



GRUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Synthèse Journée de rencontre du réseau romand Handicaps & Addictions – 26 mars 2026

Alexandra Bourgois Rubin, Romain Bach et Pascal Roduit

juillet 2026



Le 26 mars 2026, plus d'une cinquantaine de professionnel·les des champs du handicap et des addictions, représentant plus de 25 institutions romandes, se sont réunis à l'occasion de la journée de la plateforme handicap et addiction du GREA ouverte au réseau romand. Cette journée a été une impulsion pour renforcer les collaborations et mieux situer les enjeux de l'accompagnement des personnes concernées à la fois par des consommations de substances et une situation de handicap. Elle a permis l'expression des besoins, des échanges interprofessionnels autour de deux thématiques avec les tables rondes, l'une sur les troubles neurodéveloppementaux et les addictions, l'autre sur les intersections entre autodétermination et protection. Ce document de synthèse restitue les principaux enseignements de cette journée riche en apports et échanges. de la sécurité, de la population et de la santé du Canton de Genève, ainsi que l'Office fédéral de la santé publique.

Remerciements

Le GREA remercie les intervenant·e·s pour leur contribution aux tables rondes, ainsi que l'ensemble des participant·e·s pour la richesse des échanges et le partage d'expériences de terrain. Le GREA adresse ses sincères remerciements aux membres du groupe de pilotage issu de la plateforme Handicaps et Addictions pour leur investissement dans l'organisation de cette journée.

Citation suggérée: Bourgois Rubin, A., Bach, R., & Roduit, P. (2026). Synthèse journée de rencontre du réseau romand Handicaps et Addictions. GREA, Lausanne.

Table des matières

5 Préambule

7 1. Introduction

1.1 La plateforme Handicaps et Addictions du GREA

1.2 La thématique Handicaps et Addictions au GREA

10 2. Regards croisés

2.1 Les problématiques rencontrées avec les personnes accompagnées

2.2 Les défis dans l'accompagnement des personnes avec handicap et consommation

2.3 Les besoins identifiés

15 3. Table ronde n°1 : Troubles neurodéveloppementaux et addictions

3.1 Introduction thématique

3.2 Quels outils concrets pour l'accompagnement ? Barbara Broers

3.3 Comment aborder la question sans jugement ? Roberto Rizzo

3.4 Quels réseaux et outils mobilisables ? Agnès Gisclon

3.5 Quel accompagnement après l'expertise clinique ?

3.6 Comment faire face aux crises ?

3.7 Conclusions

19 4. Table ronde n°2 : Autodétermination et protection

4.1 Introduction thématique : l'autodétermination comme principe directeur

4.2 Qui décide sur la consommation, et pour qui ?

4.3 De la protection qui enferme à la protection qui accompagne les risques

4.4 Entre familles, équipes et personnes accompagnées : la complexité du réseau

4.5 Conclusions

23 5. Conclusions et perspectives

5.1 Un projet sur deux ans pour soutenir l'action

5.2 Appel à l'action pour les participants

24 **6. Références et ressources**

25 **7. Annexes**

7.1 Revue d'outils présentés

7.2 Résumé de la présentation : Troubles neurodéveloppementaux (TND) et addictions

Les TND : définition et prévalence

Caractéristiques des principaux TND

TND, handicap psychique et troubles addictifs : une vulnérabilité croisée

Enjeux pour la pratique

Références citées

7.3 Résumé de la présentation : autodétermination et protection

L'autodétermination : un principe fondamental ancré dans le droit

Évolution des cadres légaux et conceptuels

Handicap et addictions : une vulnérabilité accrue

Protection et autodétermination : des tensions réelles

Pistes vers l'autodétermination : éléments de réflexion

Références citées

Préambule

Les consommations de substances font partie de la réalité de vie d'une large partie de la population. Les personnes en situation de handicap ne font pas exception – et pourquoi le feraient-elles ? – Elles ont les mêmes droits que toutes et tous : le droit à l'inclusion dans la cité, le droit à l'information, le droit à un accompagnement adapté et à l'égalité d'accès aux soins.

Si la recherche sur l'intersection entre handicap et addictions reste encore un champ en développement, les études disponibles convergent : les personnes en situation de handicap sont plus à risque de développer des consommations problématiques que le reste de la population, et les consommations de substances psychoactives y sont plus fréquentes. Pourtant, cette réalité reste encore peu prise en compte par les réseaux professionnels suisses, et les deux secteurs – addictions et handicap – fonctionnent trop souvent de manière cloisonnée. Les personnes concernées tombent ainsi dans les failles d'un système qui ne les reconnaît pas pleinement.

C'est à partir de ce constat que le GREA avait initié un projet pilote entre 2019 et 2022, soutenu par Promotion Santé Suisse et le fonds de prévention des problèmes liés à l'alcool, pour créer des ponts entre les deux domaines et favoriser les collaborations des milieux professionnels handicap-addiction.

La vulnérabilité accrue des personnes concernées met en tension le droit à l'autodétermination et les besoins de protection, notamment en termes de gestion partagée des risques. Et les situations de handicap peuvent restreindre l'accès aux soins adaptés.

La vision du GREA est de soutenir la prise en compte des addictions par les institutions et professionnels du domaine du handicap, avec des outils adaptés, et de favoriser l'intégration des compétences du champ du handicap pour le repérage et l'accompagnement de situations de handicap dans le domaine des addictions.

Le projet collaboration Handicaps et Addictions a donné lieu à la création d'une interface entre les deux domaines et à la valorisation d'outils, méthodes et documents interprofessionnels :

- La création d'un portail Internet, <https://handicaps-addictions.ch/>, pour mettre à disposition des ressources identifiées.
- L'adaptation au contexte suisse d'une méthode et des outils SumID-Q et MDA (moins de drogues et d'alcool), développée aux Pays-Bas par TACTUS, pour le repérage des consommations et la prise en compte des addictions auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle légère (DIL). Le matériel propose des pictogrammes et de multiples supports pour adapter le langage et le rythme à la situation des personnes concernées. Le processus s'appuie notamment sur la répétition, des fiches adaptées pour soutenir les participants et des

activités structurées en groupe et en individuel pour thématiser les consommations, le rapport à celles-ci et accompagner le changement dans une approche multidisciplinaire.

o le questionnaire semi-directif **SumID-Q** a été identifié comme référence pour évaluer les consommations chez les personnes avec difficultés intellectuelles.

o **MDA (Moins de drogue et d'alcool)** est un programme, individuel et en groupe, basé sur les approches de thérapie cognitivo-comportementale et de l'entretien motivationnel qui vise à aborder la consommation de substances avec des personnes présentant un déficit intellectuel léger.

- Le projet pilote a permis d'expérimenter le dispositif en partenariat avec les institutions Aigues-Vertes, Argos et l'UDMPR-HUG (unité des dépendance des Hôpitaux Universitaires de Genève).
- La création d'une charte handicaps-addictions et d'une plateforme du GREA "handicaps et addictions" afin de faire se rencontrer des réseaux qui fonctionnent encore séparément.

Cette journée de rencontre du réseau romand Handicaps et Addictions marque le lancement d'une nouvelle phase dans le projet du GREA pour mieux cerner les besoins et développer des ressources intersectorielles.

En annexe de ce document de synthèse de la journée, figure un recensement des outils identifiés et des ressources réseaux existantes.

1. Introduction

Les membres de la plateforme Handicaps et Addictions du GREA ont organisé cette journée ouverte au réseau romand dans le but de créer des occasions de dialogue et de favoriser la connaissance mutuelle des partenaires issus des deux champs afin de créer ou renforcer la coopération mutuelle. Ce document de synthèse, élaboré par le GREA, vise à restituer les échanges et les enseignements issus de cette journée.¹

1.1 La plateforme Handicaps et Addictions du GREA

Dominique Frassati, coordinatrice de la plateforme.

La plateforme Handicaps et Addictions se réunit 3 à 4 fois par année pour favoriser la rencontre entre les deux champs et renforcer la connaissance mutuelle des acteur-trice-s. Créée suite à une première journée en 2018 et en lien avec le projet pilote mené par le GREA, les membres se réunissent autour de divers thèmes choisis pour poursuivre les échanges et favoriser les collaborations.

Compte tenu du renouvellement des équipes, et des mouvements institutionnels, les membres évoluent et la plateforme souhaitait ouvrir la rencontre au réseau élargi en organisant cette journée afin de renforcer les contacts entre deux champs qui se rencontrent peu. La plateforme est ouverte à toute personne qui en fait la demande auprès du secrétariat du GREA. Il n'est pas indispensable d'être membre du GREA pour y participer, bien que cette qualité soit encouragée. En cas d'intérêt à rejoindre la plateforme handicaps et addictions du GREA, il suffit d'adresser un email à info@grea.ch.

1.2 La thématique Handicaps et Addictions au GREA

Romain Bach, co-secrétaire général du GREA.

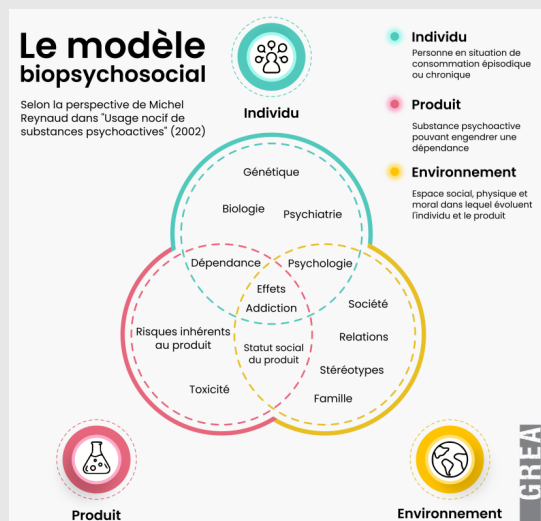
Le Groupement Romand d'Etudes des Addictions s'appuie sur la diversité de ses membres individuels pour favoriser les échanges, et entretenir des liens avec les réseaux, la production de connaissances et le renforcement des compétences et la formation dans le domaine des addictions.

Un constat central : les personnes en situation de handicap accèdent plus difficilement aux soins en addictologie et selon leurs consommations de substances l'intégration d'une structure d'hébergement est restreinte. En outre, dans les milieux de vie institutionnels concilier règles de vie en collectivité et libertés de consommations pose un défi pour l'accompagnement socio-éducatif. Des formations, des cultures professionnelles et des cadres légaux

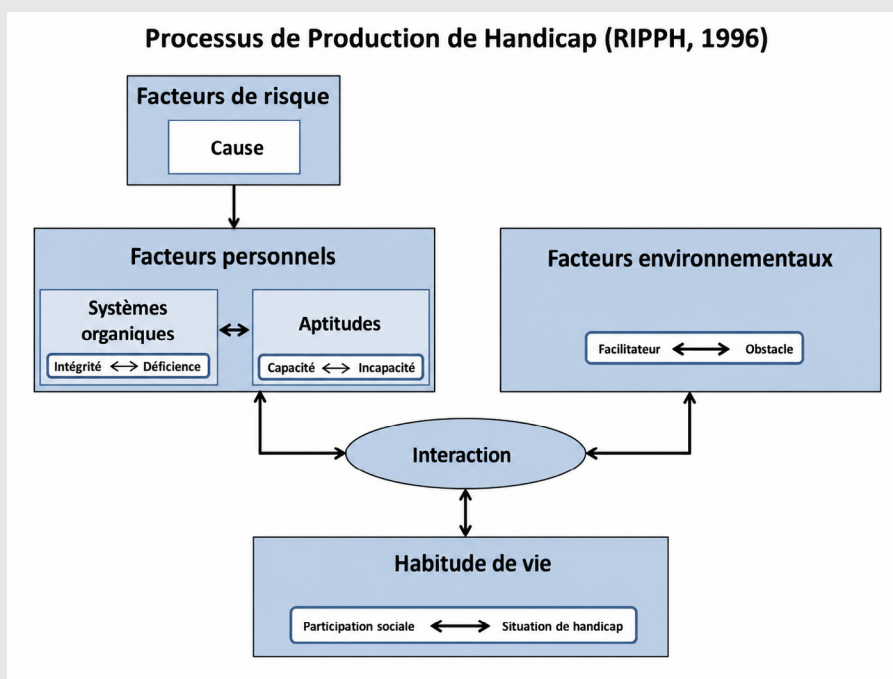
1. Ce document est une synthèse de la journée, qui n'engage pas la responsabilité personnelle des intervenant-e-s et ne prétend pas refléter toutes les opinions exprimées lors de l'événement.

distincts favorisent un traitement séparé des problématiques au détriment des personnes concernées.

Le GREA n'est pas à l'origine un acteur du handicap, mais la plateforme **Handicaps & Addictions** a été créée précisément pour jouer un rôle de passerelle. Le GREA part du principe que les personnes concernées ne correspondent jamais aux étiquettes qu'on leur attribue, et qu'une coopération active entre les deux secteurs est nécessaire.



La Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) offre un cadre de référence et des modèles sociaux en communs. Il y a un parallèle entre le modèle biopsychosocial qui considère une interaction entre individu, produit et environnement et celui du PPH (processus de production du handicap) qui prend également en compte l'interaction entre facteurs personnels, environnementaux et habitudes de vie en termes de ressources et de vulnérabilité.



Cette thématique est aussi d'actualité en France et aux Pays-Bas, où des partenaires des addictions développent des projets pour répondre aux besoins spécifiques des personnes concernées alors qu'il subsiste largement un angle mort. Les besoins sont objectifs, en effet certaines études montrent que les consommations de substances sont plus fréquentes chez les personnes en situation de handicap – avec une prévalence de 40 % contre 34 % dans la population générale (HAS, 2023) – et des vulnérabilités en termes de fragilité sociale, relationnelle et psychique qui conduisent à des risques accrus face aux consommations.

L'inclusion sociale, en ouvrant l'accès à la cité, augmente également les possibilités de contact avec les produits. Cette ouverture ne doit pas être remise en question, mais, il convient toutefois de distinguer consommation occasionnelle, usage à risque et addiction, cette dernière se caractérisant par une perte d'autonomie, une souffrance et une perte de contrôle.

Afin d'accompagner ce phénomène, une **Charte** commune a été élaborée comme socle de travail partagé, posant trois principes : reconnaître la personne avant tout, sans jugement ni banalisation ; respecter ses choix tout en nommant les risques ; garantir l'égalité d'accès aux prestations (prévention, traitement et réduction des risques).

Un principe clé dans la perspective de renforcer les collaborations : les intervenant·e·s en addiction peuvent aller à la rencontre des personnes concernées dans leurs milieux de vie et les institutions du handicap sont des milieux de vie.

La journée poursuit trois objectifs : **se connaître** (mettre des visages sur des institutions et des pratiques), **se comprendre** à travers deux tables rondes thématiques (TND et addictions le matin ; autodétermination et protection l'après-midi), et **se projeter** vers la construction d'un réseau romand durable, au-delà des frontières cantonales et sectorielles.

2. Regards croisés

Pour permettre l'expression des besoins et favoriser les échanges, trois questionnements ont été soumis à l'assemblée pour mieux situer les problématiques rencontrées, les défis de l'accompagnement des personnes avec handicap et consommation et identifier des besoins en termes de réseaux et de compétences. La salle a bourdonné en une dizaine de ruches de 4-5 personnes autour de chaque question, avant de collectiviser et d'échanger en plénum. Cela a permis de mettre en évidence les enjeux rencontrés tant en milieu institutionnel qu'ambulatoire par les professionnel-le-s des champs du handicap ou des addictions.

Handicap et consommation — synthèse des échanges

1. Problématiques rencontrées

Côté consommation

Déni, automédication
Difficulté d'aborder
le sujet avec la personne
Posture des équipes
Cadre flou, peur du risque

Côté handicap

Manque de places adaptées
Diagnostics manquants
Augmentation précarité
Perte de compétences sociales
Stigmatisation

À l'intersection

Réseau inadapté à la
double problématique
Barrières cognitives
à la compréhension
des risques

2. Défis de l'accompagnement

Collaboration

Ping-pong entre
filiales handicap
et addiction
Cloisonnement des
réseaux institutionnels

Posture professionnelle

Sentiment d'impuissance
Curseur trop directif
ou trop laxiste
Gérer la violence
liée aux produits

Droits et éthique

Tension entre
autodétermination
et protection
Respect de la CDPH
Diagnostic déterminant

3. Besoins identifiés

Réseau

Mapping des ressources
Décloisonner les filières
Pairs praticiens
Plan de crise conjoint
Inclusion des proches

Compétences

Formation spécifique
des équipes (RdR)
Légitimité du
travailleur social
Posture rétablissement

Outils

Entretien motivationnel
Langage FALC
Outils d'auto-évaluation
Formation obligatoire
avant usage des outils

Pas de modèle unique de prise en charge — diversité des substances et des profils

2.1 Les problématiques rencontrées avec les personnes accompagnées

Les professionnels peuvent faire face à un déni des consommations de la part des usagers, une difficulté à aborder le sujet avec des personnes ayant des barrières cognitives, et un flou autour de la posture à adopter. Côté handicap, le manque de places adaptées, les outils d'accompagnement spécifiques et de diagnostics absents ainsi que la précarité croissante aggravent la situation. La double problématique tombe souvent entre deux réseaux qui ne sont pas équipés pour la traiter ensemble.

Les équipes éducatives dans des milieux de vie non médicalisés sont peu équipées pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et d'addiction. Et dans le secteur des addictions, les intervenant·e·s sont peu formés à la prise en compte du handicap et les personnes présentant une déficience intellectuelle peuvent souvent manifester des comportements-défis².

Compte tenu des difficultés cognitives des bénéficiaires, il y a des barrières à la compréhension des risques liés aux consommations, et les approches usuelles de l'entretien motivationnel, en particulier les questions ouvertes, ne conviennent souvent pas aux modes de communication de la personne concernée. D'autant plus que beaucoup de personnes avec des troubles psychiques ou des troubles du spectre de l'autisme (TSA) ne sont pas diagnostiquées et se retrouvent dans des institutions inadaptées.

Ouvrir le cadre vers les consommations en milieu résidentiel peut comporter des risques, notamment pour les autres résidents, et soulève la question de l'adaptation des cadres et des règles dans le milieu de vie collectif.

La question de la posture professionnelle face à l'addiction est centrale et non résolue : les équipes peuvent parfois osciller entre directivité et laxisme, sans repère formalisé ni formation dédiée, ce qui génère inconfort et difficultés à accompagner la prise de risque.

2. Cette notion de « comportements-défis » renvoie à une vaste catégorie de comportements, tels que des actes d'auto-mutilation ou d'hétéro-agressivité, qui affectent la personne elle-même et son entourage en réduisant la qualité de vie et la participation sociale. Cela peut conduire à des mises en danger ou des ruptures d'accompagnement. L'origine multifactorielle de ces comportements touche à des aspects à la fois personnels et environnementaux (basé sur le descriptif CAS en Accompagnement de comportements-défis dans le domaine de la déficience intellectuelle, 2024-2025, HETSL – HES-SO).

2.2 Les défis dans l'accompagnement des personnes avec handicap et consommation

Le cloisonnement entre les filières génère un effet de ping-pong entre les soins et l'hébergement qui peut s'avérer néfaste pour les personnes. Les professionnels peinent à trouver le juste équilibre entre ouverture des cadres et encadrement. La tension entre autodétermination des personnes et nécessité de protection constitue un enjeu éthique central.

Sans spécialiste du domaine addiction en institution, la voie de recours passe par la psychiatrie, ce qui n'est pas forcément adapté. En cas de crise, on se tourne vers l'hospitalisation, cela offre une bulle avec moins de consommations, mais les rechutes sont systématiques au retour, d'autant plus que la durée du séjour est réduite et ne permet pas un soin sur le long terme. Or, le réseau sociosanitaire romand dispose de ressources spécialisées – institutions parapubliques et services ambulatoires en addictologie – qui pourraient jouer un rôle de soutien et de recours bien plus central, à condition que les collaborations entre secteurs soient mieux connues et formalisées.

La collaboration interinstitutionnelle est complexe et les ressources varient selon les cantons, bien que la pérennisation de l'accompagnement soit nécessaire pour une prise en compte globale et durable. Cela soulève la question d'où placer les curseurs pour bien identifier les besoins de la personne, et des disponibilités des structures existantes. Les enjeux se situent aussi sur le repérage des situations, la connaissance des interactions entre médicaments et produits, les conflits en cas de consommation et de schizophrénie, ou d'autres problématiques associées qui peuvent générer des comportements-défis. L'interdiction du produit pouvant exacerber la situation plutôt que l'apaiser. Un aspect lié à la « fonction sociale » que peut remplir l'usage de tabac et d'alcool est soulevé, la participation sociale pouvant aussi amener à « faire comme les autres » pour s'intégrer. Cela vient aussi questionner le positionnement des professionnel-le-s qui peuvent partager ces consommations.

Comment aborder les questions de consommations avec des personnes avec déficiences intellectuelles et sensibiliser aux risques tout en respectant le droit à l'autodétermination ? Les professionnel-le-s de l'éducation expriment un sentiment d'impuissance face aux addictions. Et dans les milieux hospitaliers, c'est accentué par le handicap où il est observé que les soignants ont tendance à fuir ce type de situations.

Le cloisonnement structurel entre les filières handicap et addiction est identifié comme le défi systémique majeur. Le diagnostic détermine l'orientation, enfermant les personnes dans une seule identité (handicap OU addiction) alors que leur réalité est double. L'importance de former les équipes et de

pérenniser le personnel est soulignée, tout comme celle du réseau pour favoriser les collaborations et la coordination autour de situations de plus en plus complexes, voire précaires.

2.3 Les besoins identifiés

En premier lieu, il ressort le besoin d'avoir une cartographie des ressources au niveau cantonal (plan de crise conjoint, et mapping réseau³) pour une meilleure connaissance des **réseaux**.

La nécessité de collaboration renforcée au niveau du réseau apparaît clairement. La prise en compte de situations handicap-addiction implique des liens entre psychiatrie, handicap et addiction ainsi que la mise en commun de compétences socio-éducatives et de soins. Une bonne collaboration interdisciplinaire est nécessaire entre curateurs, corps médical et travail social avec l'inclusion des proches en tant que ressource. Ceci soulève aussi la question de la légitimité du travailleur social à intervenir dans certaines situations et dans les réseaux entourant la personne concernée. La capacité à s'affirmer et sa reconnaissance par le corps médical en tant qu'intervenant de première ligne et de personne de référence dans les situations complexes apparaît comme une ressource à développer pour favoriser le décroisement.

En termes de **compétences**, il ressort des besoins de formation spécifiques pour intégrer la consommation dans l'accompagnement et sortir du modèle de l'abstinence totale. Ces besoins se centrent principalement sur les approches de réduction des risques, d'entretien motivationnel et du rétablissement ainsi qu'un travail sur les postures professionnelles. Ceci vise à créer un cadre propice pour aborder les consommations avec les personnes concernées et leurs proches afin de déterminer des objectifs communs dans les projets d'accompagnement individualisés. Cela suppose également une évolution des cadres institutionnels, et le développement de ressources telles que la création de postes dédiés dans les établissements, avec par exemple une personne référente en addiction, un groupe de compétences ou de soutien dans les institutions.

Les outils existent dans les deux domaines, et gagneraient à être partagés et adaptés selon les publics. Toutefois, ils ne fonctionnent pas sans formation préalable. Les outils ne sont pas des « recettes » à appliquer. Le changement de posture est un prérequis à l'efficacité de tout outil. Le plan de crise conjoint et le langage FALC (Facile à lire et à comprendre) permettent de dépasser les barrières du handicap. Plusieurs outils d'évaluation (ELADEB, AERES) existent

3. Des ressources concernant l'annuaire réseau se trouvent dans la bibliographie. [Le portail Station A](#) recense notamment les ressources spécialisées en addictions par canton et type de prestation, à destination des professionnel·le·s comme des personnes concernées.

sans pour autant être adaptés à tous, au DI en particulier. Les outils SumID-Q et MDA ont été spécifiquement élaborés à l'intersection des approches en addiction (TCC, EM) et des besoins en communication des personnes avec DIL⁴.

Ces trois thèmes révèlent une réalité partagée entre les professionnel·le·s du handicap et des addictions : les personnes concernées se trouvent régulièrement entre deux systèmes qui ne communiquent pas assez, chacun étant peu équipé pour traiter la réalité de l'autre.

Trois axes d'action se dégagent clairement :

- Décloisonnement structurel : créer des passerelles institutionnelles, des postes de liaison et des espaces de collaboration régulière entre les secteurs.
- Formation et posture : investir massivement dans la formation des équipes de première ligne, en particulier sur la réduction des risques, l'entretien motivationnel et la posture de rétablissement.
- Outils adaptés et réseau cartographié : développer des outils accessibles pour les personnes avec déficience intellectuelle, formaliser le mapping des ressources réseau et renforcer la légitimité du travail social dans les espaces interdisciplinaires.

Il ne peut y avoir de modèle unique de prise en charge, compte tenu de la diversité des substances, des profils et des contextes institutionnels. Mais une culture commune de collaboration, ancrée dans le respect des droits humains et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), est à la fois possible et nécessaire.

4. Voir annexes pour une revue des outils mentionnés.

3. Table ronde n°1 : troubles neurodéveloppementaux et addictions

- *Modération par Romain Bach, co-secrétaire général du GREA*
- *Dominique Frassati, médecin psychiatre spécialisée en troubles neurodéveloppementaux*
- *Roberto Rizzo, travailleur social, Association Argos*
- *Agnès Gisclon, coordinatrice socio-éducative du Pôle Autonomie, Fondation St-Barthélémy*
- *Barbara Broers, Pre en médecine des addictions, Faculté de médecine UNIGE*

3.1 Introduction thématique⁵

L'introduction par la Dre Dominique Frassati, médecin psychiatre spécialisée TND, permet de mieux comprendre les enjeux liés aux différents troubles du développement, en termes de ressources et de vulnérabilités, ainsi que les interactions avec les substances. Cela met en évidence l'importance du bon diagnostic, celui-ci étant nécessaire pour penser un accompagnement et des soins adaptés.

A défaut d'un repérage des TND, il peut y avoir des conséquences en lien avec les difficultés psychiques et le développement de conduites addictives. Il s'avère que beaucoup de personnes échappent au diagnostic et ne reçoivent pas l'accompagnement et les soins adéquats pour leur situation.

La présentation situe également des données actualisées sur différents troubles et les connaissances sur les comorbidités liées aux consommations de produits afin de distinguer les enjeux pour des personnes présentant des TSA, TDAH, troubles des apprentissages ou déficience intellectuelle.

3.2 Quels outils concrets pour l'accompagnement ?

Barbara Broers resitue l'origine du projet pilote de collaboration handicap et addiction et les démarches entreprises pour la recherche d'outils compte tenu de l'accroissement des demandes de personnes avec DI dans les consultations de l'Unité des dépendances en médecine de premier recours (UDMPR) aux HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève).

5. Un résumé en annexe détaille les éléments de la présentation.

Bien que son déploiement ait été freiné par la période Covid, les outils Tactus sont aujourd'hui disponibles et une plateforme dédiée existe. Toutefois, dans le monde des addictions la population avec DIL reste mal connue et peut passer inaperçue. Il est donc souhaitable que de nouvelles formations puissent avoir lieu.

B. Broers conclut en se réjouissant que le projet du GREA continue dans une nouvelle phase, notamment avec la participation de l'HETSL-HES-SO à la poursuite des travaux avec le travail de thèse d'Emma Ermacora-Mignone.

3.3 Comment aborder la question sans jugement ?

Roberto Rizzo met l'accent sur la nécessité d'ouvrir le dialogue sur les consommations sans porter de jugement bien que ce ne soit pas toujours évident. La collaboration entre Argos, les HUG et Aigues-Vertes a permis de mieux comprendre les enjeux propres à chaque champ professionnel, il y a eu un partage horizontal sur les réalités vécues, un travail sur les représentations et les normes tant pour les bénéficiaires que pour les professionnel-le-s. L'utilisation de la **thérapie comportementale et cognitive** (TCC) permet d'adapter les méthodes de travail social sur le terrain.

Il relève un point central : comprendre la **fonction de la consommation** pour une personne. Ainsi, une personne avec TDAH non diagnostiqué peut recourir à la cocaïne pour se calmer et s'isoler ; une personne entendant des voix peut l'utiliser pour les atténuer. Ces connaissances sont essentielles pour adapter l'accompagnement et dépasser les attentes normatives. N'ayant pas un pouvoir direct sur le choix de la personne, c'est primordial d'entendre la réelle souffrance, et d'éviter de porter un jugement.

R. Rizzo rappelle également que tout lieu est un lieu d'insertion potentiel, et qu'il s'agit d'éviter d'exercer trop de pressions et de pousser sur les normes.

3.4 Quels réseaux et outils mobilisables ?

Agnès Gisclon témoigne d'une part d'inconnu à son arrivée dans le champ du handicap après son expérience du domaine des addictions : les outils y sont différents, les équipes sans formation spécifique aux addictions et le besoin d'outils partagés est réel. Plusieurs ressources utilisées à la fondation Saint-Barthélemy s'avèrent très utiles pour aborder les situations et mieux comprendre les bénéficiaires, alors qu'ils sont peu connus dans le champ des addictions.

A. Gisclon présente l'**échelle de sévérité**, développée avec le SPDM (section de psychiatrie du développement mental) du CHUV, qui permet la coordination interdisciplinaire autour d'une même personne et d'orienter les décisions (hospitalisation, recours à la police, etc.) en fonction de la situation et des comportements observés. Elle souligne que son actualisation régulière est

nécessaire, et qu'il y a des besoins de formation pour pouvoir construire les indicateurs de cette échelle. Elle s'associe à un **monitoring comportemental continu** (jour et nuit), permettant de suivre l'évolution des personnes.

La grille PPH est aussi mentionnée comme outil de description des difficultés qui permet de cibler les objectifs, notamment pour détecter les signes du vieillissement.

Il est aussi relevé que face à des consommations occasionnelles d'une personne présentant des troubles légers, certaines équipes peuvent rencontrer des blocages, ne sachant pas jusqu'où intervenir, laisser ou non consommer, ni quand passer le relais.

Par ailleurs, les outils doivent s'adapter aux spécificités du public, il est nécessaire de s'interroger sur à qui et à quoi sert l'outil, sous peine d'inefficacité.

3.5 Quel accompagnement après l'expertise clinique ?

Dominique Frassati précise que des outils d'accompagnement, comme le Plan de Crise Conjoint ou l'Échelle des sévérités sont encore en développement, et leurs usages varient selon les cantons. Pour être efficaces dans des situations complexes, ils doivent être renseignés, partagés et acceptés par tous.

Elle souligne également le rôle de première ligne du travail social dans le repérage de symptômes du TDAH, pour alerter la deuxième ligne, d'autant plus que des traitements ciblés existent pour ce trouble.

Les connaissances sont encore partielles sur le fonctionnement du cerveau, il s'agit de rester modeste. L'enjeu est de parvenir à être fluide d'un univers à l'autre, d'échanger les outils, d'adapter la posture, et de se former mutuellement.

3.6 Comment faire face aux crises ?

La gestion des crises constitue une question transversale aux deux champs, et les intervenant·e·s ont partagé des approches complémentaires. Du côté de la formation, Argos intègre des modules spécifiques sur la santé mentale et la gestion des crises, une démarche que R. Rizzo considère indispensable pour que les équipes ne se retrouvent pas démunies face à des situations qui escaladent.

Sur le terrain, A. Gisclon souligne que les personnes accompagnées savent souvent « donner le change » et rendre leurs difficultés peu perceptibles. C'est l'observation fine des interactions — plutôt que des signes manifestes — qui permet de repérer un risque social émergent. Elle insiste sur l'importance de ne pas placer la barre trop haut et de rester accessible.

D. Frassati rappelle des principes de communication essentiels face à une personne en situation de crise : travailler avec des phrases courtes, éviter le

second degré, et laisser suffisamment de temps à la personne pour s'exprimer et répondre.

B. Broers pointe enfin un écueil fréquent : l'amalgame entre déficience intellectuelle et troubles cognitifs liés à la consommation. Les trajectoires peuvent se dégrader progressivement entre 20 et 65 ans, rendant difficile la reconstitution du parcours de la personne. Elle souligne la nécessité de dépasser la seule approche diagnostique, et rappelle que les outils développés dans le champ des addictions ne sont pas toujours adaptés aux réalités du handicap.

3.7 Conclusions

En guise de conclusions, il ressort que c'est l'adéquation entre l'accompagnement et les supports institutionnels qui est en jeu, et non la personne qu'il s'agit de faire rentrer dans un cadre inadapté. La question de la norme reste centrale, dès lors qu'une personne sur deux présente un fonctionnement neuroatypique.

Sur le plan de la communication, les approches de l'entretien motivationnel, très répandues dans le champ des addictions, gagneraient à être adaptées au langage FALC et à un mode de questionnement fermé pour rejoindre réellement les personnes présentant un handicap intellectuel, dont la majorité a par ailleurs besoin de stimulation.

Le durcissement du contexte social et son impact croissant sur les personnes accompagnées alerte les professionnel·le·s. Cela appelle à l'action, à se reconnaître comme acteur·trice capable d'agir, sans attendre systématiquement un aval institutionnel pour initier des démarches.

Malgré les contraintes de moyens, des synergies sont non seulement possibles mais souhaitables entre le monde médical, le travail social et le champ du handicap. Les outils existent, il s'agit désormais de les valoriser, de les adapter et de continuer à les développer ensemble.

4. Table ronde n°2 : autodétermination et protection

- *Modération et introduction par Alexandra Bourgois Rubin, cheffe de projet au GREA*
- *Catherine Roulet, co-présidente Insieme Vaud, membre de la commission d'éthique d'Eben Hézer*
- *Christine Torri-Gremaud, responsable éducative, Fondation St-Louis*
- *Catherine Lenzi, professeure HES, HETS-GE*
- *Isabelle Streit, coordinatrice de liaison, Fondation Addiction Neuchâtel*

4.1 Introduction thématique : l'autodétermination comme principe directeur⁶

L'introduction situe le contexte d'émergence de l'autodétermination ancré dans les principes de la CDPH (Convention relative aux droits des personnes handicapées), notamment à son article 3, qui reconnaît à toute personne le droit de faire ses propres choix — y compris risqués — et d'en assumer les conséquences. Ce principe s'inscrit dans une évolution des cadres légaux suisses, de la LHand (2004) à la CDPH (2014), qui fait de la personne un sujet de droit à part entière, et s'articule avec les notions d'empowerment et du modèle social du processus de production du handicap (PPH).

La présentation met en lumière les tensions entre protection et autodétermination. Les dispositifs légaux existants (curatelles et placement à des fins d'assistance) peuvent contredire les principes de la CDPH en limitant l'exercice des droits civils. Ces contradictions se jouent aussi à l'échelle des institutions, entre protection du collectif et respect des choix individuels, posant la question centrale : qui décide de quoi, et pour qui ?

4.2 Qui décide sur la consommation, et pour qui ?

Christine Torri-Gremaud évoque l'évolution marquante des pratiques socio-éducatives depuis ses débuts il y a trente ans. Une époque à laquelle la règle était plus simple et aussi plus paternaliste : toute consommation pouvait conduire à l'exclusion. Progressivement, une autre logique s'est imposée, fondée sur des règles minimales non négociables coexistant avec des

6. Un résumé détaillé figure en annexe

espaces de liberté négociables. Bien que les consommations déstabilisaient les équipes, les pratiques professionnelles ont évolué, en apprenant à distinguer les risques acceptables des interdits, et à gérer les exceptions au cas par cas – comme la présence de vin blanc dans une chambre, tolérée après délibération collective.

Isabelle Streit met en avant le principe de l'intervention brève : se situer au niveau de la personne, partir de là où elle en est et de là où elle veut aller. Face à un discours ambivalent ou de déni, il ne s'agit pas de délivrer de l'information de manière frontale, mais de travailler avec le levier de la souffrance. Elle relève que les liens entre professionnels sont plus aisés à nouer dans un canton de petite taille.

Catherine Roulet illustre l'un des enjeux de la consommation à travers l'exemple d'un résident qui souhaitait pouvoir boire de la bière pour ressembler aux personnes du monde ordinaire et se sentir inclus. Il était très fâché lorsque cela lui a été interdit. Cet exemple pointe la dimension sociale et identitaire de certaines consommations. Elle souligne également les difficultés d'accès aux soins adaptés, des démarches entreprises auprès de la FMH pour organiser des formations sur les handicaps à destination des médecins travaillant avec des personnes concernées n'ont pas abouti.

Catherine Lenzi souligne l'importance d'adhérer à la CDPH et ses principes tout en rappelant certaines limites. L'autonomie dans un cadre institutionnel doit rester négociable, l'article 19 de la CDPH sur l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société implique aussi un mouvement vers la désinstitutionnalisation. L'autodétermination constitue en effet un idéal, les sociétés et les institutions restent construites sur la notion de protection. Cela suppose de reconnaître que l'autonomie s'exerce dans un cadre collectif, et implique de négocier et partager des co-expertises, chacun restant dans son domaine.

4.3 De la protection qui enferme à la protection qui accompagne les risques

C. Torri-Gremaud relève la nécessité d'accepter de ne pas tout maîtriser, et de travailler sur les espaces de liberté afin d'éviter le **tout** interdit bien que **tout** ne puisse être toléré. L'évaluation de la capacité de discernement est indispensable pour toute décision, et celle-ci est guidée par l'impact sur le collectif d'un choix individuel.

I. Streit ajoute que les cadres varient selon les lieux de résidence, et doivent prendre en compte la légalité, ainsi dans le foyer résidentiel Le Devens, les consommations sont tolérées à l'extérieur. Les signalements proviennent surtout du cercle primaire de la personne, ils sont rarement du fait des accompagnant·e·s.

C. Lenzi relate l'expérience menée aux Établissements Publics pour l'Intégration (EPI-GE), où un processus d'analyse en groupe a joué un rôle moteur : en vivant les expériences et les prises de risque partagées, les professionnels ont appris à accepter l'incertitude. La prudence ne se réduit pas à l'évitement du risque ; elle implique la délibération collective, et la décision se construit sur l'expérience.

C. Roulet souligne que si les travailleurs sociaux se sentent démunis, les parents le sont souvent d'autant plus. Il n'est pas évident de trouver des pistes face à une problématique de consommation et savoir où les orienter lorsqu'ils adressent leurs demandes. Elle relève leur absence à cette journée.

Cela pose la question des modalités pour aller à leur rencontre et inclure parents et bénéficiaires pour penser l'accompagnement avec les équipes éducatives et de soins.

4.4 Entre familles, équipes et personnes accompagnées : la complexité du réseau

La question de la tension entre les regards des parents et ceux des équipes met en évidence que chacun ne perçoit qu'une partie de la situation, et la rencontre entre ces points de vue est indispensable, même si elle reste difficile à organiser dans la pratique.

Souvent en situation de codépendance, le travail avec les familles s'avère complexe. I. Streit explique qu'il faut « tricoter » pour maintenir le lien sans trahir la personne, dans le respect des règles de confidentialité et de protection des données. L'approche individuelle doit rester prioritaire et les mesures de réduction des risques doivent exister sans pour autant forcer les décisions.

Une spécialiste des addictions relève qu'il y a lieu de distinguer les états délirants qui altèrent la capacité de discernement, des effets des substances. Le droit de choisir subsiste même s'il comporte des risques.

C. Lenzi conclut en soulignant que la prise de risque partagée exige des regards croisés, qui incluent aussi les vulnérabilités des professionnels et des proches. Ce travail d'explicitation et de négociation permanente est un véritable « travail de funambule ».

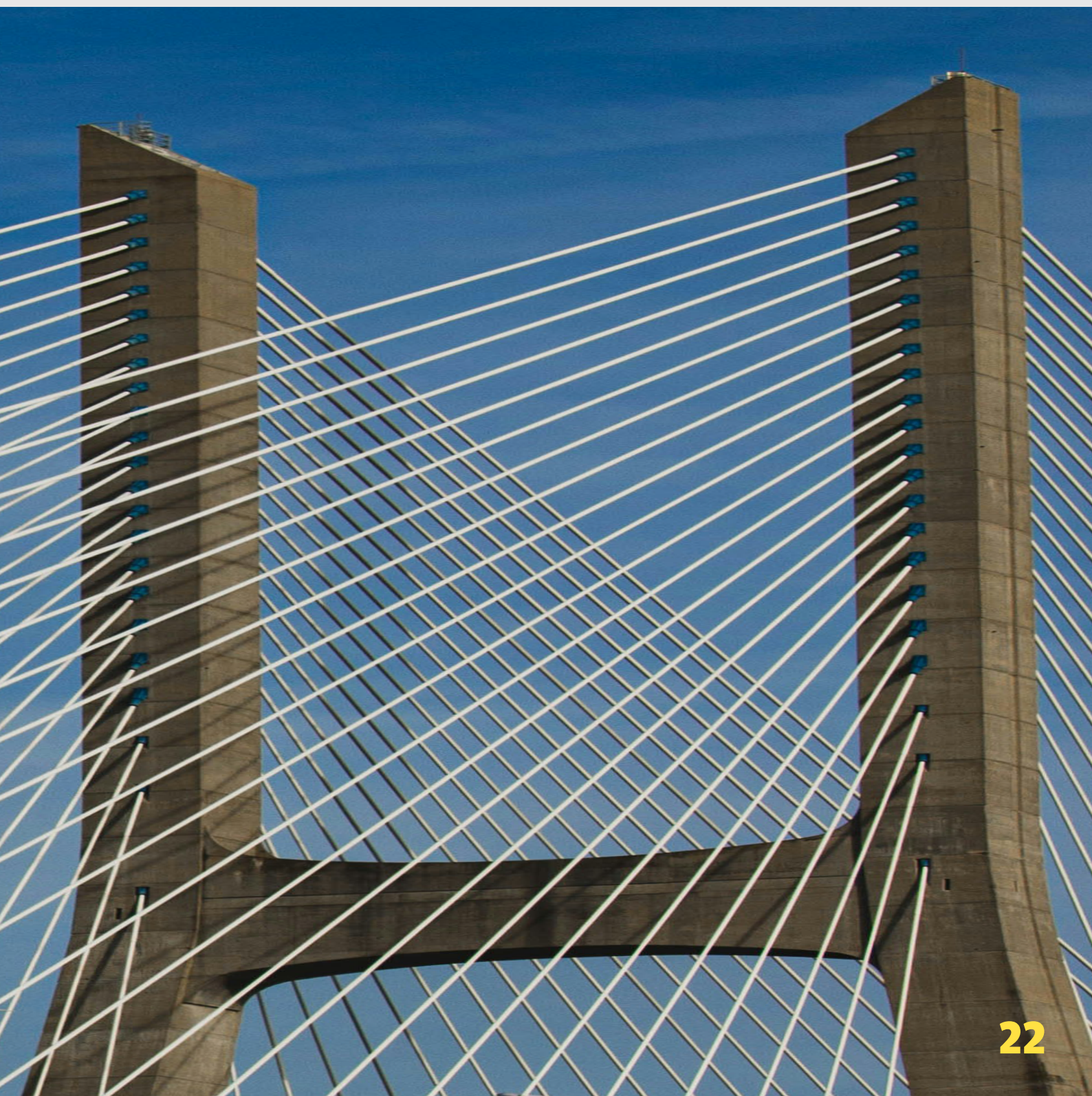
4.5 Conclusions

En guise de conclusion, plusieurs échanges avec la salle mettent en évidence qu'il y a un risque à ne pas prendre de risque.

Or, si des approches comme le rétablissement en santé mentale impliquent des risques partagés, cela suppose de repenser les pratiques et les cadres institutionnels afin de créer des espaces de négociation entre les personnes concernées, leurs proches et les réseaux qui les entourent.

Par ailleurs, l'accroissement des placements à des fins d'assistance constatés dans le canton de Vaud interpelle. C'est révélateur d'une logique de surprotection, et cela vient questionner l'engagement de la responsabilité des professionnel-le-s et les risques encourus en cas de non-signallement.

Ceci souligne l'importance d'une posture qui s'inscrit dans une logique d'accompagnement et non de contrôle. Cela suppose de repenser certains cadres institutionnels pour aborder les questions liées aux consommations et aux addictions, entre approche individuelle, protection du collectif et respect des règles institutionnelles. Il s'agit de tendre vers l'auto-détermination, plutôt que de l'ériger comme un principe absolu.



5. Conclusions et perspectives

Les échanges de la journée mettent en évidence des besoins, des outils et approches à partager entre les deux domaines afin de soutenir le développement d'une collaboration plus soutenue et formalisée entre les réseaux du handicap et des addictions.

Le repérage des situations problématiques est fondamental pour penser un accompagnement adapté aux personnes concernées. Et la formation est nécessaire pour mobiliser des outils concrets et aborder les consommations sans jugement.

Comprendre la fonction de la consommation pour la personne (automédication, socialisation, gestion du stress) est central pour favoriser un accompagnement qui dépasse une logique binaire « interdire ou laisser faire ». La tension entre autonomie individuelle et protection collective est omniprésente et mettre en œuvre l'autodétermination reste un défi. Cela suppose une évolution des cadres et des postures professionnelles pour intégrer des approches de réduction des risques au sein des institutions.

5.1 Un projet sur deux ans pour soutenir l'action

Cette journée marque un début, et non une fin, cela confirme les besoins repérés jusqu'ici. Romain Bach présente le [projet du GREA](#) qui démarre en 2026. Celui-ci est structuré autour de quatre axes :

- **Enquête romande** : cartographie des besoins auprès de 50 institutions
- **Colloque interprofessionnel** : vise à réunir 150 professionnel·le·s ainsi que les proches et personnes concernées
- **Ressources en ligne** : enrichissement du portail www.handicaps-addictions.ch
- **Brochure de référence** : élaborer un guide pratique capitalisant les apprentissages.

5.2 Appel à l'action pour les participants

Quatre gestes concrets proposés :

1. **Adopter la charte** Handicaps & Addictions : <https://handicaps-addictions.ch/charte-handicap-addictions/>
2. **Participer au projet** (enquête, colloque, ressources)
3. **Diffuser la journée** et le projet dans les réseaux respectifs
4. **Rejoindre la plateforme** Handicaps et addictions via info@grea.ch

6. Références et ressources

Station A est un portail Web qui rassemble des informations sur les addictions pour les personnes concernées, leurs proches, les professionnel·le·s, les autorités et le grand public dans toute la Suisse romande. Station A dispose d'un module d'accessibilité pour faciliter la lecture. Le site comprend [un annuaire](#) avec les ressources réseaux par canton et prestations : <https://www.station-a.ch/>

Un dossier thématique sur le site du GREA rassemble diverses ressources, publications et documents de référence en lien avec la thématique : <https://grea.ch/dossier/handicap-et-addiction/>

Haute Autorité de Santé (2023), recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « [Prévention des addictions et réductions des risques et des dommages \(RdRD\) dans les ESSMS \(établissements et services sociaux et médico-sociaux\) – secteur handicap](#) »

Rapport Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (2025) « [La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages dans les ESMS handicap en Nouvelle-Aquitaine](#) »

Un guide édité par la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement (2026) « [Mieux repérer, orienter et prendre en charge le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité chez les patients de la filière addictologique](#) »

Insieme Suisse, fédération nationale des associations de parents de personnes vivant avec une déficience intellectuelle, fédère près de 50 associations et propose de nombreuses ressources et informations en lien avec le handicap en Suisse : <https://insieme.ch/fr/>

Agile, faïtière suisse des organisations d'entraide et d'autoreprésentation de personnes avec handicap, représente les intérêts communs et les droits de toutes personnes avec handicaps : <https://agile.ch/fr/>

7. Annexes

7.1 Revue d'outils présentés

Echelle de sévérité : c'est un instrument développé avec des services spécialisés (SPDM/STSA-CHUV dans le canton de VAUD). Cet outil se construit en collaboration avec toutes les personnes qui accompagnent un-e bénéficiaire au quotidien. Celui-ci vise une concertation et une cohérence dans l'accompagnement socio-éducatif afin d'apporter un cadre solide, sécurisant et cohérent à chaque bénéficiaire. Cette échelle se base sur l'observation des comportements classés selon 4 niveaux de sévérité, et l'identification des réponses à apporter pour le bien-être du bénéficiaire selon la situation.

Plan de crise conjoint (PCC) : cet outil, inscrit dans le processus de rétablissement en santé mentale, vise à mieux gérer une éventuelle crise en prenant en compte les préférences en matière de soins et de traitements de la personne concernée. C'est une forme de déclaration anticipée en santé mentale qui s'élabore dans un processus de décision partagée entre l'usager, son réseau de soutien professionnel et ses proches.

Grille PPH : un outil institutionnel construit en référence aux instruments MHAVIE (mesure des habitudes de vie) ou MQE (mesure de la qualité de l'environnement) issu du modèle PPH. Cet outil comprend une grille socio-professionnelle, une grille socio-éducative et une auto-évaluation du résident (quand c'est possible) ainsi qu'une grille comparative pour confronter les trois regards. Ceux-ci évaluent les habitudes de vie, le type d'aide apporté, le niveau de difficulté, l'impact sur la personne, et les aménagements mis en place. Cette approche permet de fixer les objectifs principaux dans les projets personnalisés et de porter un regard sur l'évolution du bénéficiaire (progression/régression).

AERES : développé par l'Institut de Psychologie de l'Université de Lausanne, cet outil, adapté aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, vise l'auto-évaluation des ressources selon trois dimensions : qualités personnelles, loisirs et passion et ressources sociales ou environnementales. L'outil se compose de cartes et comporte une dimension ludique qui convient aux personnes peu verbales et réticentes face aux questionnaires plus classiques.

ELADEB (Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins) : une échelle de mesure subjective des difficultés psychosociales et du besoin d'aide basée sur le tri de cartes, cet outil convient aux personnes peu verbales, maîtrisant mal le français et réticentes face aux questionnaires classiques.

FALC : Le langage facile à lire et à comprendre est une méthode pour élargir l'accessibilité des contenus à un public diversifié. Le but est de garantir l'accès à l'information, dans un langage simplifié, et de contribuer à l'autonomie des personnes en situation de handicap.

[Le site de la fondation valaisanne en faveur des personnes avec une déficience intellectuelle \(FOVAHM\)](#) recense des sites internet FALC pour l'information sur diverses thématiques.

Concept du rétablissement : une approche en santé mentale qui s'appuie sur les droits des patients, le respect de la dignité et la reconnaissance des ressources et vulnérabilités de la personne pour trouver le chemin pour se rétablir et gérer ses difficultés.

[Grea - Actualités - Le rétablissement en institution : entre idéal humaniste et réalités du terrain](#)

[Grea - Dépendances 67 - Le pari du rétablissement](#)

Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) en addictologie : une approche généralement associée à la prévention des rechutes pour accompagner la personne dans la construction de réponses mieux adaptées à sa situation en prenant en considération les enchaînements pensées-émotions-comportements.

Entretien motivationnel (EM) : une approche relationnelle centrée sur la personne et un style de conversation semi-directif pour faire émerger et renforcer la motivation au changement en explorant les ambivalences.

7.2 Résumé présentation : Troubles neurodéveloppementaux (TND) et addictions

Dre Dominique Frassati, coordinatrice plateforme Handicaps et Addictions du GREA ; ancienne médecin adjointe Unité de Psychiatrie du Développement Mental (UPDM) des HUG, spécialisée depuis 30 ans dans les TND.

Les TND : définition et prévalence

Les troubles neurodéveloppementaux débutent durant le développement du cerveau avant la naissance et se manifestent tout au long de la vie par un fonctionnement cérébral atypique, entraînant des difficultés variables selon les individus — mais aussi des aptitudes spécifiques. Selon le DSM-V, ils regroupent plusieurs catégories : le trouble du développement intellectuel (TDI), le trouble du spectre de l'autisme (TSA), les troubles de la communication, les troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, etc.), les troubles moteurs (développement de la coordination, tics, etc.), et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

La prévalence estimée de l'ensemble des TND est en constante augmentation depuis la fin du 20^e siècle dans la plupart des pays du monde et reste encore sous-estimée :

- **1 enfant sur 6** présente un TND ; les difficultés cognitives persistent à l'âge adulte dans **70 % des cas** ; ils présentent aussi des aptitudes (créativité, superpouvoir entrepreneurial)
- **TDI** : 0,9 à 1,2 % de la population
- **TSA** : 2,5 % en 2015-2017, contre 1,1 % en 2009-2011
- **Tr communication** : environ 7%
- **Tr spécifiques des apprentissages** : environ 8%
- **TDAH** : 8,5 à 9,5 % des enfants ; environ 3 % des adultes
- **Troubles spécifiques des apprentissages** : environ 8 %.
- **Autres TND** : sans précision concernant la prévalence.

Caractéristiques des principaux TND

Trouble du développement intellectuel (TDI) — Dans sa forme légère (la plus fréquente) – il se caractérise par une approche concrète des problèmes, des difficultés dans les fonctions exécutives, la mémoire à court terme et la gestion du quotidien (argent, transports, décisions médicales), ainsi qu'une immaturité dans les interactions sociales. Les troubles associés sont nombreux : troubles du sommeil (8 à 34%), troubles psychiques (fréquence trois à quatre fois supérieure à la population générale), TSA et TDAH associés fréquents.

Trouble du spectre de l'autisme (TSA) — Il s'accompagne très souvent de troubles du sommeil (80 %), d'anxiété (42 à 56 %), de dépression (12 à 70 %), et dans 30 à 50 % des cas d'un TDI associé. Des comportements hétéro- ou auto-dommageables sont présents chez une majorité des personnes concernées ainsi que des troubles de la communication, des troubles spécifiques des apprentissages et synonymes usuels.

TDAH — Les symptômes s'expriment dans trois dimensions : inattention (difficultés à maintenir et orienter l'attention), impulsivité (incapacité à différer une action, difficultés à gérer les émotions), et hyperactivité (besoin de bouger, désorganisation). Ces manifestations perturbent les fonctions cognitives à trois niveaux : attentionnel, mémoriel et exécutif. Le diagnostic de TDA sans hyperactivité est davantage sous-estimé en termes de prévalence, et souvent masqué pour le sexe féminin.

Handicap psychique — Distinct des TND, il résulte de troubles psychiatriques et se caractérise par un déficit relationnel et des difficultés de concentration, sans altération des facultés intellectuelles. Les troubles de la personnalité antisociale sont particulièrement représentés dans les parcours addictifs.

TND, handicap psychique et troubles addictifs : une vulnérabilité croisée

Le lien entre TND et addictions est documenté et cliniquement significatif (Petry et al., 2005) : **80% des personnes avec troubles addictifs présentent une comorbidité psychiatrique** (anxiété, dépression, troubles de la personnalité, psychoses). Les troubles psychiatriques à l'adolescence, notamment en lien avec le TDAH ou des événements de vie négatifs, augmentent fortement le risque d'entrée dans l'addiction. De plus, les TND sont souvent associés entre eux.

Pour les **troubles de la personnalité**, la prévalence des troubles liés à l'alcool est trois fois plus élevée que dans la population générale, et six fois plus pour les autres substances.

Pour les **troubles de l'humeur**, chez les personnes dépendantes à l'alcool, les troubles dépressifs majeurs sont deux fois plus fréquents et les troubles bipolaires quatre fois plus fréquents.

La schizophrénie est associée à une dépendance ou un usage abusif d'alcool dans 20 à 50% des cas, et 82% pour les fumeurs (Falcheri, 2011).

Le TDAH non repéré ou insuffisamment pris en charge constitue un facteur majeur de vulnérabilité (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les TND, 2026) :

Dépendance à la nicotine : deux à trois fois plus élevée que dans la population générale.

- Co-addiction tabac/cannabis quasi systématique.
- 26 % des adultes avec TDAH ont consommé de la cocaïne au moins une fois ; 10 % développent un trouble lié à son usage.
- Jeux de hasard, jeux vidéo : 29 % de personnes avec TDAH concernées.
- Troubles hyperphagiques : 27 % chez les personnes non traitées pour TDAH.

Pour les **TSA**, la prévalence est souvent méconnue et sous-estimée, et les résultats contrastés. Les **TDI** présentent souvent une addiction au tabac, à préciser par ailleurs.

Enjeux pour la pratique

Plusieurs points d'attention pour les professionnels :

- Les TND sont fréquemment sous-diagnostiqués, notamment le TDAH, dont le repérage précoce est pourtant déterminant, des traitements ciblés existant.
- La distinction entre TND, handicap psychique et troubles cognitifs liés à la consommation est essentielle : les diagnostics erronés risquent d'entraîner des accompagnements inadaptés et des échecs thérapeutiques.

- Le TDAH en particulier constitue un point d'entrée stratégique dans la prévention des addictions comme le souligne le « guide TDAH et addiction : mieux repérer, orienter et prendre en charge le TDAH dans la filière addictions » (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les TND, 2026)
- Concernant le TSA, la prévalence en lien avec les addictions reste méconnue et sous-estimée. Les études sont encore insuffisantes.

Références citées

[Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie \(CNSA\) \(2015\)](#): Dossier technique troubles Dys : guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles spécifiques du langage, des praxies, de l'attention et des apprentissages.

Le tableau de correspondance DSM-5 / CIM-10 figure à l'Annexe 3 (p. 73) de ce document.

[Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement \(DI-TND\) & Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives \(MILDECA\). \(2026, février\)](#). TDAH et addiction : mieux repérer, orienter et prendre en charge le TDAH chez les patients de la filière addictions.

[Falcheri, J.-P. \(2011\)](#). Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. Revue Médicale Suisse, 7(302), 1462–1465.

[Institut national de la santé et de la recherche médicale \(INSERM\). \(2016\)](#). Déficiences intellectuelles [Rapport d'expertise collective]. EDP Sciences.

[Peyre, H., Baghdadli, A., Ramus, F., Galéra, C., Picot, M.-C., Delobel-Ayoub, M., & Revet, A. \(2023, mars\)](#). Prévalence des troubles du neurodéveloppement : document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027. Centre d'Excellence sur l'Autisme et les Neurodéveloppements (CeAND).

[Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. \(2005\)](#). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. The Journal of Clinical Psychiatry, 66(5), 564–574.

[Therribout, N., Ickick, R., Karsinti, E., Dereux, A., Bellivier, F., Vorspan, F., Von Hammerstein, C., & Romo, L. \(2025\)](#). Trouble du Déficit de l'Attention/ Hyperactivité et Addictions : concepts et applications cliniques pour une meilleure prise en charge. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 183(3), 249–258.

7.3 Résumé de la présentation : autodétermination et protection

Alexandra Bourgois Rubin, cheffe de projet au GREA, travailleuse sociale – animatrice socioculturelle HES et ancienne responsable de formation pour la filière éducation sociale en école supérieure, 10 ans d'expérience dans la prévention et la réduction des risques.

La question de l'autodétermination est étroitement liée à la question de la participation sociale, dans les approches de travail social communautaire c'est une préoccupation centrale : susciter la libre adhésion et favoriser l'inclusion pour tous. Du point de vue de l'approche de prévention et de réduction des risques, il est aussi question de proposer une information adaptée à chacun pour permettre de faire des choix en toute responsabilité et connaissance de cause. Sous l'angle de la formation, cela conduit à travailler sur la posture professionnelle, et le comment penser les projets avec et non sur ou pour l'autre.

L'autodétermination : un principe fondamental ancré dans le droit

La présentation s'ouvre sur le fondement juridique de l'autodétermination, inscrit à l'article 3 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) : le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix (même risqués), et de l'indépendance des personnes.

Ce principe dépasse les notions d'autonomie (capacité de décider) et d'indépendance (capacité d'agir). Il implique que la personne, une fois sa décision prise, la réalise, prenne la responsabilité des risques encourus et assume les conséquences de ses choix (Haelewyck & Nader-Grosbois, 2004 ; Lachapelle & Boisvert 1999 ; Wehmeyer & Lachapelle 2006, cité par Masse, 2013). Selon Mériaux (2003), ce mouvement d'autodétermination doit s'émanciper d'une triple domination : celle des parents, du mouvement parental associatif, et des professionnels.

Évolution des cadres légaux et conceptuels

Deux textes majeurs structurent le cadre légal en Suisse :

- **La Loi sur l'égalité pour les personnes handicapées (LHand)**, entrée en vigueur en 2004, repose sur une définition fondée sur les limitations. Une révision partielle est prévue dans le plan 2023-2026 du Conseil fédéral.
- **La CDPH**, entrée en vigueur en Suisse le 15 mai 2014, adopte une conception plus large : le handicap y est défini comme l'interaction entre une déficience et un environnement inadapté, faisant de la personne un sujet de droits.

Sur le plan conceptuel, l'autodétermination s'inscrit dans le **modèle social**

du PPH (Processus de Production du Handicap) et s'articule avec la notion d'**empowerment**, issue des approches communautaires et de l'éducation populaire propres au travail social.

Handicap et addictions : une vulnérabilité accrue

En Suisse, 1,9 million de personnes sont concernées par une situation de handicap (Inclusion Handicap – Association Faîtière des Organisations Suisses de Personnes Handicapées). Les conceptions du handicap varient : invalidité, déficiences, atteinte à la santé. Compte tenu des co-morbidités et problématiques associées, il y a des limites à la catégorisation. Toutefois selon les types de handicap, les enjeux pour l'accompagnement sont variables en fonction du degré d'autonomie et de participation sociale, autant d'entrées qui impliquent des approches différentes notamment en termes de communication et de supports adaptés.

Protection et autodétermination : des tensions réelles

La présentation met en lumière les dispositifs légaux de protection existants, tel le placement à des fins d'assistance (art. 426 à 439 CC) et quatre types de curatelles (art. 393-398 CC) : accompagnement, représentation/gestion du patrimoine, coopération, portée générale. Ces cadres légaux peuvent, dans certaines situations, limiter voire priver la personne de l'exercice de ses droits civils et sont en contradiction avec les principes de la CDPH.

Ces mesures soulèvent des questions fondamentales : qui fait la demande ? Quelles sont les obligations de signalement ? Comment protéger une personne, si nécessaire contre son gré, tout en respectant son droit à l'autodétermination ?

Ces tensions se déclinent également à l'échelle des institutions, entre intérêt individuel et protection du collectif, entre cadres réglementaires et prise en compte de la complexité des situations et de l'ensemble des acteur·trice·s avec des points de vue qui varient. La question centrale reste : **qui décide de quoi, et pour qui ?**

DES CHAMPS DE TENSION

Individuel ↔ Collectivité

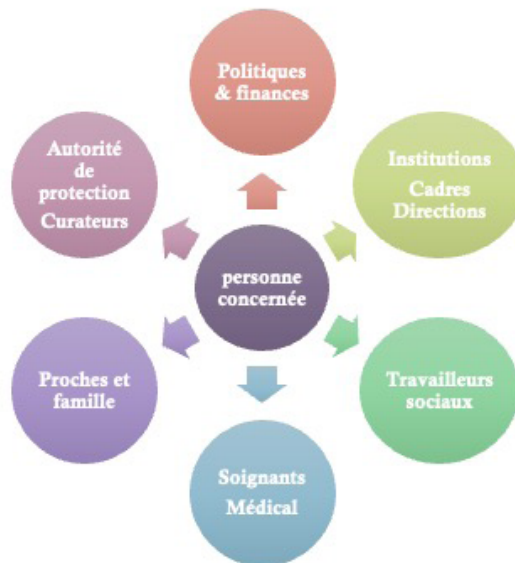
Cadres institutionnels, légalité, protection du collectif, règlements,...

Enjeux de posture pour les accompagnant

Prise en compte des situations particulières et de la complexité

Concilier les rythmes – prendre le temps

Qui décide de quoi? Pour qui?



Autodétermination/Protection - Journée PF Handicaps et Addictions - ABR

26 mars 2026

Pistes vers l'autodétermination : éléments de réflexion

En s'appuyant sur les travaux de Masse et Korpès (2013), plusieurs pistes stratégiques vers l'autodétermination émergent, et invitent à questionner :

- L'adoption de l'autodétermination implique-t-elle l'absence de règles ?
- Quelles limites ou quels devoirs d'accompagnement incombent aux professionnels ?
- Quelle posture adopter face à des choix susceptibles de mettre en danger la personne ?
- Comment concilier autodétermination et pouvoir de décision du curateur ?
- Comment garantir un accès à une information adaptée sur les substances, notamment via des supports en langage facile à lire et à comprendre (FALC) pour la réduction des risques ?

Références citées

[Aktionsplan UN-BRK / Plan d'action CDPH. \(s. d.\). La boussole CDPH dans la pratique sur les 5 dimensions principales](#) [Outil en ligne].

[Haelewyck, M.-C., & Nader-Grosbois, N. \(2004\). L'autorégulation : porte d'entrée vers l'autodétermination des personnes avec retard mental ? Revue francophone de la déficience intellectuelle, 15 \(2\) 173-186.](#)

[Lachapelle, Y., & Boisvert, D. \(1999\). Développer l'autodétermination des adolescents en milieu scolaire. Revue canadienne de psychoéducation, 28, 23-29. \[revue non disponible en libre accès en ligne\].](#)

[Masse M. \(2013\).](#) Auto Détermination: former les accompagnant·e·s. Revue d'information sociale et santé de Suisse romande en ligne Reiso.

[Masse, M., Piérart, G., Julien-Gauthier, F., & Wolf, D. \(dir.\). \(2020\).](#) Accessibilité et participation sociale : vers une mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (coll. Le social dans la cité). Éditions ies.

Mériaux, G. (2003). « Nous aussi ». La représentation des personnes handicapées intellectuelles : une tentative française d'empowerment". Handicap-revue de sciences humaines et sociales, (97), 71-91. [article non disponible en libre accès en ligne].

Wehmeyer, M. J., Lachapelle, Y. (2006). Autodétermination proposition d'un modèle conceptuel fonctionnel. Dans H. Gascon, D. Boisvert, M. C. Haelewyck, J. R. Poulin & J.-J. Detraux (dir.), Déficience intellectuelle : savoirs et perspectives d'action, tome 1 : représentations, diversités, partenariat et qualité (pp. 69-76). Québec : Les Presses Inter Universitaires. [Chapitre de livre]

Impressum

Réalisation : GREA, juillet 2026, GREA – Rue Saint-Pierre 3, 1003 Lausanne – +41 24 426 34 34 – info@grea.ch – www.grea.ch
Image unsplash: Miguel Bernardo