous examinerons les différences de genre : les addictions sont-elles perçues comme identiques ou différentes, chez les hommes ou chez les

femmes ? Qu'est-ce qui est spécifique aux femmes dans ce champ ? Enfin, nous consacrons une troisième partie à deux sous-thèmes qui émergent particulièrement dans la littérature récente à propos des femmes et des addictions : la prostitution et la grossesse.

Différences physiologiques

Les principales différences décrites sont physiologiques ou touchent à la santé mentale.

Différences physiques

Les femmes ont un volume de liquide corporel plus faible que celui des hommes et elles métabolisent l'alcool différemment, ce qui entraîne un taux d'alcoolémie plus élevé à quantité ingérée identique et après ajustement sur le poids. Elles développent des problèmes de santé liés aux consommations, comme des maladies du foie liées à l'alcool, plus rapidement que les hommes [10-12]. La durée écoulée entre l'expérimentation et la dépendance est généralement plus faible pour les femmes, pour la cocaïne, le cannabis ou l'alcool comme pour les opiacés [13,14].

La seconde différence est liée aux hormones. Par exemple, certains problèmes liés à la consommation de tabac, comme le cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein, sont spécifiques aux femmes. La consommation des opiacés induit des cycles menstruels irréguliers voire une aménorrhée, ce qui fait négliger la contraception et met la femme à la merci d'une grossesse non désirée. L'alcool peut provoquer l'infertilité des femmes et des fausses couches. Le tabac provoque une baisse de la fertilité féminine et une augmentation des grossesses extra-utérines [15]. Outre un syndrome de sevrage chez le nouveau-né [16], les substances illicites peuvent également entraîner des fausses couches, des naissances prématurées ou de faibles poids. Le lien entre les grossesses non désirées chez les adolescentes et l'usage de substances psychoactives est établi dans des pays comme le Royaume-Uni [17].

La troisième différence est la probabilité plus forte pour les femmes toxicomanes de contracter des maladies infectieuses, en particulier le VIH, car elles ont un risque plus grand d'infections génitales et sont plus susceptibles que les hommes d'avoir des relations sexuelles en échange de drogue ou d'argent [4]. Par ailleurs, les femmes ont plus de risques que les hommes d'avoir un partenaire sexuel injecteur de drogues qui sera la source du partage des seringues [16,18]. De manière générale, elles prennent plus de risques dans leur vie sexuelle et dans leur mode de consommation des drogues [19] ; elles sont, par exemple, souvent les dernières à utiliser les seringues lors d'un partage [16]. Enfin, les femmes qui abusent de l'alcool sont plus susceptibles que les autres femmes d'être victimes de violences conjugales [20] et de ne pas pouvoir négocier l'utilisation du préservatif [21].

Les différences physiques entre sexes sont souvent mal prises en compte, en particulier dans les critères de dépendance. La question de savoir si ces critères sont bien adaptés aux dépendances féminines est posée [22], par exemple pour le cannabis [23].

Différences au niveau de la santé mentale

Les effets médicaux de l'ingestion de drogues sont plus forts chez les femmes qui présentent une co-occurrence plus importante de problèmes psychiatriques [24]. Une des hypothèses serait que le système nerveux féminin est plus sensible à l'alcool [10]. En outre, les femmes consomment généralement plus de médicaments psychotropes et ce dès l'adolescence [25], dont les effets négatifs sont souvent minimisés. Les enquêtes canadiennes montrent que les femmes ont deux fois plus de risques que les hommes d'avoir une prescription de benzodiazépines pour des symptômes non cliniques comme le stress au travail ou à la maison [11]. Les différences de genre persistent dans les enquêtes sur l'abus des médicaments psychotropes hors prescription après contrôle des autres variables [26].

Dans les addictions, et particulièrement dans la dépendance à l'alcool, les femmes présentent plus de symptômes dépressifs. Cela apparaît également pour d'autres types de dépendance comme le jeu ou les machines à sous : les femmes qui en souffrent présentent des niveaux de dépression plus élevés [27]. Mais les études relèvent par ailleurs qu'elles ont plus souvent des difficultés dans leur situation socio-économique et sont plus souvent sans partenaire : il est alors difficile d'établir le sens du lien entre ces variables. L'abus de substances et les problèmes mentaux coexistent fréquemment chez les femmes qui ont subi de la violence, des traumatismes ou des abus, dans un renforcement mutuel [5].

Les différences de genre

Selon Fiona Measham [28], avant les années 1980, aux États-Unis, il y avait peu de recherches sur les femmes et les drogues et elles comportaient de nombreux stéréotypes sur les femmes criminelles vues comme « *mad* » (folles, souffrant de troubles mentaux), « *sad* » (malheureuses, victimes du pouvoir masculin ou d'exploitation) ou « *bad* » (mauvaises, avec une déviance sexuelle ou morale). Ces notions ont évolué après les années 1990, quand les femmes ont été considérées comme des consommateurs « comme les autres », à la recherche du plaisir. Ce changement a permis d'envisager l'usage illicite de stupéfiants des femmes en termes d'addiction, voire comme non problématique ou récréationnel. Les recherches montrent néanmoins que les femmes sont plus stigmatisées que les hommes pour leurs addictions [5], cela dans la plupart des sociétés et des cultures [16]. De leur côté, pour la France, Berthelot et coll. [29] font l'hypothèse qu'un portrait spécifique de la « Femme alcoolique », radicalement différent de son homologue masculin, s'est dessiné et figé depuis les années 1950. Ce portrait de la femme alcoolique s'articule notamment autour de la clandestinité, la dissimulation et l'étiologie psychologique. Berthelot et coll. estiment qu'un glissement sémantique s'opère de la solitude à la clandestinité et à la dissimulation, de telle sorte que, pour deux pratiques identiques, l'homme sera solitaire et la femme clandestine [30].

La dépendance affective

De nombreuses études montrent que les femmes sont en général plus dépendantes dans leur vie affective que les hommes. Pour ce qui concerne la toxicomanie, certains auteurs soutiennent qu'elles ont une double dépendance aux drogues et à leur partenaire [31]. Dans la plupart des cas, le partenaire est aussi le fournisseur des substances : dans des études européennes parmi les femmes en traitement pour un usage d'héroïne, près de la moitié a déclaré avoir goûté la première fois aux drogues avec un petit ami, ou avec leur mari [31,32]. Dans différentes enquêtes sur l'addiction féminine, les femmes déclarent qu'elles ont consommé des drogues avec leurs partenaires pour se sentir plus proches, ou pour partager une expérience. Pour les femmes, les addictions seraient ainsi davantage en lien avec la vie affective, tandis que pour les hommes, ces conduites seraient avant tout liées aux relations avec leurs pairs ou à la solitude.

Les évènements négatifs de l'enfance

Beaucoup d'enquêtes montrent que les femmes, plus souvent que les hommes, consomment des drogues pour faire face aux souvenirs d'évènements traumatisants de leur enfance, comme des agressions sexuelles ou autres. De fait, les femmes consomment plus souvent que les hommes des substances pour surmonter leurs problèmes émotionnels et relationnels [33]. Les évènements marquants de l'enfance sont aujourd'hui décrits comme jouant un rôle majeur dans la santé en général et dans les conduites addictives en particulier [34]. L'enquête américaine ACE (*Adverse childhood experiences*), montre qu'au bout de 50 ans, ces évènements négatifs de l'enfance se sont transformés en maladies organiques, en dysfonctionnements sociaux, en maladie mentale et spécialement en conduites addictives [35]. Ces évènements négatifs de l'enfance ne sont pas seulement les abus physiques ou mentaux, mais aussi le fait de grandir dans un foyer dont un membre est alcoolique ou usager de drogues, en prison, malade mental, dépressif chronique ou interné, ou d'avoir une mère maltraitée, ou que les deux parents biologiques ne soient pas présents [36]. Les enquêtes portant sur les traitements pour les drogues illicites relèvent que les femmes dépendantes déclarent significativement plus d'évènements négatifs de l'enfance que les hommes dépendants [34].

Différences dans les traitements

La recherche ou le suivi d'un traitement différent également selon le genre [37] : les hommes sont plus souvent renvoyés vers les centres de soins par les instances judiciaires ou la police, tandis que les femmes le sont par les autres services médicaux [4]. Le constat général est que peu de structures de soins spécifiques aux femmes sont disponibles et que les structures mixtes ne répondent peut-être pas à leurs besoins ou demandes [31]. Plusieurs questions se posent, comme le fait de savoir si les services sont moins accessibles ou moins performants pour les femmes [16], si les femmes développent des modèles de consommations de drogues différents, ou si les variations constatées sont des artefacts de la façon de collecter les données [38]. De plus, les usagers

qui ne sont pas en traitement constituent une population « cachée », dont par définition la répartition par sexe est inconnue [4].

Des études montrent également que les mères qui peuvent emmener leurs enfants avec elles lors des traitements obtiennent de meilleurs résultats [35], mais que les centres présentant de telles facilités ne sont pas accessibles à la plupart d'entre elles, que ce soit au Canada ou dans les pays européens [39]. Le placement de leurs enfants est une crainte habituelle des mères toxicomanes et elles préfèrent ne pas solliciter de traitement [40]. Les obstacles aux soins pour les femmes sont donc généralement : la crainte de perdre la garde de leurs enfants, le fait de devoir obtenir l'autorisation de leur conjoint pour suivre le traitement, la peur d'être abandonnée par leur partenaire (surtout s'il est lui aussi usager de drogues), le stigmate et la honte, la peur du syndrome de sevrage, etc. [16]. Pour toutes ces raisons, les femmes tendent à ne pas fréquenter les centres de soins spécialisés et à se tourner vers leur généraliste, voire à préférer se débrouiller seules, sans cure ni traitement [35]. Le fait d'avoir un partenaire lui-même usager de drogues est généralement décrit comme un obstacle au traitement de l'addiction chez les femmes, alors que les femmes sont plutôt décrites comme un soutien pour les hommes dépendants [41].

Problèmes plus spécifiquement féminins : prostitution et grossesse

Deux questions émergent dans la littérature sur les femmes usagères de drogues : la prostitution et la maternité, en particulier les grossesses, ce qui, souvent, exclut les études sur leur sexualité et leur vie de femme en dehors de ces deux contextes [32].

La prostitution

Les femmes recourent plus fréquemment que les hommes à la prostitution pour acheter les drogues. Elles consomment également des drogues pour se livrer à la prostitution. De ce fait, il y a un double lien entre ces deux phénomènes. Les hommes, quant à eux, recourent plus fréquemment aux conduites délictueuses et en particulier aux activités de trafic de drogues pour financer leur consommation, ce que démontrent leurs incarcérations répétées [42]. Les sociologues et les anthropologues, dans le monde entier, ont décrit les conditions de vie dans la rue de femmes usagères de drogues qui gagnent de l'argent par la prostitution, comme à New York, dans les années 1980 [43]. En France, outre le travail anthropologique de Stéphanie Pryan [44] qui a montré la vulnérabilité particulière des toxicomanes parmi les prostituées lilloises, deux enquêtes récentes ont été menées dans trois villes en 1995 et 2002 parmi les prostituées [45]. Elles montrent de grandes différences dans l'utilisation des préservatifs des consommatrices d'opiacés comparativement aux autres prostituées : les premières, peut-être poussées par le manque, tendent plus facilement à ne pas utiliser de préservatifs si les clients l'exigent [45]. Toutes les études montrent que ces femmes courent un plus grand risque d'être victimes de violence ou d'être infectées par le VIH ou d'autres maladies.

Au Canada, une enquête suivant 21 femmes, huit ans après leur sortie de traitement pour consommation de drogues, décrit leur parcours, avec une délinquance précoce et au final la prostitution comme profession [46]. Ces femmes apparaissent plus vulnérables que d'autres dans la prostitution, d'autant plus qu'elles ont un mode de vie « à la rue ». Leurs trajectoires combinent drogue et prostitution, le traitement pour l'addiction leur permet d'arrêter la prostitution.

Maternité et grossesse

La question des grossesses des femmes toxicomanes soulève de multiples questions, du fait de la mise en danger de l'enfant que représente la consommation de drogues ou d'alcool dans ce contexte : la littérature fait état des lois et des conflits entre les droits des femmes et les droits des fœtus [47, 48]. Pour Susan Boyd, les drogues seraient à l'origine d'un contrôle croissant des comportements des femmes [48]. Cela a mené au mythe de la « mauvaise mère » et à l'idée d'une punition [49] : aux États-Unis comme au Canada, des affaires judiciaires ont été portées devant les tribunaux à propos de mères usagères de drogues, pour les obliger à arrêter leur consommation par des traitements sous contrainte ou l'emprisonnement [49]. Aux États-Unis, un décret de 2004 « *Unborn Victims of Violence Act* » sanctionne la mise en danger d'un enfant *in utero* [47].

Pour Noble et coll. [50], la recherche génétique et les technologies obstétricales ont joué un rôle pour légitimer la notion que la première menace pour la santé du fœtus vient de son environnement maternel. La pression médiatique autour de la question des « *crack babies* » a diabolisé les consommations pendant la grossesse dans l'opinion publique américaine et a participé à la construction médicale du corps de la mère toxique pour le fœtus [51].

Un très grand nombre d'articles sont consacrés aux conséquences de la consommation des différentes substances pendant la grossesse et repris dans des méta-analyses de la littérature médicale internationale, pour les différents produits [52], ou pour le cannabis [53]. Concernant les opiacés, G. Fisher a fait un point récent des connaissances, que ce soit pour les produits illicites ou pour les traitements de substitution [24]. La question du syndrome d'alcoolisation fœtale a bénéficié d'un renouveau en France [54, 55], alors que des campagnes de prévention « Zéro alcool pendant la grossesse » alertaient l'opinion publique sur ses dangers.

Le dernier aspect concerne les tests toxicologiques dans les hôpitaux, en lien avec les droits et libertés des femmes [56]. La pratique de ces tests ouvre la porte à des pratiques discriminatoires si toutes les femmes ne sont pas testées, du fait notamment du coût élevé que cela induit [57]. La confrontation des résultats des tests et des déclarations des femmes montre qu'elles tendent à sous-déclarer leurs consommations dans le contexte médical de la grossesse où elles craignent d'être jugées [57].

Conclusion

La littérature internationale sur les addictions féminines s'appuie majoritairement sur des études de genre, mettant en évidence les diffé-

rences de comportements, le contexte socio-culturel des usages ou leurs représentations, essentiellement pour ce qui concerne le tabac, l'alcool et les drogues illicites. Elle se compose surtout d'articles médicaux, sur la base d'enquêtes épidémiologiques dans des centres de soins, portant souvent sur de faibles effectifs. Les données émanant d'organismes consacrés aux drogues sont le plus souvent des compilations ou des synthèses sur l'état des connaissances dans ce domaine. Les travaux dans le champ des sciences sociales sont les moins nombreux, alors même que les différences entre hommes et femmes sont le plus souvent attribuées à des contextes socio-culturels différents. Peu d'entre eux donnent la parole aux femmes concernées sur le sens qu'elles donnent à leur consommation ou à leur comportement. Les différences attribuées au sexe dans les enquêtes de prévalence n'en sont pas toujours, mais relèvent généralement des problématiques de genre. Pourtant, la réduction de l'écart de prévalence entre les hommes et les femmes dans les générations récentes remet au premier plan l'étude des circonstances des usages de drogues [28]. Il apparaît en effet que les contextes de consommations ou de comportements addictifs des femmes sont différenciés de ceux des hommes, tant dans leur origine, plus souvent traumatique, que dans leur expression. De plus, les risques encourus par les femmes, en particulier en ce qui concerne les contaminations par les maladies infectieuses, apparaissent plus marqués. De ce fait, cet écart de prévalence en forte diminution, associé à cette vulnérabilité particulière des femmes, pose la question d'une prévention plus spécifiquement ciblée sur les femmes [58], ou celle de lieux de soins qui leur seraient dédiés, au moins sur certaines plages horaires, pour qu'elles puissent s'y sentir en sécurité. La recherche sur les autres dépendances (en particulier le jeu ou les achats pathologiques) est quant à elle débutante et les questions de genre encore peu abordées, sauf pour les conduites alimentaires, comme l'anorexie, décrites comme davantage féminines.

Références

- [1] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre Santé 2005. Saint-Denis: Inpes, 2007; 593 p.
- [2] Beck F, Legleye S, Spilka S. Les drogues à 17 ans, contextes d'usages et prises de risque. *Tendances(OFD)* 2006; 49:1-4.
- [3] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Differences in patterns of drug use between women and men, 2005; p 8. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index7293EN.html>
- [4] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. A gender perspective on drug use and responding to drug problems, 2006; pp. 21-37. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34880EN.html>
- [5] Canadian Women's Health Network. Women, mental health and mental illness and addiction in Canada: an overview. 2006. www.cwhn.ca
- [6] Oakley A. Sex, Gender and Society. London: Temple Smith, 1972. Reprinted with new Introduction. London: Gower, 1985.
- [7] Lejeune C, Simmat-Durand L, Gourarier L, Aubisson S. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 82(3):250-7.
- [8] Simmat-Durand L, Lejeune C, Gourarier L. Pregnancy under high-dose buprenorphine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008. In press, disponible sur www.sciencedirect.com.
- [9] Simmat-Durand L, ed. Grossesses avec drogues. *Entre médecine et sciences sociales. Logiques Sociales.* Paris: L'Harmattan, 283 p. (Sous presse).
- [10] Avila Escribano JJ, Gonzales Parra D. Diferencias de género en la enfermedad alcoholica. *Adicciones.* 2007; 19(4):383-92.
- [11] Cormier RA, Dell CA, Poole N. Women and substance abuse problems. *BMC Women's Health.* 2004; 4, suppl 1:58-68.
- [12] Deal SA, Galaver J. Are women more susceptible than men to alcohol-induced cirrhosis? *Alcohol, Health & Research World.* 1994; 18:189-91.
- [13] Wagner FA, Anthony JC. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 86(2-3):191.
- [14] Anglin MD, Hser YL, Mcglathlin WH. Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1987; 13(1):59-71.
- [15] Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement? *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005; 34, Hors série n° 1:35353-35369.
- [16] United Nations. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: Office on drugs and crime, 2004; p. 96.
- [17] Advisory Council on Misuse of Drugs. Hidden harm: responding to the needs of children of problem drug users. London: Home office; 2004; p. 91.
- [18] Jauffret-Roustide M, Oudaya L, Rondy M, Kudawu Y, Le Strat Y. Trajectoires de vie et prises de risque chez les femmes usagères de drogues. *Médecine Sciences.* 2007. 24, Hors série n° 2, Les femmes et le sida en France: 111-21.
- [19] Baker A, Kochan N, Dixon J, Wodak A, Heather N. Drug use and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users not currently in treatment in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Depend.* 1994; 34(2): 155.
- [20] Temple JR, Weston R, Stuart GL, Marshall LL. The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Addict Behav.* 2008; 33(9): 1244.
- [21] Stoner SA, Norris J, George WH *et al.* Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addict Behav.* 2008; 33(9): 1167.
- [22] Desplanques L. Femmes et addictions. *Swaps.* 2003, n° 29: 4 p.
- [23] Agrawal A, Lynskey MT. Does gender contribute to heterogeneity in criteria for cannabis abuse and dependence? Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 88 (2-3):300.
- [24] Fisher G, Kopf N. Review of literature on pregnancy and psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence. *in: WHO Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence.* WHO: Geneva, Switzerland, 2007.
- [25] Wu LT, Pilowsky DJ, Patkar AA. Non-prescribed use of pain relievers among adolescents in the United States. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 94(1-3):1.
- [26] Simoni-Wastila L, Ritter G, Strickler G. Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. *Subst Use Misuse.* 2004; 39(1):1-23.
- [27] Llinares Pellicer C, Santos Diez P, Albiach C, Camacho Ferrer I, Palau Munoz C. Diferencias de sexo en adictos a las maquinias tragaperras. *Adicciones.* 2006; 18(4):371-6.
- [28] Measham F. "Doing gender" - "doing drugs": conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems.* 2002; 29 (Summer): 335-73.
- [29] Berthelot J, Clement S, Druhle M, Forne J, Membrado M. Les alcoolismes féminins. *Cahiers du centre de recherches sociologiques.* 1984; 1, (janvier): 1-285.
- [30] Dumas A. Représentations du risque alcool chez les personnes de l'obstétrique. *In: Grossesses avec drogues. Entre médecine et sciences sociales, L. Simmat-Durand, Ed.* Paris: L'Harmattan, 2009. p. 67-86. (Sous presse).
- [31] Stocco P, Llopis Llacer JJ, Defazio L, Facy F. Women and opiate addiction: a European perspective. *Valencia: IREFREA and European Commission,* 2002; 200 p.
- [32] Stocco P, Llopis Llacer JJ, Defazio L. Women drug abuse in Europe: gender identity. *Valencia: IREFREA and European Commission,* 2000; 146 p.
- [33] Greaves L, Poole N. Highs and lows: Canadian perspectives on women and substance use. *The Canadian Women's Health Network Magazine.* 2008; 10, 2.
- [34] Schroeder JR, Schmittner JP, Epstein DH, Preston, KL. Adverse events among patients in a behavioral treatment trial for heroin and cocaine dependence: Effects of age, race, and gender. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 80(1): 45.
- [35] Covington SS. Gender matters: Creating services for women and girls. Atlanta, Georgia: Center for Gender and Justice Institute for Relational Development, 2006.
- [36] Felitti VJ. Origins of addictive behavior: evidence from a study of stressful childhood experiences. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2003; 52(8):547-59.
- [37] Guyon L, De Kominck M, Morissette P, Ostoj M, Marsh A. Toxicomanie et maternité. Un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille « recréée ». *Drogues, santé et société.* 2002; 1(1): 28 p.
- [38] Bertrand K, Nadeau L. Toxicomanie et inadaptation sociale grave: perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation. *Drogues, santé et société.* 2007; 5(1):9-44.
- [39] Groupe Pompidou. Grossesse et toxicomanies, état des lieux en l'an 2000. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe, 2001; 273 p.
- [40] Greaves L, Varcoe C, Poole N *et al.* Une question capitale pour les mères: le discours sur les soins maternels en situation de crise. *Condition féminine Canada,* 2002. <http://www.cfc-swcc.gc.ca/index-fra.html>
- [41] Tuten M, Jones HE. A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug Alcohol Depend.* 2003; 70(3):327.
- [42] Severtson SG, Latimer WW. Factors related to correctional facility incarceration among active injection drug users in Baltimore, MD. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 94(1-3):73.
- [43] Goldsmith DS, Friedman SR. La drogue, le sexe, le sida et la survie dans la rue. Les voix de cinq femmes. *Anthropologie et société.* 1991; 15(2-3):13-35.
- [44] Pryn S. Usage de drogues et prostitution de rue. L'instrumentalisation d'un stigmate pour la légitimation d'une pratique indigne. *Sociétés Contemporaines.* 1999; 36:33-51.
- [45] Cagliero S, Lagrange, H. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine. Paris: OFDT, 2004; 90 p.
- [46] Bertrand K, Nadeau L. Trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution: étude exploratoire. *Drogues, santé et société.* 2007; 5(2):79-109.
- [47] Boyd S. Femmes et drogues: survol des lois et des conflits mères/état aux États-Unis et au Canada. *Psychotropes.* 2004; 10(3-4):153-72.
- [48] Boyd S. From witches to wrack norms: women, drug law and policy. *Carolina Academic Press,* 2004.
- [49] Simmat-Durand L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviante et Société.* 2007; 31(3):305-30.
- [50] Noble A, Klein D, Zahnd E, Holtby S. Gender issues in California's perinatal substance abuse policy. *Contemporary Drug Problems.* 2000; 27 (Spring):77-119.
- [51] Murphy S, Rosenbaum M. Pregnant women on drugs. Combating stereotypes and stigma. *New Brunswick: Rutgers University Press,* 1999; 204 p.
- [52] Lejeune C. Conséquences périnatales des addictions. *Arch Pediatr.* 2007; 14(6):656.
- [53] Davitian C, Uzan M, Tigaizin A, Ducarme G, Dauphin H, Poncelet C. Consommation maternelle de cannabis et retard de croissance intra-utérin. *J Gynecol Obstet Fertil.* 2006; 34:632-7.
- [54] Gague J, Varescon I, Wendland J. Le syndrome d'alcoolisation foetale: état de la question. *Psychotropes.* 2007; 12(1):113-24.
- [55] Toutain S, Chabrolle RM, Chabrolle JP. Prise en charge précoce d'enfants porteurs du syndrome d'alcoolisation foetale. *Psychotropes.* 2007; 13(2):49-68.
- [56] Ebrahim SH, Gfroerer J. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. *Obst Gynecol.* 2003; 101(2): 374-9.
- [57] Lester BM, Elsholy M, Wright LL. The maternal lifestyle study: drug use by meconium toxicology and maternal self-report. *Pediatrics.* 2001; 107(2):309-17.
- [58] Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 93(1-2):21.

La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005

François Beck^{1,2} (francois.beck@inpes.sante.fr), Stéphane Legleye^{3,4}, Florence Maillachon⁵, Gaël de Peretti⁶

1 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

2 / Université Paris Descartes, Cesames, Centre de recherches « Psychotropes, santé mentale, société » (CNRS UMR8136, Inserm U611), Paris, France

3 / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, France 4 / Inserm U669, Université Paris XI, France 5 / CNRS UMR 8097, Centre Maurice Halbwachs, Paris, France

6 / Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Paris, France

Résumé / Abstract

Objectifs – Évaluer l'influence du genre sur les usages de substances psychoactives parmi les adultes en France, suivant le niveau d'éducation, le statut face à l'emploi, la profession et catégorie sociale.

Méthode – Le Baromètre santé 2005 est une enquête téléphonique nationale représentative des 12-75 ans suivant un sondage à deux degrés (ménages, individus) incluant les téléphones portables. Cette étude est centrée sur les 24 674 individus âgés de 18 à 64 ans. Les données ont été analysées à l'aide de régressions logistiques ajustées sur l'âge et trois indicateurs de situation sociale.

Résultats – Les niveaux d'usage sont plus élevés parmi les hommes. Pour les deux sexes, une surconsommation de tabac est liée au chômage. La consommation d'alcool et l'ivresse alcoolique sont plus communes parmi les hommes sans emploi, mais pas parmi les femmes, chez qui la consommation d'alcool, l'ivresse et le cannabis sont plus fréquents chez les cadres que chez les ouvriers, ce qui n'est pas le cas pour les hommes. Des résultats similaires sont observés pour le niveau de diplôme, associé à des consommations plus élevées d'alcool, des ivresses plus fréquentes et un usage de cannabis plus répandu parmi les femmes, mais moins élevé parmi les hommes. Par conséquent, pour ces usages, les écarts entre les hommes et les femmes diminuent avec l'élévation du milieu social, quel que soit l'indicateur retenu.

Conclusion – Les hommes sont généralement plus consommateurs de drogues que les femmes, mais l'ampleur de la différence varie suivant le milieu social : lorsqu'ils occupent des positions plus favorables, les hommes tendent à adopter des comportements d'usages plus raisonnables, tandis que les femmes ont tendance à les « masculiniser ».

Gender issue in the analysis of addictive behaviours observed in the Baromètre santé study, France, 2005

Objectives – Assess the influence of gender on the use of psychoactive substances among adults in France depending on the level of education, and employment, occupational, and social status.

Method – The present study (Baromètre santé) is a national representative telephone survey conducted in 2005 (two stages sample, household and individuals, mobile phones included) among 12-75-years-old. It focuses on 24,674 subjects aged 18-64 years. The data were analyzed using logistic regression adjusted on age and three social status indicators.

Results – Psychoactive substances use is more prevalent in men. For both sexes, over-consumption of tobacco is related to unemployment. Alcohol consumption and drunkenness are more common among unemployed men but not among women, in whom along with cannabis, they are more frequent among senior executives than among unskilled workers, which is not the case for men. Similar results are observed about the level of education, which is linked to a greater level of alcohol and cannabis use among women, but lower among men. Therefore, the gap between genders narrows as the social status increases, whatever the indicator used.

Conclusion – Men generally consume more drugs than women, but the extent of differences varies depending on the social environment: when they have more favorable occupations, men tend to adopt more reasonable behaviours, whereas women's behaviours tend to compare with men's behaviours.

Mots clés / Key words

Genre, alcool, tabac, cannabis, drogue, addictions / Gender, alcohol, tobacco, cannabis, drugs, addictive behaviours

Introduction

Les approches prenant en compte le genre¹ dans la prévention et la réduction des risques liés aux usages de substances psychoactives se révèlent beaucoup plus limitées en France que dans la plupart des pays anglo-saxons et que dans certains pays en partie francophones comme le Canada ou la Suisse. Elles reposent principalement sur l'observation des seules consommations d'alcool et de tabac et sont encore souvent empreintes d'une vision stéréotypée de la « nature des femmes ». Pourtant, les écarts de niveaux de consommations entre hommes et femmes, variables suivant leur âge, leur niveau d'instruction et leur milieu social, invitent à faire du genre une question importante dans la compréhension de ces pratiques comme dans la conception des actions de prévention et de gestion des addictions.

L'objectif est ici de faire le point sur les différences entre hommes et femmes à partir des données les plus récentes en matière de pratiques addictives. Cet article est plus particulièrement centré sur les consommations régulières des substances psychoactives les plus fréquemment consommées, à savoir celles de cannabis (au moins 10 consommations par mois), de tabac (au moins une cigarette par jour) et d'alcool (au moins trois consommations d'alcool par semaine au cours des douze derniers mois). Les indicateurs utilisés correspondent à des standards internationaux. De tels comportements revêtent souvent des significations différenciées selon le sexe, mais il convient de mesurer à quel point ces divergences sont modulées par le milieu culturel, économique et social.

Méthode

Le Baromètre santé est une enquête nationale téléphonique représentative réalisée tous les cinq ans par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). En 2005, l'échantillon analysé comprenait 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans parlant le français. Afin

d'étudier les relations entre les usages de substances psychoactives et la situation professionnelle, les analyses effectuées portent uniquement sur la population en âge de travailler, à savoir celle des 18-64 ans (n=24 674). Les numéros de téléphone ont été générés de manière aléatoire afin d'obtenir une base contenant des numéros de foyer disponibles sur les annuaires (listes blanche et orange) ou non (liste rouge) ou des personnes ne disposant que d'un téléphone mobile. Une fois le ménage contacté, l'individu interrogé a été sélectionné selon la méthode anniversaire. Les taux de refus du Baromètre santé 2005 ont été de 39,9 % pour les individus dont le numéro était inscrit sur la liste blanche ou orange et de 50,6 % pour ceux dont le numéro était inscrit sur la liste rouge, soit un taux de refus global de 42,1 %. Les données présentées ont été pondérées en fonction de la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage, puis redressées ensuite selon les données du recensement 1999 sur les variables : sexe, âge, région et taille d'agglomération [1].

Les analyses présentées comprennent des tris croisés et des analyses logistiques portant sur les

¹ Le terme « genre » tel qu'il est utilisé dans cette étude doit être entendu comme la construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et non comme la dimension biologique de l'identité sexuelle. L'idée sous-jacente est que le statut de femme ou d'homme se trouve davantage déterminé par les rôles sociaux, les activités sociales et professionnelles ou la personnalité que par des critères naturels génétiques et morphologiques liés au sexe.

variables d'usage déclarées par les enquêtes (usage régulier d'alcool, soit au moins trois consommations par semaine au cours de l'année ; au moins une ivresse dans l'année – suivant la terminologie du questionnaire ; tabagisme quotidien ; consommation de cannabis dans l'année et usage régulier de cannabis, soit au moins 10 usages dans le mois). Ces modèles sont ajustés sur l'âge et des indicateurs de milieu social (statut face à l'emploi, chômage, emploi, inactivité ou études supérieures ; profession et catégorie sociale en six classes pour les actifs occupés ; diplôme le plus élevé). L'introduction d'une interaction entre le sexe et la variable de milieu social permet de fournir une estimation de l'*odds ratio* associé au sexe pour chaque modalité et donc une évaluation de la masculinité de l'usage et de comparer les modalités entre elles à l'aide d'un test de Wald. Le sex-ratio (SR) sera ici entendu comme le ratio des proportions de consommateurs hommes/femmes.

Résultats

L'usage régulier de substances psychoactives est un comportement masculin, les écarts étant particulièrement importants pour la consommation régulière d'alcool et de cannabis mais très réduits pour celle de tabac (tableau 1).

Des différences hommes/femmes variables suivant les produits

Les ratios bruts présentés au tableau 1 ne tiennent pas compte des éventuelles différences d'âge des hommes et femmes. L'étude des *odds ratio* confirme toutefois qu'à l'âge donné toutes les substances illicites sont plus souvent consommées par les hommes que par les femmes. Les produits les moins masculins sont les amphétamines (les hommes étant, à l'âge donné, 1,8 fois plus nombreux que les femmes à les avoir expérimentées, OR=1,8), le cannabis (2,1) et les produits inhalés tels que les colles et les solvants (2,6) ou le poppers (2,7). Pour tous les autres produits, les *odds ratio* sont très supérieurs, en particulier pour les substances hallucinogènes, LSD (3,8) et champignons hallucinogènes (3,0).

Des différences hommes/femmes croissantes avec la fréquence d'usage pour le cannabis et l'alcool

Pour le cannabis, le ratio s'élève avec l'augmentation de la fréquence de l'usage, montrant que

Tableau 1 Consommations de produits psychoactifs suivant le sexe parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, France, 2005 / Table 1 Consumption of psychoactive substances by gender among people aged 18 to 64 years, France, 2005

	Hommes (en %)	Femmes (en %)	Ensemble (en %)	Ratio Hommes / Femmes
Tabac (usage régulier)	33,5	25,6	29,5	1,3***
Alcool (usage régulier)	28,6	9,7	18,9	3,0***
Cannabis (usage régulier)	4,2	1,2	2,7	3,5***
Cannabis (vie)	38,5	23,3	30,7	1,7***
Poppers (vie)	6,0	4,1	2,0	1,5***
Cocaïne (vie)	4,1	1,6	2,8	2,6***
Champignons hallucinogènes (vie)	4,3	1,4	2,8	3,1***
Ecstasy (vie)	3,1	1,0	2,0	3,1***
Colles et solvants (vie)	2,6	1,0	1,8	2,6***
LSD (vie)	2,6	0,6	1,6	4,3***
Amphétamines (vie)	2,0	1,0	1,5	2,0***
Héroïne (vie)	1,3	0,4	0,9	3,3***

Lecture : Usages réguliers : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, au moins dix consommations de cannabis dans le mois. L'usage récent de médicaments psychotropes correspond à la consommation de somnifères, de tranquillisants ou d'antidépresseurs au cours de l'année.

Note : les *** signalent une différence entre les sexes significative (p<0,001).

Source : Baromètre santé 2005, Inpes.

si les hommes sont d'emblée plus expérimentateurs que les femmes, l'écart croît au fur et à mesure que cette pratique s'intensifie.

Les hommes sont presque trois fois plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine ou quotidiennement, et l'écart s'avère plus important encore dans les plus jeunes générations, pourtant moins consommatrices. La différence entre les sexes se traduit également dans la fréquence des ivresses alcooliques.

Contrairement à la consommation régulière d'alcool, l'écart entre hommes et femmes a tendance à augmenter avec l'âge. L'usage de cannabis au cours de l'année est surtout le fait des jeunes et devient plus masculin chez les plus âgés. Comme pour l'ivresse alcoolique, les prévalences de consommation régulière de cannabis diminuent avec l'âge tandis que l'écart entre les sexes augmente.

Les femmes ont donc des comportements face à l'alcool et au cannabis assez radicalement différents suivant leur âge, au point que les jeunes femmes se distinguent davantage de leurs homologues les plus âgées que les hommes des leurs (tableau 2).

Le tabac est la substance pour laquelle la différence de genre est la moins marquée, le niveau de consommation des femmes s'étant progressivement rapproché de celui des hommes au cours du siècle. Environ un tiers d'entre eux déclarent fumer quotidiennement contre un quart des femmes. Les écarts entre hommes et femmes sont plus faibles dans les jeunes générations.

Des usages d'alcool sexuellement moins différenciés dans les milieux aisés

Afin d'étudier le rôle de la situation socio-professionnelle, nous avons choisi de restreindre l'analyse à quatre pratiques particulières.

Parmi les hommes, l'usage régulier d'alcool est plus rare chez les plus instruits. Il est au contraire beaucoup plus fréquent chez les femmes diplômées (tableau 3). Le statut d'emploi semble avoir une plus grande incidence sur la manière de boire des hommes que sur celle des femmes. Après 25 ans, le chômage est, pour les hommes plus que pour les femmes, une situation où l'on consomme plus régulièrement que dans les autres (activité ou même inactivité).

Au sein des actifs occupés, les agriculteurs ont, quel que soit le sexe, une probabilité de consommer régulièrement de l'alcool supérieure à celle des ouvriers (tableau 4). Mais tandis que cet effet est restreint aux agriculteurs parmi les hommes, il concerne également les artisans, commerçants, chefs d'entreprise ou cadres parmi les femmes. Pour les femmes, la consommation régulière paraît donc moins spécifiquement liée au monde agricole.

Plus le niveau d'instruction est élevé ou la catégorie sociale aisée, plus les modes de consommation d'alcool des hommes et des femmes convergent. En effet, les écarts entre hommes et femmes décroissent quand le niveau de diplôme ou la catégorie socioprofessionnelle (PCS) augmentent. Pour le statut face à l'emploi, les résultats sont moins nets. Alors que l'activité

Tableau 2 Consommations de produits psychoactifs suivant le sexe et l'âge parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, France, 2005 / Table 2 Consumption of psychoactive substances by sex and age among persons aged 18 to 64 years, France, 2005

Âge (ans)	Alcool quotidien			Ivresse dans l'année			Tabac quotidien			Cannabis année		
	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Ratio Hommes/Femmes	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Ratio Hommes/Femmes	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Ratio Hommes/Femmes	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Ratio Hommes/Femmes
18-24	0,7	4,4	6,8	21,2	45,0	2,1	33,0	38,3	1,2	15,2	29,5	1,9
25-34	1,0	6,8	6,5	11,4	37,9	3,3	30,0	40,1	1,3	6,5	17,7	2,7
35-44	3,4	13,7	4,0	6,9	22,1	3,2	30,5	34,9	1,1	3,2	7,6	2,4
45-54	8,5	26,3	3,1	3,4	14,8	4,3	22,0	30,7	1,4	0,9	2,5	2,9
55-64	15,8	40,8	2,6	1,7	6,1	3,6	9,6	19,8	2,1	0,2	0,8	3,9

Lecture : 13,7 % des hommes de 35 à 44 ans et 3,4 % des femmes du même âge déclarent avoir consommé quotidiennement de l'alcool en 2005. Pour cette tranche d'âge, les hommes sont donc 4 fois plus souvent consommateurs quotidiens d'alcool que les femmes.

Source : Baromètre santé 2005, Inpes.

Tableau 3 Risques relatifs des différentes catégories (PCS et niveaux de diplôme) de consommer des produits psychoactifs, par sexe, parmi les 18-64 ans, France, 2005 / Table 3 Relative risks of the various socio-professional categories (PCS and diploma levels) to consume psychoactive substances, by gender, among the 18-64 years-old, France, 2005

	Consommation régulière d'alcool			Ivresse au cours des 12 derniers mois			Usage quotidien de tabac			Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois			Usage régulier de cannabis		
	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF
PCS (actifs occupés)															
Agriculteurs	1,7	1,7	2,1	0,8	0,7	1,2	0,3	0,3	0,1	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	3,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,1	1,0	2,1	0,9	0,8	1,5	0,9	0,8	1,1	1,4	1,3	2,1	1,0	0,9	3,1
Cadres	1,0	0,9	1,8	0,9	0,8	1,6	0,5	0,4	0,6	1,2	1,2	1,3	0,7	0,6	1,8
Professions intermédiaires	0,9	0,9	1,3	0,9	0,9	1,3	0,6	0,6	0,6	1,1	1,1	1,1	0,8	0,9	1,0
Employés	0,8	0,8	1,0	0,8	0,8	1,2	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,9	0,7	0,7	1,2
Ouvriers (référence)	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
Diplôme															
<Bac (référence)	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
Bac	1,0	0,9	1,4	1,0	1,0	1,2	0,7	0,7	0,7	1,1	1,0	1,3	0,8	0,7	1,4
>Bac	1,0	0,9	1,7	1,0	1,0	1,4	0,6	0,6	0,6	1,3	1,2	1,4	0,7	0,6	1,1

OR : Odds ratio calculé pour l'ensemble des 18-64 ans, ajusté sur le sexe et l'âge (en variable continue) pour la PCS (relativement aux ouvriers) ou le niveau de diplôme (relativement à l'absence de diplôme ou à la possession d'un diplôme inférieur au Bac). Il compare le niveau de consommation de chaque catégorie à la catégorie de référence : plus il est élevé, plus la catégorie concernée consomme relativement à la référence.
 ORH et ORF : Odds ratio calculé parmi les hommes (respectivement les femmes), ajusté sur l'âge (en variable continue) pour la PCS (relativement aux ouvriers) ou le niveau de diplôme (relativement à l'absence de diplôme ou à la possession d'un diplôme inférieur au Bac). ORH et ORF comparent, pour chaque sexe pris séparément, le niveau de consommation de chaque catégorie à la catégorie de référence : plus il est élevé, plus la catégorie concernée consomme relativement à la référence.
 Les modèles pour la PCS et le diplôme sont estimés séparément, les modalités de référence sont respectivement les ouvriers et les titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat. En gras figurent les OR significatifs au seuil 0,05 (test de Wald).
 N.B. : aucun ORF n'apparaît significativement différent de 1 pour l'usage régulier de cannabis, très probablement en raison du faible nombre de consommatrices régulières de ce produit.
 Source : Baromètre santé 2005, Inpes.

professionnelle creuse les écarts entre les sexes parmi les jeunes générations, c'est surtout l'exclusion subie du monde du travail qui marque les écarts parmi les plus âgés, le fait d'être inactif (personne au foyer ou ne cherchant pas d'emploi) réduisant au contraire les écarts.

L'ivresse alcoolique est plus fréquente chez les femmes titulaires d'un diplôme du supérieur, sans qu'on observe de relation similaire parmi les hommes. Pour les moins de 25 ans, elle est principalement associée au statut d'étudiante (et pas d'étudiant). Parmi les actives occupées, elle est également plus fréquente chez les femmes cadres que chez les femmes d'autres catégories sociales, alors que c'est l'inverse parmi les hommes. Au sein des actifs occupés, les écarts entre les catégories sociales apparaissent relativement réduits. Néanmoins, les artisans, commerçants et les cadres, catégories dont le capital socio-économique est parmi les plus élevés, déclarent pour l'ivresse alcoolique des comportements moins différenciés entre hommes et femmes que les agriculteurs, les employés ou les ouvriers. En ce qui concerne le statut face à l'emploi, les résultats observés pour l'ivresse sont très proches de ceux observés pour la consommation régulière :

au sein des jeunes, les écarts hommes/femmes sont plus prononcés parmi les actifs occupés, tandis qu'ils sont majorés parmi les chômeurs au sein des générations plus âgées.

Le tabagisme, une pratique masculine des milieux les plus défavorisés

Concernant le tabagisme, hommes et femmes sont d'autant moins nombreux à fumer tous les jours qu'ils sont diplômés. Le chômage est associé pour les femmes comme pour les hommes, à une consommation régulière de tabac plus élevée par rapport aux actifs occupés. En revanche, la catégorie sociale module différemment la consommation de tabac des hommes et des femmes : si les hommes de toutes les catégories sociales déclarent des consommations inférieures à celles des ouvriers, les artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise consomment autant que les ouvrières. Par conséquent, les écarts hommes/femmes apparaissent importants parmi les actifs occupés

et surtout les chômeurs au sein des 18-25 ans, alors qu'il est inversé et réduit parmi les étudiants. Au-delà de 25 ans, l'activité professionnelle rapproche les usages des hommes et des femmes, alors que l'inactivité subie ou non (chômage ou présence au foyer) les creuse.

De la même façon, parmi les actifs occupés, le comportement tabagique des cadres et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise paraît un peu plus unisexe que celui des employés et ouvriers, et surtout celui des agriculteurs, très masculin. De même, on ne note aucune variation significative de l'écart entre hommes et femmes suivant le niveau de diplôme : l'élévation du niveau d'instruction semble jouer de façon similaire sur les comportements de consommation des deux sexes dans le sens d'une diminution du tabagisme.

Globalement, la consommation de tabac des catégories sociales les plus favorisées est donc à la fois faible et unisexe, alors que celle des catégories sociales les moins favorisées est plus importante et plus masculine.

Tableau 4 Risques relatifs pour les différentes situations professionnelles de consommer des produits psychoactifs, par sexe parmi les 18-25 ans et 26-54 ans en 2005, France / Table 4 Relative risks of the various professional categories to consume psychoactive substances, by gender, among the 18-25 years-old and 26-54-years-old in 2005, France

	Consommation régulière d'alcool			Ivresse au cours des 12 derniers mois			Usage quotidien de tabac			Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois			Usage régulier de cannabis		
	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF	OR	ORH	ORF
18-25 ans															
Actifs occupés (référence)	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
Étudiants	0,7	0,6	1,3	1,2	1,0	1,4	0,5	0,4	0,6	1,2	1,1	1,5	0,9	0,8	1,0
Chômeurs	0,7	0,6	1,2	0,8	0,9	0,8	1,2	1,3	1,2	1,0	1,0	0,9	1,3	1,6	0,9
26-54 ans															
Actifs occupés (référence)	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
Chômeurs	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,1	1,9	2,0	1,7	2,0	2,4	1,4	3,1	3,1	3,0
Inactifs	1,0	0,9	1,1	0,7	0,8	0,7	1,2	2,0	1,1	0,9	1,2	0,8	1,4	1,6	1,2

Note : La colonne OR compare, au sein de chaque tranche d'âge et pour chaque produit, les usages des répondants à ceux des actifs occupés, à âge et sexe contrôlés. Les colonnes ORH et ORF présentent les mêmes analyses restreintes respectivement aux hommes et aux femmes.
 Les modèles pour les 18-25 ans et pour les 26-54 ans sont estimés séparément, les modalités de référence sont les actifs occupés. En gras figurent les OR significatifs au seuil 0,05 (test de Wald).
 Lecture : Parmi les 18-25 ans, la proportion de consommateurs réguliers d'alcool est 0,7 fois plus faible parmi les étudiants (ou les chômeurs) que parmi les actifs occupés ; ces différences sont significatives au seuil 0,05. Parmi les hommes, les OR valent respectivement 0,6 et 0,6 et sont significatifs au seuil 0,05.
 Source : Baromètre santé 2005, Inpes.

Des consommations de cannabis également répandues entre les sexes parmi les jeunes, nettement plus masculines au-delà de 25 ans

L'usage de cannabis au cours de l'année, fortement variable suivant le sexe et l'âge, l'est également suivant la situation face à l'emploi et le niveau d'étude. Avant 25 ans, il est un peu plus fréquent parmi les étudiants que les actifs, occupés ou non ; après 25 ans, il est au contraire plus fréquent parmi les chômeurs, plus particulièrement chez les femmes. Au sein des actifs occupés, les catégories sociales se distinguent peu par leur consommation au cours de l'année, même si elle est supérieure parmi les femmes, chez les artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise, et un peu moins forte, pour les hommes, chez les employés. Quant à l'effet de l'élévation du niveau d'instruction scolaire, il va de pair avec une consommation plus répandue de cannabis au cours des douze derniers mois chez les femmes comme chez les hommes.

Ainsi, les écarts entre les femmes et les hommes concernant la consommation de cannabis dans l'année s'avèrent donc relativement indépendants de la situation face à l'emploi parmi les jeunes de 18-25 ans. Au-delà, ils apparaissent très marqués parmi les chômeurs. De plus, ces écarts semblent globalement diminuer avec l'élévation du niveau d'instruction scolaire et, parmi les actifs occupés, varier assez peu suivant la catégorie sociale.

L'image est quelque peu différente si l'on observe l'usage régulier. Ainsi, les étudiants n'apparaissent plus sur-consommateurs relativement aux actifs occupés du même âge, tandis que l'élévation du niveau d'usage parmi les chômeurs se voit largement confirmée, en particulier parmi les hommes. Parmi les actifs occupés, la catégorie sociale semble peu influencer les niveaux d'usage, même si parmi les hommes, les cadres s'avèrent nettement sous-consommateurs comparés aux ouvriers. Enfin, il existe une relation négative liant le niveau de diplôme à l'usage : les plus diplômés présentent un usage sensiblement inférieur aux personnes n'ayant pas le baccalauréat, surtout chez les hommes. Ainsi, les personnes dont le parcours scolaire est le plus long semblent donc, plus souvent que les autres, goûter au cannabis épisodiquement, mais s'engagent plus rarement dans des consommations fréquentes.

Globalement, les différences observées selon le sexe vont dans le sens d'une convergence des usages masculins et féminins avec l'élévation de niveau social ou de diplôme.

Discussion

Hommes et femmes consomment différemment suivant leur âge, leur situation professionnelle et leur milieu social. Les hommes associent plus souvent que les femmes une inactivité professionnelle, en particulier lorsqu'elle est subie comme dans le cas du chômage, à des consommations plus importantes d'alcool et de tabac. La seule exception notable est celle des étudiantes du supérieur qui, en termes d'ivresse, se distinguent plus des femmes actives que ne le font leurs homologues masculins.

Il se dessine ainsi un rapprochement des pratiques entre hommes et femmes, qui semble aller de pair avec une dynamique d'uniformisation des rôles sociaux, plus importante dans les classes favorisées que dans les classes populaires [2]. L'élévation du milieu socio-culturel s'accompagne pour les femmes d'un rapport plus étroit aux produits, qui serait une conséquence de leur émancipation. En effet, pour les femmes de milieux favorisés, un alignement de leur comportement sur celui des hommes signifie une augmentation de leur consommation : c'est le cas en particulier pour l'alcool pris de façon régulière ou ponctuelle et excessive [3], mais aussi pour le cannabis. Pour le tabac au contraire, les femmes et les hommes cadres se retrouvent autour d'attitudes de modération par rapport aux ouvriers en particulier.

Des données internationales suggèrent que ces observations ne sont pas propres à la France et que des approches plus larges sont nécessaires à la compréhension du phénomène, notamment concernant l'usage d'alcool. À partir des données provenant de la plupart des pays européens, une étude a récemment permis de montrer que plus l'égalité des sexes (en termes de parité politique, économique et sociale) est respectée dans un pays, moins les différences de genre sur l'alcoolisation s'avèrent importantes. C'est particulièrement le cas dans les pays nordiques. Globalement, l'étude montre que le ratio hommes/femmes de l'usage d'alcool évolue peu avec l'âge pour les différents indicateurs (usage occasionnel, régulier, ivresse, etc.), à l'exception des fortes consommations ponctuelles pour lesquelles les pratiques des jeunes femmes s'avèrent relativement proches de celles des jeunes hommes [4]. D'autres travaux internationaux montrent que les écarts hommes/femmes ont tendance à se réduire depuis quelques années sur l'alcool [5].

Pour le tabagisme, les écarts plus faibles entre hommes et femmes dans les jeunes générations sont confirmés par les données recueillies auprès d'adolescents, au sein desquels l'écart est presque nul : à 17 ans, 33,6 % des garçons sont fumeurs quotidiens, contre 32,3 % parmi les filles [6]. Si la prévalence du tabagisme se rapproche entre hommes et femmes, certaines formes d'usage restent différenciées, les fumeuses se servent plus souvent de leur tabagisme pour faire face au stress, à l'anxiété ou à une humeur dépressive que les fumeurs [7]. Par ailleurs, parmi les facteurs responsables de la difficulté à réussir un sevrage tabagique, la prise de poids et l'apparition de troubles anxieux ou dépressifs sont, par exemple, deux fois plus fréquents parmi les femmes [8]. Soulignons que certaines campagnes menées sur le tabac ces dernières années ont joué sur certains leviers considérés comme *a priori* liés au genre comme le risque pour la grossesse, la contradiction entre séduction et effets sur la beauté.

Concernant les drogues illicites, certaines études ethnographiques portant sur les motivations de l'usage confirment que la modification de l'état

de conscience est une expérience plus fréquemment recherchée par les hommes que par les femmes [9]. Pour les amphétamines, il est vraisemblable que leur possible utilisation comme coupe-faim soit une pratique plutôt féminine, tendant de fait à minimiser l'écart hommes/femmes par rapport aux autres substances².

L'inégale distribution des pratiques addictives dans la population, selon l'âge, les catégories sociales et le genre suggère de développer des approches préventives différencielles. Les hommes apparaissent globalement plus exposés au risque de consommer de tels produits et de souffrir des problèmes de santé qui en découlent que les femmes [10, 11], et ce d'autant plus que l'on observe des sous-populations peu favorisées en termes socio-économiques.

Explorer les modes de consommation de différentes substances psychoactives permet ainsi de montrer que le rapport au produit ne se résume pas à une simple caractéristique sexuelle. Si les produits psychoactifs sont globalement plus consommés par les hommes, ces tendances peuvent varier suivant l'âge, le niveau d'éducation et le milieu social des personnes. Les modes de consommation apparaissent moins liés au sexe des individus qu'aux rôles sociaux qui modèlent les rapports entre hommes et femmes. Les différences de comportements entre hommes et femmes sont moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux populaires, suggérant que la prévention, si elle a à gagner à prendre le genre en considération, ne peut faire l'économie d'accorder une place importante aux contextes sociaux de consommation.

Références

- [1] Beck F, Guilbert P. Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution. In : Beck F, Guilbert P, Gautier A. (dir.) Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes, 2007:27-43.
- [2] Anxo D, Flood L, Kocoglu Y. Offre de travail et répartition des activités domestiques parentales au sein du couple : une comparaison entre la France et la Suède, Économie et Statistique. 2002; (352-353): 127-50.
- [3] Beck F, De Peretti G, Legleye S. L'alcool donne-t-il un genre ? Travail, genre et sociétés. 2006; (15):141-60.
- [4] Bloomfield K, Allamani A, Beck F *et al.* Gender, culture and alcohol problems. A multi-national study. Berlin, Charité Universitätsmedizin, Institute for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology. 2005; 341 p.
- [5] Roche AM, Deehan A. Women's alcohol consumption : Emerging patterns, problems and public health implications. Drug Alcohol Rev. 2002; 21(2):169-78.
- [6] Beck F, Legleye S, Spilka S. Les drogues à 17 ans, évolutions, contextes d'usage et prises de risque. Tendances (OFDT). 2006; n° 49.
- [7] Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. Soc Sci Med. 1991; 32(9):989-1005.
- [8] Lagrue G. Pourquoi l'arrêt du tabac est-il plus difficile chez la femme? Le courrier des addictions. 2004; 6 (2):51.
- [9] Fontaine A, Fontana C, Verchere C, Vischi R. Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage de drogues en France, juin 1999 – juillet 2000. LIRESSE. OFDT, 2001; 272 p.
- [10] Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley J, Heath CW, *et al.* Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. N Engl J Med. 1997; 337:1705-14.
- [11] Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath CJ. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 : indirect estimates from national vital statistics.. Oxford University Press. 1994. (2004 mise à jour à www.ctsu.ox.ac.uk).

² Ceci reste vrai, bien que ces produits soient devenus illégaux et que leur prescription ait fait l'objet de sévères restrictions il y a quelques années.

Genre et caractéristiques sociales des consommateurs de drogues à l'adolescence, France, 2000-2005

Stéphane Legleye (stleg@ofdt.fr)^{1,2,3}, François Beck^{4,5,6}, Stanislas Spilka¹, Olivier Le Nézet¹

1/ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis La Plaine, France 2/ Inserm U669, Paris, France 3/ Université Paris-Sud et Paris Descartes, UMR-S0669, Paris, France
4/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France
5/ Université Paris Descartes, Cesames, Centre de recherches « Psychotropes, santé mentale, société » (CNRS UMR8136, Inserm U611), Paris, France 6/ Inserm U611, Paris, France.

Résumé / Abstract

Introduction – Des travaux récents en population adulte suggèrent que la position sociale détermine différemment les usages de produits psychoactifs licites et illicites des hommes et des femmes, aussi bien parmi les actifs occupés que les jeunes adultes, étudiants, chômeurs ou exerçant un emploi. Ce travail prolonge ces analyses auprès des jeunes de 17 ans en examinant plus précisément leur situation scolaire.

Matériel et méthodes – Une enquête nationale représentative des jeunes de 17 ans de nationalité française menée régulièrement entre 2000 et 2005 permet de mesurer les évolutions des usages des principaux produits psychoactifs suivant le sexe, et de mettre en évidence leurs déterminants sociaux.

Résultats – Le tabagisme quotidien a baissé, la consommation régulière d'alcool est restée stable, mais les ivresses alcooliques ont progressé, ainsi que la plupart des expérimentations de produits illicites, qui présentent une tendance à la féminisation, parfois marquée comme celles du crack et des amphétamines. Tous ces usages apparaissent plus unisexes au sein des jeunes scolarisés en collège et lycée qu'au sein des jeunes en apprentissage ou des déscolarisés, qui s'avèrent plus masculins.

Conclusion – Les usages sont modulés par la situation scolaire et le milieu social des parents, mais seule la situation scolaire influence leur plus ou moins forte masculinité, plus marquée au sein des filières d'enseignement professionnelle ou parmi les jeunes sortis du système scolaire.

Gender and social characteristics of drug users during adolescence, France, 2000-2005

Introduction – Recent general population surveys among adults suggest that the link between social status (being employed, unemployed or being a student) and legal and illegal uses of psychoactive substances varies with gender. This article presents similar analyses among adolescents aged 17, focusing on their educational situation.

Material and methods – A national representative cross-sectional survey among French adolescents aged 17, carried out regularly between 2000 and 2005 contributed to measure the trends of the main types of use of psychoactive substances by sex, and to highlight their social characteristics.

Results – Daily tobacco smoking decreased, regular alcohol consumption remained stable, but acute alcoholism increased, as well as most experiences with illicit substances, which showed a tendency towards feminization, more marked for crack and amphetamines. Moreover, gender disparities for drug uses appeared lower, and more feminine in nature, among students attending secondary and high schools than among those attending vocational schools or school-dropouts.

Conclusion – Consumption of psychoactive substances is variable depending on the youths' family background and their educational situation. However, the gender gap varies mostly depending on their educational situation, being less prominent in regular schools than in vocational schools or school-dropouts.

Mots clés / Key words

Adolescents, drogues, France, situation scolaire, rapports sociaux de sexe, genre / Adolescents, drugs, France, educational situation, social gender relationships, gender

Introduction

Des travaux récents en population adulte ont montré que le milieu social détermine différemment les usages de produits psychoactifs des hommes et des femmes. Schématiquement, parmi les femmes, une élévation de la profession et catégorie sociale est liée à une élévation des consommations d'alcool et de cannabis [1], tout comme, entre 18 et 25 ans, la poursuite d'études, relativement l'exercice d'un emploi [2], alors que les usages masculins apparaissent plus étalés. Ce travail explore les consommations de produits psychoactifs des garçons et des filles de 17 ans, rappelle leurs évolutions entre 2000 et 2005, et cherche à savoir si de tels écarts entre les sexes s'observent dans la population adolescente.

Matériel et méthode

Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel de préparation à la défense) est une enquête transversale mise en place en 2000 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) avec le soutien de la Direction du service national. Elle repose sur un questionnaire auto-administré anonyme concernant la santé et les usages de produits psychoactifs adressés aux jeunes Fran-

çais. Elle a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis), le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du label, et l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). L'enquête a été effectuée régulièrement depuis 2000, selon la même méthodologie et avec des questionnaires similaires. Les échantillons analysés comprennent 8 000 individus en 2000 et 29 393 en 2005, tous âgés de 17 ans et résidant en métropole.

Des régressions logistiques ont été effectuées, contrôlant le sexe du répondant, sa situation scolaire (élève de collège ou lycée, apprenti, ou déscolarisé), ses éventuels redoublements, son lieu de vie (au foyer familial ou non), la profession et catégorie sociale de ses parents (chômeurs ou au foyer, ouvriers ou employés, professions intermédiaires, artisans commerçants ou chefs d'entreprise, cadres) et leur éventuelle séparation. L'interaction entre le sexe et la situation scolaire permet de fournir une estimation de l'odds-ratio associé au sexe masculin pour chaque modalité (donc de la masculinité de l'usage) et de comparer les modalités entre elles.

Résultats

Évolution des usages à 17 ans

La baisse du tabagisme quotidien, amorcée depuis la fin des années 1990, se poursuit entre 2000 et 2005 à l'adolescence [3]. L'expérimentation d'alcool et son usage régulier ont peu varié, mais les ivresses alcooliques sont devenues plus fréquentes depuis 2003, en particulier les ivresses régulières (10 et plus dans l'année), déclarées par 9,7 % des jeunes en 2005. Pour le cannabis, après l'augmentation continue depuis le début des années 1990 [4], la tendance est désormais à la stagnation, voire à la légère baisse, à l'exception de l'usage quotidien qui a progressé entre 2003 et 2005 (de 3,9 % à 5,2 %). Les expérimentations des autres produits illicites ou détournés ont progressé souvent en dents de scie, sauf celles de LSD, d'héroïne et de crack, stables sur la période, et celle des produits à inhaler qui a connu une hausse puis une baisse tout aussi marquée. Champignons hallucinogènes, ecstasy, poppers d'un côté, et surtout amphétamines et cocaïne, sont largement en hausse sur la période. Globalement, ces évolutions sont partagées pour les deux sexes (tableau 1).

Tableau 1 Évolution des principaux usages de produits psychoactifs entre 2000 et 2005 et de leurs sexe-ratios, France, 2000-2005 / Table 1 Trends of psychoactive substances uses between 2000 and 2005 and sex-ratios, France, 2000-2005

	2000				2005				2005/2000	
	Garçons	Filles	Sexe Ratio (1)	P	Garçons	Filles	Sexe Ratio (2)	P	Ratio (2)/(1)	P
Tabac										
Vie	76	79	0,8	***	71	73	0,9	*	1,1	Ns
Quotidien 30 jours	42	40	1,1		34	32	1,1	*	1,0	Ns
Alcool										
≥1 usage/30 jours	81	77	1,2	***	82	75	1,5	***	1,2	***
≥10 usages/30 jours	16	5	3,3	***	18	6	3,3	***	1,0	Ns
Ivresse										
≥1 usage/vie	63	49	1,8	***	63	50	1,8	***	1,0	Ns
Cannabis										
≥usage/vie	50	41	1,5	***	53	46	1,4	***	0,9	Ns
≥1 usage/30 jours	34	23	1,7	***	33	22	1,7	***	1,0	Ns
≥10 usages/30 jours	15	5	3,1	***	15	6	2,6	***	0,8	Ns
Autres drogues (vie)										
Champignons	4,5	1,6	2,9	***	5,2	2,1	2,5	***	0,9	Ns
Poppers	3,4	1,3	2,6	***	6,3	4,8	1,3	***	0,5	***
Inhalants	4,9	3,3	1,5	***	3,9	3,2	1,2	***	0,8	Ns
Ecstasy	2,8	1,4	2,0	***	4,2	2,8	1,6	***	0,8	Ns
Amphétamines	1,4	0,6	2,5	***	2,6	1,8	1,5	***	0,6	*
LSD	1,6	0,8	1,9	***	1,3	0,9	1,5	***	0,8	Ns
Crack	0,9	0,2	4,3	***	0,8	0,6	1,3	***	0,3	**
Cocaïne	1,3	0,6	2,1	***	3,0	2,0	1,6	***	0,7	Ns
Héroïne	0,9	0,4	2,1	***	0,8	0,6	1,2	**	0,6	Ns

Note : Ns, *, **, *** : test du Chi-2 (ou de Breslow-Day pour la comparaison 2005/2000 des odds ratios associés au sexe masculin), respectivement non significatif, et significatif aux seuils 0,05, 0,01 et 0,001. Les ivresses alcooliques durant l'année n'étaient pas questionnées en 2000.

Tableau 2 Odds ratios ajustés (aOR) associés au sexe masculin suivant la situation scolaire et comparaisons entre situations, France, 2000-2005 / Table 2 Adjusted odds ratio for male gender according to the educational situation and comparisons between situations, France, 2000-2005

	Tabac régulier		Alcool régulier		Ivresses répétées ^(a)		Cannabis régulier ^(b)		Cocaïne vie		Héroïne vie	
	aOR	P	aOR	P	aOR	P	aOR	P	aOR	P	aOR	P
Élèves	0,9	<0,0001	3,00	<0,0001	2,20	<0,0001	2,30	<0,0001	1,17	0,100	0,88	0,442
Apprentis	1,02	0,845	3,90	<0,0001	3,00	<0,0001	2,40	<0,0001	1,20	0,330	1,53	0,204
Déscolarisés	1,25	0,083	4,00	<0,0001	3,30	<0,0001	2,50	<0,0001	1,90	0,010	4,03	0,107
Comparaisons												
Apprentis/élèves	1,2	0,029	1,30	0,043	1,40	<0,0001	1,01	0,951	1,02	0,910	1,74	0,138
Déscolarisés/élèves	1,5	0,003	1,33	0,153	1,50	0,003	1,09	0,604	1,60	0,050	4,56	0,008
Déscolarisés/apprentis	1,23	0,169	1,03	0,911	1,09	0,612	1,08	0,698	1,61	0,120	2,64	0,128

(a) Au moins 3 ivresses alcooliques durant les 12 derniers mois.
(b) Au moins 10 usages durant les 30 derniers jours.
Note : P=significativité du test de Chi² de Wald.

Existe-t-il des produits plus féminins que d'autres ?

Les garçons s'avèrent plus consommateurs que les filles à l'exception du tabac, dont l'expérimentation est plus féminine et la consommation quotidienne presque unisexe (tableau 1). En 2005, les usages les plus masculins sont les consommations régulières d'alcool et de cannabis dont les sexe-ratios (SR) sont proches de 3, les expérimentations de champignons hallucinogènes (SR=2,5), de cocaïne et d'amphétamines (SR=1,6). Les expérimentations de drogues illicites les plus unisexes sont celles de poppers, produits à inhaler, cannabis, crack et héroïne. Pour l'alcool et le cannabis, l'écart entre les sexes est d'autant plus important que la fréquence d'usage considérée est élevée.

Entre 2000 et 2005, la consommation d'alcool dans le mois est devenue plus masculine, contrairement aux expérimentations de poppers, d'amphétamines et de crack. La tendance à la féminisation relative des usages est cependant générale, les ratios des sexe-ratios étant inférieurs à 1 sauf pour les produits licites.

Des usages plus répandus dans les milieux favorisés et parmi les jeunes au parcours scolaire chaotique

Les analyses multivariées opérées à partir des données Escapad 2005 [5] montrent qu'à 17 ans, les usages de produits psychoactifs sont tous plus courants parmi les élèves en apprentissage ou en formation alternée ou parmi les jeunes déscolarisés, mais aussi parmi les jeunes issus de milieux aisés sur le plan économique, sauf l'expérimentation d'héroïne, très rare mais plus uniformément répandue. Les relations avec la situation scolaire sont particulièrement nettes pour le tabagisme quotidien et l'expérimentation de cocaïne ; à l'inverse, celles avec le milieu économique familial sont plus prononcées pour les consommations d'alcool (surtout les ivresses), la consommation régulière de cannabis et l'expérimentation de cocaïne. Enfin, l'appartenance à une famille monoparentale et la décohabitation du foyer parental sont toujours associées à une recrudescence des usages.

Des usages plus masculins dans les filières scolaires courtes ou parmi les jeunes déscolarisés

Dans les modélisations, il existe une interaction entre le sexe du répondant et sa situation scolaire sur tous les usages étudiés (p<0,01). Autrement dit, le caractère plus ou moins masculin des usages varie avec cette dernière. Précisément (tableau 2), la consommation quotidienne de tabac est plutôt féminine parmi les élèves de filières générales et techniques (Odds ratio ajusté -aOR= 0,90, p<0,001), partagée entre les sexes parmi les apprentis (aOR=1,02, ns) et les jeunes déscolarisés (aOR=1,25, ns), la différence entre d'un côté les apprentis ou les déscolarisés et de l'autre les élèves de collège et lycée (respectivement 1,25 et 1,50) étant significative. Les résultats sont similaires pour la consommation régulière d'alcool et les ivresses répétées. Le caractère masculin de la consommation régulière de cannabis est indépendant de la situation scolaire, tandis que celui de l'expérimentation de cocaïne s'avère plus prononcé parmi les jeunes déscolarisés. Globalement, les usages apparaissent donc plus féminins parmi les élèves de filières classiques que parmi les apprentis ou les jeunes déscolarisés. La raison en est que la situation scolaire détermine davantage les usages des garçons que ceux des filles.

On ne note en revanche aucune variation du caractère masculin des usages avec le milieu social, à l'exception de l'expérimentation de cocaïne, plus masculine parmi les enfants d'ouvriers que ceux d'artisans commerçants et cadres (aOR=1,4, p<0,05). Cela montre que la situation économique familiale détermine de façon similaire les usages des garçons et ceux des filles.

Discussion - Conclusion

Malgré la taille de l'échantillon, il faut souligner que la mesure des usages de drogues rares à l'adolescence à travers une enquête en population générale déclarative peut buter sur quelques problèmes de connaissance des produits ou de compréhension des questions [6]. De plus, la faiblesse des effectifs d'expérimentateurs de certaines drogues, comme le crack par exemple dans l'enquête 2000, limite la précision de certains calculs.

Entre 2000 et 2005, le tabagisme est en baisse et la consommation régulière d'alcool stable malgré une recrudescence des ivresses qui pourrait augurer une transformation des modes de boire. Ces évolutions concernent les deux sexes. En revanche, la plupart des usages de produits illicites à 17 ans ont crû sur la période et, à l'exception du cannabis, leurs expérimentations tendent à se féminiser (en particulier celles d'amphétamines, de poppers, et de crack, qui reste très rare). Cette féminisation ne concerne que l'expérimentation et n'est que relative, les garçons restant plus touchés que les filles. Elle reflète peut-être la diffusion tardive de ces produits rares dans la population adolescente féminine, à l'instar de ce qui a été observé au siècle dernier pour le tabac [7]. Enfin, tous les usages apparaissent plus répandus parmi les apprentis ou les adolescents déscolarisés que parmi les élèves de collège et lycée, mais sont nettement plus unisexes parmi ces derniers. Ce

travail contribue ainsi à l'objectivation de rapports sociaux de genre modulant les usages de produits psychoactifs dès l'adolescence, qui ne sont que très rarement abordés dans la littérature [8,9]. Le caractère plus masculin des usages parmi les adolescents relégués scolairement pourrait en partie résider dans le poids supérieur des attentes scolaires exercées sur les garçons [10] : lorsqu'elles sont déçues, ces derniers pourraient compenser davantage que les filles les tensions résultantes par une élévation de leurs usages. Mais d'autres analyses restent nécessaires pour comprendre ce phénomène, en particulier une prise en compte précise des filières et des sociabilités associées aux différentes situations.

Si l'on admet que l'inscription en filière scolaire professionnelle ou la déscolarisation à 17 ans

sont associées à des chances réduites de poursuivre des études et d'accéder à des métiers qualifiés et socialement valorisés, ce travail montre que la relative surconsommation des milieux sociaux plus favorisés observée en population adulte féminine se dessine dès l'adolescence avec la situation scolaire.

Références

- [1] Beck F, et al. Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes. In: France portrait social, Regards sur la parité. Paris: Insee, 2008; 65-82.
- [2] Legleye S, et al. Le rôle du statut scolaire et professionnel dans les usages de drogues des hommes et femmes de 18-25 ans. Rev Epidemiol Santé Publique. 2008; (56):345-55.
- [3] Legleye S, Spilka S, Beck F. Le tabagisme des adolescents en France, suite aux récentes hausses des prix. Bull Epidemiol Hebd. 2006; (21-22):150-2.
- [4] Cannabis, données essentielles. Saint-Denis: OFDT, 2007; 232 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/cde.html>

[5] Legleye S, et al. Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad. Saint-Denis: OFDT, 2007; 77 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxsl5.html>

[6] Beck F, et al. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents: 1. Données épidémiologiques. Med Sci (Paris). 2007; 23(12):1162-8.

[7] Graham H. Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990. Soc Sci Med. 1996; (43):243-54.

[8] Guxens M, et al. Factors associated with the onset of cannabis use: a systematic review of cohort studies. Gac Sanit. 2007; 21(3): 252-60.

[9] Kuntsche S, et al. Gender and cultural differences in the association between family roles, social stratification, and alcohol use: a European cross-cultural analysis. Alcohol Alcohol Suppl. 2006; 41(1): 137-46.

[10] Pfefferkorn R. Inégalités et rapports sociaux, rapports de classes, rapports de sexes. (Coll. Le genre du monde). Paris: La Dispute, 2007; 412 p.

Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France

Marie Jauffret-Roustide^{1,2} (m.jauffret@invs.sante.fr), Lila Oudaya¹, Marc Rondy², Yann Le Strat¹, Elisabeth Couturier¹, Chantal Mougin², Julien Emmanuelli¹, Jean-Claude Desenclos¹

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2/ Université Paris Descartes, Ceresames, Centre de recherches « Psychotropes, santé mentale, société » (CNRS UMR8136, Inserm U611), Paris, France

Résumé / Abstract

Contexte – En France, les femmes usagères de drogues sont essentiellement étudiées sous l'angle de la grossesse et des conséquences de l'usage de drogues de la mère sur l'enfant à naître. Peu d'études françaises se sont attachées à étudier les profils et les pratiques des femmes usagères de drogues. Entre 2004 et 2007, l'enquête Coquelicot a permis de décrire les profils de ces femmes, les situations à risque vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC auxquelles elles sont exposées lors de la consommation de drogues, et de comprendre le contexte des prises de risque, en prenant en compte la dimension sexuée.

Méthode – L'enquête Coquelicot est une enquête épidémiologique transversale multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille) menée auprès de 1 462 usagers de drogues ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans la vie. Un volet socio-anthropologique complémentaire a été mené auprès de 99 usagers.

Résultats – Les femmes consomment plus de crack/free-base, de sulfates de morphine et de solvants que les hommes et rapportent globalement plus de pratiques à risque. Les entretiens mettent en évidence la place centrale du partenaire sexuel lors du contexte de l'initiation et dans la trajectoire de consommation des femmes, et les stratégies de protection différenciées selon les partenaires de partage.

Discussion-Conclusion – La prévention des risques chez les femmes usagères de drogues doit aller au-delà d'une simple approche individuelle, en intégrant la dimension du couple, et plus globalement la dimension sociale des rapports hommes/femmes.

Women drug users and practices at risk of transmission of HIV and hepatitis. Complementary epidemiological and socio-anthropological approaches, Coquelicot Survey 2004-2007, France

Context – In France, women who use drugs are essentially studied in terms of pregnancy and consequences of drug use on the unborn child. Few French studies attempted to study the profiles and the practices of the women DUs. Between 2004 and 2007, the Coquelicot Study, allowed to describe the profile of these women, risk practices towards HIV, HBV and HCV linked to drug-use, and understand the context of risk-practices, taking into account the sexual dimension.

Method – A cross-sectional epidemiological survey was performed among 1,462 DUs who injected or snorted drugs at least once in their life in five cities (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseilles). Complementary socio-anthropological research was conducted among 99 DUs.

Results – Women consume more crack/free-base, morphine sulfates and solvents than men and report globally more at-risk practices. Interviews highlight the central place of the sexual partner during the initiation of drug use, and during the path of consumption of women. The protective strategies toward HIV and hepatitis are differentiated according to type of sharing partners.

Discussion-Conclusion – The prevention of at-risk practices among female DUs should go beyond a simple individual approach, by integrating the couple dimension, and more generally the social dimension of relationships between men and women.

Mots clés / Key words

Usage de drogues, femmes, genre, vulnérabilité, épidémiologie, socio-anthropologie, comportements à risque / Drug use, women, gender, vulnerability, epidemiology, socio-anthropology, risk behaviours

Contexte

Le rapport aux drogues est complexe car cette pratique concerne aujourd'hui une grande variété d'individus, de situations sociales et de rapports aux produits. Une partie de la population des

usagers de drogues (UD) se situe dans une problématique de « dépendance » et a recours au dispositif spécialisé de prise en charge ou de réduction des risques. Ce groupe des UD le plus visible est souvent marqué par la précarité

(économique, sociale, relationnelle) et par une vulnérabilité importante vis-à-vis du VIH et des hépatites. Si l'usage de drogues par voie intraveineuse constitue le risque majeur de transmission du VIH et des hépatites B et C chez les UD,

d'autres modes de consommation, tels que l'usage par voie nasale (snif) et l'utilisation de pipes en verre pour inhaler le crack constituent des modes de transmission additionnels pour les UD, lors du partage des outils de consommation [1].

En France, la population des femmes usagères de drogues (UD) ayant un rapport problématique aux drogues est mal connue. Quand les femmes sont étudiées, c'est essentiellement à travers leur identité de mère et des risques liés à la prise de toxiques pour le fœtus durant la grossesse [2]. Les rares publications françaises sur le sujet montrent que ces femmes sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de la précarité et sont fortement exposées à des pratiques à risque en lien avec l'usage des drogues et de la sexualité [3,4]. Dans la littérature internationale, en revanche, les publications relatives aux femmes UD sont plus nombreuses et concernent souvent la consommation de crack ; les femmes y sont décrites comme particulièrement précaires et marquées par un cumul de handicaps sociaux et psychologiques [5].

Nous présentons ici les données françaises issues des volets épidémiologique et socio-anthropologique de l'enquête Coquelicot menée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et le Cesames entre 2004 et 2007. Nous décrivons l'exposition aux risques de transmission du VIH et des hépatites B et C lors des pratiques d'usage de drogues, en prenant en compte la dimension sexuée des comportements, et en confrontant des données épidémiologiques et socio-anthropologiques.

Méthodes

Le volet épidémiologique de l'étude Coquelicot est une enquête descriptive transversale menée auprès d'un échantillon aléatoire d'UD. Fin 2004, 1 462 sujets ont été inclus s'ils avaient injecté et/ou sniffé au moins une fois dans leur vie. Cette enquête était multivilles (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille). Le recrutement des UD a été réalisé dans la quasi-totalité des dispositifs de prise en charge et de réduction des risques de l'usage de drogues (101) et dans 36 cabinets de médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés. Un plan de sondage stratifié (villes et services/médecins) a été mis en œuvre. Le recueil des données consistait en un questionnaire socio-comportemental (d'une durée de 30 à 40 minutes) administré à l'UD par un enquêteur professionnel et en un auto-prélèvement de sang au doigt déposé sur papier buvard afin d'estimer la séroprévalence des anticorps contre le VIH et le VHC et de la comparer à celle estimée de manière déclarative. L'analyse des buvards a été réalisée par le Centre national de référence du VIH de Tours à partir de tests Elisa. L'analyse des résultats du volet épidémiologique a pris en compte la stratégie d'échantillonnage (stratifications, degrés, poids de sondage). Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata® 9. En analyse univariée, les comparaisons entre les femmes et les hommes ont été effectuées avec le test du chi2,

avec un seuil à 0,05. Dans le tableau et pour les figures, les données sont pondérées et les effectifs totaux des femmes *versus* hommes peuvent changer d'une question à l'autre, en raison des non-réponses et des filtres présents dans le questionnaire.

Le volet socio-anthropologique, complément de l'approche épidémiologique, analyse la temporalité inhérente aux trajectoires, décrit le contexte dans lequel s'inscrivent les pratiques et appréhende les logiques sociales qui les sous-tendent. L'utilisation de la technique des récits de vie permet d'interroger l'usager sur la place qu'occupe le risque aux différents moments de sa trajectoire et d'aller au-delà du caractère instantané des données recueillies dans le volet épidémiologique, d'étudier les espaces dans lesquels il consomme des produits psychoactifs, et d'explorer ses liens de proximité avec ses partenaires de partage. La méthodologie a consisté en des entretiens semi-directifs (99 dont 31 avec des femmes) et des observations ethnographiques sur des lieux de consommation et de deal, réalisés entre 2005 et 2007. La population de l'étude socio-anthropologique n'étant pas connue précisément au départ, l'échantillon a été constitué de manière progressive par une méthode dite « boule de neige ». Ces entretiens semi-directifs se sont déroulés à partir d'une grille commune évoquant la trajectoire personnelle de l'UD et détaillant plus particulièrement les comportements d'usage et les pratiques à risque. Afin de garantir l'anonymat et la confidentialité des données, les prénoms des personnes interviewées ont été modifiés ainsi que les noms des villes où elles ont pu séjourner à un moment ou un autre de leur parcours. Une première analyse de contenu thématique a été réalisée à partir d'un travail de codification et d'indexation des entretiens facilité par le logiciel NVivo® 2. Il s'agissait ici de partir des expériences vécues par les personnes en s'efforçant de saisir le sens qu'elles

attribuent à leurs actions et en observant la manière dont elles racontent et interprètent leurs trajectoires personnelles.

Résultats du volet épidémiologique

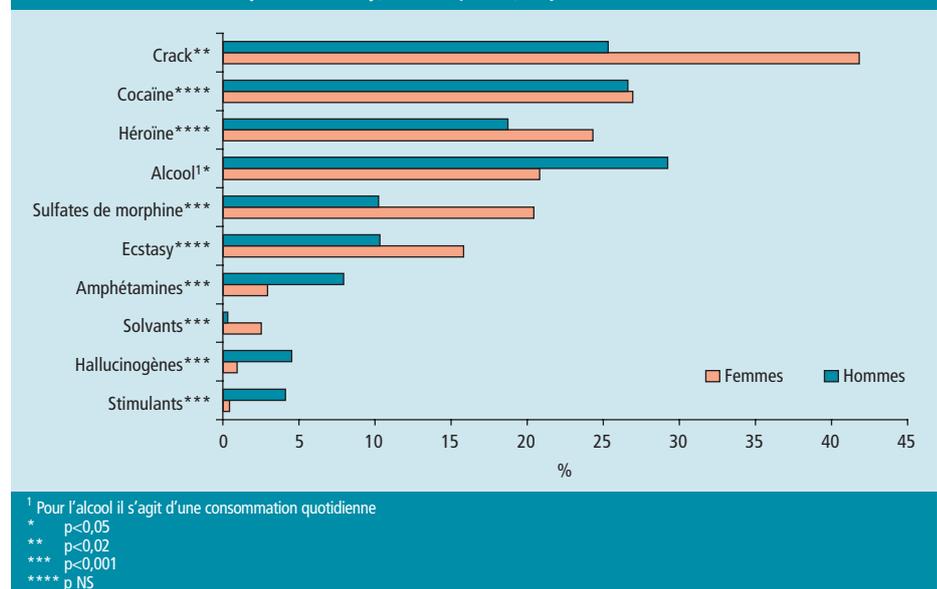
Dans le volet épidémiologique, 1 462 usagers de drogues illicites ont été inclus, dont 26,3 % de femmes (N=336) et 73,7 % d'hommes (N=1 125). Le sexe n'était pas renseigné pour un questionnaire. L'âge moyen est respectivement de 34,5 ans pour les femmes et de 35,6 ans pour les hommes.

Chez les femmes, la prévalence biologique du VIH est de 15,6 % et de 55,8 % pour le VHC. Ces prévalences sont comparables à celles observées chez les hommes. La quasi-totalité des femmes UD ont été dépistées au moins une fois dans leur vie, tant pour le VIH (99,2 %) que pour le VHC (98,2 %).

Consommation de produits et initiation aux drogues

Concernant les produits consommés dans le dernier mois, les femmes consomment de la cocaïne (26,9 %), de l'héroïne (24,3 %), et de l'ecstasy (15,8 %) dans des proportions comparables à celles des hommes (figure 1). Elles se distinguent des hommes par une consommation plus importante de crack/free base (41,8 %), de sulfates de morphine (20,4 %) et de solvants (2,5 %) ; et à l'inverse par une moindre consommation d'alcool de manière quotidienne (20,8 %), d'amphétamines (2,9 %), d'hallucinogènes (0,9 %) et de stimulants (0,4 %) (figure 1). Les femmes ont moins recours à l'injection (59,2 %) que les hommes dans la vie. Le recours à l'injection dans le dernier mois est rapporté pour 39,6 % d'entre elles, de manière similaire aux hommes. Elles sont 82,9 % à avoir été initiées par un tiers lors de leur première injection, à l'instar des hommes (tableau). La pratique du snif est rapportée par la quasi-totalité des

Figure 1 Consommations de produits psychoactifs dans le dernier mois. Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France (N=1461) / Figure 1 Consumption of psychoactive substances in the last month. Comparison between men and women who responded to the 2004 ANRS-Coquelicot Survey, France (N = 1,461)



femmes au cours de la vie (97,8 %), et par 43,9 % dans le dernier mois. Les proportions sont comparables entre les deux sexes (tableau).

Exposition aux risques infectieux lors des pratiques de consommation de drogues

Le partage du matériel lié à l'injection (seringue, récipient, filtre) constitue le risque majeur de transmission du VIH et des hépatites chez les UD. Parmi les UD qui ont eu recours à l'injection dans le dernier mois, les femmes sont plus nombreuses à s'engager dans des prises de risque. Parmi les UD qui ont injecté dans le dernier mois, les femmes déclarent avoir partagé leur seringue dans le dernier mois plus souvent (25,4 % vs 10,6 %), ainsi que le récipient de préparation du produit (22,2 % vs 5,5 %) ou encore le filtre (26,2 % vs 4,2 %) (figure 2).

En dehors de l'injection, d'autres pratiques de consommation de drogues (partage de la paille de snif ou de la pipe à crack) peuvent exposer à la transmission des hépatites. Parmi les femmes ayant sniffé dans le dernier mois, 33,4 % déclarent avoir partagé la paille de snif dans le dernier mois. Et parmi les femmes ayant consommé du crack dans le dernier mois, 84,5 % déclarent avoir partagé la pipe à crack. Les pratiques à risque liées au snif et au fait de fumer sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, sans que ces différences ne soient significatives (figure 2).

Résultats du volet socio-anthropologique

Dans le volet socio-anthropologique, 99 entretiens ont été réalisés entre 2005 et 2007 auprès de 31 femmes (31,3 %) et 68 hommes (68,7 %). Les femmes ont en moyenne 27,3 ans, les hommes 30,1 ans.

Tableau Modalités de consommation (injection et snif). Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France (N=1 461) / Table Modes of consumption (injection and snif). Comparison between men and women who responded to the 2004 ANRS-Coquelicot Survey, France (N = 1,461)

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	p
Snif dans la vie	336	97,8	1 124	97,5	NS
Snif dans le dernier mois	322	43,9	1 085	35,3	NS
Injection dans la vie	336	59,2	1 123	73,9	P<0,05
Injection dans le dernier mois	233	39,6	845	40,1	NS
Initiation à l'injection par un tiers	232	82,9	833	82,4	NS

* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

** Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

Le contexte de l'initiation aux drogues et la dépendance au partenaire sexuel

L'approche socio-anthropologique a permis d'explorer le contexte de l'initiation et le profil de l'initiateur. Ainsi, dans les entretiens, aucun homme n'a évoqué avoir été initié aux drogues par un partenaire sexuel. Chez les femmes, en revanche, l'initiation aux produits et en particulier à l'injection s'effectue plutôt dans le cadre de relations avec un partenaire sexuel, comme le raconte Zhiyu, 21 ans : « Il y avait un gars que je ne voulais pas voir au début parce qu'il prenait la came, mais quand je cherchais ça, quand je voulais trouver ce produit et je savais que je pouvais en prendre chez lui, par exemple, je me suis mise avec lui parce qu'il voulait être avec moi, mais moi, je ressentais rien, juste pour avoir ça, je me suis mise avec lui, pour commencer, pour connaître. Et c'est lui qui m'a montré comment shooter. »

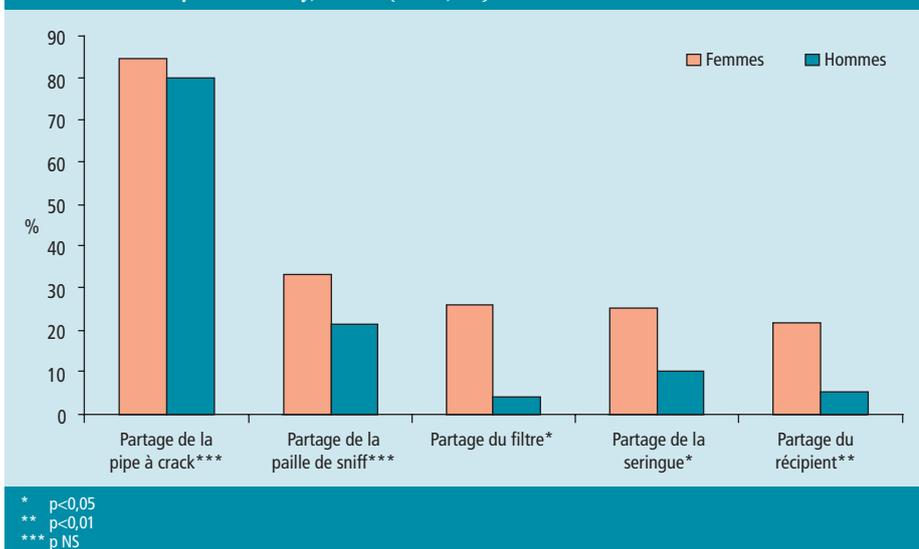
Si, pour Zhiyu, la consommation par l'intermédiaire du partenaire sexuel est évoquée comme une opportunité, pour Edwige, 35 ans, l'initiation aux drogues par le partenaire sexuel est interprétée *a posteriori* comme une forme de manipulation en vue d'obtenir des faveurs sexuelles plus facilement : « Avant, le shoot, ça ne m'attirait pas, jusqu'au moment où je me suis sentie

tellement paumée que je n'avais plus de limite, plus de barrière. Et puis ce mec-là je le trouvais vachement attirant (...) oui je le voyais, il avait l'air bien. Et puis le beau mec que je te décris en fait c'était une belle crapule, il n'en avait rien à faire de me faire mon premier shoot, au contraire peut-être que pour lui c'était plus simple si j'étais défoncée. Moi je continuais à fumer de l'héro et puis il m'a dit : « attends, ça sera tellement meilleur », et voilà, il m'a fait ma première piqûre. » Dans les entretiens, les femmes UD décrivent fréquemment une situation de dépendance vis-à-vis de leur partenaire, en particulier pour l'achat de produits psychoactifs, à l'instar d'Assiatou, 26 ans : « Et donc j'ai continué et puis donc après je suis passée à autre chose, j'ai rencontré un garçon qui dealait de tout, donc y avait tout le temps de tout, donc j'étais à fond tout le temps, de tout, donc ça a duré trois ans, et jusqu'au jour où j'ai ouvert les yeux un peu parce que j'étais pas dans la réalité, moi je me voyais bien, même si au fond de moi je savais que c'était pas une solution quoi, ben jusqu'au jour où je me suis aperçue qu'en fait j'allais pas bien du tout, j'avais perdu 15 kilos, j'étais grise, j'avais plus aucune vie sociale. » Quand les rôles de dealer et de partenaire sexuel se confondent, l'accès au produit est facilité au quotidien. Cette confusion des rôles peut alors être vécue comme la cause d'une escalade dans la consommation, puis d'un enfermement dans la dépendance.

Des stratégies de protection différenciées selon les partenaires de partage

Les entretiens réalisés dans le cadre du volet socio-anthropologique font apparaître que les pratiques de partage du matériel lié à la consommation de drogues (seringue, récipient ou filtre) chez les femmes se déroulent le plus souvent au sein du couple. Edwige, 35 ans, par exemple, évoque le partage de la seringue au sein du couple, justifié en soi par la proximité : « C'était en 1991, 1990, on entendait parler du sida, mais bon, dans ta tête tu te dis que tu t'en fous, t'es franchement suicidaire, j'en avais rien à foutre si c'était la même pompe, je n'en ai même pas parlé avec lui, ça ne le dérangeait pas. On était déjà ensemble donc pas de soucis (...) Pas du tout, aucune protection, aucune prudence. » Pour Edwige, deux stratégies de protection sont mises en œuvre, l'une dans le cadre du couple, l'autre avec les partenaires de consommation : « On se disait quand même qu'on ne voulait pas attraper

Figure 2 Pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites lors de la consommation de drogues (dans le dernier mois). Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France (N=1 461) / Figure 2 Practices at risk of HIV and hepatitis transmission during the consumption of drugs (in the last month). Comparison between men and women who responded to the 2004 ANRS-Coquelicot Survey, France (N = 1,461)



l'hépatite, mais de lui à moi, on ne faisait pas attention. Avec les autres quand même on rinçait les pompes, tout ça... »

Le volet socio-anthropologique met également clairement en évidence les stratégies de protection différenciées selon le type de lien avec les partenaires de consommation, dans le cas de la pratique du sniff, à l'instar de l'injection. Ainsi, Joséphine, 24 ans, semble ne pas avoir intégré les risques potentiels liés à la transmission des hépatites lors du partage de la paille de sniff avec son partenaire sexuel : « *Moi je sais que je partageais ma paille avec mon copain, mais pas dans le sens où je savais, c'était juste par ce que lui et moi on avait la même paille depuis tout le temps et les autres personnes se faisaient leurs pailles.* » Aglaé, 23 ans, se considère comme plutôt respectueuse des normes de prévention relatives au non partage de la paille. Elle reconnaît « commettre des écarts », mais uniquement avec son partenaire ou des membres de la famille de celui-ci, comme si la « proximité affective » constituait une forme de protection vis-à-vis de la transmission du risque : « *...ça dépend avec qui, ça dépend avec qui. Si je suis avec mon copain et sa sœur, non. Mais je sais que c'est débile, c'est complètement subjectif, c'est juste un rapport... amical (rires), ça veut rien dire par rapport à la santé quoi (...)* Cette fois-là, je pense que j'ai pas fait gaffe, après... enfin... je vais te dire 80 % des cas je vais... je vais avoir ma paille que je vais me faire toute seule avec un billet ou un bout de papier, et sinon si je la partage ça sera avec mon copain quoi, voilà. »

Nadia, 21 ans, met très clairement en œuvre deux stratégies de préservation de soi, l'une avec son compagnon avec lequel elle s'autorise le partage de la paille ; et la deuxième, avec ses autres partenaires de consommation avec lesquels le couple s'interdit formellement le partage du matériel : « *Ouais avec une... avec une paille... avec une paille qu'on a fait si tu veux... on a pris chacun un billet et hop on l'a roulé et...on avait chacun... enfin moi et mon copain on en avait qu'une pour tous les deux mais il me semble que les autres ils ont... ils ont chacun fait la leur... mais de toute façon il était hors de question qu'on utilise la paille d'un autre mec... »*

Discussion

Les deux approches disciplinaires et méthodologiques utilisées dans Coquelicot se complètent dans la mesure où l'épidémiologie permet ici de décrire, de mesurer et d'accéder dans une certaine mesure à la généralisation, et la socio-anthropologie, d'approfondir des données et de comprendre des processus sociaux, à partir d'un nombre plus limité de cas [6]. Dans le volet socio-anthropologique, il est important de prendre en compte le contexte d'énonciation. Les femmes, en effet, se sont prêtées aux entretiens sans difficulté et elles se sont livrées plus facilement que les hommes. Elles ont longuement raconté leurs trajectoires et se sont attardées sur les prises de risque et leur contexte, de manière souvent plus détaillée que les hommes. La confrontation des

deux volets de l'enquête met en évidence que les femmes UD sont dans une situation de grande vulnérabilité face aux risques infectieux, en particulier du VIH et des hépatites. Les pratiques des femmes UD présentées ici mettent en évidence la dimension de la vulnérabilité de manière « archétypale ». Il est important de souligner que les femmes étudiées dans Coquelicot se situent plutôt dans un rapport « problématique » aux drogues et ont recours au dispositif spécialisé. Ces données ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble des femmes consommant des produits psychoactifs.

Le volet socio-anthropologique de l'enquête Coquelicot fait apparaître que les pratiques de partage du matériel lié à la consommation de drogues (seringue, récipient, filtre pour l'injection ; paille pour l'inhalation) chez les femmes se déroulent le plus souvent au sein du couple. Dans la dynamique du couple, le « conjoint » usager de drogues est souvent le détenteur du produit, l'initiateur aux drogues et à l'injection. Pour une partie des femmes UD, la possibilité de consommer est étroitement liée aux occasions qui leur sont offertes par leur compagnon. Cette absence de maîtrise des circonstances de l'acte de consommer constitue un frein pour avoir à sa disposition du matériel stérile et favorise ainsi l'exposition au risque vis-à-vis du VIH et des hépatites. La temporalité de l'acte d'injection qui succède à l'injection du partenaire en utilisant le même matériel expose les femmes de manière plus importante aux risques infectieux. L'importance du partage du filtre chez les femmes symbolise ce manque d'autonomie, les filtres abandonnés par les autres UD étant un moyen de consommer des résidus de produit de manière économique. Les résultats de l'enquête Coquelicot sont confortés dans leur complexité par la littérature internationale qui met en évidence la dépendance des femmes UD vis-à-vis de leur partenaire au moment de l'initiation, puis au cours de leur carrière d'usagère de drogues [7,8], ainsi que leur forte exposition au risque de partage du matériel lié à l'injection en raison de leur manque d'autonomie quant au choix des circonstances de consommation [9].

L'autonomisation des femmes UD et leur capacité à négocier la protection au sein du couple constituent les leviers de la prévention dans cette population. La prévention des risques chez ces femmes doit aller au-delà d'une simple approche individuelle, en intégrant la dimension du couple, et plus globalement la dimension sociale des rapports hommes/femmes [10].

Remerciements

À tous les usagers de drogues, aux enquêteurs et aux professionnels des dispositifs spécialisés et aux médecins généralistes ayant participé à l'enquête dans les cinq villes.

Paris : Nova Dona, Pierre Nicolle, Horizons, La Corde Raide, Charonne, SOS DI, Drogues Jeunes, Moreau de Tours, Murger, Cassini, Emergence, Ego, MDM, Aides, La Terrasse, Marmottan, Dr Majerloch, Dr Margelisch, Dr Molinier, Dr Joory, Dr Ekue, Dr Bezanson, Dr Demoor, Dr Francoz, Dr Gandour

Lille : Boris Vian, CITD, Espace du Possible, Le Cèdre Bleu, Aides, Dr Marouzev, Dr Heunet, Dr Messaadi, Dr Debomy, Dr Matton, Dr Riff, Dr Flageollet

Strasbourg : Espace Indépendance, ALT, Le fil d'Ariane, Dr Bernard-Henry, Dr Verhnes, Dr Garnier, Dr Gras, Dr Michel, Dr Rolland-Jacquemin, Dr Sellam

Bordeaux : MDM, Ceid, Montesquieu, Pellegrin, Parlement Saint-Pierre, Dr Lorans, Dr Quilichini, Dr Sagardoy, Dr Thibaut, Dr De Ducla, Dr Canovas

Marseille : AMPTA, MDM, Aides, Sainte-Marguerite, Intersecteur des pharmacodépendances, SOS DI, Le Cabanon, Dr Beria, Dr Federici, Dr Philibert, Dr Martin, Dr Robichon, Dr Brun, Dr Hakoun, Dr Hariton, Dr Chiappe

Enquêteurs de l'enquête épidémiologique :

Paris : A Aberkane, I Alet, P Boudet, B Burnel, C Flament, S Golenishev, E Guillais, C Hamelin, H Léon, L Quaglia, J Quenet-Vincent, M Roussier, M Tiloy, B Schuh

Lille : P Legroux, A Luyckx, M Makouala, C Sarazin

Strasbourg : M Duwig, N Olivier-Martin, J Oswald,

Bordeaux : F Bordes, P Chambreau, E Lion, E Martinheira, E Rappeneau

Marseille : C Coquillat, J Denoyer, H Habert, C Latard, M Mounition, H Sigaud

Partenariat méthodologique de l'Ined : C. Lefevre, M. Quaglia, N. Razandratsima, G. Vivier

Partenariat biologie : CNR VIH de Tours : F. Dubois, F. Barin

Suivi des enquêteurs : K Guenfoud, AM Noel

Enquêteurs de la recherche socio-anthropologique : A Benrezhkala, F Chatot, L Oudaya, S Priez

Comité scientifique : F Beck, V Doré, A Ehrenberg, JM Firdion, I Grémy, F Lert

Références

[1] Tortu S, McMahon JM, Pouget ER, Hamid R. Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C. *Subst Use Misuse*. 2004; 39:211-24.

[2] Lejeune C, Simmat-Durand L, Gourarier L, Aubisson S. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution. *Drug Alcohol Depend*. 2006; 82:250-7.

[3] Vidal-Trecan G, Coste J, Coeuret M, Delamare N, Varescon-Pousson I, Boissonnas A. Les comportements à risque des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC?. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1998; 46:193-204.

[4] Jauffret-Roustide M, Oudaya L, Rondy M, Kudawu Y, Le Strat Y, Couturier E et al. Life trajectory and risk-taking among women drug users. *Med Sci (Paris)*. 2008; 24 Spec N° 2:111-21.

[5] Maranda MJ, Han C, Rainone GA. Crack cocaine and sex. *J Psychoactive Drugs*. 2004; 36:315-22.

[6] Jauffret-Roustide M. Sciences sociales et épidémiologie : des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues. *Bull Epidemiol Hebd*. 2006; 2-3:21-3.

[7] Hser YI, Anglin MD, McGlothlin W. Sex differences in addict careers. Initiation of use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1987; 13:33-57.

[8] Kral AH, Bluthenthal RN, Erringer EA, Lorvick J, Edlin BR. Risk factors among IDUs who give injections to or receive injections from other drug users. *Addiction*. 1999; 94:675-83.

[9] Freeman RC, Rodriguez GM, French JF. A comparison of male and female intravenous drug users' risk behaviors for HIV infection. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1994; 20:129-57.

[10] Gollub EL. A neglected population : drug-using women and women's methods of HIV/STI prevention. *AIDS Educ Prev*. 2008; 20:107-20.

Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France

Stéphanie Toutain (stephanie.toutain@parisdescartes.fr)

Université Paris Descartes, Cesames, Centre de recherches « Psychotropes, santé mentale, société » (CNRS UMR8136, Inserm U611), Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'exposition prénatale à l'alcool peut être responsable d'un ensemble plus ou moins complet d'anomalies malformatives et dysmorphiques et de troubles du développement chez l'enfant à naître, allant du syndrome d'alcoolisation fœtale à des effets plus subtils. Malgré la mise en œuvre d'une politique de prévention contre les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse, de nombreuses femmes continuent d'en consommer. Il importait de faire le point sur l'état des connaissances et des opinions des femmes enceintes afin de comprendre comment elles se représentent les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse et la façon dont elles perçoivent les messages qui leur sont destinés.

Méthode – Une approche qualitative issue de discussions de quarante deux femmes enceintes échangeant sur trois forums Internet en 2007 a été mobilisée pour répondre aux questions posées.

Résultats – La recommandation de l'abstinence est mal comprise par les femmes, qui connaissent peu les conséquences de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître. Enfin, les sources d'informations de ces femmes concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse sont diverses, mais leur propre mère demeure la source qu'elles estiment la plus digne de confiance.

Mots clés / Key words

Alcool, grossesse, abstinence, représentations sociales, syndrome d'alcoolisation fœtale / Alcohol, pregnancy, abstinence, social representations, fetal alcohol syndrome

Introduction

La question des représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse a été peu traitée en France comme à l'étranger. Une étude canadienne [1] mobilisant une approche qualitative (32 entretiens semi-directifs et focus groupes) fait état de différences sociales : les représentations se baseraient sur le sens commun pour les femmes des milieux sociaux les moins favorisés, tandis qu'elles s'appuieraient sur les connaissances scientifiques pour les femmes des milieux sociaux les plus favorisés. Par ailleurs, les premières auraient des représentations plus rigides et tranchées que les secondes. Une étude quantitative américaine [2] complète ce constat et montre des représentations plus tranchées pour les nullipares et les consommatrices légères. Malgré l'existence de travaux consacrés aux conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool depuis la fin des années 1960 [3], la nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention contre les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse a émergé en 2004, quand quatre femmes ayant donné naissance à un enfant porteur du syndrome d'alcoolisation fœtale à Roubaix ont accusé le gouvernement de ne pas les avoir informées des dangers potentiels de la consommation d'alcool. C'est à partir de ce moment-là qu'ont commencé les discussions concernant l'étiquetage des bouteilles de boissons alcoolisées. Elles se sont concrétisées

avec l'amendement Payet de 2005 (intégré dans la loi du 11 février 2005 relative aux droits des personnes handicapées et son arrêté du 2 octobre 2006), qui impose l'apposition d'un message sanitaire sur les bouteilles d'alcool à l'attention des femmes enceintes. Cet amendement constitue un complément aux dispositions de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique en matière de consommation d'alcool chez les femmes enceintes. Cette loi recommande, en vertu du principe de précaution, de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse. Elle prévoit la diffusion de cette information à l'attention des professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes et PMI) par un courrier de sensibilisation accompagné de cartes postales d'information à remettre aux patientes, et leur formation aux effets de l'alcool sur le fœtus. À l'attention du grand public, elle prône d'une part des campagnes d'information sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, et d'autre part une sensibilisation aux risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse dans les collèges et lycées. En dépit de cet étiquetage et des campagnes de prévention, de nombreuses femmes enceintes continuent à consommer de l'alcool pendant la grossesse [4]. Il importait donc de faire le point sur l'état des connaissances et des opinions des femmes enceintes afin de comprendre comment elles se représentent les risques de la consommation

d'alcool pendant la grossesse et la façon dont elles perçoivent les messages qui leur sont destinés. Les objectifs de cette recherche étaient donc, d'une part, d'identifier les représentations des futures mères en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse, et d'autre part de mieux connaître les perceptions des messages qui leur sont transmis pour influencer leurs comportements. Les représentations sociales « *savoirs de sens commun* » [5] constituent le filtre par lequel les messages concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse sont interprétés et vécus. Quant aux mères consommatrices d'alcool, elles sont perçues comme étant de mauvaises mères et stigmatisées par les professionnels de santé. Cette stigmatisation les incite fortement à une sous-déclaration de leur consommation, afin d'éviter des sanctions sociales comme le retrait de la garde de leur enfant [6].

Matériel et méthode

Le recours à une approche qualitative était particulièrement approprié pour identifier les représentations des consommations d'alcool des femmes enceintes. Le choix a été fait de recueillir et d'analyser le contenu des discussions de quarante-deux femmes enceintes à différents termes de leur grossesse sur des forums de discussion Internet, outil récent de communication et donc original de recueil d'un corpus, dans lesquels elles s'exprimaient sur le thème « Alcool

What women say about alcohol abstinence during pregnancy in France

Introduction – Prenatal exposure to alcohol may be responsible for a series of malformations and dysmorphic disorders, as well as dysfunctions in the fetuses' development. These can be as severe as fetal alcohol syndrome (FAS) or in their less severe form as fetal alcohol spectrum disorders (FASD). In spite of the implementation of a prevention policy on the dangers of alcohol consumption during pregnancy, many pregnant women continue to consume alcohol. It was therefore important to review the state of knowledge and opinions of the pregnant women concerned to understand how they consider the risks of alcohol consumption during pregnancy, and their perception of messages intended to them.

Method – A qualitative approach based on discussions with forty-two pregnant women, exchanging on three Internet chat groups during 2007 was used to answer questions of interest for our study.

Results – The recommendation for total abstinence is poorly understood by women, who know little about the consequences of alcohol consumption on unborn children. Finally, the sources of information of these women about the consumption of alcohol during pregnancy are varied, but their mothers remain their most credible source.

et Grossesse » dans la rubrique « Alimentation et grossesse ». Trois forums destinés principalement aux femmes ont été consultés en 2007 : un forum d'échanges médicaux « atoute.org » ; deux forums généralistes « aufeminin.com » et « famili.fr ». Les paroles expertes en réponse aux énoncés des femmes enceintes n'ont pas été prises en compte dans la mesure où un seul site le proposait. L'utilisation des pseudonymes sans table de correspondance permettant de revenir vers l'identité de ces personnes, et leur remplacement par un prénom pour le traitement des données et l'analyse, placent cette recherche dans le cas d'un anonymat au sens strict rendant inutile une demande d'autorisation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Le corpus de données comporte 250 messages caractérisés par un pseudonyme, parmi lesquels 110 étaient accompagnés d'un profil précisant au bon vouloir de l'internaute sa date de naissance, sa profession, son nombre d'enfants et leur âge, sa région de résidence, le sexe de son futur enfant. L'âge était connu pour 45 % de ces internautes, et une minorité a dévoilé spontanément au cours de discussions sur ces forums qu'elles appartenaient à une profession médicale, vraisemblablement pour mieux venir en aide aux « copines » ou se vêtir d'autorité. Les discussions ont été traitées avec le logiciel NVivo® 8. Une analyse thématique a fait émerger les grands thèmes rassembleurs. Les extraits de ces discussions utilisés dans le corps de ce texte ont été restitués tels quels avec les défauts d'écriture afin de rendre compte du niveau d'expression de ces femmes.

Résultats

Quantités et fréquences acceptables

La recommandation de l'abstinence (thème évoqué par 80 % des internautes), à l'exception des femmes exerçant une profession médicale et des abstinentes, est mal comprise dans la mesure où elle n'est pas perçue comme absolue. La représentation dominante de ces internautes ne porte pas sur l'abstinence¹ mais plutôt sur la tolérance² de quelques écarts de consommation de temps à autre pour se faire plaisir et se détendre : « *quelques gorgées de vin de temps en temps ne me choquent pas...* » (Emmanuelle, agent immobilier, 29 ans). Ce constat se vérifie surtout pour les femmes de niveau d'études supérieures et celles de niveau d'études secondaires, avec des enfants et/ou une mère ayant consommé de l'alcool pendant sa grossesse. Ces femmes considèrent qu'il s'agit « *d'un rythme assez répandu chez les femmes enceintes* » et adaptent donc les messages sanitaires qui leur sont transmis « *zéro alcool* » en concordance avec leurs propres intérêts (bien-être ou plaisir) et l'expérience positive de leur propre mère.

Par ailleurs, ces femmes distinguent les alcools tolérés « *les alcools doux* », des alcools à bannir « *les alcools forts* ». Pour elles, les différents alcools n'auraient pas les mêmes effets sur l'enfant à naître, seuls les alcools forts ayant des effets délétères : « *l'alcool fort peut vraiment avoir des conséquences graves sur le développement du bébé... un verre de vin, c'est bon pour le cœur* » (Nathalie, institutrice, 23 ans). Quant aux périodes de consommation, le premier

trimestre est considéré comme la seule période à risque : « *car c'est pendant ce temps que les organes se forment* » (Caroline, 20 ans). Cela n'empêche pas qu'une minorité de femmes n'acceptent pas la transgression en raison de leurs connaissances des risques encourus pour l'enfant à naître : « *donner à ton bébé une dose d'alcool de temps en temps... ça me révolte... ton comportement est très égoïste* » (Josephine, infirmière, 30 ans). Ces femmes « *intransigeantes* » sont abstinentes. Minoritaires, elles sont d'une part sans profession et nullipares donc souvent avec un niveau d'éducation plus ou moins réduit, et d'autre part à l'inverse exercent une profession médicale donc plus sensibilisée aux conduites adaptées. La consommation d'alcool pendant la grossesse est, pour elles, un comportement « *d'irresponsables* ».

Conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse sur l'enfant à naître, thème abordé par 20 % des internautes, sont peu connues. Très peu d'internautes (3) sont capables de nommer le syndrome d'alcoolisation foetale. Une minorité de femmes, les abstinentes et/ou les professionnelles de santé, peuvent désigner une ou deux caractéristiques du syndrome telles que « *l'hyperactivité, le retard de langage, le retard scolaire, le retard mental, le faciès particulier* ». Les autres internautes, et notamment celles ayant déjà des enfants, constatent plutôt des non-conséquences de la consommation d'alcool : « *des femmes enceintes j'en connais plein, qui ont consommé d'alcool +, leur enfant sont en pleine santé* » (Sarah, 31 ans, coiffeuse, deux enfants). Le savoir populaire, celui basé sur l'expérience, apparaît primordial pour ces femmes avec un niveau d'études secondaires et dont la propre mère a consommé pendant sa grossesse.

Sources d'information

Les sources de connaissances de ces internautes concernant la consommation d'alcool, abordées par un tiers d'entre elles, sont diverses. Certaines, les plus diplômées, mentionnent la lecture d'ouvrages scientifiques. D'autres femmes parlent des émissions télévisuelles « *le journal de la santé et les maternelles...* » (Marion, 21 ans), des sites Internet sur le syndrome d'alcoolisation foetale, ou encore des campagnes de prévention menées par le gouvernement. Les informations reçues par les professionnels de santé au cours des visites prénatales sont très peu présentes dans le discours de ces femmes. Elles voient leurs gynécologues comme des sources d'informations contradictoires, « *y en a pas un gygy qui dit la même chose...* » (Géraldine, 31 ans). De plus, la plupart des femmes ont été informées par leurs gynécologues à la suite de leurs demandes « *quand je lui est posé la question gygy m'a dit qu'un verre de vin par jour n'était pas nocif et au contraire très bon pour le cœur* » (Esther). Une minorité de gynécologues ont eu des positionnements très tranchés et précis : « *zéro alcool pendant la grossesse* » (Isabelle, 33 ans).

Les femmes, surtout celles avec un niveau d'études secondaires, se réfèrent abondamment à l'expérience de leur mère et minimisent de ce fait les dangers de la consommation d'alcool.

Elles démontrent ainsi concrètement par leur histoire de vie familiale que cette consommation n'a pas forcément des effets délétères sur le fœtus : « *ma mère a continué à boire deux verres par jour toute sa grossesse, et nous sommes normales* » (Erika, 25 ans, assistante de direction). La mère avec son récit d'expérience semble être la personne dont l'opinion sur la consommation d'alcool a le plus de poids eu égard aux membres de la famille très peu présents dans les discussions de ces internautes. Très peu de femmes ont parlé de la pression du réseau social en lien avec leur consommation ou non d'alcool pendant la grossesse. Il n'existe pas de femmes ayant rapporté de fortes pressions de leur entourage pour cesser toute consommation d'alcool.

Discussion-Conclusion

Les discussions sur les forums présentent l'avantage d'assurer un minimum d'anonymat des échanges par l'utilisation de pseudonymes et donc une confidentialité certaine des données recueillies. Elles évitent l'inconvénient des prises de position conventionnelles face à un enquêteur dans le sens où elles permettent de récupérer les paroles échangées dans un contexte ouvert. Ce qui n'empêche pas un certain nombre d'inconvénients comme les possibilités d'erreurs et de mensonges sur le profil de l'internaute et le contenu des verbatims. De plus, cette approche ne vise absolument pas la représentativité statistique, puisqu'elle exclut les femmes n'ayant pas accès à Internet ou qui sont inhibées par leurs difficultés d'expression écrite, et qu'elle sous-représente vraisemblablement les femmes les plus âgées ainsi que celles issues des milieux les moins favorisés [7]. Ceci implique que les points de vue échangés entre ces femmes demeurent un indicateur, sans pour autant être généralisable à l'ensemble des femmes.

Trois représentations émergent autour de la consommation d'alcool pendant la grossesse, qui confirment et complètent les résultats des études canadienne et américaine [1,2] : pour l'ensemble des internautes, la consommation excessive d'alcool n'existe pas en raison de la responsabilité de la femme enceinte envers l'enfant qu'elle porte (norme commune) et de l'image de la mauvaise mère que véhiculerait une telle consommation. Les deux autres représentations s'élaborent à partir des perceptions du risque, qui se construisent à partir des connaissances, du niveau d'études, de la profession exercée, du nombre d'enfants de ces internautes mais aussi de l'expérience de leur propre mère. Pour les internautes de niveau d'études supérieures ou celles de niveau d'études secondaires, avec des enfants et/ou dont la propre mère était consommatrice pendant la grossesse, la consommation modérée et occasionnelle est sans danger pour l'enfant à naître. Enfin, pour les abstinentes ou celles exerçant des professions de santé, toute consommation même modérée est inacceptable, car en contradiction avec l'image de la « bonne mère » pour les premières et en raison des risques pour l'enfant à naître pour les secondes. À l'évidence, la majorité d'entre elles ne mesure pas que le risque de donner naissance à un enfant porteur du syndrome d'alcoolisation foetale est

¹ Ne pas avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois.

² Avoir consommé de l'alcool une à deux fois par mois au cours des douze derniers mois.

aussi fonction de la susceptibilité du fœtus qui est variable d'un individu à l'autre. Autrement dit, à dose égale, l'atteinte peut être variable [8]. Pourtant, il apparaît que la recommandation de l'abstinence est mal comprise dans la mesure où elle n'est pas perçue comme absolue surtout pour les femmes issues des milieux socio-économiques les plus favorisés. Ce constat corrobore les résultats de l'étude qualitative exploratoire « Alcool et grossesse » selon lesquels « arrêter de boire » signifie « ne pas consommer régulièrement » et n'exclut pas de prendre un verre de temps en temps [9,10]. Enfin, ces internautes, à l'exception de celles exerçant une profession médicale, ne mesurent pas non plus les conséquences irréversibles que ce syndrome peut engendrer à l'âge adulte et notamment les inaptitudes sociales, professionnelles et familiales [11].

Les professionnels de la santé semblent assez mal à l'aise pour aborder le sujet de la consommation d'alcool avec les femmes enceintes et celles désireuses de l'être malgré les campagnes d'information incitatives. La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue pour eux un véritable tabou, en raison d'une part du déni de l'alcoolisme féminin et, d'autre part, de la peur de heurter ou de culpabiliser la femme enceinte par des questions déplacées sur l'alcool. De plus, médecins et gynécologues sont peu ou pas informés des risques et conséquences, en contradiction avec le cadre légal, et pratiquement en l'absence de guide de bonnes pratiques à l'échelon national. Enfin, il n'existe aucune obligation d'enseignement de ces risques et conséquences dans l'apprentissage des professionnels de santé, sauf volonté administrative et médicale au niveau de quelques écoles ou facultés. D'ailleurs, une partie de ces femmes favorables au « zéro alcool » récuse cette approche « laxiste » d'une majorité de gynécologues, peu

enclins à condamner clairement l'alcool. En effet, leur confusion des risques et conséquences finit par brouiller le message de prévention. Outre les connaissances acquises par l'intermédiaire des professionnels de santé, les perceptions de la consommation d'alcool pendant la grossesse et de ses risques peuvent être influencées par l'héritage familial et les relations entretenues avec le réseau social [1]. Les mères semblent jouer un rôle capital à l'égard des consommations d'alcool de leurs filles pendant la grossesse. Ces internautes, surtout pour celles issues des milieux socio-économiques les moins favorisés, se réfèrent abondamment à l'expérience de leur propre mère pour justifier les choix qu'elles font. Pour certaines, ces expériences occupent une place prépondérante dans leurs représentations [11] et leur discours accorde peu de crédit aux messages des professionnels de santé, jugés irréalistes ou basés exclusivement sur des écrits [1]. Plusieurs femmes ont rapporté les non-conséquences de la consommation d'alcool de leur mère pendant leur grossesse. On voit ici toute la dimension personnelle des représentations de la consommation d'alcool au cours de la grossesse [1]. D'une manière générale, il n'existe pas de femmes ayant rapporté de fortes pressions de leur entourage pour cesser toute consommation d'alcool, ni même de leur conjoint censé jouer un rôle important selon les professionnels de santé.

Les représentations dominantes sur la consommation d'alcool pendant la grossesse opposent le « bien boire » - de temps en temps des alcools doux - et le « mal boire » - quotidiennement des alcools forts - lié à la représentation du « trop boire » et de « l'alcoolique ». Ces représentations confirment l'image positive véhiculée par le vin et la bière dans la société française, considérés comme des « produits naturels », traditionnellement bons pour la santé, dont il suffirait de

limiter sa consommation. Les représentations plutôt axées sur la nécessité de l'abstinence de la femme enceinte résultent davantage des représentations de la femme comme « bonne mère », que des dommages pour l'enfant à naître [6]. Il serait souhaitable que les professionnels de santé et plus spécifiquement les gynécologues harmonisent leur message de prévention en recommandant l'abstinence de toute consommation d'alcool pendant la grossesse au regard des conséquences irréversibles sur l'enfant à naître. Des campagnes de sensibilisation devraient être mises en œuvre pour marquer la conscience collective, en déstructurant les préjugés tout en les remplaçant par un message préventif et sécuritaire.

Références

- [1] Audet C, April N, Guyon L, De Koninck M. Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes. Institut national de santé publique du Québec. 2006; 63 p.
- [2] Stutts MA, Patterson LT, Hunnicutt GG. Females' perception of risks associated with alcohol consumption during pregnancy. *Am J Health Behav.* 1997; 21 (2):137-46.
- [3] Lemoine P, Harousseau H, Bortyru JP, Menuet JC. Les enfants de parents alcooliques : anomalies observées à propos de 127 cas. *Ouest Médical.* 1968; 8:476-82.
- [4] Inpes. L'Europe et l'alcool. *Alcool Actualités.* 2007; 35(10):1-8.
- [5] Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.
- [6] Simmat-Durand L. Les mères toxicomanes, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviante et Société.* 2007; 31:305-30.
- [7] Frydel Y. Internet au quotidien : un Français sur quatre. Insee Première. Mai 2006; 1076:1-4.
- [8] Inserm. Alcool : effets sur la santé. Paris : Inserm, 2001.
- [9] Irdes. Les problèmes de l'alcool en France. *Questions d'Économie de la Santé.* Janvier 2008; 129:1-6.
- [10] Abel EL. Fetal alcohol syndrome in families. *Neurotoxicol Teratol.* 1988; 10(1):1-2.
- [11] Danel T, Karila L, Mezerete C. Syndrome dysexécutif et addiction. *Alcoologie et Addictologie.* 2007; 29:27-32.

Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008

Juliette Bloch (j.bloch@invs.sante.fr)¹, Christine Cans², Catherine De Vigan³, Ludvine de Brosses⁴, Bérénice Doray⁵, Béatrice Larroque⁶, Isabelle Perthus⁷

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2/ Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (Rheop), Centre hospitalier universitaire, Grenoble, France
3/ Inserm, UMR S149, IFR 69, Paris, France 4/ Registre des malformations en Rhône-Alpes, Faculté de médecine Laennec, Lyon, France
5/ Registre des malformations congénitales d'Alsace, Faculté de médecine, Strasbourg, France
6/ Inserm U149, IFR69, Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, Paris, France 7/ Centre d'études des malformations congénitales en Auvergne, Chamalières, France

Résumé / Abstract

Une étude de faisabilité de la surveillance à la naissance du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) a été mise en place dans les régions et départements français couverts par des registres de malformations congénitales ou de handicap de l'enfant pendant deux années. Les cas étaient inclus s'ils présentaient un retard de croissance intra-utérin portant sur le poids, la taille ou le périmètre crânien, des éléments dysmorphiques caractéristiques du SAF. La consommation d'alcool était recherchée au moyen d'un questionnaire alimentaire.

Au total 34 cas ont été inclus, dont 21 ont été classés comme SAF à la naissance, mais seuls 12 cas ont été considérés comme des SAF confirmés par un suivi à neuf mois. Tous les cas confirmés ont été inclus en Alsace et dans le Rhône. Les taux de prévalence calculés varient d'un département à l'autre et d'une année d'étude à l'autre, suggérant une sous-déclaration importante, très opérateur dépendante.

Mots clés / Key words

Syndrome d'alcoolisation fœtale, surveillance, faisabilité / *Fetal alcohol syndrome, surveillance, feasibility*

Feasibility of fetal alcohol syndrome surveillance, France, 2006-2008

A feasibility study on the surveillance of fetal alcohol syndrome (FAS) at birth was set up in the French regions and districts covered by registries of congenital malformations or child disabilities for two years. Cases were included if they presented with an intrauterine growth delay related to the weight, size or head circumference, and dysmorphic features of the FAS. Alcohol consumption was searched using a dietary questionnaire.

A total of 34 cases was included, of whom 21 were classified as FAS at birth, but only 12 cases were considered as confirmed FAS through a nine-month follow-up. All confirmed cases were included in the Alsace and Rhône districts. The prevalence rates calculated varied from one district, as well as from one study year to the other, suggesting significant underreporting, which is very operator-dependent.

Introduction

Les « désordres liés à l'alcoolisation fœtale » (*Fetal alcohol spectrum disorders*) représentent un ensemble de tableaux cliniques plus ou moins sévères, conséquences d'une consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. Les déficits d'apprentissage et de comportement, source de difficultés d'insertion sociale, alors qu'il s'agit d'une pathologie entièrement accessible à la prévention, en font un vrai problème de santé publique. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) en est la forme la plus sévère causée par une consommation maternelle d'alcool importante pendant la grossesse, rarement recherchée et reconnue, qui associe un syndrome dysmorphique facial difficile à mettre en évidence, notamment à la naissance, un retard de croissance non spécifique et des troubles du développement neurologique [1]. En l'absence de critère biologique ou radiologique spécifique, son diagnostic est particulièrement difficile à la naissance. Les éthyl-esters d'acides gras dosés dans le méconium des nouveau-nés seraient un marqueur de la consommation maternelle, mais celui-ci n'est pas validé pour une utilisation en routine [2]. La difficulté à reconnaître la dysmorphie à la naissance, le tabou de la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'absence de traitement spécifique se conjuguent pour que le diagnostic reste souvent ignoré. Pourtant, une prise en charge psychomotrice précoce de l'enfant améliore le pronostic et permet la prise en charge de la mère, parfois le diagnostic chez un aîné voire la prévention pour une grossesse ultérieure.

La difficulté à reconnaître le SAF explique l'absence de chiffres récents de prévalence dans la population française. Les dernières données publiées sont celles de l'équipe de Dehaene, estimant l'incidence du SAF parmi les naissances de la maternité de Roubaix à 1 cas pour 820 naissances en 1991. Par extrapolation à la France entière, ce serait 800 à 1000 enfants qui seraient concernés par an, et jusqu'à 1 sur 200 pour les atteintes moins sévères [3]. En 2004, le ministre chargé de la Santé demandait à l'Institut de veille sanitaire de mettre en place une surveillance de ce syndrome, dans les suites de la plainte contre l'État portée par quatre femmes de Roubaix ayant donné naissance à des enfants atteints de SAF pour défaut d'information sur les méfaits de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Les résultats de l'étude de faisabilité de la surveillance du SAF à la naissance sont présentés ici, première étude française de ce type réalisée à grande échelle géographique.

Méthode

L'étude a porté sur le repérage à la naissance des enfants hypotrophes, présentant un ou deux des éléments du syndrome facial caractéristique et dont la mère pouvait avoir consommé de l'alcool de manière excessive pendant la grossesse, ou présentait des antécédents connus de difficultés avec l'alcool. Cette étude reposait initialement sur la base géographiquement définie par les zones d'implantation des registres de malformations congénitales et de handicap de l'enfant, permettant de bénéficier du réseau de collaboration et d'enquêteurs en maternité mis en place par les registres. Certaines maternités privées et publiques ayant refusé de participer, l'étude a concerné les naissances de quatre

maternités parisiennes, de toutes les maternités publiques et privées du département du Rhône, à l'exception d'une maternité publique, les maternités publiques et privées du Puy-de-Dôme, quatre maternités publiques alsaciennes et toutes les maternités publiques et privées du secteur sanitaire 4 de l'Isère. De 20 à 60 SAF étaient attendus sur deux ans pour une prévalence variant de 0,3 à 1 pour 1 000, sur environ 61 000 naissances annuelles. Devait être inclus dans l'étude tout nouveau-né né après 30 semaines d'aménorrhée, présentant une hypotrophie (poids ou taille ou périmètre crânien (PC) < 10^{ème} percentile selon les courbes de Mamelle et coll., 1996), une dysmorphie faciale évocatrice de SAF [4] car comportant au moins un philtrum plat (niveaux 4 ou 5 du guide philtrum-lèvre) ou une lèvre supérieure fine (niveaux 4 ou 5 du guide philtrum-lèvre). Le critère des fentes palpébrales petites (longueur inférieure à - 2 DS par rapport à la moyenne) n'a pas été pris en compte pour l'inclusion car il s'est avéré souvent trop difficile à évaluer dans les premiers jours de vie. L'inclusion avait lieu au cours du séjour en maternité ou en néonatalogie en cas de transfert. Un CD-ROM avec photos et documentation, ainsi que la réglette lèvres-philtrum de Astley¹ étaient fournis à chaque maternité. Le recueil de données comportait des renseignements cliniques sur l'enfant, les antécédents maternels, dont la notion éventuelle de consommation d'alcool évaluée par les professionnels (sage-femme, obstétricien, travailleur social). La consommation d'alcool était ensuite abordée par un enquêteur du registre, au travers d'un questionnaire général portant sur tous les types d'aliments et de boissons consommés avant et pendant la grossesse. Avec l'accord du comité scientifique de l'étude et de la CNIL, l'enquête était présentée aux mamans comme une étude sur l'alimentation maternelle des enfants hypotrophes, afin de ne pas amener l'enquêteur à révéler un diagnostic de SAF qui n'aurait pas encore été annoncé par le pédiatre. En revanche, la prise de photographies avait été écartée par le comité scientifique car non justifiée par l'intitulé de l'enquête. Lorsque la mère refusait de participer, le cas était comptabilisé pour le calcul de la prévalence, s'il semblait confirmé par le pédiatre.

A l'issue de l'enquête, le cas était classé en :

- SAF confirmé : hypotrophie, un ou deux signes de dysmorphie et consommation d'alcool très probable par la mère (et/ou antécédent de problèmes liés à l'alcool) ;

- SAF suspect : hypotrophie, un signe de dysmorphie et une consommation d'alcool suspectée ou antécédents personnels ou familiaux en faveur d'une consommation d'alcool ;

- SAF douteux : hypotrophie et deux signes de dysmorphie mais pas de consommation d'alcool suspectée ni d'antécédent en faveur de l'origine de cette hypotrophie.

Avec l'accord de la mère, le médecin traitant était contacté entre l'âge de 6 mois et 9 mois, pour établir le statut définitif du cas (9 mois correspondant au certificat du 9^{ème} mois). En effet, la persistance d'une hypotrophie et/ou des anomalies du développement psychomoteur est très évocatrice de SAF. Enfin, afin de permettre d'identifier des SAF qui auraient échappé au dépistage à la naissance, le secteur PMI² et le CAMSP³ étaient interrogés régulièrement jusqu'à un an après l'arrêt des inclusions.

Résultats

La participation des maternités s'est avérée difficile, le plus souvent pour « manque de temps », parfois en raison du sujet jugé « trop sensible ». Les maternités de Paris ont été exclues la deuxième année de l'étude, et seul le Puy-de-Dôme a participé pour la région Auvergne. Au total, 34 enfants ont été inclus au cours des deux années de l'étude qui s'est déroulée de février 2006 à février 2008, dont 21 considérés comme SAF confirmés ou suspects. Sur ces 21 enfants, le diagnostic avait été écarté secondairement pour 9 enfants, d'après les données de suivi du médecin traitant. Seuls 12 cas pouvaient être considérés comme confirmés à 9 mois : 9 en Alsace et 3 dans le Rhône (tableau 1). Parmi ces 12 cas, trois mères avaient refusé de participer à l'enquête (sans motif particulier) mais le diagnostic étant formel, ils ont été comptabilisés comme SAF confirmés. Aucun diagnostic de SAF n'était confirmé parmi les inclusions des autres départements. Lorsque le SAF était confirmé, la consommation d'alcool pendant la grossesse était connue d'au moins un professionnel de santé dans 11 cas sur 12, l'équipe obstétricale (10 cas) ou parfois seulement de l'assistante sociale (1 cas). La forme néonatale du SAF est la conséquence de consommation importante, de plus de six verres par jour pendant la grossesse ou 45 verres par mois [5]. En comparaison, la quantité d'alcool que les mères des SAF confirmés déclaraient avoir bu était modeste, de l'ordre de deux à trois verres par jour (5 cas sur les 9 cas où l'information était disponible) avec des épisodes d'ivresse (pour 3 cas parmi les 5). Les mères des enfants atteints de SAF confirmés étaient souvent fumeuses (8 cas) et consommatrices de cannabis (4 cas). Parmi les cas inclus dont le SAF n'a pas été confirmé, une seule mère

¹ <http://depts.washington.edu/fasdpn/htmls/lip-philtrum-guides.htm>

² Protection maternelle et infantile

³ Centre d'action médico-sociale précoce

Tableau 1 Nombre d'inclusions et de diagnostics de SAF par département, à l'inclusion et au final, France, 2006-2008 / *Table 1 Number of FAS inclusions and diagnoses by district, at inclusion and at the end of the study, France, 2006-2008*

Département	À l'inclusion			Au final
	SAF douteux	SAF suspects	SAF confirmés	SAF confirmés
Rhône	1	1	4	3
Isère	8	1	2	0
Puy-de-Dôme	2	2	1	0
Bas-Rhin et Haut-Rhin	2	0	9	9
Paris	0	0	1	0
Total	13	4	17	12

Tableau 2 Prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale pour 1 000 naissances, en fonction de la définition et de l'année, France, 2006-2008 / Table 2 Prevalence of fetal alcohol syndrome per 1,000 births by definition and year, France, 2006-2008

Année	Type	Paris Prévalence [IC 95 %]	Alsace (Bas-Rhin et Haut-Rhin) Prévalence [IC 95 %]	Rhône Prévalence [IC 95 %]
2006	Prévalence SAF strict	0	0,69 [0,25 - 1,51]	0,12 [0,02-0,36]
	Prévalence SAF avec non hypotrophes	0,42 [0,13-0,98]	0,81 [0,32 - 1,67]	0,12 [0,02-0,36]
2007	Prévalence SAF strict	NA	0,29 [0,06 - 0,86]	0
	Prévalence SAF avec non hypotrophes	NA	0,29 [0,06 - 0,86]	0
2006-2007	Prévalence SAF strict	NA	0,47 [0,22- 0,90]	0,06 [0,01-0,18]
	Prévalence SAF avec non hypotrophes	NA	0,53 [0,25 - 0,97]	0,06 [0,01-0,18]

avait déclaré avoir bu pendant sa grossesse (1,5 verre par jour). Aucun cas supplémentaire n'avait été signalé par les services médico-sociaux pendant la période de l'étude (PMI et CAMSP). En revanche, six mères ont été signalées comme en grande difficulté avec l'alcool par les services médico-sociaux pendant la période de l'étude. Leurs enfants présentaient les signes typiques de la dysmorphie du SAF mais n'ont pas été inclus car ils n'étaient pas hypotrophes (5 à Paris et 1 en Alsace). Les taux de prévalence sont calculés avec et sans ces cas (tableau 2), par année d'étude et au total, pour les départements ayant diagnostiqué au moins un cas. Les taux varient de 0,06 [0,01-0,18] dans le Rhône sur deux années à 0,69 [0,25 - 1,51] en 2006 en Alsace ne prenant en compte que les cas avec hypotrophie et 0,81 [0,32 - 1,67] avec les non hypotrophes.

Discussion

Les taux observés dans cette étude de faisabilité amènent plusieurs réflexions. Le fait que les taux les plus élevés aient été observés la première année de l'étude suggère un défaut de reconnaissance, lié à une lassitude des professionnels au cours du temps. Les taux les plus élevés étaient observés en Alsace où la responsable du registre et de l'enquête est une généticienne clinique, contrairement aux autres registres, ce qui a pu faciliter les signalements puis écarter les faux positifs (dysmorphie non évocatrice). Les pédiatres des maternités ont eu de grandes difficultés à reconnaître la dysmorphie et, d'une manière générale, la mobilisation autour de cette enquête a été difficile à maintenir (refus de nombreuses maternités de participer), ce qui souligne le désintérêt pour cette pathologie, difficile à prendre en charge et encore taboue. Le refus de certaines maternités de participer à l'étude, alors que la charge de travail requise n'était pas importante (un maximum de cinq inclusions par an était attendu par maternité) souligne le désintérêt de nombreux professionnels de santé à dépister ce syndrome à la naissance. Certains enfants présentant à l'évidence une atteinte liée à la consommation d'alcool des mères pendant la grossesse mais sans hypotrophie n'ont pas pu être classés comme SAF. Il est vraisemblable que l'amélioration de la prise en charge des femmes

enceintes associée à une prévalence plus élevée de l'obésité conduise à améliorer la croissance *in utero* des fœtus exposés à l'alcool. Les taux obtenus sont vraisemblablement des valeurs « plancher » sous-estimant les taux réels, et très « opérateurs dépendants ». Il n'est donc pas possible d'estimer une prévalence nationale à partir des chiffres observés. Si le taux de prévalence observé en Alsace (0,81 pour 1 000 naissances) est extrapolé à la France entière, ce sont près de 600 enfants qui naîtraient chaque année atteinte de la forme sévère du SAF. Un grand nombre d'entre eux n'est pas diagnostiqué. Les États-Unis sont un des seuls pays au monde à produire régulièrement des données de prévalence du SAF basées sur un recueil actif. Les derniers chiffres de fréquences du SAF variaient de 0,3 à 4,8 pour 1 000 naissances vivantes, en fonction des caractéristiques ethniques et socio-culturelles [6]. En Australie, les chiffres rapportés par le registre de malformations congénitales allaient de 0,02 à 2,76 pour 1 000 naissances en Australie occidentale en fonction des zones géographiques et des caractéristiques ethniques des populations, mais étaient de 0,01 à 0,03 dans l'État de Victoria, ce qui est interprété comme une sous-déclaration [7]. Les prévalences estimées varient grandement en fonction du système de surveillance utilisé. Le croisement de plusieurs sources d'information est recommandé, à l'image du réseau FASSNet américain (*Fœtal Alcohol Syndrome Surveillance network*). Ce système de surveillance recoupe les signalements provenant de tout professionnel de santé susceptible de prendre en charge ces enfants à un moment ou à un autre, avec les données des bases médico-administratives des hôpitaux et services de santé. La comparaison de ce système avec une surveillance passive par les registres américains de malformations congénitales montre que la prévalence est multipliée par deux ou trois avec un système multisource [8]. Le taux de SAF dans notre enquête est aussi sous-estimé car ce dépistage est fait à la naissance, ce qui présente l'avantage de faire un dépistage systématique organisé à la maternité pour tous les enfants mais la dysmorphie faciale et les anomalies neurologiques peuvent ne pas être visibles à la naissance et détectables seulement plus tard dans

l'enfance. La sensibilisation des professionnels à la reconnaissance de ce syndrome permet aussi d'en augmenter la détection. Ainsi, en Norvège, la prévalence estimée passait de 0,3 pour 1 000 à 1,5 pour 1 000 avant et après une information active des professionnels de santé [9].

Conclusion

La prise de conscience du danger de la consommation d'alcool par les femmes enceintes et sa prise en compte dans des actions de prévention est récente : la nécessité d'une consommation « zéro » d'alcool lorsqu'on attend un enfant n'est pas encore parfaitement intégrée par la population. Cette étude a montré que le SAF existe dans presque tous les départements ayant participé à l'étude. Il est vraisemblablement largement sous-diagnostiqué, comme le montre la baisse de la prévalence la deuxième année de l'étude, et représente seulement l'effet le plus sévère sur l'enfant de la consommation maternelle d'alcool pendant la grossesse. Seule une mobilisation importante des professionnels de la périnatalité peut amener à repérer le problème de consommation d'alcool pendant la grossesse pour sinon prévenir l'apparition du SAF, du moins le diagnostiquer dès la naissance pour une prise en charge la plus précoce possible ; la mise en place de l'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois de grossesse représente une opportunité pour la prévention de cette maladie. Le renforcement de la formation des pédiatres à la reconnaissance de ce syndrome et à sa prise en charge, mais aussi des sages-femmes serait nécessaire. En l'absence d'une politique de dépistage et de diagnostic dans le cadre d'un réseau de prise en charge, il n'est pas à l'heure actuelle possible de mettre en place un système de surveillance fiable.

Références

- [1] Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, *et al.* A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders : Clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. *Pediatrics*. 2005; 115; 39-47.
- [2] Ostrea EM Jr, Hernandez JD, Bielawski DM, *et al.* Fatty acid ethyl esters in meconium: are they biomarkers of fetal alcohol exposure and effect? *Alcohol Clin Exp Res*. 2006; 30(7):1152-9.
- [3] Dehaene P, Samaille-Villette C, Boulanger-Fasquelle P, *et al.* Diagnostic et prévalence de l'alcoolisation fœtale en maternité. *Presse Med*. 1991, 20:1002.
- [4] Chambers CD, Braddock SR, Briggs GG, *et al.* Post-marketing surveillance for human teratogenicity: a model approach. *Teratology*. 2001;64:252-61.
- [5] O'Leary CM. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes. *J Paediatr Child Health*. 2004; 40(1-2):2-7.
- [6] Centers for Disease Control and Prevention. Fetal Alcohol Syndrome. Alaska, Arizona, Colorado and New-York. *MMWR*. 2002, 51:433-5.
- [7] Allen K, Riley M, Goldfeld S, Halliday J. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome in Victoria using routinely collected administrative data. *Aust N Z J Public Health*. 2007; 31(1):62-6.
- [8] Meaney FJ, Miller LA and the FASSNet Team. A comparison of Fetal Alcohol Syndrome Surveillance Network and Birth Defects Surveillance Methodology in Determining Prevalence Rates of Fetal Alcohol Syndrome Birth Defects Research (Part A) 67:819-821 (2003).
- [9] Elgen I, Bruaroy S, Laegreid L M. Lack of recognition and complexity of foetal alcohol neuroimpairments. *Acta Pædiatrica*. 2007; 96:237-41.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Directrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Éric Jouglu, Inserm CépiciDc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
 N° CPP : 0206 B 02015 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques
 12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny
 Tél. : 03 80 48 95 36
 Fax : 03 80 48 10 34
 Courriel (provisoire) : ddorey@alternatives-economiques.fr
 Tarif 2009 : France et international 62 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge
 146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge