

## CHARTE

# Promotion de la santé et prévention en faveur des personnes en situation de handicap vivant dans le canton de Vaud

*Document élaboré par un groupe de travail composé de représentant·e·s d'établissements socioéducatifs vaudois (Fondation Eben-Hézer, Cité du Genévrier, Fondation de Vernand, Institution de Lavigny et Fondation Perceval), d'Insieme Vaud, de la Direction générale de la santé, de la Direction générale de la cohésion sociale et de la Direction générale de l'enseignement obligatoire et de la pédagogie spécialisée de l'Etat de Vaud, du Groupement romand d'études des addictions (GREA) et coordonné par le Département de promotion de la santé et préventions d'Unisanté.*

## Introduction

Cette charte a pour objectif de définir les missions, les principes éthiques et la méthodologie de la promotion de la santé et de la prévention (PSP) en faveur des personnes en situation de handicap vivant dans le Canton de Vaud, notamment celles accueillies en institution, aussi bien mineures que adultes. Elle doit servir de point de repère pour les professionnel·le·s (prévention, soins, social et éducation), les directions d'établissement, les autorités politiques et administratives, les personnes concernées et leurs proches.

## Constat de départ

L'état de santé des personnes en situation de handicap est moins bon que celui du reste de la population [1]–[4]. Leur espérance de vie et leur état de santé sont diminués en raison de leur handicap, mais aussi à cause du style de vie et des problèmes secondaires découlant de celui-ci (ex. malnutrition, sédentarité, obésité, douleurs chroniques, dépression, etc.). [5]–[8] L'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement croissant de cette population a également pour effet d'engendrer des nouvelles problématiques de santé qui étaient peu présentes auparavant (ex. démence, arthrose, ostéoporose, hypertension, diabète, etc.). Les personnes en situation de handicap vivant en institution souffrent généralement de formes de handicap plus sévères et leur état de santé est davantage touché que celui des personnes vivant au sein de la communauté [9]–[13]. Les personnes en situation de handicap ne bénéficient pas du même accès aux offres de promotion de la santé et prévention que le reste de la population, en raison de différentes barrières linguistiques, intellectuelles et physiques [1], [3]. Les offres existantes sont souvent inadaptées à cette population [2], [14]. Il existe donc un besoin de développer des approches de la PSP qui soient adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap, tenant compte des capacités et des compétences propres à chaque personne.

Version du 29.08.2025

## Les missions de la PSP appliquées au domaine du handicap

Les principes fondamentaux de la PSP sont définis dans la charte d’Ottawa pour la promotion de la santé de l’OMS [15], qui est le principal texte de référence pour le domaine. Selon cette charte, « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer ». Elle vise à renforcer le pouvoir d’agir des individus (*empowerment*) par rapport à leur santé et à ses déterminants. Cinq types d’actions principaux sont identifiés dans cette charte. Ci-après, une définition succincte est fournie pour chaque type d’action et des potentiels de développement pour le domaine du handicap sont identifiés.

- *L’acquisition d’aptitudes individuelles* : il s’agit de transmettre aux individus (personnes concernées, proches et professionnel·le·s) des compétences et aptitudes qui leur permettent d’adopter un style de vie favorable à la santé, via l’information, la sensibilisation et l’éducation à la santé. L’enjeu principal pour le domaine du handicap concerne la communication des messages de santé dans un langage accessible et adapté aux capacités de chaque personne.
- *Le renforcement de l’action communautaire* : consiste à encourager la participation des membres de la communauté à l’identification des problèmes qui les concernent et à la recherche des solutions les plus adéquates pour eux/elles. Dans le domaine du handicap, il s’agit d’activer les ressources dont disposent les personnes concernées, leurs proches et les professionnel·le·s qui les accompagnent. Des ponts doivent également être construits entre le milieu institutionnel et le reste de la société, afin de soutenir l’intégration et l’autonomisation des personnes.
- *La création d’environnements favorables* : passe par la mise en place de conditions cadre, de mesures législatives et d’aménagements favorisant une vie en bonne santé. Il s’agit de tenir compte de l’interdépendance entre la santé des individus et l’environnement dans lequel ils/elles évoluent. Pour les personnes en situation de handicap, la construction d’environnements de vie adaptés à chaque type de handicap et favorisant un style de vie sain est cruciale.
- *La réorientation des services de santé* : implique d’intégrer des activités de promotion de la santé au sein des structures médicales existantes et faire une place plus importante aux professions non-médicales (social, éducation, économie, urbanisme, etc.). Pour le domaine du handicap, il s’agit notamment de former les professionnel·le·s de la santé à une approche de PSP inclusive et adaptée aux personnes en situation de handicap, ainsi que de renforcer l’implication des professionnel·le·s du domaine socioéducatif dans cette mission.
- *L’élaboration de politiques pour la santé* : des mesures politiques (législatives, financières, fiscales, etc.) sont nécessaires afin d’agir sur les structures qui influencent les comportements des individus. L’action sur les déterminants structurels de la santé nécessite d’agir au-delà du secteur de la santé via une approche intersectorielle à travers différents domaines des politiques publiques. Dans le domaine du handicap, l’élaboration de politiques de santé doit être orientée vers la promotion de l’égalité en santé des personnes en situation de handicap et un accès universel aux services et offres de santé (y compris à la PSP).

## **Les stratégies suisses en matière de promotion de la santé et prévention**

En Suisse, la promotion de la santé relève avant tout des compétences cantonales. La Confédération joue un rôle d'orientation des actions des cantons via différentes stratégies. Les principaux documents stratégiques définissant les missions de la PSP sont les suivants :

- *Stratégie nationale sur les maladies non transmissibles 2017-2024* [16] : a pour objectifs de réduire la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles (MNT), de freiner la hausse des coûts, de diminuer le nombre de décès prématurés, et de préserver voire améliorer les capacités productives et l'aptitude à prendre part à la vie économique et sociale. Les principaux facteurs de risque qui sont visés par la stratégie sont l'alimentation non-équilibrée, la sédentarité, le tabac et l'alcool.
- *Stratégie suisse de nutrition 2017-2024* [17] : vise à promouvoir une alimentation équilibrée et variée dans l'objectif de prévenir les maladies et améliorer la santé de la population suisse. Elle a pour objectifs de renforcer les compétences nutritionnelles de la population, d'améliorer les conditions-cadres (offre alimentaire) et d'impliquer la filière alimentaire (fabricants et distributeurs).
- *Stratégie nationale addictions 2017-2024* [18] : a pour objectifs de prévenir l'émergence d'addictions ; de fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin ; de réduire les dommages sanitaires et sociaux des addictions ; et de diminuer les conséquences négatives des addictions pour la société.
- *Rapport sur la santé psychique* [19] : définit quatre champs d'actions principaux pour les mesures de promotion de la santé mentale. Il s'agit de la sensibilisation, la déstigmatisation et l'information ; la réalisation d'actions de promotion de la santé, de prévention et de détection précoce ; la défense des intérêts (plaidoyer) et le renforcement des connaissances de base ; l'adaptation des structures et l'engagement de ressources supplémentaires.

A l'échelle du canton de Vaud, les missions de la promotion de la santé sont conceptualisées dans le *Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022*. La promotion de la santé constitue un des huit champs d'action principaux de la stratégie de santé publique. Ce rapport souligne l'importance d'agir non seulement sur les comportements individuels mais également sur les conditions de vie des individus (conditions socioéconomiques, culturelles, environnementales, éducation, travail, logement). Il prône la mise en place d'activités intégrées au niveau local et dans les milieux de vie des individus (santé communautaire), en complément aux approches plus classiques et universelles de promotion de la santé. La participation des citoyen·ne·s est fortement valorisée. La volonté de réduire les inégalités de santé et de répondre spécifiquement aux besoins des groupes plus vulnérables est explicitement formulée. Dans le canton de Vaud, les activités de promotion de la santé et prévention sont pilotées par la Direction générale de la santé, en collaboration avec Unisanté et d'autres partenaires institutionnels. La responsabilité opérationnelle de la mise en œuvre du programme d'action cantonal alimentation et activité physique, et du programme cantonal de prévention du tabagisme est confiée à Unisanté. Un programme cadre pour la santé mentale est actuellement en cours de développement.

## **Un cadre éthique cohérent pour les interventions**

La mise en place de mesures de PSP dans le milieu du handicap nécessite de prendre en compte un ensemble de principes éthiques cohérents. Les principes présentés ci-après s'inspirent de la *Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH ; [20]), de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant (CDE ; [21]), de la *Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées* (LHand ; [22]) et d'autres textes légaux et éthiques faisant référence dans ce domaine en Suisse et à l'étranger ([23]–[29]).

- Le *respect des personnes* en situation de handicap dans leur unicité, leur dignité et leur intégrité est central. Cela inclut la bientraitance des professionnel·le·s à l'égard des personnes concernées.
- La promotion de *l'autonomie* et de *l'autodétermination* doit être au cœur des interventions. Il est important que les personnes concernées participent de manière volontaire et informée aux actions de PSP qui leur sont proposées.
- Le *respect de la sphère privée et de l'intimité* des personnes doit être garanti. Il s'agit également de garantir la confidentialité des propos que les personnes concernées peuvent échanger avec les professionnel·le·s au sujet de leur santé et de leur vie privée.
- *L'intégration et l'inclusion* des personnes en situation de handicap dans les actions de PSP doit être assurée à tout moment. Il s'agit notamment de mettre en place des activités où toutes les personnes en situation de handicap peuvent se sentir valorisées et exprimer au mieux leur potentiel. La mixité et l'intégration des personnes concernées dans des activités ordinaires avec la population générale doivent aussi être prônées.
- *L'égalité* doit être promue dans toutes les actions de PSP à destination des personnes en situation de handicap. Les discriminations fondées sur le handicap sont sanctionnées. Les professionnel·le·s et les directions d'établissements doivent être sensibilisé·e·s à ce sujet et apprendre à construire un cadre égalitaire et non-discriminant pour les personnes concernées.

L'éthique ne se résume pas à une liste de principes, mais doit représenter une réflexion permanente pour les professionnel·le·s et les proches des personnes en situation de handicap. Il s'agit dans chaque situation de se demander quel est l'intérêt supérieur des personnes concernées et être à l'écoute de leurs besoins. Dans des situations qui soulèvent des dilemmes et conflits éthiques, des groupes interprofessionnels ad hoc peuvent être constitués, afin de s'assurer de prendre les meilleures décisions possibles.

## Approches méthodologiques et démarches pratiques

La poursuite des missions de PSP dans le milieu du handicap dans le respect d'un cadre éthique se traduit dans un ensemble d'approches méthodologiques et de démarches pratiques. Ci-après, un ensemble de préconisations visant à guider le développement d'actions de PSP dans le milieu du handicap sont introduites. Celles-ci sont issues de la littérature scientifique et de la littérature grise ([30]–[34]).

- Le *renforcement de l'accessibilité* des actions est une démarche nécessaire pour le développement de la PSP dans le domaine du handicap. Les actions doivent être développées selon le principe de la conception universelle, en garantissant un usage par l'ensemble des citoyen·ne·s via des mesures appropriées (ex. langage FALC, langage des signes, braille, aménagements de l'environnement bâti et des infrastructures). Une formation à l'utilisation de ces outils devrait être dispensée aux professionnel·le·s.
- Le *travail interdisciplinaire* est fondamental pour le succès des actions menées. En effet, la PSP souhaite agir sur différentes dimensions et déterminants de la santé. Pour cela, la contribution de différentes professions et disciplines est nécessaire (médecine, diététique, activité physique adaptée, physiothérapie, ergothérapie, psychologie, travail social, etc.).
- Le *partenariat entre personnes concernées, professionnel·le·s et proches* doit être travaillé et consolidé lors de la mise en place des actions. L'ensemble des acteurs doit pouvoir être sollicité et consulté, afin de prendre des décisions qui répondent au mieux aux besoins des personnes et à leur situation de vie.
- La *participation* des personnes concernées dès les phases de conception des mesures de PSP est un gage de qualité et de plus-value. L'expertise et les connaissances des patient·e·s et des proches doivent être valorisées et représentent une source précieuse d'information.
- L'*intégration de la PSP dans les activités quotidiennes* est nécessaire afin de permettre des changements de comportement qui durent dans le temps et qui soient en accord avec le milieu de vie des personnes. Pour faire cela, une implication de l'ensemble des professionnel·le·s et proches qui côtoient les personnes concernées est indispensable.
- L'*engagement institutionnel* est une condition sine qua non pour la bonne implémentation des actions de PSP. Il est important que les actions proposées soient en adéquation avec la culture et le fonctionnement des institutions qui accueillent les personnes en situation de handicap. Les directions des institutions doivent appuyer les démarches de PSP et encourager une adhésion de l'ensemble des équipes professionnelles. Les activités déjà existantes au sein des institutions doivent être valorisées et constituent une base pour le développement des activités de PSP.
- La *mise en réseau des acteurs* est une démarche nécessaire pour ancrer la PSP dans le milieu du handicap et construire des ponts entre les institutions qui accueillent les personnes en situation de handicap et le reste de la société. Elle doit également faciliter l'inclusion et l'intégration des personnes concernées dans les activités ordinaires menées avec la population générale.

1. T. Harrison, « Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? », *Fam Community Health*, vol. 29, n° 1 Suppl, p. 12S-19S, mars 2006.
2. J. Naaldenberg, N. Kuijken, K. van Dooren, et H. van Schrojenstein Lantman de Valk, « Topics, methods and challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: a structured review of literature », *Res Dev Disabil*, vol. 34, n° 12, p. 4534-4545, déc. 2013, doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.029.
3. J. H. Rimmer et D. Braddock, « Health promotion for people with physical, cognitive and sensory disabilities: an emerging national priority », *Am J Health Promot*, vol. 16, n° 4, p. 220-224, ii, avr. 2002, doi: 10.4278/0890-1171-16.4.220.
4. J. Robertson et al., « Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities », *Res Dev Disabil*, vol. 21, n° 6, p. 469-486, déc. 2000.
5. B. S. Armour, V. A. Campbell, J. E. Crews, A. Malarcher, E. Maurice, et R. A. Richard, « State-level prevalence of cigarette smoking and treatment advice, by disability status, United States, 2004 », *Prev Chronic Dis*, vol. 4, n° 4, p. A86, oct. 2007.
6. [T. Heller, J. A. McCubbin, C. Drum, et J. Peterson, « Physical activity and nutrition health promotion interventions: what is working for people with intellectual disabilities? », *Intellect Dev Disabil*, vol. 49, n° 1, p. 26-36, févr. 2011, doi: 10.1352/1934-9556-49.1.26.
7. B. A. Marks et T. Heller, « Bridging the equity gap: health promotion for adults with intellectual and developmental disabilities », *Nursing Clinics of North America*, vol. 38, n° 2, p. 205-228, juin 2003, doi: 10.1016/S0029-6465(02)00049-X.
8. M. L. Steinberg, L. Heimlich, et J. M. Williams, « Tobacco use among individuals with intellectual or developmental disabilities: a brief review », *Intellect Dev Disabil*, vol. 47, n° 3, p. 197-207, juin 2009, doi: 10.1352/1934-9556-47.3.197.
9. R. Martínez-Leal et al., « The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe », *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, n° 9, p. 858-872, 2011, doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01439.x.
10. Office fédéral de la statistique, « Statistique des institutions médico-sociales. La situation des personnes handicapées en institution », Confédération suisse, Berne, 2012.
11. A. Penneau, S. Pichetti, C. Sermet, et Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), *L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France: résultats de l'enquête Handicap-santé. Tome 2, Tome 2.*, Paris: IRDES, 2015.
12. D. Naouri, « Recours aux soins des personnes en situation de handicap vivant en institution », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 63, n° 2, p. 146, avr. 2015, doi: 10.1016/j.respe.2015.02.015.
13. A. Kozma, J. Mansell, et J. Beadle-Brown, « Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review », *Am J Intellect Dev Disabil*, vol. 114, n° 3, p. 193-222, mai 2009, doi: 10.1352/1944-7558-114.3.193.
14. H. M. Scott et S. M. Havercamp, « Systematic Review of Health Promotion Programs Focused on Behavioral Changes for People With Intellectual Disability », *Intellect Dev Disabil*, vol. 54, n° 1, p. 63-76, févr. 2016, doi: 10.1352/1934-9556-54.1.63.
15. Organisation mondiale de la santé, « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ». [En ligne]. Disponible sur: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
16. Confédération suisse, « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 », Confédération suisse, Berne, 2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/strategie-mnt.pdf>
17. T. Harrison, « Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? », *Fam Community Health*, vol. 29, n° 1 Suppl, p. 12S-19S, mars 2006.
18. J. Naaldenberg, N. Kuijken, K. van Dooren, et H. van Schrojenstein Lantman de Valk, « Topics, methods and challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: a structured review of literature », *Res Dev Disabil*, vol. 34, n° 12, p. 4534-4545, déc. 2013, doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.029.
19. J. H. Rimmer et D. Braddock, « Health promotion for people with physical, cognitive and sensory disabilities: an emerging national priority », *Am J Health Promot*, vol. 16, n° 4, p. 220-224, ii, avr. 2002, doi: 10.4278/0890-1171-16.4.220.
20. J. Robertson et al., « Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities », *Res Dev Disabil*, vol. 21, n° 6, p. 469-486, déc. 2000.
21. B. S. Armour, V. A. Campbell, J. E. Crews, A. Malarcher, E. Maurice, et R. A. Richard, « State-level prevalence of cigarette smoking and treatment advice, by disability status, United States, 2004 », *Prev Chronic Dis*, vol. 4, n° 4, p. A86, oct. 2007.
22. T. Heller, J. A. McCubbin, C. Drum, et J. Peterson, « Physical activity and nutrition health promotion interventions: what is working for people with intellectual disabilities? », *Intellect Dev Disabil*, vol. 49, n° 1, p. 26-36, févr. 2011, doi: 10.1352/1934-9556-49.1.26.
23. B. A. Marks et T. Heller, « Bridging the equity gap: health promotion for adults with intellectual and developmental disabilities », *Nursing Clinics of North America*, vol. 38, n° 2, p. 205-228, juin 2003, doi: 10.1016/S0029-6465(02)00049-X.
24. M. L. Steinberg, L. Heimlich, et J. M. Williams, « Tobacco use among individuals with intellectual or developmental disabilities: a brief review », *Intellect Dev Disabil*, vol. 47, n° 3, p. 197-207, juin 2009, doi: 10.1352/1934-9556-47.3.197.
25. R. Martínez-Leal et al., « The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe », *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 55, n° 9, p. 858-872, 2011, doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01439.x.
26. Office fédéral de la statistique, « Statistique des institutions médico-sociales. La situation des personnes handicapées en institution », Confédération suisse, Berne, 2012.
27. A. Penneau, S. Pichetti, C. Sermet, et Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), *L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France: résultats de l'enquête Handicap-santé. Tome 2, Tome 2.*, Paris: IRDES, 2015.
28. D. Naouri, « Recours aux soins des personnes en situation de handicap vivant en institution », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 63, n° 2, p. 146, avr. 2015, doi: 10.1016/j.respe.2015.02.015.
29. A. Kozma, J. Mansell, et J. Beadle-Brown, « Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review », *Am J Intellect Dev Disabil*, vol. 114, n° 3, p. 193-222, mai 2009, doi: 10.1352/1944-7558-114.3.193.
30. H. M. Scott et S. M. Havercamp, « Systematic Review of Health Promotion Programs Focused on Behavioral Changes for People With Intellectual Disability », *Intellect Dev Disabil*, vol. 54, n° 1, p. 63-76, févr. 2016, doi: 10.1352/1934-9556-54.1.63.

31. Organisation mondiale de la santé, « Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé ». [En ligne]. Disponible sur: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Otawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Otawa_Charter_F.pdf)
32. Confédération suisse, « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 », Confédération suisse, Berne, 2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/strategie-mnt.pdf>
33. Confédération suisse, « Stratégie suisse de nutrition 2017-2024 », Confédération suisse, Berne, 2017. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop\\_bb/b2c/start/larea=2C59E545D7371ED4A59B62F06CBEAADD&citem=2C59E545D7371ED4A59B62F06CBEAADD1402EC761F651ED787D6CE659178F77F/.do](https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_bb/b2c/start/larea=2C59E545D7371ED4A59B62F06CBEAADD&citem=2C59E545D7371ED4A59B62F06CBEAADD1402EC761F651ED787D6CE659178F77F/.do)
34. Confédération suisse, « Stratégie nationale addictions », Confédération suisse, Berne, 2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
35. Confédération suisse, « Santé psychique en Suisse. Etat des lieux et champs d'action », Confédération suisse, Berne, 2015. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/dialog-bericht/bericht\\_psychische\\_gesundheit.pdf.download.pdf/Rapport\\_Sante\\_psychique\\_Suisse.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/dialog-bericht/bericht_psychische_gesundheit.pdf.download.pdf/Rapport_Sante_psychique_Suisse.pdf)
36. ONU, « Convention de l’ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) ». 2006. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2014/245/fr>
37. ONU, « Convention relative aux droits de l’enfant ». 1989. [En ligne]. Disponible sur: [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg\\_no=IV-11&chapter=4&clang=-fr](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&clang=-fr)
38. Confédération suisse, « Loi fédérale sur l’élimination des inégalités frappant les personnes handicapées ». 2002. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/667/fr>
39. Canton de Vaud, « Constitution du Canton de Vaud ». 2003. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/1136\\_fga/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2003/1136_fga/fr)
40. Canton de Vaud, « Loi sur les mesures d’aide et d’intégration pour personnes handicapées (LAIH) ». 2004. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.lexfind.ch/tolv/134844/fr>
41. Confédération suisse, « Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l’intégration des personnes invalides (LIPPI) ». 2006. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/802/fr>
42. Mutuelle Nationale des Hospitaliers, « Charte Romain Jacob. Unis pour l’accès à la santé des personnes en situation de handicap ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.handidactique.org/charter-romain-jacob/>
43. INSOS Genève, « Charte amour, sexualité et handicap. Cadres éthique et juridique ». 2012. [En ligne]. Disponible sur: <https://insos-geneve.ch/charter-amour-sexualite-et-handicap/>
44. Unapei, « Charte déontologique des membres de l’Unapei ». 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/12/CharteEthique.pdf>
45. Unapei, « Chartre pour la dignité des personnes handicapées mentales ». 1989. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/09/CharteDignite.pdf>
46. IREPS Champagne-Ardenne, IREPS Pays de la Loire, IREPS Picardie, et Observatoire de la santé du Hainaut, « Livre blanc. Préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME », 2011. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.irepsndl.org/\\_docs/Fichier/2015/2-150115055443.pdf](https://www.irepsndl.org/_docs/Fichier/2015/2-150115055443.pdf)
47. Anesm, « L’accompagnement à la santé de la personne handicapée », 2013. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2836291/fr/l-accompagnement-a-la-sante-de-la-personne-handicapee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836291/fr/l-accompagnement-a-la-sante-de-la-personne-handicapee)
48. Unapei, « Livre blanc. Pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales », 2013. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/livreblancfalc07\\_14.pdf](https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/livreblancfalc07_14.pdf)
49. Fédération Nationale d’Education et de promotion de la Santé (FNES), « Promouvoir la santé et le bien-être dans le champ médico-social auprès des personnes en situation de handicap », 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/05/Guide-PSH-FNES-VF-pdf.pdf>
50. IREPS Bourgogne-Franche-Comté et Agence régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté, « Prévention et promotion de la santé à destination des personnes en situation de handicap. Etat des lieux », 2018. [En ligne]. Disponible sur: [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/files-upload/etat\\_des\\_lieux\\_handicap\\_et\\_prevention\\_v2\\_ireps\\_2018hd.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/files-upload/etat_des_lieux_handicap_et_prevention_v2_ireps_2018hd.pdf)