

GREAA

GRUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

**Demi-journée « Vieillissement
et Addiction(s). Enjeux,
pratiques et collaborations »
du 12 février 2026**

Rapport de synthèse

30 avril 2026 à Lausanne

Fabrice Rosselet, chef de projet senior, GREAA

Table des matières

Table des matières	2
Préambule	3
Introduction	4
Première conférence : dimension médicale	5
Seconde conférence : dimension sociale	7
Ateliers	10
Atelier n°1 : EMS	10
Atelier n° 2 : Mise en réseau des pratiques	11
Atelier n° 3 : Soins à domicile	12
Atelier n° 4 : Résidentiel	13
Constats et axes d'intervention	14
Tensions transversales	14
Priorités partagées	15
Conclusion	16
Remerciements	16

Préambule

Les consommations de substances psychoactives des personnes âgées représentent un défi pour les professionnel·e·s sociosanitaire et de santé. Elles peuvent être invisibles et nécessitent un accompagnement adéquat, en prenant en compte les parcours de vie des personnes concernées et en renforçant la coordination professionnelle entre les différents acteurs, notamment des soins à domicile, de l'hôpital et des institutions médico-sociales. Or, les réponses sont encore fragmentées. Dans ce contexte, comment mieux repérer ces situations et renforcer la coordination entre le domaine du vieillissement et celui des addictions, afin d'adapter les réponses aux senior·e·s ?

Avec le soutien de:

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



¹ Les termes « senior·e·s » et « personnes âgées » sont utilisés de manière interchangeable dans ce document, dans un souci de lisibilité, bien qu'ils recouvrent des réalités et des usages distincts.

Introduction

Selon les projections de l'Office fédéral de la statistique, la population des 65 ans ou plus va presque doubler en Suisse dans les trente prochaines années, pour atteindre une personne sur quatre. Ce vieillissement s'accompagne d'une diversification des parcours de vie, de santé et de situations sociales. Il constitue un enjeu de responsabilité collective pour obtenir des réponses adaptées en matière de politiques publiques et de pratiques professionnelles.

Les consommations de substances psychoactives des personnes âgées représentent des défis majeurs pour les professionnel·le·s du domaine du vieillissement et des addictions. Cela implique d'accompagner des personnes qui se trouvent dans des situations complexes, à l'interface entre les deux domaines. Il s'agit ainsi de renforcer la coordination, de développer des formations spécifiques, afin d'offrir un accompagnement adapté aux vécus singuliers de chaque personne concernée.

Les consommations des senior·e·s se caractérisent par des dynamiques complexes, marquées par la polymédication, des modifications physiologiques qui renforcent les effets de certaines substances (p. ex. l'alcool) et une prévalence accrue de comorbidités. Par ailleurs, des représentations associées à la vieillesse peuvent orienter les pratiques professionnelles et les politiques publiques, entre infantilisation et invisibilisation. À l'instar de la thématique des addictions, le vieillissement est traversé par des stéréotypes pouvant être préjudiciables pour les personnes concernées.

Face à ces constats, le GREA mène le projet « Senior·e·s et Addiction(s) », structuré en deux phases complémentaires : une première phase d'échanges interprofessionnels visant à identifier les besoins du terrain, suivi d'une seconde phase de développement et de mise en œuvre d'une formation pilote. Il vise à renforcer les compétences des professionnel·le·s du domaine sociosanitaire et de la santé, dans une approche d'intelligence collective fondée sur les connaissances de terrain.

La première phase s'est tenue le 12 février 2026 à l'hôtel Alpha-Palmiers à Lausanne, sous la forme d'une demi-journée d'échanges interprofessionnels réunissant des intervenant·e·s du domaine du vieillissement. La participation s'est élevée à 100 personnes.

La demi-journée s'est organisée en deux temps : une première conférence avec une approche clinique, centrée sur les parcours de vie et les consommations, puis une seconde avec une démarche sociologique, mettant en lumière la diversité des situations de vieillissement. Quatre ateliers ont ensuite permis d'échanger à partir des pratiques sur des enjeux concrets : repérer les situations, décider comment agir, mieux travailler ensemble et assurer le suivi entre les différents lieux de prise en charge.

Première conférence : dimension médicale

« **Survol des addictions chez l'âgé entre domicile, hôpital ou EMS, qui fait quoi, pour qui et quand ?** »

Dr Franco Masdea, Médecin directeur ad interim du Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour personnes âgées au Réseau fribourgeois de Santé mentale (RFSM)

Résumé

Les conduites addictives chez les personnes âgées sont souvent invisibilisées, ce qui appelle à un renforcement du repérage. La coordination professionnelle est un développement essentiel pour l'accompagnement, qui peut nécessiter une déprescription médicamenteuse. Le développement de dispositifs de transitions entre les prises en charge permet de limiter les cas de rupture de parcours de soin.

Dynamiques et spécificités du public cible

Les consommations et les conduites addictives chez les personnes âgées s'inscrivent dans des trajectoires de vie marquées par des transitions, tels que la retraite et des deuils. Pour l'alcool, elles peuvent correspondre à des consommations de longue date ou apparaître plus tardivement. Ces dernières ont tendance à évoluer plus rapidement vers des situations problématiques.

Le vieillissement modifie la tolérance et les effets des substances psychoactives, en particulier en raison de changements physiologiques et de la fréquence des traitements médicamenteux. La polymédication, les interactions et l'auto-médication constituent des enjeux centraux.

Certaines consommations et pratiques, parfois banalisées socialement, peuvent avoir des impacts significatifs, notamment sur la santé mentale et la suicidalité.

L'institutionnalisation ne fait pas disparaître les problématiques d'addiction. Celles-ci peuvent au contraire être invisibilisées, avec un risque d'un accompagnement inadapté.

Problèmes structurants

1. Un repérage insuffisant

Les consommations problématiques restent peu visibles, en particulier au domicile et en établissement médico-social (EMS). Le repérage intervient souvent tardivement, par exemple pour les situations apparues après la retraite. Il repose sur le respect des choix de la personne.

2. Un poids important des traitements médicamenteux

Les dépendances aux hypnotiques et anxiolytiques, les interactions médicamenteuses sont fréquentes et insuffisamment réévaluées.

3. Un cloisonnement des prises en charge

Les interventions restent segmentées entre disciplines et entre lieux de soins. Ce fonctionnement en silo limite la continuité de l'accompagnement et complexifie les parcours de soin.

4. Une offre insuffisamment ajustée

Les structures intermédiaires entre hospitalisations et EMS sont insuffisantes. Par exemple, des personnes sont trop autonomes pour un EMS, mais dans une situation jugée trop instable pour un retour à domicile sans soutien.

Points de vigilance

Engager une déprescription médicamenteuse lorsqu'elle est possible, en l'organisant de manière progressive, concertée et suivie. Il s'agit d'accompagner certaines personnes qui sont surmédicalisées et qui subissent les effets indésirables de leur médication.

S'appuyer sur l'observation du quotidien comme un élément central de compréhension des situations. Les professionnel·le·s de terrain disposent d'informations essentielles qui ne sont pas toujours accessibles pour d'autres acteurs.

Prendre en compte les tensions éthiques qui traversent les pratiques professionnelles, notamment entre respect de l'autonomie et de sécurité, en particulier lorsque les consommations s'inscrivent dans des situations de vulnérabilité. Cela nécessite une approche au cas par cas, qui prend en compte le parcours de vie de la personne.

Visibiliser les consommations en EMS, car elles sont souvent peu repérées avec le risque que les personnes concernées ne bénéficient pas d'un soutien approprié.

Pistes d'action

Renforcer le repérage des consommations, incluant alcool, tabac, médicaments et des pratiques, comme le jeu de hasard et d'argent.

Mettre en place des revues de médication régulières, intégrant substances, indications, posologies et interactions.

Développer des pratiques de déprescription encadrée, en coordination avec les équipes et les proches.

Mobiliser l'entretien motivationnel, y compris en présence de troubles cognitifs.

Structurer la coordination interprofessionnelle à travers des référent·e·s addiction et des plans de soins partagés.

Déployer des dispositifs de gestion de cas pour sécuriser les parcours.

Organiser et développer l'offre pour les transitions entre lieux de prise en charge afin d'éviter les ruptures.

Perspectives

Cette intervention met en évidence plusieurs besoins structurants pour les pratiques professionnelles dans le champ du vieillissement et des addictions : renforcer le repérage, adapter les modalités d'accompagnement aux spécificités des personnes âgées, mieux prendre en compte les enjeux liés aux traitements médicamenteux et améliorer la coordination des parcours de soin. Ces éléments constituent des axes prioritaires pour le développement des réponses à venir.

Seconde conférence : dimension sociale

« Les diversités sociales du vieillissement : enjeux et implications pour la santé publique »

Marion Repetti, sociologue et professeure ordinaire à la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Valais – Wallis, Sierre

Résumé

Il s'agit de comprendre le vieillissement comme une réalité socialement diverse, marquée par des inégalités et des stigmates imbriqués au fil des parcours de vie. En tenir compte est indispensable pour mieux repérer les consommations problématiques et les conduites addictives, adapter les réponses professionnelles et faire évoluer les politiques publiques au service de la qualité de vie des senior-e-s.

Cadre de compréhension

Le vieillissement ne constitue pas une réalité homogène. Il est marqué par des inégalités qui se construisent tout au long de la vie et qui influencent la santé et l'accès aux soins.

Dans ce contexte, les politiques publiques apparaissent partiellement inadaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées, historiquement construites autour d'autres publics et encore peu centrées sur la prévention, le repérage précoce et la qualité de vie.

Problèmes structurants

Des inégalités sociales et économiques

Les personnes de 65 ans et plus présentent des écarts importants en termes de ressources et de conditions de vie.

Des inégalités de santé

Le vieillissement s'accompagne de parcours de santé inégaux, marqués par des maladies multiples et des différences en santé mentale, notamment selon le genre.

Une invisibilisation de certains profils et situations

Certaines populations restent peu visibles dans les dispositifs, en particulier les femmes et les personnes qui consomment à domicile. Cette invisibilisation s'accompagne d'un entrelacement de stigmatisation quant aux questions de genre, précarité, migration, traumatismes ou encore de sans-abrisme.

Un repérage insuffisant des addictions

Les conduites addictives restent peu repérées, notamment en raison d'un manque d'indicateurs et de leur faible visibilité dans l'espace privé.

Points de vigilance

Éviter les généralisations : les personnes âgées ne sont pas toutes en perte d'autonomie les situations sont très diverses.

Prendre en compte la tension entre autonomie et soin est un enjeu quotidien dans les interventions.

Reconnaître les limites des données et indicateurs disponibles pour les âges élevés.

Anticiper l'arrivée progressive des générations nées entre 1946 et 1964 en EMS et ajuster les projections en conséquence.

Tenir compte de la complexité des trajectoires (p. ex. les traumatismes, la migration et le sans-abrisme) et du risque de retraumatisation en cas de rupture de prise en charge.

Compréhension des situations

Passer d'une lecture homogénéisante à une lecture de parcours de vie, intégrant les dimensions biologiques, psychologiques et sociales.

Prendre en compte les situations à partir de la stratification sociale (p. ex. le genre, le niveau de formation, la nationalité et la situation familiale).

Être attentif à l'imbrication des inégalités dans l'interprétation des situations à un âge avancé.

Reconnaître les phénomènes d'invisibilisation, notamment dans les politiques publiques et les dispositifs d'intervention.

Tenir compte des effets de l'âgisme dans l'analyse de situations, notamment dans la relation de soins et de soutien.

Perspectives

Cette intervention met en évidence plusieurs enjeux structurants pour les politiques publiques et les pratiques dans le champ du vieillissement et des addictions : mieux intégrer les inégalités sociales et les parcours de vie, améliorer le repérage des situations peu visibles, adapter les réponses à des profils plus diversifiés et réduire le décalage entre la complexité des situations et les dispositifs existants. Ces éléments orientent les réflexions sur l'évolution des cadres d'analyse et des réponses à développer.

Ateliers

Atelier n°1 : EMS

Enjeux et défis de la réduction des risques liés à l'alcool

Intervenant·e·s :

Michel Graf : diplômé en santé publique, expert en prévention, alcoologie et addictologie, ancien directeur d'Addiction Suisse et de la Fondation PROFA (VD)

Viviane Prats : professeure honoraire et ancienne doyenne de la formation continue de la Haute école de travail social de Lausanne, ancienne présidente du GREA, a travaillé à Addiction Suisse et à la Fondation du Relais (VD)

Résumé

Les échanges mettent en évidence une forte hétérogénéité des règles relatives à l'alcool selon les établissements, générant des incompréhensions pour les résident·e·s et leurs proches, ainsi que des tensions pour les équipes en l'absence de cadre explicite.

Un dilemme structurel apparaît entre respect de l'autodétermination et exigences liées à l'accompagnement institutionnel. L'anamnèse à l'admission est identifiée comme un levier central pour qualifier les situations.

Un besoin prioritaire est identifié : la clarification d'une politique institutionnelle explicite autour de l'alcool soit pour une interdiction, soit pour une tolérance encadrée de sa consommation, avec une approche de réduction des risques, partagée avec les équipes, les résident·e·s et les proches.

La mise à disposition de temps d'échange entre professionnel·le·s autour de situations particulières apparaît comme un moment important pour réduire l'arbitraire et soutenir les décisions, en développant des procédures et des règlements.

Des problèmes évoqués

- Une tension existe entre l'autodétermination du ou de la résident·e, incluant son droit à consommer, et la responsabilité de l'EMS en cas de problème.
- La consommation ou l'évolution de cette consommation peut être un signe d'une difficulté d'adaptation à un changement de situation.
- Il peut avoir des désaccords entre les familles, le ou la résident·e et l'institution au sujet de la consommation d'alcool.

Des pratiques ou ressources existantes

- L'ennui des résident·e·s peut contribuer à une augmentation de la consommation d'alcool, d'où l'importance de proposer des activités adaptées.
- Les résident·e·s doivent pouvoir disposer d'un espace de consommation et encadré, tout en préservant une dimension conviviale et festive.
- Un exemple concret de réduction des risques consiste à diluer le vin avec de l'eau.

Atelier n° 2 : Mise en réseau des pratiques

Coordination interprofessionnelle et travail de réseau

Intervenant·e·s

Fabio Rollo : intervenant en addiction, Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA), secteur d'accompagnement psycho-social (VD)

Pascale Ernst : intervenante en addiction, Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA), secteur d'accompagnement psycho-social (VD)

Résumé

Les situations décrites montrent une fragmentation de l'information entre les professionnel·le·s, limitant la vision d'ensemble et pouvant conduire à des décisions inappropriées pour la personne.

Les enjeux identifiés concernent la temporalité, la qualité du lien et la co-construction des objectifs. Le plan de crise conjoint apparaît comme un outil structurant pour anticiper les situations critiques, clarifier les rôles et rendre les décisions documentées.

Plusieurs zones de tension sont relevées : la capacité de discernement en contexte de curatelle, le secret professionnel et la circulation de l'information, les temporalités institutionnelles divergentes, ainsi que l'absence de critères partagés pour qualifier les consommations.

Des pistes concernent le rôle de l'environnement de vie, notamment sur le maintien à domicile et les conditions de suivi, la clarification des mandats (qui décide, qui intervient, dans quel cadre) ainsi que l'intégration des trajectoires de vie dans les décisions.

Des problèmes évoqués

- Les professionnel·le·s ne disposent pas d'informations claires.
- Les intervenant·e·s ont une vision partielle de la situation et risquent de se substituer à la personne concernée dans la prise de décision.

- Les professionnel·le·s doivent recouper les observations, les informations dispersées et les différents points de vue divers sur une situation.

Pratiques ou ressources existantes

- Il est important que les intervenant·e·s créent des liens entre les acteurs et actrices concerné·e·s afin de favoriser une vision d'ensemble et une coordination des actions.
- La situation doit pouvoir être partagée avec l'ensemble du réseau.
- Les ressources existantes, notamment artistiques, sont mobilisées et valorisées.

Atelier n° 3 : Soins à domicile

Prévention et réduction des risques

Intervenant·e·s

Frédéric Perret : infirmier indépendant en santé mentale Gérant ACTION SOINS (FR)

Justine Scellier : infirmière (FR)

Résumé

Le domicile se caractérise par une faible visibilité des consommations et une intervention dans l'intimité, avec un temps de présence limité. Les professionnel·le·s interviennent souvent sans vision d'ensemble, dans des situations difficiles à qualifier.

Trois difficultés principales ressortent : l'isolement des professionnel·le·s, l'arbitrage entre responsabilité d'alerte et maintien du lien, ainsi que le décalage entre le mandat de soin et la complexité des situations, notamment lorsque le réseau est peu mobilisé.

Un coût organisationnel élevé est relevé, lié à la coordination, à la traçabilité et à la construction du réseau autour de la personne.

Les leviers identifiés portent sur le renforcement du réseau, la clarification de règles d'intervention, l'anticipation des situations critiques, l'identification de seuils de danger et la mobilisation de ressources externes.

Des problèmes évoqués

- Un·e infirmier·ère n'est pas souvent habilité·e à offrir un soutien lors de crise.
- Les soins à domicile tendent à adopter une posture de compensation, davantage

orientée vers le maintien du quotidien (p. ex. nettoyer) que vers une intervention active sur la situation.

- Les soignant·e·s sont encore insuffisamment formé·e·s à la santé mentale et, lorsqu'ils et elles le sont, ces formations intègrent rarement des compétences spécifiques en addictologie.

Des pratiques ou ressources existantes

- Un réseau solide constitue un élément déterminant pour assurer un accompagnement cohérent et coordonné.
- L'élaboration en amont d'un plan de crise conjoint permet d'anticiper et de mieux gérer les situations de crise.

Atelier n° 4 : Résidentiel

Les enjeux de l'accompagnement des personnes vieillissantes ayant une consommation active, des comorbidités somatiques et de santé mentale

Intervenantes

Aurore Lugon-Moulin : infirmière responsable de l'établissement psychosocial médicalisé (EPSM), Soleil Levant. Fondation du Levant, Lausanne (VD)

Valérie Dénériaz : responsable de la Centrale Cantonale d'information et de Coordination psychiatrique (CCICp) (VD)

Résumé

Les échanges mettent en évidence une augmentation des demandes d'accompagnement pour des personnes vieillissantes présentant des consommations actives, des comorbidités somatiques et des troubles de santé mentale, ainsi qu'un nombre important de situations en impasse.

Des expériences d'accompagnement en réduction des risques, sans exigence d'abstinence, apparaissent pertinentes, mais encore insuffisamment développées pour répondre à la demande.

Les difficultés principales concernent le manque de compétences spécifiques, les refus d'admission et des dotations institutionnelles insuffisantes. Ces limites sont associées à des représentations négatives des personnes en situation d'addiction.

Les pistes évoquées incluent le renforcement des compétences, l'augmentation des ressources, le partage d'expériences entre établissements et une logique de répartition des situations entre institutions.

Des problèmes évoqués

- Formation et dotation en EMS : il existe un écart important de qualification et de ressources entre les professionnel-le-s des structures spécialisées (EPSM) et celui des EMS.
- Réticences des EMS à accueillir des personnes consommatrices : certains établissements expriment des réserves face à l'admission de personnes présentant des consommations de substances, notamment en raison de risque perçu.

Des pratiques ou ressources existantes

- La collaboration et le partenariat entre le CCICP et le Bureau Régional d'information et d'Orientation (BRIO) constituent un moyen efficace pour informer et orienter.
- La FVA met à disposition son expertise et ses recommandations au service des EMS
- Le Soleil Levant s'appuie sur un modèle de dotation qui permet d'offrir un accompagnement adapté, avec notamment la présence d'un infirmier ou d'une infirmière diplômé-e de nuit et une équipe formée en soins palliatifs.

Constats et axes d'intervention

Tensions transversales

Tension éthique : les professionnel-le-s sont régulièrement confronté-e-s à la nécessité de prendre en compte l'autodétermination et la dignité des personnes concernées, leur droit à consommer, mais aussi des impératifs de sécurité. Cette tension devient particulièrement aiguë quand les cadres institutionnels sont peu explicites ou insuffisamment partagés.

Tension organisationnelle : la circulation de l'information entre les différents acteurs reste fragmentée. Cela limite la compréhension globale des situations et la continuité des interventions. À cela s'ajoutent des incertitudes liées au secret professionnel et à ses modalités d'application. Dans ce contexte, les professionnel-le-s sont amené-e-s à prendre des décisions avec des informations partielles et difficiles à expliciter.

Tension relationnelle : les professionnel-le-s cherchent à maintenir le lien avec les personnes dans une approche de réduction des risques, en évitant le jugement et la rupture de relation. Cela implique toutefois de poser des limites claires et de rendre expli-

cites les attentes. Cet équilibre expose les équipes à des ajustements constants et à des positionnements parfois ambivalents.

Tension systémique : l'insuffisance de l'offre, en particulier dans le milieu résidentiel, limite les possibilités d'orientation pour les personnes ayant des consommations actives ou des situations complexes. Certains dispositifs ne sont pas adaptés ou refusent ces profils. Cette inadéquation entre les besoins et les ressources disponibles met les professionnel·le·s en difficulté et fragilise la continuité de l'accompagnement.

Priorités partagées

- Renforcer le repérage précoce, dans une posture non stigmatisante, en intégrant les consommations dans les évaluations courantes.
- Clarifier les cadres institutionnels et les règles de décision afin de réduire l'arbitraire et améliorer la lisibilité des situations complexes.
- Sécuriser les prescriptions par des revues régulières de médication, avec une déprescription médicamenteuse encadrée si nécessaire.
- Structurer la coordination autour d'un langage commun sur le risque et d'outils partagés, notamment le plan de crise conjoint.
- Mettre en place des relais intermédiaires pour sécuriser les transitions entre domicile, hôpital et institutions.

Conclusion

Cette première étape du projet « Senior·e·s & Addiction(s) » a permis de poser des bases communes pour un accompagnement coordonné entre les champs du vieillissement et des addictions, en croisant approches cliniques, sociologiques et expériences de terrain. Elle ouvre désormais sur une seconde phase centrée sur une formation pilote, avec l'objectif de consolider un langage commun, de renforcer la coordination et de soutenir les professionnel·le·s dans des situations de plus en plus complexes.

Remerciements

Le GREA remercie les intervenant·e·s, ainsi que l'ensemble des participant·e·s pour la qualité des échanges et le partage d'expériences de terrain. Ces contributions ont permis de dégager des besoins concrets et des pistes de travail communes pour la suite du projet « Senior·e·s et Addiction(s) ».

Le GREA remercie également l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Fondation Leenaards et le CRIAD pour leur soutien financier à ce projet.