

Déficiences intellectuelles & ADDICTIONS



Phase 1

DIAGNOSTIC -
ÉTAT DES LIEUX

Association
Addictions
France



RÉGION GRAND EST

RAPPORT D'ÉTUDE

Réalisation du diagnostic :

- TERNET Clémence,
pilote du projet

Membre du COPIL :

- PANOT Yaël,
directeur d'établissement

Comité de relecture :

- BLANCK Joffrey et
ROUSSEL Christine
pilotes du projet
- COLIN Matthieu,
coordinateur du projet
- PAILLE Francois,
médecin addictologue
- COQUEMA Nicolas,
attaché de direction

Source :

Association
Addictions France (2025)

Déficiences intellectuelles & Addictions.

Nancy : Ternet C. Blanck J.

Les résultats de ce rapport sont le fruit du travail effectué en partenariat avec les structures partie prenante du projet « Handicap et Addictions ».

Il nous permettra par la suite de définir les outils et les méthodes les plus adaptés aux personnes présentant un risque avéré ou potentiel de troubles addictifs.

Il nous faut tout d'abord **remercier les acteurs** présents lors du Comité de pilotage – le Centre d'expertise en Santé publique (CESP), le Centre psychothérapique de Nancy (CPN), l'Agence régionale de la santé (ARS), le Centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI), les ESAT, les résidences et foyers d'hébergements (AEIM, ADAPEI, APEI), **les représentants de l'association Addictions France** – sans qui la mise en relation avec les acteurs membres du Comité technique n'aurait pas eu lieu.

Nous remercions également **les acteurs membres du Comité technique** – le Centre d'expertise en Santé publique (CESP), les ESAT, les résidences et foyers d'hébergements (AEIM, ADAPEI, APEI), les représentants de l'association Addictions France – pour **leur participation active** lors de ce projet, ainsi que **leur accueil lors des journées de terrain**.

Ce rapport synthétique vient clôturer la première phase de diagnostic du projet « Handicap et Addictions », qui a pour objectif de faciliter la prévention des conduites addictives et l'accès aux soins des personnes ayant une déficience intellectuelle.







Remerciements

I • MÉTHODOLOGIE D'ÉTUDE

- Démarche du projet _____ P. 7
- Déroulement du projet _____ P. 7

II • L'ÉVOLUTION DE L'ADDICTION

- Qu'est ce que de l'addiction ? _____ P. 9
- Évolution des outils d'évaluation de l'addiction :
de la nosologie psychiatrique aux outils contemporains _____ P. 12
- Les structures dédiées aux conduites addictives _____ P. 13

III • LE HANDICAP

- Qu'est-ce que le handicap ? _____ P. 15
- Handicap mental, cognitif et psychique _____ P. 16
- Lois et structures dédiées au handicap _____ P. 17
- Handicap et addictions _____ P. 17

IV • LES RÉSULTATS

- Les professionnels des structures rencontrées _____ P. 19
 - Les professionnels en addictologie des CSAPA ____ P. 24
 - Le public cible _____ P. 28

Conclusion

Association
Addictions
France

MÉTHODOLOGIE D'ÉTUDE

Une version détaillée de ce diagnostic
accessible en flashant le QR code



Démarche du projet

En amont, nous nous sommes interrogés sur les actions et les projets mis en œuvre concernant **les personnes en situation de handicap mental**. En nous renseignant davantage sur les thématiques toutes deux confondues, du handicap d'une part, des addictions d'autre part, nous nous sommes aperçus qu'il y avait peu d'éléments de littérature et de connaissance concernant ce public. C'est **un sujet qui est très peu traité**. Le projet a débuté en septembre 2021 avec une date de fin initialement prévue en 2024.

Après une première étape de diagnostic, le projet a été mis en pause pour l'année 2023 et reprend en 2024 avec une fin prévue en décembre 2025.

C'est un projet expérimental sur 4 départements :

- **l'Aube (10).**
- **la Meurthe-et-Moselle (54).**
- **la Meuse (55) et**
- **les Vosges (88).**

Par la suite, l'ensemble des résultats sera diffusé au sein des autres départements.

Déroulement du projet

Il se déroule en **trois étapes principales** :

- La première consiste à réaliser **un diagnostic auprès des professionnels** (CSAPA, CJC, équipes éducatives) et des adultes en situation de handicap mental, à l'aide d'entretiens et de questionnaires. Elle vise à identifier freins, leviers, besoins et pistes d'amélioration en matière de prévention et d'accès aux soins.
- La deuxième étape porte sur **la prévention**, avec l'adaptation d'outils existants et la mise en place de séances de sensibilisation test. Ces outils seront ajustés en fonction des retours des usagers.
- La troisième étape cible **le soin**, avec des formations pour sensibiliser les professionnels au handicap mental. Les équipes éducatives seront également formées aux conduites addictives. Le projet se terminera par la validation des procédures élaborées.

PARTIE I – MÉTHODOLOGIE

Le projet a été mené selon une méthodologie combinant **entretiens et questionnaires**, ciblant des personnes majeures avec déficience intellectuelle et/ou cognitive ainsi que les professionnels les accompagnant. Les entretiens ont été réalisés **individuellement avec trois types de population** : personnes en situation de handicap, professionnels des structures spécialisées (ESAT, foyers) et professionnels en addictologie (CSAPA, CJC). Une phase exploratoire préalable a été menée avec une revue de littérature. Elle a permis de concevoir, tester et valider les grilles d'entretien et le questionnaire en Comité technique. Les données ont été recueillies sur le terrain via **4 foyers et 3 ESAT**. Les entretiens et questionnaires ont ensuite été analysés.

Association
Addictions
France



L'ÉVOLUTION DE L'ADDICTION



Qu'est-ce que l'addiction ?

UNE VARIÉTÉ D'ENJEUX ET D'APPROCHES

Le mot addiction vient du latin « **ad-dicere** », qui signifiait attribuer quelqu'un à un autre, au point de l'asservir. Dans la Rome antique et au Moyen Âge, il renvoyait à une décision judiciaire entraînant une contrainte par corps. Au XIV^e siècle, les Anglo-Saxons utilisaient déjà « to be addict to », pour désigner un lien de soumission entre un apprenti et son maître. Le terme a ensuite évolué pour exprimer une passion ou dépendance intense. C'est au début du XX^e siècle, avec l'usage de l'héroïne, que le terme commence à être médicalisé aux États-Unis. Dans les années 1950, l'OMS l'associe aux seuls stupéfiants, avant de le remplacer en 1964 par « dépendance ». Dans les années 1980, le terme s'élargit aux consommations compulsives de drogues. En 1990, Aviel Goodman propose une définition toujours largement utilisée aujourd'hui :

“
**Un processus dans lequel
est réalisé un comportement
qui peut avoir pour fonction
de procurer du plaisir
et de soulager un malaise intérieur,
qui se caractérise par l'échec répété
de son contrôle et sa persistance
en dépit des conséquences négatives.**”

Ce n'est qu'à partir des années 1990 que le mot addiction entre réellement dans le langage courant en France avec le développement d'études sur les addictions, tant au niveau social que psychopathologique. Les recherches s'intéressent à l'individu dans son ensemble et à son environnement. Au début des années 2000, les termes comme toxicomanie ou alcoolisme ont été remplacés par addiction, recentrant l'analyse sur le comportement plutôt que le produit consommé.

L'addiction est aujourd'hui un terme intégré dans le champ médical via l'addictologie, qui en fait une spécialité universitaire et hospitalière axée sur les mécanismes psychologiques et neurobiologiques. Si auparavant il désignait l'usage de substances (drogues, alcool), il s'étend désormais à de nombreuses conduites addictives : jeux, écrans, nourriture, etc.

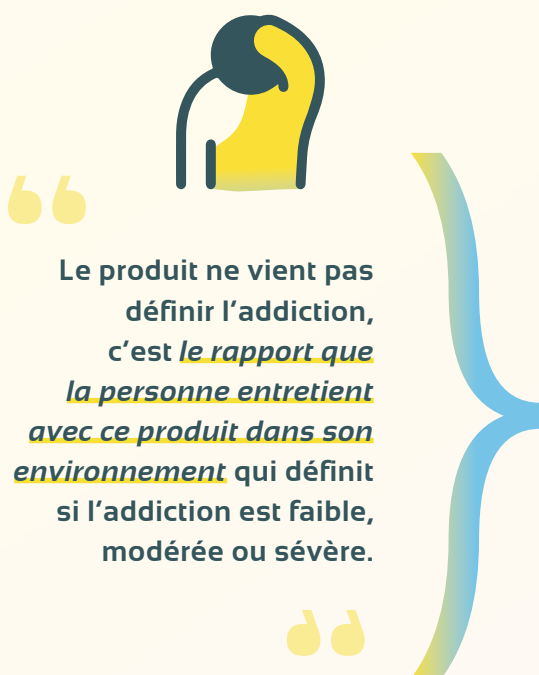
Les formes d'addictions sont aujourd'hui classées en **deux grandes catégories** :

- **celles avec substances**
- **celles sans substances, dites « addictions comportementales ».**

LES ADDICTIONS AVEC SUBSTANCES

En 2013, le DSM-5 vient préciser les conduites addictives avec la présence d'un trouble d'utilisation de substances psychoactives, la présence de problèmes légaux, le désir ou besoin urgent (craving) et la notion de sevrage. Ces consommations de substances psychoactives allant de l'usage à l'usage nocif jusqu'à la dépendance, sont complétées par une démarche compréhensive autour des déterminants tels que l'initiation, le fonctionnement ou l'évolution des pratiques pour définir les pratiques addictives. Ainsi, le triangle d'Olivenstein se compose de trois éléments permettant de comprendre les facteurs d'influence d'une consommation de substances psychoactives, la personne, le produit et l'environnement. Cette vision permet de sortir de l'idée individualiste de l'addiction en s'ouvrant sur les différentes causes menant à l'addiction pour mieux comprendre et adapter la prévention.

Pour compléter cette approche des conduites addictives, **11 critères ont été développés pour caractériser le degré de sévérité de l'addiction** :



11 Critères

1. *Besoin impérieux et irréprensible de consommer la substance ou de jouer (craving)*
2. *Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu*
3. *Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu*
4. *Augmentation de la tolérance au produit addictif*
5. *Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu*
6. *Incapacité de remplir des obligations importantes*
7. *Usage même lorsqu'il y a un risque physique*
8. *Problèmes personnels ou sociaux*
9. *Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité*
10. *Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu*
11. *Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques*



UNE CATÉGORISATION SPÉCIFIQUE : LES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

L'un des premiers auteurs à avoir fait référence à ce que les chercheurs nomment actuellement les « addictions comportementales » est Otto Fénichel avec son ouvrage La théorie psychanalytique des névroses en 1953.

Quelques exemples : le jeu d'argent pathologique, les achats compulsifs, les comportements sexuels compulsifs, les exercices physiques compulsifs, l'addiction au travail, l'addiction à Internet. Certaines dépendances comportementales sont plus vieilles que d'autres, notamment celle concernant le jeu d'argent pathologique (aussi nommé « jeu compulsif », « jeu excessif », « ludomanie ») reconnue comme un « trouble de l'impulsion » par l'Association américaine de psychiatrie (APA) et intégré dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) en 1980.

En 2018, il n'existait pas de consensus pour établir une liste détaillée et précise des dépendances comportementales. Il s'est avéré compliqué de les distinguer des addictions en général, donc nous pouvons nous appuyer sur les 11 critères cités en amont.

Le Traité d'addictologie a tenté de définir les addictions comportementales en proposant une définition.



L'addiction comportementale renvoie alors à **« la focalisation sur un objet d'intérêt unique (ou très prévalent), devenu un véritable besoin plus qu'un désir, et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives sur la vie sociale ou affective ou sur la santé. Il faut donc considérer que le comportement devient pathologique lorsque les conséquences néfastes l'emportent sur le plaisir obtenu et que, malgré, cela, le sujet continue »**, selon Michel Reynaud en 2016.



Avec la notion de dépendance comportementale, ont émergé les notions de **processus et d'expérience**. C'est-à-dire, comment une addiction va venir s'installer dans la vie d'un individu et comment cet individu « ressent » cette addiction (comment il la vit). C'est ainsi qu'il va répéter un comportement par rapport à une expérience vécue. L'addiction comportementale attache la dépendance à un objet externe sans toxicité apparente (des achats, de la nourriture, des jeux, des ordinateurs...) ou à une activité de la vie quotidienne (travail, sport...).

Évolution des outils d'évaluation de l'addiction : de la nosologie psychiatrique aux outils contemporains.

Le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) est un document de l'Association américaine de psychiatrie, ce dernier classe et décrit les troubles mentaux et fait régulièrement l'objet de mises à jour. La première version date des années 1950 ; la dernière (DSM-5) a été publiée en 2013. La CIM (Classification internationale des maladies) est une classification médicale universelle publiée par l'OMS. Elle recense maladies, symptômes, causes de décès, etc. Sa première version date de 1893 et la dernière (CIM-11) de 2018. Ces deux outils sont incontournables pour comprendre l'évolution des concepts liés aux addictions.

Jusqu'au DSM-IV (1994), les termes « addiction » ou « trouble addictif » n'étaient pas utilisés. On parlait plutôt d'« abus » ou de « dépendance à une substance ». Le DSM-5 parle désormais de « trouble de l'usage de substances ». Les choix terminologiques varient selon les contextes sociaux, économiques et culturels et les rapports de pouvoir entre disciplines (médecine, psychiatrie, psychologie, sociologie...). Le vocabulaire médical n'est jamais neutre, et les définitions évoluent au fil des époques. La première « addiction comportementale » reconnue est le jeu d'argent pathologique. Dans les années 1980, le jeu pathologique est intégré au DSM-III comme trouble du contrôle des impulsions. Malgré ses ressemblances avec les addictions à substances (tolérance, sevrage, conséquences sociales), il reste alors séparé des troubles liés aux substances.

La CIM-10 se concentrait sur les dépendances aux substances, mais ses critères pouvaient s'appliquer à d'autres formes de dépendance. La CIM-11, plus récente, consacre un chapitre aux troubles mentaux et comportementaux, incluant de nouvelles formes d'addiction. Ainsi, la compréhension des addictions a évolué d'un modèle centré sur les substances vers un modèle plus large intégrant les comportements. Ce changement reflète aussi une transformation des approches cliniques, sociales et politiques. Aujourd'hui, le terme addiction englobe une pluralité de troubles, avec ou sans produit, reconnus par les principales classifications internationales.



Les structures dédiées aux conduites addictives

Avant les années 2000, les centres spécialisés dans l'accompagnement, les soins et les traitements des addictions étaient peu visibles. Cette faible visibilité s'expliquait en partie par le nombre restreint d'usagers recensés à l'époque, notamment en ce qui concerne l'héroïne, avec environ 10 000 usagers en France dans les années 1970, selon l'OFDT. Malgré cela, certains mouvements d'entraide existaient déjà, comme la Croix Bleue fondée en 1883, les Alcooliques anonymes en 1935, et Vie Libre en 1954. Dans les années 1970, il n'existait pas encore de centres spécialisés à proprement parler. Cependant, les premiers Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont commencé à apparaître. En parallèle, quelques initiatives communautaires comme l'Abbaye à Paris ou la Free Clinic à Bordeaux (CEID) posaient les bases de futurs centres résidentiels.

À partir de 1990, la reconnaissance du concept d'addiction s'affirme, notamment grâce à la définition proposée par le psychiatre Aviel Goodman. Cela ouvre la voie à la prise en charge des addictions comportementales dans les centres. Dans les années 1990, les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) sont mis en place, d'abord appelés « boutiques », avant de s'implanter dans tous les départements à partir de 2006. En 1996, les ELSA (Équipes de liaison et de soins en addictologie) sont créées au sein du secteur hospitalier pour intervenir auprès des patients et former les professionnels non spécialisés en addictologie.

À la fin des années 1990, la France compte environ 140 Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST). En parallèle, une trentaine de Centres thérapeutiques résidentiels (CTR) et une quarantaine d'Appartements thérapeutiques résidentiels (ATR) sont créés pour offrir un accompagnement plus structuré dans un cadre résidentiel. En 2004, les Consultations jeunes consommateurs (CJC) sont mises en place pour informer, prévenir et orienter les jeunes de moins de 25 ans face aux premières consommations, ce qui traduit la préoccupation croissante des pouvoirs publics à l'égard de la jeunesse.

Enfin, en 2007, les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) sont créés en regroupant juridiquement les CSST et les CCAA. Cette même année marque une réorganisation du secteur hospitalier, permettant l'accès à des consultations d'addictologie et à des hospitalisations dédiées, à temps plein ou partiel. Les ELSA s'intègrent pleinement dans ce dispositif hospitalier à partir du plan 2007-2011, jouant un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients et la formation des soignants. Enfin, les associations spécialisées dans les dépendances restent omniprésentes, couvrant aujourd'hui un large éventail d'addictions. Leur diversité rend impossible une énumération exhaustive, mais elles continuent de jouer un rôle crucial dans le tissu social et médical français.



Association
Addictions
France

LE HANDICAP

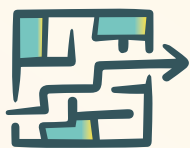


Qu'est-ce que le handicap ?

ORIGINES

Le terme est d'origine anglaise, *hand in cap*, « main dans le chapeau ». Une expression rattachée à un jeu d'échanges d'objets qui se pratiquait au Royaume-Uni au XVI^e siècle. Le handicap traduisait la situation défavorable de celui qui avait tiré un mauvais lot. Plus généralement, que ce soit au Moyen Âge lors des périodes de guerre ou encore lors des plus récentes représentations artistiques et cinématographiques, le handicap était synonyme d'exclusion, de souffrance, de pauvreté, d'infirmité, de marginalisation, d'incapacité. L'infirmité représentait l'écart à la norme sociale. L'individu défini ainsi ne pouvait s'intégrer socialement.

Peu à peu le terme « handicap » vient remplacer celui « d'infirmité ». Il prendra la valeur sociale de l'individu handicapé, désignant une personne qui est en état d'infériorité. Au milieu des années 1950, nous entendrons parler pour la première fois de « travailleur handicapé », c'est ainsi que le terme va officiellement remplacer la notion « d'infirme ».



DÉFINITIONS

Au début des années 1980, l'OMS introduit la Classification internationale des handicaps (CIH), qui distingue déficience, incapacité et handicap. En 2002, cette classification est remplacée par la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), recentrée sur l'adaptation de l'environnement aux corps, activités et participation. En 2001, l'OMS définit le handicap comme une altération physique ou mentale affectant l'autonomie. En 2005, la loi française sur le handicap élargit la définition à toute limitation d'activité ou restriction de participation sociale. Elle affirme l'égalité des droits dans l'éducation, l'emploi, la santé et favorise la création des MDPH.

Cette loi marque une avancée majeure en matière d'accès, de compensation et de scolarisation. Cependant, des inégalités persistent dans les accompagnements proposés. Le handicap n'est pas uniforme : il existe des formes variées reconnues par la Loi. Celles-ci incluent les handicaps moteur, sensoriel, mental, cognitif et psychique. La diversité des situations exige des réponses adaptées à chaque type de handicap.

Handicap mental, cognitif et psychique

La loi du 11 février 2005 fait explicitement la distinction entre les handicaps mentaux, cognitifs et psychiques. Nous allons ici nous intéresser plus précisément à ces trois catégories de handicap afin de mieux en appréhender les limitations et les conséquences.

HANDICAP MENTAL

Le handicap mental, ou handicap intellectuel, est une déficience intellectuelle permanente ayant des conséquences sur la vie sociale de la personne. Selon l'OMS, il se traduit par une capacité d'apprentissage limitée et un développement intellectuel inférieur à la moyenne. Cette déficience est évaluée à l'aide du quotient intellectuel, qui permet de distinguer quatre niveaux : léger, moyen, grave ou profond.

Ses origines peuvent être congénitales ou résulter d'un trouble survenu durant le développement de l'enfant. Il peut entraîner des difficultés à comprendre, mémoriser, se repérer, lire, écrire ou calculer. Les personnes concernées rencontrent aussi des problèmes d'attention, de communication et d'adaptation. L'intensité de ces troubles varie selon les individus.

HANDICAP COGNITIF

Le handicap cognitif caractérise une situation de handicap liée aux dysfonctionnements des activités cognitives (intellectuelles et émotionnelles) de la personne. Il n'implique pas forcément de déficience intellectuelle mais des difficultés à mobiliser ses capacités. Les activités cognitives sont issues de l'activité mentale et regroupent les capacités à agir, à apprendre et à s'adapter.

Le handicap cognitif est le retentissement fonctionnel des perturbations des activités mentales sur la vie sociale. Il peut se traduire par des troubles de la mémoire, du langage, de l'attention, de la construction d'un geste, du raisonnement, de la planification, de la résolution de problème... Les TSA (troubles du spectre autistique) en font partie.

HANDICAP PSYCHIQUE

Le handicap psychique résulte de troubles mentaux invalidants comme la schizophrénie, les troubles dépressifs graves, bipolaires ou de la personnalité. Il affecte l'usage des capacités intellectuelles sans forcément impliquer de déficience intellectuelle. Ce handicap se manifeste par des troubles de l'attention, des difficultés à planifier ou à exprimer des habiletés sociales, ainsi que par des états émotionnels instables.

Il peut engendrer des angoisses, des troubles cognitifs (mémoire, organisation, adaptation) et des difficultés relationnelles. Chaque situation est unique, avec des troubles plus ou moins sévères influencés par divers facteurs : âge d'apparition, environnement social, cumul de déficiences. Dans le domaine de l'addictologie, il est essentiel de tenir compte de ces troubles associés pour mieux adapter les messages de prévention et les outils de soin.

Lois et structures dédiées au handicap

Avant la Première Guerre mondiale, les personnes en situation de handicap étaient principalement prises en charge par des associations religieuses ou familiales dans un cadre de charité chrétienne. Dans l'entre-deux-guerres, la notion d'insertion professionnelle des personnes handicapées émerge, fondée sur les concepts de « reclassement » et de « réparation » pour les mutilés de guerre. La loi du 30 juin 1975 marque un tournant avec l'obligation d'emploi des personnes handicapées dans les secteurs public et privé, et la reconnaissance de leurs droits à la réadaptation et à l'intégration sociale. Cette période voit aussi naître la Déclaration des droits des personnes handicapées par l'ONU.

L'Union européenne renforce cette dynamique avec la Charte des droits fondamentaux en 2000, en interdisant la discrimination fondée sur le handicap. En 2005, la loi handicap introduit le terme ESAT et affirme le principe de non-discrimination en matière d'emploi. En 2010, la France, via la Convention de l'ONU, réaffirme la dignité, l'égalité et l'autonomie des personnes handicapées. Au XX^e siècle, les institutions médico-sociales se développent, remplaçant progressivement l'accueil en famille, hospices ou hôpitaux psychiatriques. Enfin, des associations pionnières comme l'APF ou l'ADAPT ont joué un rôle clé dans l'amélioration des conditions de vie et d'insertion des personnes handicapées.

Handicap et addictions

Il existe peu de données et de recherches sur la consommation de substances psychoactives chez les personnes en situation de handicap mental. En raison de leur déficience intellectuelle, ces personnes sont plus vulnérables, avec un manque de connaissance sur les produits et un moindre contrôle de leur consommation. Elles peuvent consommer pour soulager une souffrance ou se sentir « normales ». L'Inserm a mis en lumière les fortes inégalités d'accès aux soins que subit ce public, à cause de nombreux obstacles : difficulté à comprendre les messages de prévention, services inadaptés, manque d'accompagnement, et formation insuffisante des professionnels. Les limitations de communication, de mobilité et de compréhension aggravent encore cette situation.

Le comité interministériel du handicap souligne, dans un rapport de 2017, que la morbidité et la mortalité sont plus élevées chez les personnes handicapées, surtout avec l'âge. Il appelle à développer des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées dès le plus jeune âge. Lors des Etats généraux de la déficience intellectuelle de 2018, une des propositions phares a été de créer des campagnes de prévention accessibles, avec des supports en langage facile à lire et à comprendre (FALC), et favorisant le consentement éclairé.





Association
Addictions
France

IV LES RÉSULTATS



Les professionnels des structures rencontrées

STATUTS

Les professionnels intervenant auprès des adultes en situation de handicap mental ont au minimum quelques mois d'ancienneté et au maximum plus de 33 ans. Nous avons rencontré ces acteurs sur leur lieu de travail : en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et en foyers d'hébergement.

Ils occupent respectivement les statuts suivants : psychologue clinicienne, infirmière, aide-soignante, conseillère en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé/éducatrice spécialisée, moniteur éducateur/monitrice éducatrice, moniteur principal d'atelier, monitrice d'atelier, monitrice de cuisine, animatrice de soutien, coordinatrice des animations culturelles et sportives, ouvrière qualifiée, conseiller technique.

EXPÉRIENCE DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS

La réponse des équipes éducatives que nous avons rencontrées est unanime : ils ne sont pas formés à la prévention des différentes conduites addictives. Ils estiment qu'ils ne sont pas assez bien équipés pour accompagner les personnes accueillies par rapport à une conduite addictive. Ils sont en manque de formations, de connaissances, d'outils. Leurs connaissances concernant les conduites addictives reposent sur des expériences personnelles et/ou professionnelles, certains réalisent des

recherches bibliographiques. Quand ils font face à une problématique liée à une conduite addictive, ils sont plus généralement limités au constat et à l'observation. Mais, bien qu'ils n'aient pas forcément de connaissances, ils y sont tout de même sensibles.

VISIBILITÉ DU PHÉNOMÈNE DE CONSOMMATION

Les équipes éducatives ont des avis variés sur la visibilité des consommations de substances chez les personnes en situation de handicap. Certains professionnels estiment manquer de recul ou notent une évolution des consommations, notamment avec l'alcool perçu désormais comme un moyen de rechercher l'ivresse plutôt que le plaisir. D'autres estiment que les consommations ne sont pas plus fréquentes qu'avant, mais soulignent une difficulté des personnes concernées à se limiter, ce qui rend leur usage problématique. Certains professionnels expliquent que l'évolution du public accueilli (déficience intellectuelle, troubles psychiques, parcours de vie instables) rend le phénomène plus complexe. Ils notent aussi l'apparition de nouvelles addictions comportementales (écrans, téléphones, réseaux sociaux), absentes il y a vingt ans.

Enfin, d'autres estiment que l'augmentation perçue est liée au fait que ces problématiques étaient auparavant taboues, peu abordées, et que la perception du handicap a changé avec le temps.

ACCOMPAGNEMENTS

Récemment il y a eu des accompagnements de prévention se traduisant par des actions de soutien autour de la thématique de la sexualité et de la parentalité. En ESAT, les actions font partie du temps de travail, elles ne peuvent pas avoir lieu en dehors de ce cadre. L'accompagnement est majoritairement individuel, il a lieu lorsque l'équipe éducative ressent le besoin d'intervenir, notamment lorsque les travailleurs handicapés suivent un traitement et qu'ils encourent des risques pour leur santé respective.

● Missions

Les professionnels des ESAT et foyers d'hébergement n'ont pas de missions spécifiques liées à la sensibilisation aux conduites addictives. Certains évoquent les dangers des consommations, mais sans formation spécifique en prévention ou en addiction. En foyer, les professionnels assurent un accompagnement global : hygiène, santé, démarches administratives, alimentation, et projets personnalisés. En ESAT, les moniteurs organisent les tâches de travail et accompagnent les travailleurs dans un cadre professionnel adapté. Même si l'accompagnement est censé se limiter au domaine professionnel, les sphères personnelle et professionnelle étant liées, un suivi est assuré entre foyer et ESAT. Le conseiller technique coordonne les projets d'accompagnement et les réunions interprofessionnelles.

Des temps de soutien sont proposés sur la base du volontariat, visant à développer l'autonomie : déplacements, gestion de l'argent, démarches administratives, etc. Ces temps peuvent intégrer des actions de prévention sur divers thèmes (tabac, alcool, hygiène...). Ces actions peuvent être individuelles ou collectives, et en cas de besoin, les personnes sont orientées vers des professionnels spécialisés (psychologue, CMP, CSAPA...). Une prévention plus informelle a aussi lieu lors d'échanges quotidiens entre encadrants et travailleurs.

● Réunions d'échange

Les équipes ont des réunions toutes les semaines. C'est lors de ces temps d'échange que les professionnels encadrants vont aborder les problématiques repérées, les conduites addictives en font partie. Lorsqu'un membre de l'équipe éducative décèle une problématique, il va en faire part au reste de l'équipe. Ils vont en discuter et essayer notamment de dégager des pistes de travail pour



accompagner au mieux la personne, soit en interne, soit en sollicitant des partenaires. Ce sont des prises de décisions qui se font collectivement.

● Protocoles

Le terme « protocole » désigne ici les règlements intérieurs des foyers et ESAT, expliquant les comportements tolérés ou interdits. Lors de leur arrivée, les résidents ou travailleurs sont informés de ces règles. Les résidents étant locataires, l'équipe éducative ne peut intervenir dans leur logement sans motif légitime, mais peut faire appel à la police en cas de problème. Les structures interdisent toutes l'introduction ou la consommation de produits illicites. L'alcool est interdit sur les lieux de travail, notamment pour des raisons de sécurité lors de l'utilisation de machines. En foyer, il est interdit de rentrer ivre ou de boire dans les parties communes. Si un résident introduit de l'alcool, l'équipe confisque les bouteilles et signale les faits à la direction. Des sanctions peuvent être appliquées, allant du rappel à l'ordre à l'avertissement. Certaines tolérances existent, comme un verre d'alcool lors d'un repas au restaurant, géré avec l'équipe éducative. Le tabac est interdit dans les studios et les ateliers ; des pauses spécifiques permettent parfois de fumer

à l'extérieur. L'usage des écrans dépend du règlement propre à chaque structure. En ESAT, tablettes et ordinateurs sont interdits ; l'usage du téléphone varie selon les sites mais peut être toléré s'il reste discret. En cas de situation grave liée à une addiction, les structures peuvent alerter les secours (police, pompiers, SAMU). Lors d'un départ ou d'une exclusion, un relais est recherché pour maintenir l'accompagnement. Enfin, une certaine souplesse peut être appliquée pour éviter la rupture de parcours.

● Tensions

Les consommations problématiques d'alcool et de cannabis ont entraîné des vols, des tensions verbales et parfois de la violence physique envers l'équipe éducative. Le manque de tabac pousse certains à emprunter sans rendre ou à endommager du matériel pour en récupérer. Ces comportements créent des conflits entre résidents. Au travail, les pauses cigarette ou l'usage du téléphone génèrent de l'agacement, des rappels à l'ordre entre collègues, voire des dénonciations. Ces situations nuisent au climat collectif.

● Actions de prévention

La plupart des équipes encadrantes n'ont jamais mis en place de véritables actions de prévention sur les conduites addictives. Cependant, elles abordent régulièrement le sujet lors d'échanges individuels, surtout autour de l'alcool ou du tabac, pour évaluer la motivation à changer. Le tabac est la conduite la plus fréquente, souvent régulée par un contrôle direct (comme la gestion des pots de tabac). La prévention prend souvent la forme de discussions informelles sur les risques pour la santé.

● Accessibilité soins et préventions

Les personnes en situation de handicap ne sont pas toujours autonomes pour accéder aux soins ou à la prévention. Ce sont généralement les professionnels qui les accompagnent dans leurs démarches, y compris hors conduites addictives. Plusieurs obstacles existent : méconnaissance des structures, ignorance de leur propre addiction, difficulté à en parler. L'engagement dans une démarche de soins repose sur le volontariat. Les personnes en foyer ou avec un soutien familial accèdent plus facilement aux soins que celles vivant seules. Les freins incluent des difficultés d'organisation, de communication et de compréhension. Les jeunes sont plus sensibles aux campagnes via les réseaux sociaux.

● Partenaires

Les équipes éducatives sont toujours disponibles pour écouter et accompagner les résidents ou travailleurs. En cas de besoin spécifique, elles font appel à

des partenaires extérieurs spécialisés dans les conduites addictives. L'adhésion volontaire des personnes aux propositions est essentielle, car elles ne peuvent être contraintes. Les messages de prévention sont parfois mieux reçus lorsqu'ils viennent d'intervenants extérieurs. Ces partenaires bénéficient d'une légitimité qui capte davantage l'attention des personnes accompagnées. Exemples : interventions de la gendarmerie ou accompagnements en structures spécialisées (CMP, CSAPA...).

FREINS ET BESOINS

● Freins

Le public accueilli a des difficultés avec la lecture, la mémoire et la compréhension, ce qui limite l'efficacité des supports classiques d'information. Les activités doivent être courtes et accessibles, car l'attention est souvent réduite. L'accès limité à l'information complique la compréhension des enjeux de santé, même face à de mauvais résultats médicaux et les campagnes de prévention n'ont pas toujours d'impact direct. La famille peut être un frein ou un soutien selon son implication et ses représentations sur le handicap et les addictions.

● Besoins

Les professionnels se posent de nombreuses questions sur la détection, la compréhension et la gestion des conduites addictives. Ils souhaitent mieux savoir comment repérer les signes, agir, prévenir et orienter les personnes concernées. Il existe un besoin fort de formations et de groupes de travail mêlant équipes éducatives et professionnels de santé. Cette collaboration permettrait d'adopter une approche commune adaptée aux personnes accompagnées. Les professionnels souhaitent élargir et renforcer les réseaux de partenaires pour mieux orienter les usagers. Ils demandent également que les structures spécialisées, comme les CSAPA, interviennent directement sur site. Cela aiderait à surmonter les craintes des usagers à se rendre dans ces structures et favoriserait l'accès aux soins.



LEVIERS ET PISTES D'AMÉLIORATIONS

Le discours des équipes éducatives a permis de recueillir de potentiels leviers et pistes d'amélioration pour la suite du projet :

- **La relation de confiance** revient souvent dans le discours, il sera donc nécessaire de tout mettre en œuvre pour en établir une, afin de mener à bien les actions de prévention et de soins.

- **Réaliser des actions courtes mais rapprochées dans le temps, de façon régulière**, point par point afin que cela ne soit pas trop lourd en termes d'informations, en effectuant un debrief avant de débiter la prochaine activité et faire un résumé de la séance précédente, en les invitant également à s'exprimer sur ce qu'ils ont retenu.

- Il faut que ce soit **ludique et éducatif**, **vulgariser sans infantiliser** et faire attention de ne pas stigmatiser les personnes concernées par la conduite addictive.

- **Le FALC peut être novateur**. L'utilisation de bandes dessinées contenant peu de texte, avec des images, des pictogrammes, des vidéos, des courts-métrages, des jeux ou des supports visuels peuvent favoriser la compréhension et l'accès à l'information.

- **La création d'ateliers, de groupes de paroles sur une thématique** bien précise afin de favoriser les échanges, de manière libre. On peut aussi les inviter à créer des affiches, des vidéos, etc., pour qu'ils se sentent investis et qu'ils participent.



- **La communication via les réseaux sociaux** serait également un bon outil pour effectuer de la prévention. Selon les équipes encadrantes, les personnes qui sont accueillies dans les ESAT sont de plus en plus jeunes et sont majoritairement consommatrices de réseaux sociaux. Communiquer : faire passer des messages audio et/ou vidéo via les réseaux sociaux pourrait être porteur.

- Des professionnels ont émis l'idée de montrer **des témoignages de personnes qui ont eu une conduite addictive par le passé**, ainsi que d'exposer les lésions engendrées par des conduites addictives.

- Ne pas se limiter aux résidences et aux ESAT en allant effectuer de **la prévention dès le plus jeune âge en IME ou en IMPRO**.

- Se tourner davantage **vers les partenaires extérieurs**.





Les professionnels en addictologie des CSAPA

STATUTS

Les professionnels que nous avons rencontrés sont psychologue, médecin addictologue, infirmier, neuropsychologue. Certains ont des spécialités en tabacologie, troubles du comportement alimentaire, etc.

EXPÉRIENCE DANS LE CHAMP DU HANDICAP

Certains ont eu, par le passé, une expérience professionnelle dans le champ du handicap, ce qui facilite leur accompagnement et leurs adaptations. D'autres y ont réalisé des stages lors de leurs études. Certains professionnels réalisent des formations complémentaires sur plusieurs jours afin d'acquérir des connaissances, cependant ils estiment que cela ne suffit pas.

VISIBILITÉ DU PHÉNOMÈNE DE CONSOMMATION

Selon certains professionnels, la visibilité de ce phénomène irait de pair avec l'évolution de la population qui est accueillie au sein des structures. Les personnes porteuses d'un handicap sont beaucoup plus intégrées dans la société qu'avant, ce qui les expose aux mêmes dangers que tout le monde. Ils vont sortir plus et avoir accès plus facilement qu'avant aux différents produits.

Pour d'autres, cela a toujours été présent. Auparavant, et cela est encore parfois présent, les équipes éducatives échangeaient avec les résidents et les travailleurs autour d'une cigarette ou d'un café. Ces moments informels permettaient de passer un moment privilégié en renforçant les liens de confiance. Cependant, de nos jours, les équipes éducatives sont plus sensibles aux conduites addictives, en évaluant du mieux qu'ils peuvent, en cadrant et en essayant de trouver un équilibre.

ACCOMPAGNEMENT

La majorité des professionnels soulignent l'absence de procédure spécifique pour accompagner les personnes avec déficience intellectuelle. Tous les patients sont suivis selon les mêmes modalités, bien que des ajustements soient parfois faits. Les professionnels tentent de s'adapter en avançant par étapes et en multipliant les rendez-vous si possible. Un professionnel affirme néanmoins que l'accompagnement doit être réellement adapté aux particularités du handicap mental. L'approche doit tenir compte des difficultés comme l'intolérance à la frustration. Certains professionnels privilégient l'arrêt brutal des addictions, jugé plus simple cognitivement que la réduction progressive.

● Missions

Concernant les missions, il n'y a pas de changement, ce sont les mêmes pour tous les patients. L'objectif va être d'accompagner la personne par rapport à sa conduite addictive. Nous ne retrouvons pas de protocole particulier. Cela peut être du travail individuel ou en groupe, du soutien aux équipes et à l'entourage, de l'animation de groupes de parole, de l'aide pour fixer les objectifs et/ou les adapter si nécessaire.

● Réunions d'échange

L'accompagnement se fait toujours en équipe. Les informations concernant le public accueilli, notamment lorsque les personnes sont porteuses d'un handicap, sont remontées rapidement lors des réunions de coordination. Les professionnels vont également utiliser ces temps de réunion ou des moments informels de transmissions afin d'échanger (pour évoquer les soucis rencontrés, pour affiner ce qui va être mis en place, pour se coordonner, etc.). Tout au long de l'accompagnement, les professionnels vont se concerter afin d'adapter au mieux la prise en charge.

● Accessibilité aux soins

Une partie des professionnels des CSAPA que nous avons rencontrés pensent que de nos jours, il est plus facile pour les personnes en situation de handicap mental d'accéder aux soins. Notamment grâce au dialogue qui se crée davantage entre les équipes éducatives et les professionnels du soin. Un second groupe pense qu'on ne peut pas formellement dire qu'ils ont accès aux soins, car tous ne peuvent pas s'en saisir et qu'ils ne connaissent pas forcément les structures de soins.

Un troisième groupe de professionnels va plutôt émettre un avis partagé. Effectivement, l'accès est plus facile que quelques années en arrière, mais cela va beaucoup dépendre de l'entourage et de sa présence dans la vie quotidienne de la personne.

● Partenaires

Les partenaires que nous allons retrouver ici sont : la famille, l'équipe éducative, les directeurs d'établissements, plus généralement les travailleurs sociaux, les médecins et les associations extérieures pour mener des projets avec le public.



FREINS ET BESOINS

● Freins

Tout comme les équipes éducatives, les professionnels des CSAPA mettent en avant qu'effectivement la famille peut apparaître comme un frein. Les retours au sein de la cellule familiale peuvent réduire les efforts effectués par la personne pendant la semaine. La famille voit le côté ludique et loisir du week-end, et donc ne veut rien interdire à la personne qui n'est présente qu'un petit temps. L'autonomie dans les déplacements, la distance entre les structures, la résistance de l'entourage et leurs représentations (par exemple la cigarette électronique comme substitut), la difficulté de trouver des objectifs et de mettre en place des stratégies, les problèmes de mémoire qui font oublier d'une semaine à l'autre ce qu'il fallait faire... sont autant de facteurs qui compliquent l'accompagnement dans une démarche de soins sur le long terme. L'isolement des personnes qui n'ont ni soutien familial, ni place en ESAT ou en foyer d'hébergement, est également un frein important.

● Besoins

La majorité des professionnels du soin rencontrés estime ne pas être en difficulté. Néanmoins, quelques professionnels ont fait remonter des besoins :

- Une formation pour obtenir davantage de connaissances plus généralement et plus spécifiquement sur les compétences psychosociales des personnes accueillies afin de pouvoir gérer au mieux l'accompagnement.
- Travailler davantage en pluridisciplinarité, notamment en créant des groupes de travail entre les établissements de soins et les structures pour effectuer de la prévention mais aussi établir des liens afin de savoir comment aider et accompagner les personnes en situation de handicap, et que chaque professionnel des équipes éducatives et du soin puisse jouer un rôle bien défini.
- Un livret reprenant des conseils plus adaptés qui pourraient les guider entre deux rendez-vous, avec lequel les personnes accompagnées pourraient repartir chez eux.

- Davantage communiquer avec les équipes éducatives et les personnes en situation de handicap sur ce qui est proposé, notamment par rapport aux modalités liées à l'accompagnement du soin.
- Des entretiens plus rapprochés et plus courts pour ne pas submerger les personnes d'informations avec plus de temps lors des échanges. Selon le discours de l'une des personnes rencontrées, il faut faire attention à ne pas faire d'erreurs, de fautes de communication, car cela est difficile à compenser par la suite.

LEVIERS ET PISTES D'AMÉLIORATIONS

● Leviers

Les professionnels pensent que des actions thématiques sur place faciliteraient le contact avec le public et l'orientation vers les soins. Ils utilisent divers outils comme images, dessins, dialogues ou agendas de communication. Certains adaptent eux-mêmes ces outils, faute de supports spécifiquement conçus pour la déficience intellectuelle.

● Pistes d'améliorations

Les premières pistes d'améliorations qui ressortent sont principalement de faciliter la connaissance des structures, en mettant en place des forums, en allant questionner sur place en amont pour évaluer les besoins, les demandes et mettre en place des consultations dans les structures (ESAT et hébergement). Il apparaît également important de dédramatiser la notion de déficience intellectuelle et de handicap dans les équipes de soins, de casser les représentations et faire attention à la temporalité en évitant de proposer des actions « one shot ».





Le public cible

D'après le discours **des professionnels rencontrés**, les **personnes en situation de handicap qui consomment** sont plutôt dans une tranche d'âge de **20/25 ans**. Les principaux produits consommés sont **l'alcool, le cannabis et surtout le tabac qui reste majoritaire**. Les écrans (tablettes, téléphones, ordinateurs, consoles, etc.) sont également présents, notamment les téléphones qui sont présents dans la vie de la grande majorité des résidents et travailleurs.

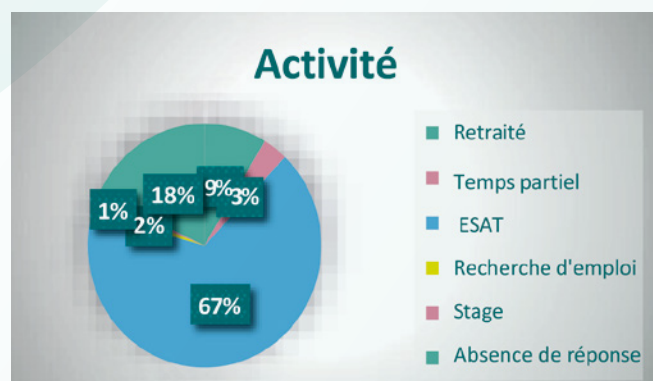
Dans les principales difficultés liées aux conduites addictives, il ressort que les personnes n'ont pas forcément **la notion du temps et des quantités**. Elles peuvent consommer une cigarette toutes les 10 minutes, voire 10 cigarettes en moins d'une heure. Et comme elles ont consommé pratiquement toute leur vie, notamment pour les plus âgées, l'arrêt est d'autant plus compliqué. Mais qu'en est-il réellement ?

DONNÉES CHIFFRÉES ET ÉLÉMENTS

● Répartition de la population

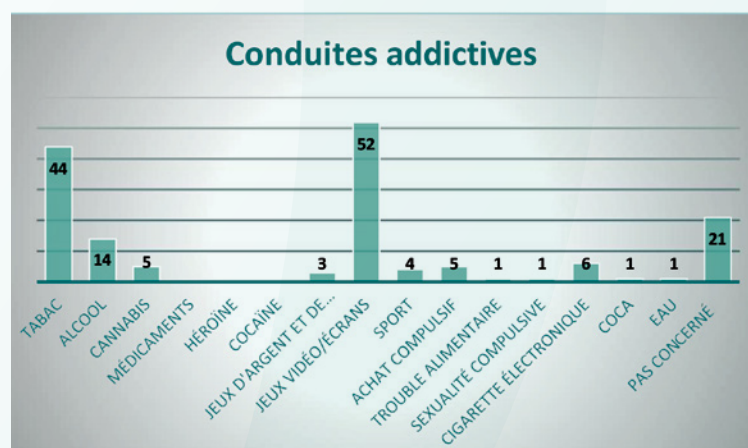
Nous avons rencontré 33 personnes (21 hommes et 12 femmes) en vue de réaliser des entretiens axés sur les conduites addictives et la thématique de l'addiction plus généralement. Lors de cette phase de diagnostic, il y a également 83 personnes (49 hommes et 34 femmes) qui ont répondu au questionnaire destiné à quantifier les conduites addictives et la fréquence de consommation.

● Activité et logement



Parmi les personnes que nous avons rencontrées, plus de la moitié travaille en ESAT (67 %). Il y a 3 % des personnes qui travaillent à temps partiel et 9 % sont à la retraite. Concernant le lieu de vie, 40 % des personnes vivent en foyer ou en résidence, 16 % vivent en logement autonome. Pour terminer 10 % vivent au sein du domicile parental.

CONSOMMATION



Les données recueillies nous permettent de déterminer quelles sont les pratiques de cette population et ainsi projeter sur quelles conduites addictives axer la prévention pour la suite du projet. Les consommations de médicaments (en dehors d'ordonnance médicale), d'héroïne et de cocaïne sont absentes. 44,82 % des personnes jouent à des jeux vidéo et/ou passent du temps devant des écrans plus généralement. 37,93 % consomment du tabac et 5,17 % la cigarette électronique. 12,06 % consomment de l'alcool et 4,31 % consomment du cannabis, il en va de même pour les achats compulsifs.

Au vu de ces éléments, nous allons cibler les conduites addictives suivantes : jeux vidéo/écrans, tabac/cigarette électronique et alcool. Nous n'avons pas recueilli assez de données quantitatives lors du questionnaire pour exposer les autres conduites addictives.

● TABAC

Parmi les personnes que nous avons rencontrées, plus de la moitié travaille en ESAT (67 %). Il y a 3 % des personnes qui travaillent à temps partiel et 9 % sont à la retraite. Concernant le lieu de vie, 40 % des personnes vivent en foyer ou en résidence, 16 % vivent en logement autonome. Pour terminer 10 % vivent au sein du domicile parental.

● Répartition de la population et consommation

La part des hommes qui consomment du tabac est plus importante (90,9 %) que celle des femmes (9,1 %) et 22 personnes ont répondu consommer du tabac « plusieurs fois par jour ». Une seule personne a répondu qu'elle consommait « 6 à 10 cigarettes » par semaine. 26 % de personnes consomment entre 26 et 50 cigarettes par semaine. 73 % de personnes consomment plus de 70 cigarettes par semaine, dont 30 % en consomment plus d'une centaine.



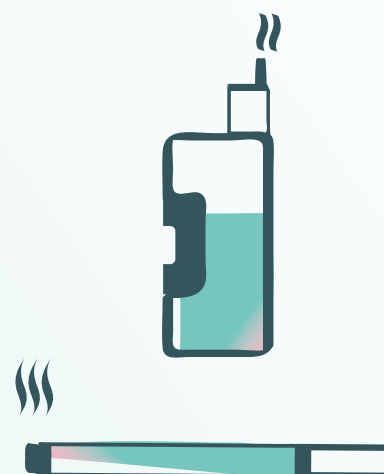
Nous pouvons expliquer ces chiffres grâce aux entretiens. Pour la majorité des personnes rencontrées, la consommation de cigarettes s'effectue de la levée jusqu'au coucher. Cette consommation est espacée de 30 minutes à une heure, en dehors du temps de travail.

● Répartition de la population et consommation

69 % de personnes ont déjà effectué une démarche pour arrêter de consommer du tabac. Les moyens qui ont conduit à un arrêt (non définitif) sont les suivants : accompagnement « avec des médicaments », « patches », accompagnement avec « une tabacologue », « chewing-gum », « cigarette électronique », « diminution »/« réduction », se donner des « objectifs », avec de « la motivation » et « sans aide ».

● Autre(s) consommation(s) ?

Dans ce groupe de personnes consommant du tabac : 4 consomment également de l'alcool, une personne consomme du cannabis, une personne joue à des jeux d'argent et de hasard, 6 personnes jouent à des jeux vidéo/ passent du temps devant des écrans et pour terminer, 2 personnes dépensent excessivement de l'argent.





● ALCOOL

● Répartition de la population et consommation

À travers les questions et les entretiens menés, nous n'avons rencontré aucune femme consommant de l'alcool. Lors du questionnaire, cinq personnes ont répondu consommer de l'alcool « une fois par semaine » et une personne a répondu en consommer « plusieurs fois par jour ». Nous rappelons que les travailleurs n'ont pas le droit de consommer d'alcool sur leur lieu de travail et il en va de même pour les résidents en foyer d'hébergement et en résidence, pour qui il est interdit de consommer dans les studios. Ces chiffres peuvent s'expliquer de la façon suivante : lors de la phase d'entretien, nous avons recueilli que les personnes qui consommaient de l'alcool, vivaient majoritairement en logement individuel et qu'elles consommaient le week-end.

● Occasions

La majorité (32 %) consomme de l'alcool chez eux. Ensuite, 26 % des personnes consomment lorsqu'elles sont invitées quelque part et/ou consomment lorsqu'elles sont à une fête. 11 % consomment dans un bar, et pour terminer 5 % lorsqu'ils sont au restaurant. Peu de personnes consomment lorsqu'ils sont avec leur(s) collègue(s) (6 %) et avec leur conjoint(e) (7 %). Les personnes ayant rempli cette section consomment principalement avec leur(s) ami(e)(s). Pour terminer, elles consomment seules (27 %) et/ou en famille (27 %).

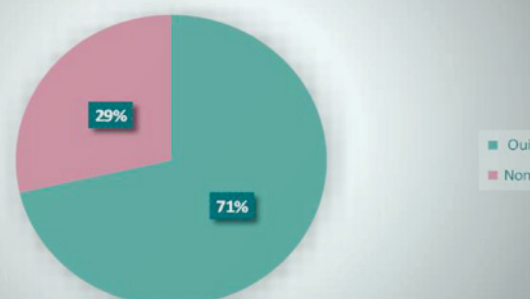
● Problèmes de mémoire causés par l'alcool

Nous y avons ajouté une question concernant les problèmes de mémoire liés à la consommation d'alcool, 43 % des personnes ont répondu avoir déjà fait face à ce phénomène et 57 % des personnes affirment avoir eu un changement de personnalité causé par la consommation d'alcool. Parmi ces changements de personnalité, nous pouvons retrouver : l'agressivité (une personne), l'isolement (deux personnes) et des oublis (une personne).

● Tentative d'arrêt de la consommation d'alcool



J'ai déjà essayé d'arrêter de boire ?



71 % ont déjà effectué une démarche pour arrêter de consommer de l'alcool. Le questionnaire ainsi que les entretiens nous ont permis de recueillir les discours suivants : « J'ai failli faire un coma éthylique, je me suis calmé, j'ai stoppé certains alcools », « J'en ai attrapé une maladie, la cirrhose [...] parce que le médecin il m'a dit " Soit vous

arrêtez de fumer le cannabis et de boire, soit vous continuez puis vous, du coup vous mourrez ” ». Une personne a également affirmé dans le cadre de la passation du questionnaire avoir suivi une cure de désintoxication dans un centre.



● JEUX VIDÉO ET ÉCRANS

● Répartition de la population

Dans la section jeux vidéo/écrans, la répartition entre les hommes et les femmes apparaît plutôt homogène – 53 % d'hommes et 46 % de femmes. 6 personnes ont répondu jouer à des jeux vidéo / être devant des écrans « une fois par jour » et 28 personnes ont répondu « plusieurs fois par jour ».



● Ecrans et usages

Concernant les écrans utilisés, lors du questionnaire il était possible d'en sélectionner plusieurs. Les deux écrans les plus utilisés sont les suivants : la télévision (34,52 %) et le téléphone (35,71 %). Ensuite nous retrouvons de manière homogène l'ordinateur portable, la tablette et la console de jeux vidéo. Les résultats concernant l'utilisation de l'écran sont plutôt homogènes même si il existe une large dispersion dans ces résultats, car une personne estime être à un taux horaire de plus de 40 heures, *a contrario* une personne estime ne pas dépasser 30 minutes par semaine. L'utilisation qui est la plus ressortie est le jeu vidéo (23,97 %). D'après les discours recueillis lors des entretiens, les personnes jouent sur leur téléphone, une tablette, une console et/ou un ordinateur – qu'il soit fixe ou portable. Les réseaux sociaux qui sont également utilisés via un téléphone représentent également 18,18%.

● Tentative d'arrêt d'usage



Les réponses concernant la tentative d'arrêt d'usage sont globalement homogènes : 18 oui et 15 non. Nous allons retrouver différentes techniques : en éteignant l'appareil, en le laissant dans sa poche, en essayant de ne pas y toucher, en prenant l'air, en partageant du temps avec des ami(e)s, en discutant avec les personnes qui les entourent, en changeant d'environnement... D'autres estiment ne pas avoir de conduite addictive, une personne affirme « C'est toute ma vie les jeux vidéo c'est comme le foot ».



REPRÉSENTATION AUTOUR DES ADDICTIONS

Nous allons ici nous intéresser aux représentations autour de l'addiction et de la santé pour les personnes en situation de handicap.

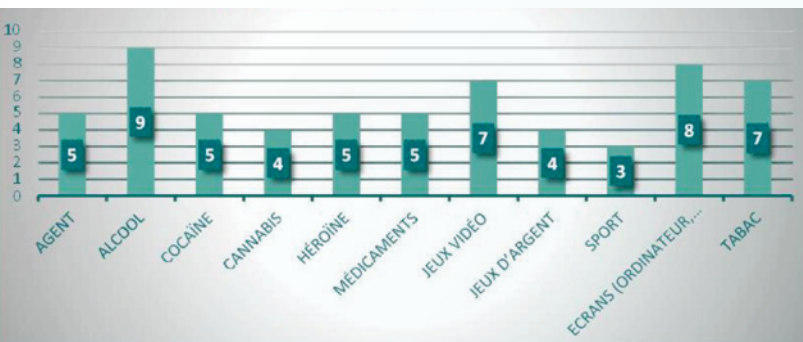
Réponse à la question « *Est-ce que vous savez ce qu'est une addiction ?* »

18 ont répondu non et 14 oui. À « Savez-vous ce qu'est la prévention ? », 26 ont répondu non et seulement 6 oui. La connaissance de l'addiction vient souvent d'expériences personnelles ou médicales. La notion de prévention est rarement comprise, souvent liée au parcours scolaire. Les personnes interrogées associent l'addiction à une forte dépendance : cigarette, alcool, jeux, écrans...

Leur compréhension repose sur des observations du quotidien ou des exemples concrets.

Les témoignages illustrent une vision intuitive mais partielle de l'addiction.

Représentation sur les produits



Lors des entretiens, nous avons montré une feuille avec des pictogrammes représentant différentes addictions aux personnes rencontrées et nous leur avons posé la question suivante : « Selon vous, parmi ces pictogrammes, qu'est-ce qui pourrait être une addiction ? ». C'est ainsi que nous avons pu dresser le graphique ci-dessus.

Sur les 33 personnes rencontrées, 3 ont énoncé le sport, 4 ont énoncé le cannabis et les jeux d'argent et de hasard, 5 ont affirmé les dépenses compulsives, l'addiction à la cocaïne, à l'héroïne et aux médicaments. 7 personnes ont mis en avant l'addiction aux jeux vidéo et au tabac. Pour terminer, 8 personnes ont montré les écrans (ordinateur, tablette, téléphone portable...) et 9 personnes l'alcool. Deux personnes pensent que l'addiction à la cigarette électronique n'existe pas. Nous avons recueilli également les discours suivants « La cigarette électronique ce n'est pas une addiction, car on peut s'en passer », « C'est moins dangereux la cigarette électronique, normale c'est dangereux et électronique c'est moins dangereux [...] c'est... c'est... c'est des trucs essentiels à la noix de coco

aux cacahuètes le produit est moins dangereux que la cigarette normale ». Une personne pense qu'il est interdit de consommer du tabac avant l'âge de 21 ans.

● Représentation des risques pour la santé

Les représentations des risques pour la santé sont classées par type de consommation.

Le tabac est perçu comme provoquant cancers, problèmes pulmonaires, cardiaques et dentaires. La cigarette électronique est vue comme moins nocive que le tabac mais tout de même mauvaise pour les poumons. L'alcool est associé à des risques comme le coma éthylique, la cirrhose, le cancer, la perte de mémoire ou l'épilepsie. Le cannabis est vu comme dangereux, affectant la mémoire, le cœur et la santé en général. Les jeux d'argent suscitent peu d'inquiétudes, sauf en cas de dettes. Les écrans et téléphones sont liés à des troubles visuels, mentaux et de dépendance. Les jeux vidéo sont perçus comme néfastes pour le cerveau, la vue, et potentiellement déclencheurs d'épilepsie.

ACCOMPAGNEMENT

Dans cette dernière sous-partie, nous allons aborder l'accompagnement, la question de l'accessibilité en nous appuyant sur l'affiche du Mois sans tabac (MOST) et en mettant en lumière les éventuelles pistes proposées par les personnes rencontrées lors des entretiens. Ensuite, nous nous intéresserons aux quelques exemples de personnes qui ont déjà suivi une démarche de soins. Puis, nous effectuerons un point sur les actions auxquelles les personnes ont déjà participé. Pour terminer, nous aborderons la place de l'entourage.

Accessibilité

Sur les 33 personnes que nous avons rencontrées, 16 ne savaient ni lire ni écrire, et 8 arrivaient à lire l'affiche en décortiquant mot à mot. Ces problèmes de compréhension sont un obstacle qui ne permet pas de rendre ce type de prévention accessible à tout le monde. Dans l'échantillon, 22 personnes avaient déjà rencontré l'affiche du Mois sans tabac. 11 personnes l'ont vue dans un lieu public (bar, restaurant, bureau de tabac, travail, dentiste, gare SNCF), 9 l'ont vue à la télévision et une personne en a entendue parler à la radio.

Tous n'étaient pas en mesure de comprendre le message transmis par l'affiche, la question était donc « Comment améliorer cette affiche afin de la rendre compréhensible à tous ? ». Chacune des personnes a pris le temps de réfléchir, c'est ainsi que les outils suivants sont apparus : utiliser le dessin (8) ; groupes de parole (6) ; des vidéos explicatives (6) ; faire intervenir quelqu'un de l'extérieur (5) – médecin (2), spécialiste (3), la maison des addictions (1) ; échanger/expliciter (3) ; des images (2) ; des schémas (2) ; des pictogrammes (2) ; le Facile à lire et à comprendre (2) ; des jeux (2) ; des témoignages (1) ; des photos (1) ; des tracts (1) ; des flyers (1) ; des ateliers (1) ; les réseaux sociaux ; des bandes dessinées.

Exemples de personnes qui ont entamé une démarche

Nous avons rencontré des personnes qui avaient effectué un accompagnement, cela se déclinait de la manière suivante : suivi psychologue et/ou infirmière au sein de l'ESAT ; suivi par un médecin addictologue (pour une conduite addictive liée à l'alcool) ; en se fixant des objectifs (par exemple une cigarette toutes les heures) ; quatre personnes ont essayé avec des patchs et trois personnes avec des médicaments. Cinq personnes ont essayé de suivre une thérapie : trois d'entre elles ont tenu respectivement 3 mois, 7 mois et 8 mois. Il y avait un suivi avec un tabacologue, utilisation de patchs et pastilles/ médicaments. Une autre personne a essayé d'arrêter de fumer en 2007 en prenant des médicaments, elle a arrêté à cause des effets secondaires, ce qui l'a amenée à reprendre la consommation de tabac.

Actions

Il y a eu très peu d'actions menées au sein des structures que nous avons rencontrées. Nous avons recueilli deux réponses favorables à la question « Est-ce qu'il y a eu des actions de prévention par rapport aux addictions dans la structure ? ». En ce qui concerne la prévention effectuée par la discussion informelle, nous avons recueilli quatre réponses favorables.

Deux personnes ont évoqué une expérience : une journée de sensibilisation à l'alcool lors de laquelle les lunettes de simulation d'alcoolémie étaient présentes. « La sensation ce que ça fait d'avoir un taux d'alcool dans le sang ça permet de se rendre compte ce que ça fait c'est horrible on voit rien ». Et une seconde expérience liée à une vidéo vue sur internet diffusée par Fabien Olicard : « Il montrait il disait combien lundi tu bois de verres lundi mardi combien tu bois de verre combien toute la semaine combien de verres que tu bois et après en une seule fois il te donne les verres que tu bois dans la semaine ».



● Entourage

Comme nous l'avons déjà abordé un peu plus haut, la place de l'entourage a deux versants, il peut être la porte d'entrée de la conduite addictive, mais il se peut qu'il soit un acteur de la prévention.

● L'entourage comme porte d'entrée de la conduite addictive

L'entourage peut jouer sur l'entrée en consommation, car les parents ou plus généralement la famille, les ami(e)s ou encore les collègues sont des personnes importantes dans le quotidien. Nous avons rencontré 13 personnes qui ont commencé à consommer du tabac, car la famille en consommait. 7 personnes ont fait leur entrée en consommation, car leurs ami(e)s consommaient. Et pour terminer, 5 personnes ont commencé seules – l'une des personnes nous a confié que ses parents ne consommaient pas de tabac mais qu'ils n'ont jamais rien dit sur sa consommation.

Nous avons rencontré une personne qui consomme la cigarette électronique – sans nicotine – car elle a vu un membre de son entourage qui en possédait une, ce qui l'a amenée à en vouloir une.

Comme le tabac, l'alcool est relié à la famille et aux ami(e)s. 4 personnes ont commencé à consommer de l'alcool avec leurs familles (parents, frères, cousins) et 4 personnes avec leurs ami(e)s.

Nous avons rencontré une personne qui consomme de l'alcool avec la famille de sa petite amie – qui ne fait aucune remarque par rapport à la consommation d'alcool – tandis que ses parents lui conseillent fortement de faire attention voire d'arrêter de consommer autant d'alcool.

Concernant le cannabis, trois personnes ont commencé/essayé avec des ami(e)s. Nous n'avons recueilli aucun discours concernant le partage de cette conduite addictive avec des membres de la famille.

Pour terminer, d'après les discours recueillis, le jeu vidéo est dans un premier temps une pratique partagée avec la famille (père, mère, frère, sœur, cousin...). Petit à petit les personnes rencontrées se dirigent vers une pratique solitaire ou bien en ligne.

● L'entourage comme vecteur de discours préventif

C'est de la prévention informelle qui passe par l'entourage, cela va se traduire par des remarques. Pour le tabac, ces remarques peuvent passer par la famille – les parents, les grands-parents, les oncles/tantes, la petite amie ou bien les ami(e)s, qui vont émettre le fait que cela n'est pas bon pour la santé. Une des personnes a été restreinte par sa grand-mère, ce qui fait que lorsqu'il va chez elle, il n'a pas le droit de consommer. Nous avons rencontré trois personnes dont la petite amie souhaitait que la consommation de tabac s'arrête.





Concernant l'alcool et le cannabis, il n'y a pas de prévention effectuée de la part des ami(e)s, seulement de la part des parents et des équipes éducatives. Ils vont pointer les risques liés à la santé : « Ma sœur me dit que [l'alcool] ça esquinthe la santé, ça coupe l'appétit et qu'il faut pas faire ça tout seul, car il y a des risques de faire des crises d'épilepsie ».

Concernant les jeux vidéo et les écrans (notamment le téléphone), nous allons retrouver de la prévention effectuée de la part des parents, des équipes éducatives et du/de la conjoint(e). Pour le téléphone cela va se traduire seulement par un temps d'utilisation jugé excessif. Pour les jeux vidéo, les parents vont prévenir des risques pour la santé.

Les parents, ainsi que les équipes éducatives vont parfois être amenés à limiter l'utilisation. Concernant cette limitation, il paraît difficile de trouver un juste milieu, car les parties – famille et équipes éducatives – ne sont pas toujours d'accord. Nous pouvons citer ici l'exemple d'une personne, dont la tablette avait été confisquée, cependant la mère avait contacté la résidence afin que l'équipe éducative lui restitue.

Pour l'alcool, le cannabis et les jeux vidéo, nous pouvons expliquer l'absence de prévention de la part du cercle amical, car ce sont des consommations partagées avec ce dernier.



● L'entourage consommateur

Dans cette dernière sous-partie concernant l'entourage consommateur, nous allons retrouver différents exemples. Dans un premier temps, les personnes rencontrées vont effectuer de la prévention auprès de leur entourage, cela va se traduire par des inquiétudes par rapport à la santé. Nous avons rencontré une femme dont le conjoint consomme du tabac et du cannabis fréquemment – celui-ci lui emprunte de l'argent pour sa consommation – cela lui cause du souci selon ses dires, elle lui fait des remarques, car « ce n'est pas bon pour la santé les poumons les pertes de mémoire ». Deux autres personnes s'inquiètent également pour leur entourage, notamment la consommation de tabac. L'un, sa maman, à qui il demande tout le temps de « fumer moins fort ». La seconde est fortement inquiète pour son conjoint, car elle a connu plusieurs membres de son entourage – notamment son père et sa mère – qui ont été atteints et sont décédés à la suite d'un cancer.

Ensuite, il y a le décalage de consommation entre l'entourage et la population cible. Ici, deux personnes consomment du tabac, l'entourage consomme des drogues – cannabis et cocaïne. Ce que nous allons voir, c'est comment à leur tour, elles ne sont pas tombées dans ces conduites addictives.

La conjointe de la première personne que nous avons rencontrée – consommatrice de tabac – consommait quant à elle de la cocaïne et du cannabis. Concernant la cocaïne, elle n'y a jamais touchée, car elle avait vu des reportages à la télévision, ce qui lui avait fait peur. Le cannabis elle avait essayé étant plus jeune – avec des ami(e)s – mais ne voyait pas l'intérêt d'en consommer, car « Ça ne servait à rien à part donner envie de dormir ».

La mère et la sœur de la deuxième personne consomment du cannabis – devant elle – mais l'ont toujours tenue à l'écart, elles lui ont toujours interdit d'en consommer voire d'essayer en mettant en avant les risques que cela encourait pour la santé.

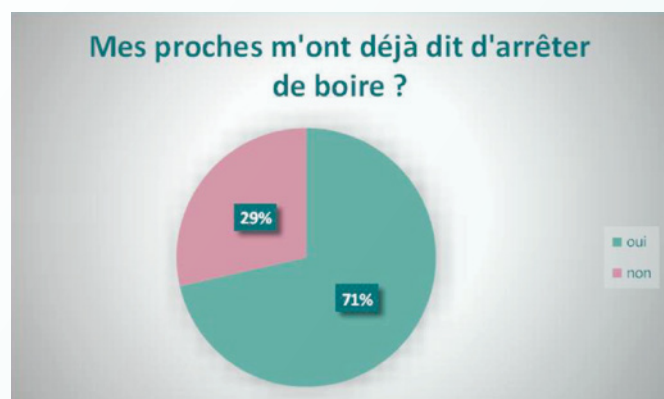
Dernier cas rencontré, une personne qui consomme du tabac et qui a déjà été bénévole dans le passé pour effectuer de la prévention par rapport à la cocaïne, l'héroïne et la méthadone. Elle effectue de la prévention auprès de sa fille concernant le tabac, l'alcool et plus généralement la drogue – en évoquant les risques pour la santé, voire les dangers encourus.

● TABAC



68 % des proches des personnes que nous avons rencontrées (la famille et les éducateurs) leur ont déjà dit d'arrêter de consommer du tabac, pour les raisons suivantes : la fumée / l'odeur les dérange et pour la santé. Voici les discours que nous avons recueillis : « Je suis diabétique c'est pas bon tout court de fumer qu'on soit diabétique ou pas mais pour un diabétique ça esquinthe un peu plus vite que quelqu'un qui n'y est pas » ; « Mon père oui car il a peut-être peur que je choppe le cancer des poumons ».

● ALCOOL



Concernant la consommation d'alcool, 71 % des proches (parents, mère, sœur, conjointe...) ont déjà dit aux personnes que nous avons rencontrées d'arrêter de consommer de l'alcool : « Mes parents ma mère m'a dit d'arrêter de trop boire après m'avoir vu dans des états minables » ; « Ma sœur, car elle pense que je m'esquinthe la santé pour rien du tout » ; « Sinon ma femme me quittait et mon fils [...] refusait de me parler ».



● JEUX VIDÉO/ÉCRANS



Les réponses concernant l'injonction d'arrêter de jouer aux jeux vidéo/d'être sur les écrans par les proches sont homogènes. 50 % des proches ont déjà dit aux personnes rencontrées d'arrêter de jouer aux jeux vidéo/d'être devant des écrans. Voici quelques raisons que nous avons recueillies : « Mon conjoint parce que je suis trop dessus et ça peut empiéter sur les relations sociales » ; « Plutôt les éducateurs ils disent je joue trop aux jeux vidéo ils disent qu'il faut que je les laisse et il faut que je laisse pour que je parle avec les autres que je m'ouvre aux autres et que j'arrête de me renfermer ».



Cette première phase diagnostique nous a permis d'éclairer **les connaissances qu'ont les équipes éducatives dans le champ des addictions et inversement les connaissances qu'ont les professionnels du soin dans le champ du handicap.**

Cette phase a également mis en perspective **la visibilité du phénomène de consommation** chez les personnes en situation de handicap mental. Nous avons pu soulever les freins et les leviers, les besoins et les pistes d'améliorations en termes d'accompagnement.

Cette première phase a mis en lumière **les représentations** que peuvent avoir les personnes qui ont une déficience intellectuelle **de ce qu'est une addiction**, ainsi que les représentations des **risques encourus pour la santé.**

Nous avons également pu saisir **l'accessibilité au soin**, des témoignages de personnes qui ont entamé une démarche, **les actions** auxquelles les personnes avaient déjà participé, ainsi que **la place de l'entourage** dans la consommation des conduites addictives.

Pour terminer, ce travail précieux nous a permis de faire émerger **les conduites addictives les plus présentes**, car il était impossible de traiter l'ensemble des conduites addictives existantes lors de ce projet. C'est ainsi que la suite du projet s'orientera **autour du tabac, de l'alcool et des jeux vidéo/écrans**, qui sont les plus présentes au sein des **ESAT, foyers d'hébergement et résidences** où nous avons réalisé les entretiens et la passation du questionnaire. Concernant les pratiques autour des écrans, on ne va pas parler d'addiction à proprement parler, car cela se traduit par des usages abusifs ou dangereux des écrans sans dépendance mais nous avons décidé de garder ce point pour aiguiller les professionnels. ●

À SUIVRE EN 2025



Une version détaillée de ce diagnostic
accessible en flashant le QR code



ORGANISME DE FORMATION

Organisme de formation de l'ANPAA

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro
11751183675 auprès du préfet de la Région Île-de-France.
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État
(L. 6352-12 du code du travail) • Mise à jour
le 10/07/2025



RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

FONDÉE EN 1872 PAR LOUIS PASTEUR ET CLAUDE BERNARD

www.addictions-france.org • grandest54@addictions-france.org

ANPAA - 123 rue Mac Mahon, 54000 NANCY • Tél. : 06 07 66 06 23

Suivez-nous sur :

 [@AddictionsFr](https://twitter.com/AddictionsFr)

 [Association Addictions France](https://www.facebook.com/AssociationAddictionsFrance)

 [Association Addictions France en Grand Est](https://www.linkedin.com/company/AssociationAddictionsFrance)