

PERSONNES HANDICAPÉES

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES

VOLET 3

LES ESPACES DE CALME-RETRAIT ET D'APAISEMENT

VOLET 3 - DES RECOMMANDATIONS « LES COMPORTEMENTS-PROBLÈMES » :
PRÉVENTION ET RÉPONSES
AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVENANT
AUPRÈS DES ENFANTS ET ADULTES HANDICAPÉS

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux



VOLET 1 Organisation à privilégier et stratégies de prévention

VOLET 2 Stratégies d'intervention

Ces volets 1 et 2 sont disponibles dans un volume dédié et sur le site : www.ansm.sante.gouv.fr



CES RECOMMANDATIONS CONCERNENT LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR :



PERSONNES
HANDICAPÉES

MODE D'EMPLOI

RECOMMANDATIONS LES « COMPORTEMENTS-PROBLÈMES »

ARTICULATION DES RECOMMANDATIONS « LES COMPORTEMENTS-PROBLÈMES: PRÉVENTION ET RÉPONSES » AVEC LES RECOMMANDATIONS SUR « LES ESPACES DE CALME-RETRAIT ET D'APAISEMENT »

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) correspondent au troisième volet des recommandations « Les comportements-problèmes au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés: prévention et réponses ». La mise en œuvre des recommandations « comportements-problèmes » a pour objectif de réduire les « comportements-problèmes », les situations de crises et le recours aux espaces de calme-retrait dans un contexte de mise en danger (à travers les stratégies préventives des comportements-problèmes et l'organisation, la formation des professionnels, l'évaluation fonctionnelle, l'accès aux soins, les postures et attitudes langagières face à l'aggravation de la situation, etc.)¹.

VOLET 1

ORGANISATION À PRIVILÉGIER PAR L'ÉTABLISSEMENT/SERVICE POUR PRÉVENIR ET ACCOMPAGNER LES « COMPORTEMENTS-PROBLÈMES »

- Chapitre 1 : Prise en compte de la qualité de vie pour prévenir les « comportements-problèmes »
- Chapitre 2 : Organisation des réponses apportées aux « comportements-problèmes »

VOLET 2

STRATÉGIES D'INTERVENTION À METTRE EN ŒUVRE PAR LES PROFESSIONNELS FACE AUX « COMPORTEMENTS-PROBLÈMES »

- Chapitre 1 : Repérage des « comportements-problèmes » et interventions
- Chapitre 2 : Gestion des « comportements-problèmes » et de l'aggravation des situations de « comportements-problèmes »
- Chapitre 3 : La continuité de l'accompagnement

VOLET 3

LES ESPACES DE CALME-RETRAIT ET D'APAISEMENT

- Chapitre 1 : Concevoir et/ (ré) aménager les espaces de l'établissement
- Chapitre 2 : Concevoir pour chaque personne et chaque situation un type de retrait
- Chapitre 3 : Mettre en place des méthodes alternatives comme stratégies d'apaisement
- Chapitre 4 : Gérer la mise en danger et le dernier recours

EFFETS POUR LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

- Amélioration de la qualité de vie
- Respect de leurs droits
- Continuité de l'accompagnement
- Etc.

¹ Se référer à la synthèse des recommandations « Les comportements-problèmes au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés: prévention et réponses ».

SOMMAIRE

PRÉSENTATION GÉNÉRALE	5
1. Le contexte et les enjeux des recommandations	7
2. Les destinataires des recommandations	9
3. Les définitions et termes utilisés	10
CHAPITRE 1 CONCEVOIR ET/OU (RÉ)AMÉNAGER LES ESPACES DE L'ÉTABLISSEMENT	13
1. Organiser une démarche éthique	15
2. Construire et inscrire dans le projet d'établissement des possibilités de retrait au sein des espaces collectifs	19
3. Construire l'espace privé permettant le retrait	24
CHAPITRE 2 CONCEVOIR POUR CHAQUE PERSONNE ET CHAQUE SITUATION UN TYPE DE RETRAIT.	25
1. Évaluer les besoins de retrait.....	27
2. Mettre en place des apprentissages pour favoriser le retrait	31
3. Accompagner et respecter le retrait.....	33
CHAPITRE 3 METTRE EN PLACE DES MÉTHODES ALTERNATIVES COMME STRATÉGIES D'APAISEMENT	37
1. Évaluer les besoins et les stratégies pour prévenir le danger (en amont)	39
2. Mettre en place des apprentissages pour prévenir la crise (en amont)	41
3. Repérer des signes avant-coureurs et prévenir l'évolution du comportement	42
CHAPITRE 4 GÉRER LA MISE EN DANGER ET LE DERNIER RECOURS	47
1. Mettre en œuvre le processus de décision	50
2. Mettre en place une analyse multimodale.....	56
2.1 Organiser des temps de réflexion sur l'accompagnement et sa continuité	56
2.2 Évaluer des mesures de recours au retrait pour l'établissement	57
ANNEXES	59
Annexe 1 - Outil : Savoir-être et savoir-faire	61
Annexe 2 - Outil : Les compétences des professionnels pour prévenir et gérer les situations de crise	62
Annexe 3 - Les repères juridiques	64
Annexe 4 - Outil de traçabilité	67
Annexe 5 - Entretiens menés auprès des personnes concernées	69
Annexe 6 - Méthode d'élaboration des recommandations et participants	70
Glossaire	73
Liste des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.....	75

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1 LE CONTEXTE ET LES ENJEUX DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations intègrent deux démarches complémentaires : l'une est d'ordre éthique afin de garantir un niveau de qualité de vie, la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et l'autre est d'ordre juridique : elle concerne le respect des droits de la personne au regard de l'état de l'art en matière de sciences humaines et sociales. Elles visent à préserver la dignité de la personne accueillie. Le « comportement-problème » n'est souvent que la manifestation visible d'un problème sous-jacent. Cette manifestation peut être violente, effrayante et mettre la personne et son entourage en danger. Le « comportement-problème » n'est que la conséquence d'autres facteurs non pris en compte et peut conduire à des ruptures d'accompagnement dans le secteur médico-social. Il ne s'agit pas de banaliser ou de nier la violence, mais de reconnaître et d'appliquer une approche préventive à toutes situations dramatiques. C'est pourquoi, les « espaces de calme-retrait et d'apaisement » participent à des stratégies pouvant être organisées et utilisées en amont d'un « comportement-problème » à toute personne accompagnée ou également être proposés pour prévenir la récurrence ou l'aggravation de « comportements-problèmes ».

L'objet n'est pas le développement d'« espaces de calme-retrait et d'apaisement » pour gérer la crise² mais la mise en œuvre de mesures de prévention et de protection pour éviter d'arriver à la crise. Ces espaces et leurs recours s'inscrivent dans une réflexion globale d'aménagement dans le cadre du projet d'établissement puis de façon individuelle dans le cadre du projet personnalisé de la personne. L'objectif étant de permettre à la personne de trouver un espace pour s'apaiser.

Ces recommandations s'inscrivent également dans un ensemble de publications et de recommandations déjà diffusées par l'Anesm³. Les recommandations placent la personne en situation de handicap au cœur de la construction de son projet de vie, construit avec elle.

La base de travail que représente ces recommandations ne peut s'envisager qu'après avoir pris connaissance des recommandations « Les comportements-problèmes au sein des ESSMS accueillant des personnes handicapées : prévention et réponses », volet un et deux. Elles en constituent le volet trois.

Les verbatim en italique indiqués par un fond gris dans ces recommandations sont à considérer comme une aide pour analyser les pratiques.

Les recommandations s'appuient sur les droits fondamentaux dont bénéficient les personnes en situation de handicap, notamment rappelés par la charte des droits et des libertés de la personne accueillie (charte des droits et libertés de la personne accueillie annexée à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du Code de l'action sociale et des familles). Les droits énoncés sont les suivants :

- le droit à une prise en charge ou un accompagnement adapté à ses besoins ;
- le droit à la protection, à la sécurité, à la santé, aux soins, au suivi médical ;
- le droit à une information claire, compréhensible et adaptée ;
- le droit d'accéder sans entrave aux informations ;
- le droit au libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes ;
- le droit de donner son consentement ;
- le droit d'être accompagné par la personne de son choix ;
- le droit de renoncer à tout moment aux prestations par écrit ou d'en demander le changement ;
- le droit au respect des liens familiaux ;
- le droit au respect de la confidentialité des informations (concernant la personne) ;
- le droit à l'autonomie ;
- le droit au respect de ses pratiques religieuses ;
- le droit à l'exercice de ses droits civiques ;



² Le défaut de mise en place d'un lieu de calme-retrait et d'apaisement ne peut constituer l'infraction de mise en danger de la vie d'autrui prévue à l'article 223-1 du code pénal dans la mesure où l'existence de tels lieux n'est imposée par aucune norme réglementaire ou légale.

³ Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008.

Anesm. *Le questionnement éthique*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

- le droit au respect de la dignité et à son intimité ;
- le droit de participer directement ou avec l'aide de son représentant légal.

À ces droits s'ajoute la liberté d'aller et venir figurant dans l'article L.311-3, 1° du CASF⁴ et composante du droit à l'autonomie garanti par l'article 8 de la charte des droits et libertés des personnes accueillies (citée ci-dessus).

REPÈRES JURIDIQUES

Les fondements de la liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir constitue une liberté fondamentale, de valeur constitutionnelle⁵.

La liberté d'aller et venir est également affirmée dans des textes spécifiques au secteur médico-social tel que l'article L.311-3, 1° du CASF ou encore l'article 8 de la Charte des droits et libertés des personnes accueillies qui dispose :

« Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. À cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. »

La liberté d'aller et venir fait donc l'objet d'une protection plus grande dans les ESSMS et ce d'autant qu'ils ont vocation à constituer le lieu de vie des personnes concernées (en ce sens : *CA Aix-en-Provence, 15 février 2012, n° 09-04252*). Toute restriction illégale est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de l'organisme gestionnaire ainsi que la responsabilité pénale et disciplinaire du personnel⁶.

Les atteintes à la liberté d'aller et venir

Liberté fondamentale, la liberté d'aller et venir ne constitue pas pour autant une liberté absolue et il est possible d'y apporter des restrictions tant que ces dernières poursuivent un but légitime (préservation de la santé et de la sécurité notamment), sont proportionnées et ne portent pas atteinte à la dignité humaine de la personne⁷. La conciliation de la liberté d'aller et venir avec les principes de sécurité et de sûreté reste toutefois l'objet d'une appréciation au cas par cas, dépendant notamment de l'état de santé de la personne, de son comportement, de la gravité des risques, de la connaissance de cet état par l'établissement ou encore de la spécialité et des moyens de ce dernier. Aucune réponse uniforme ne saurait être préconisée : les établissements doivent toujours veiller à personnaliser les restrictions à la situation spécifique des personnes accueillies et les rendre explicites notamment pour la personne, les proches et les autorités de contrôle.

⁴ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV).

⁵ La liberté d'aller et venir fait l'objet d'une consécration en droit interne (En ce sens : Cass. Civ. 1^{re}, 28 novembre 1984, Bull Civ 1984, I, n° 321 ; Cons. Const. Déc. N° 79-107 DC du 12 juillet 1979 ; Cons. Const. P. 31 ; Cons. Const. 18 janvier 1995, loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité, n° 94-532 ; Cons. Const. 22 avril 1997, loi portant diverses dispositions relatives à l'immigration, n° 97-389 DC) mais également en droit européen (cf. article 5 de la Convention européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, article 2 du protocole additionnel n° 4 du 16 septembre 1963), et international (cf. article 12§1 du Pacte international des droits civils et politiques de 1966). Il convient de rappeler que les établissements sociaux et médico-sociaux ne constituent :
- ni des lieux de détention (en ce sens : Cass. Civ. 2^{ème}, 20 juillet 1981, n° 80-12935) ;
- ni des structures psychiatriques (en ce sens : *CA Aix-en-Provence, 15 février 2012, n° 09-04252* ; *CA Versailles, 3^{ème} chambre, 17 décembre 1999, CAA Lyon, 10 janvier 2008, CAA Lyon, 9 mai 2006, n° 05LY01990*).

⁶ Articles 222-13 ; 224-1 et 224-5 du Code pénal : Le fait de retenir purement et simplement une personne contre sa volonté, est susceptible de tomber sous la qualification pénale de violence – voire de séquestration.

⁷ Le fait de retenir purement et simplement une personne contre sa volonté, est susceptible de tomber sous la qualification pénale de violence – voire de séquestration – au sens notamment des articles 222-13 ; 224-1 et 224-5 du Code pénal (en ce sens : Cass. Crim. 6 février 2002, n° 01-82645, D. 2002, p. 1510, note D. Meyer ; dans une affaire où l'isolement sans surveillance d'un jeune handicapé a été pris en considération, parmi de nombreux autres griefs, pour caractériser le délit de violences volontaires sans interruption de travail ; Cass. Crim. 28 juin 2011, n° 10-86274). Le fait d'enfermer systématiquement les résidents la nuit dans leur chambre a également pu constituer un élément d'appréciation du délit d'hébergement contraire à la dignité humaine (en ce sens : *CA Paris, 19 juin 2007, n° 04-00477*) réprimé à l'article 225-14 du Code pénal.

2 LES DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations s'adressent aux professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux susceptibles d'être directement ou indirectement confrontés à des « comportements-problèmes » et à leurs conséquences sur la personne accompagnée et son environnement.

Dans tous les cas, ces recommandations sont à mettre en lien avec les recommandations déjà publiées⁸.

Ces recommandations peuvent aussi être utiles aux professionnels :

- de la santé : secteurs de psychiatrie publique (dont leurs services de réhabilitation psycho-sociale, les équipes mobiles, etc.), médecine de ville (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers), psychologues, pharmaciens ;
- de l'emploi et de la formation : Cap Emploi, Pôle Emploi, entreprises adaptées, mission handicap des universités et des entreprises, mission handicap des entreprises, médecine du travail, SAMETH, etc. ;
- de l'hébergement et du logement : résidences-accueils, CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), FJT- Foyer de jeunes travailleurs, bailleurs sociaux ou privés, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), foyer logement, etc. ;
- de la vie sociale et citoyenne : groupe d'entraide mutuelle, associations d'usagers, maisons de quartiers, centres socioculturels, associations culturelles et sportives, etc. ;
- de la famille : associations de familles, services de la protection de l'enfance, planning familial, etc. ;
- de l'aide à domicile (lorsqu'ils ne sont pas des ESSMS) ;
- de l'éducation nationale ;
- de la protection de l'enfance ;
- de la justice.

Elles s'adressent aussi de manière indirecte :

- aux acteurs chargés de l'évaluation, de l'orientation et de l'accès aux droits : services sociaux municipaux (CCAS) ou départementaux (UTAS- Unité Territoriale d'Action Sociale, etc.), MDPH -Maison Départementale des Personnes Handicapées, MDA-Maison de l'Autonomie), SIAO-Services intégrés d'accueil et d'orientation, CLIC-Centre local d'information et de coordination, etc. ;
- aux centres ressources, et notamment les centres ressources handicap psychique.
- aux organismes de formation ;
- aux autorités de contrôle et de tarification (ARS, conseils départementaux) ;
- aux organismes qui accompagnent les Essms dans leurs démarches d'amélioration de la qualité.

Les personnes accompagnées, ainsi que les aidants non professionnels et les proches des personnes concernées, sont également des destinataires indirects.

⁸ Annexe 8 du présent document.

3 LES DÉFINITIONS ET TERMES UTILISÉS

Un certain nombre de termes clés sera évoqué dans ces recommandations. Bien que diverses interprétations de ces termes existent dans le secteur et à l'étranger, les définitions suivantes seront adoptées dans l'ensemble du document.

LES « COMPORTEMENTS-PROBLÈMES » :

À partir de la définition d'Emerson⁹, ces recommandations déterminent les « comportements-problèmes » comme des « comportements d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger, ou comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services ordinaires de la cité ».

Ils se définissent ainsi par :

- **leurs manifestations :** les « comportements-problèmes » peuvent être multifactoriels et se manifester de diverses manières et dans différents environnements. Les grands domaines de manifestations identifiées sont l'automutilation, l'hétéro-agressivité, la destruction de l'environnement matériel, les conduites sociales inadaptées, les troubles alimentaires, les conduites d'autostimulation ;
- **le comportement lui-même :** son intensité, sa fréquence ou sa durée ;
- **ses répercussions et ses conséquences sur :**
 - la qualité de vie des personnes handicapées, et qui se traduisent par un refus d'admission, une rupture des prises en charge, une absence de projet de vie, un refus de la personne des accompagnements proposés, une exclusion du milieu ordinaire, des difficultés d'insertion – dont scolaire pour certains ou professionnelles pour d'autres – une dégradation de la vie sociale, des blessures, une restriction de liberté, etc. ;
 - leur santé, et qui se traduisent par des difficultés aggravées d'accéder à des soins somatiques et à une prise en charge de la douleur, des difficultés à prendre en charge la souffrance psychique à l'origine ou conséquence d'un « comportement-problème », des difficultés à poursuivre la mise en œuvre d'interventions éducatives, comportementales, cognitives, etc. Ils peuvent également induire une situation de sur-handicap ;
 - le réseau social des familles, et qui se traduisent dans de nombreux cas par de l'isolement social des familles, de la souffrance psychique et également des incidences économiques, etc. ;
 - les professionnels, et qui se traduisent par des risques de blessures physiques, des accidents du travail, l'émergence de risques psycho-sociaux, des traumatismes et traumatismes vicariants¹⁰.

LES « ESPACES DE CALME-RETRAIT ET D'APAISEMENT »

Les espaces de calme-retrait et d'apaisement ne sont pas nécessairement des pièces dédiées. Ils correspondent à des espaces repérés et identifiés au sein des établissements pouvant répondre à différentes fonctions (exclusive ou cumulative)¹¹ :

- à **visée préventive**, il s'agit de permettre à la personne évoluant dans un environnement collectif de trouver un lieu pour se retirer du collectif, se mettre à l'écart ;

⁹ EMERSON, E. *Challenging behavior, analysis and intervention in people with severe behavior problems*. Cambridge : University press, 2001, p. 3.

¹⁰ Le « traumatisme vicariant » est un traumatisme psychologique sans relation avec un traumatisme direct, mais consécutif aux contacts avec une personne traumatisée. Par exemple, entre autres intervenants, les travailleurs sociaux sont confrontés, au quotidien, à la souffrance des personnes et viennent à souffrir eux-mêmes par ricochet. Cela vient altérer leur vision du monde. L'événement traumatique même est constitué par l'expérience de la rencontre avec la personne traumatisée. Plus la fréquence de tels contacts est grande, plus il y a de risques, par effet cumulatif, de traumatisme vicariant. Richardson JJ, *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, Ontario, Santé Canada, 2001.

¹¹ Certains établissements peuvent utiliser des espaces dédiés au titre de la prévention, d'autres au titre de la réponse à la crise, et d'autres utilisent le même espace pour prévenir et répondre à la crise.

- à **visée préventive**, lorsque le professionnel repère des signes annonciateurs ou d'aggravation du « comportement-problème ».
- en **réponse à « la mise en danger »**, il s'agit alors de disposer d'un espace garantissant la sécurité de la personne ainsi que celle des personnes qui l'entourent (autres personnes accompagnées et professionnels).

LES DIFFÉRENTS TYPES DE RETRAIT

Les retraits correspondant à des stratégies éducatives de prévention¹² :

Le retrait peut être **volontaire**, c'est-à-dire que la personne éprouve le besoin de se mettre en retrait et elle en fait la demande. Soit la personne est en capacité d'exprimer la demande de retrait verbalement, soit elle l'exprime avec d'autres codes qui lui sont propres, comme par exemple avec le langage corporel. Le professionnel ou le proche ayant identifié et transmis l'expression de besoin volontaire organise ce retrait puis l'évalue régulièrement. Le professionnel peut aussi développer des apprentissages pour que la personne mette en place ce type de retrait. Le **retrait négocié** est impulsé par le professionnel. Il s'effectue à l'initiative du professionnel lorsque la personne n'est pas en capacité d'évaluer son besoin de retrait. À partir de la connaissance que le professionnel a de la personne et de l'environnement, il juge opportun que la personne se mette un moment en retrait pour prévenir une situation de crise. Le **retrait planifié** correspond au retrait inscrit dans l'emploi du temps, dans le projet personnalisé et dans des protocoles quand cela s'avère nécessaire. Il se met en place à partir d'évaluation et de la connaissance que les professionnels ont de la personne. Ce type de retrait est repéré par la personne et est réévalué.

Le retrait correspondant à une stratégie de protection en cas de mise en danger :

Malgré le respect des interventions et les techniques d'apaisement mises en place en prévention, la situation peut s'aggraver. La mise en danger de la personne et/ou de son entourage, peut justifier que les professionnels procèdent à une mise à l'écart de la personne dans une pièce ou un espace/une zone. Dans ce cas de figure, il s'agit toutefois d'une mesure exceptionnelle dont la réalisation doit se justifier par des circonstances spécifiques (gravité du risque, urgence de la situation (danger imminent pour l'intégrité de la personne)).

LA PROCÉDURE

La procédure décrit l'organisation en place pour réaliser une activité clé de l'établissement. Une procédure est un document à caractère organisationnel concernant plusieurs acteurs. Elle décrit avec précision l'enchaînement des étapes à suivre pour permettre la réalisation d'un objectif et fait appel, pour sa mise en œuvre, à des protocoles. Elle répond ainsi au « qui fait quoi », par exemple sous la forme de logigramme (représentation schématique), pour mieux visualiser l'enchaînement des étapes.

LE PROTOCOLE

Le protocole est un document explicitant les moyens et les dispositions pratiques permettant à un acteur la réalisation d'une étape particulière à l'intérieur de la procédure.

LA PERSONNE CONCERNÉE

Afin de ne pas alourdir le texte, quand il est fait référence à la « personne (concernée ou accompagnée) », cela inclut également son représentant légal et/ou l'entourage, la personne de confiance ou encore la personne accompagnée par une personne exerçant une mesure de protection (famille, entourage, délégué mandataire, etc.). La personne concernée reste l'actrice principale de son accompagnement : en dehors des cas où des mesures de représentation ou d'accompagnement ont été prononcées par le juge, l'intervention de tiers reste subordonnée à son accord.

¹² Attention, ces trois types de retrait peuvent intervenir en prévention primaire mais ils varient selon l'évaluation de la situation que le professionnel réalise. Ils tiennent compte de l'environnement et de la connaissance que le professionnel a de la personne.

Pour la personne exerçant une mesure de protection : cette personne est désignée par un juge des tutelles, selon une procédure décrite à l'article 430 du Code civil. Par ailleurs, la personne accueillie ou accompagnée par un ESSMS peut désigner une personne de confiance sociale ou médico-sociale au sens de l'article L. 311-5-1 du CASF issu de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (« loi ASV »). Cette personne exerce de plein droit des attributions propres à l'accueil ou à l'accompagnement social ou médico-social : elle peut être consultée par la personne concernée lorsque cette dernière rencontre des difficultés de connaissance et de compréhension de ses droits. En outre, elle peut être invitée par l'intéressée à l'accompagner à l'entretien qui, en vue de la conclusion du contrat de séjour, sera consacré à la vérification de la validité de son consentement.

« Lorsque l'enfant pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance est confié à une personne physique ou morale, une liste des actes usuels de l'autorité parentale que cette personne ne peut pas accomplir au nom de ce service sans lui en référer préalablement est annexée au projet pour l'enfant. Le projet pour l'enfant définit les conditions dans lesquelles les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'exercice des actes usuels de l'autorité parentale¹³ ».

Enfin, la personne concernée peut confier expressément à la personne de confiance le soin d'exercer les attributions ordinairement prévues par le Code de la santé publique, à savoir l'assister – cette fois-ci, en tant que patiente – dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

¹³ Décret n° 2016-1283 du 28 septembre 2016 relatif au référentiel fixant le contenu du projet pour l'enfant prévu à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles Art. L. 223-1-2 du CASF.

CHAPITRE 1

CONCEVOIR ET/OU (RÉ) AMÉNAGER LES ESPACES DE L'ÉTABLISSEMENT

1. Organiser une
démarche éthique 15

2. Construire et inscrire dans
le projet d'établissement des
possibilités de retrait au sein
des espaces collectifs 19

3. Construire l'espace privé
permettant le retrait 24

1 ORGANISER UNE DÉMARCHÉ ÉTHIQUE¹⁴

Une partie des droits¹⁵ axée sur la prévention, la réduction et la compensation des handicaps se traduit en termes d'actions à mener pour, d'une part, développer les capacités et l'autonomie des personnes handicapées et pour, d'autre part, compenser le handicap et prévenir les sur-handicaps. Ces situations de sur-handicap peuvent être rencontrées du fait d'un environnement inadapté aux besoins et aux capacités¹⁶ de la personne.

Il s'agit pour les ESSMS de mettre en œuvre les mesures nécessaires, inscrites dans les projets d'établissements/services, en adéquation avec les droits, les attentes, les besoins et les capacités de la personne pour que la liberté d'aller et venir s'exerce.

LE DROIT À UNE PRISE EN CHARGE OU UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ À SES BESOINS

« Isabelle est dans une chambre individuelle avec un cabinet mais elle est fermée à clé parce qu'Isabelle retourne les produits de toilette (du gel douche, du shampoing, des crèmes) et je pense que ça dérange tout le monde. Isabelle était propre (avait acquis la propreté) quand elle est rentrée à la MAS, elle ne portait plus de couches et désormais elle en porte. Nous disons souvent à Isabelle qu'elle est grande pour qu'elle fasse des choses. Nous avons beaucoup râlé au sujet des couches. Isabelle vient nous interroger et comme elle porte des couches, elle parle de ça sans arrêt. Elle nous demande « t'as quel âge ? ». On lui répond : « tu as 20 ans ». Elle nous répond : « Isabelle petite ? ». On lui dit qu'elle n'est pas petite. Quand elle est venue ce week-end, elle a demandé pour aller aux toilettes. Pour son projet individuel, j'ai demandé qu'Isabelle soit à nouveau autonome. Je leur ai demandé d'écouter puisqu'Isabelle demande pour aller aux toilettes. Ses toilettes sont toujours fermées à clé alors qu'Isabelle sait demander. Elle dit « pipi » ». (Mère d'Isabelle, MAS)

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

L'inscription dans le projet d'établissement de :

- l'engagement d'une réflexion éthique¹⁷ ;
- la garantie du respect de l'intimité ;
- la promotion du respect des libertés individuelles ;
- les conditions exceptionnelles concernant la mise en danger.

→ RECOMMANDATIONS

→ Mener une réflexion en équipe pluridisciplinaire sur :

- l'équilibre entre le bien-être et la mise en sécurité ;
- l'équilibre entre « le tout collectif » et le « tout individuel » ;
- la taille des espaces, leur organisation (espaces privés, espaces collectifs autorisés etc.), la signalétique et la fluidité de la circulation dans l'espace ;
- la sécurité des espaces (matériaux solides, durables, résistants) ;
- la sécurité dans les déplacements (bandes podotactiles, balises sonores, etc.) ;
- la réfection des bâtiments.

»»

¹⁴ Anesm. *Le questionnement éthique*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

¹⁵ Art. L.114-3 du CASF, La loi n° 2005-102 du 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁶ Certu. *Handicaps et usages*. Fiche n°1. *Handicaps mentaux, cognitifs et psychiques Quelles pistes pour améliorer l'accessibilité ?* Lyon : Certu : 2013. Coll. Dossiers.

¹⁷ Anesm. *Le questionnement éthique*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

« Le bouton de l'ascenseur est en panne depuis un mois. Il est important de réparer le bouton, il y a des personnes avec des béquilles qui sont obligées de tout traverser ». (Gabrielle)

- Mener une réflexion collective (en équipe pluridisciplinaire) sur l'aménagement de l'environnement en tenant compte de la singularité et des particularités des personnes accueillies sur le plan :
- matériel (ex. : qualité et robustesse des matériaux) ;
 - architectural (un lieu, une caractéristique d'un lieu) ;
 - dynamique (ex. : mouvement, circulation, densité humaine) ;
 - du bien-être (respect de l'intimité, personnalisation) ;
 - du confort de vie (gestion de l'acoustique, des éclairages) ; de la mobilité (accessibilité aux espaces et à « la chaîne du déplacement »¹⁸).

POINT DE VIGILANCE

L'aménagement des espaces est à considérer en fonction des troubles occasionnés par des stimuli sensoriels provenant de l'environnement (choix de matériaux : sol, plafond, etc.)¹⁹.

- Associer les personnes accueillies et des « experts de vécu »²⁰ à la réflexion sur l'aménagement. Il peut s'agir des pairs, des proches, des professionnels connaissant la situation ou des professionnels des autres établissements.
- Mener une réflexion, en équipe pluridisciplinaire, sur le cadre pouvant favoriser la liberté d'aller et venir et évaluer pour chaque personne accueillie les besoins en termes de sécurité, de capacités et de possibilités de compensation. Cela permet aux professionnels de créer des documents individuels à inclure dans le projet personnalisé et d'inscrire cette démarche dans une temporalité. À titre d'exemples, lors de la réflexion, les questions suivantes peuvent se poser :
- quelle est la partie du cadre imposable à tous ? Les parties collectives sont-elles accessibles à l'ensemble des personnes accompagnées (selon les horaires et activités pratiquées, etc.) ?
 - quels sont pour la personne les bénéfices et les risques liés aux règles mises en place dans l'établissement ?
 - les personnes peuvent-elles se déplacer de façon autonome au sein de la structure (à l'intérieur/à l'extérieur) ? Existe-t-il des restrictions sur des lieux dans lesquels les personnes accompagnées peuvent ou non se rendre ? Existe-t-il des espaces interdits aux personnes ? Si oui, lesquels et pourquoi ?
 - comment recueillir les besoins de la personne, en termes d'autonomie physique, de capacité d'organisation, de capacité d'orientation dans l'espace et dans les transports, de capacité à gérer le temps, de capacité à réaliser les actions nécessaires lors d'une sortie, de capacité à gérer ses relations aux autres, à savoir se protéger/alerter, etc. ?
 - quelles actions concrètes permettent à la personne de préserver la liberté d'aller et venir ?

¹⁸ La « chaîne du déplacement » intègre le cadre bâti, la voirie, les transports.

¹⁹ Anesm. *Les comportements-problèmes au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2016.

²⁰ L'« expert de vécu » est une personne qui apporte son expérience de vie spécifique afin d'amener un regard plus large et complémentaire par rapport à une thématique. Forts de leur expertise, les experts détectent les obstacles invisibles qui empêchent le service d'être accessible à tous ou les personnes d'accéder à leurs droits. Le terme « experts de vécu » renvoie à une initiative développée en Belgique. Suite à un rapport concluant à la nécessité d'une plus grande inclusion des plus précaires dans les processus décisionnels les concernant, des experts de vécu ont été recrutés, formés et intégrés dans différents services publics fédéraux. SPP Intégration Sociale. *Guide des experts de vécu en matière de pauvreté et exclusion sociale*. 2015. (Document électronique).

POINT DE VIGILANCE

Veiller à ce que le respect des règles de sécurité en vigueur ne conduise pas à des restrictions de liberté inutiles ou injustifiées et qu'une mesure mise en place pour un individu ne devienne pas une norme collective imposée à tous²¹. S'assurer que les modalités d'interventions mises en place pour une personne avec des « comportements-problèmes » respectent la liberté d'aller et venir des autres personnes accueillies.

ILLUSTRATION

Jeanne est une adolescente de 15 ans accueillie dans un IME. Elle est autonome pour tous les actes de la vie quotidienne. Après ses activités, elle s'assied dans un fauteuil et observe ce qui se passe. C'est devenu son rituel, elle ne supporte pas que quelqu'un s'assied à cet endroit.

Dans l'ESSMS, les portes et les casiers contenant les affaires personnelles des personnes accueillies sont fermés à clé. Le personnel a un trousseau de clés assez conséquent. Suite à des actes inappropriés et des actes dangereux pour la santé, l'ESSMS a inscrit dans ses règles de vie, la fermeture des portes de toutes les toilettes.

Mais Jeanne ne demande jamais à aller aux toilettes. Elle prend l'habitude de se retenir le plus longtemps possible et développe des infections urinaires. Quand elle est indisposée, sa mère est obligée d'appeler sa référente pour le signaler et pour rappeler à Jeanne d'aller se changer régulièrement. Suite à une réflexion menée en réunion, l'équipe prend conscience que Jeanne ne peut pas effectuer certains actes de la vie quotidienne à cause de règles de vie qui vont à l'encontre de son autonomie. Il lui est alors proposé de disposer d'une clé.

Jeanne retrouve enfin son autonomie et elle n'hésite pas à se promener dans l'ESSMS après les activités. Elle cède volontiers la place qu'elle avait ritualisée pour se promener avec sa clé et aller à la rencontre d'autres personnes...

- ➔ Respecter l'équilibre entre les besoins, les choix de la personne, les normes de construction/d'aménagement et le règlement de fonctionnement.
- ➔ Permettre aux personnes et aux proches de donner leurs points de vue et leurs suggestions sur ce qu'il convient de mettre en place dans la structure pour améliorer l'offre du service et limiter les facteurs institutionnels susceptibles d'être générateurs de difficultés (procédure d'accueil, promiscuité, aménagement etc.), par exemple dans le cadre du CVS ou de temps de partage etc.

ILLUSTRATION

Carole explique que lorsqu'elle exprime son ennui aux professionnels ou à ses proches, les professionnels la menacent d'interdire les visites de ses proches ou de réduire ses conversations téléphoniques.

[« ... Et si on ose dire que c'est pourri et que l'on est mal ou qu'on s'ennuie, ils coupent la visite... »]

»»

²¹ Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

POINT DE VIGILANCE

Le fait que la personne prenne part/participe à l'aménagement lui permet de considérer son environnement comme non stigmatisant. Cela lui permet également de s'inscrire plus facilement au sein de cet environnement.

- S'assurer de la diffusion, de la compréhension et de l'acceptation des règles de vie de l'ESSMS auprès de la personne accueillie et/ou de son représentant légal. Cela permet de poser un cadre commun admis et partagé par les personnes accompagnées et les professionnels. S'assurer que la personne connaisse et comprenne l'organisation de la structure en utilisant au besoin des supports adaptés à son niveau de compréhension.
- Organiser une sensibilisation/formation des professionnels sur les modalités d'exercice et de respect des droits de la personne. Sensibiliser et/ou associer à ces réunions les tuteurs, curateurs, représentants légaux.

2 CONSTRUIRE ET INSCRIRE DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT DES POSSIBILITÉS DE RETRAIT AU SEIN DES ESPACES COLLECTIFS

Les « espaces de calme-retrait et d'apaisement » sont définis en fonction des besoins, de la connaissance de la personne, etc. Il existe ainsi différents types d'espaces de calme-retrait et d'apaisement répondant à des stratégies individuelles d'accompagnement définies et co-construites en équipe pluridisciplinaire (espace aménagé, chambre de la personne, accompagnement à l'extérieur, espaces aménagés mais non spécifique etc.). Il peut s'agir d'une pièce ou d'un espace au sein d'une même pièce (aires cloisonnées, alcôves, tentes, mezzanine, petit salon etc.). L'emplacement de l'espace doit être réfléchi. Ces stratégies de retrait du groupe sont utilisées lorsqu'il n'y a pas de mise en danger. L'aménagement de l'espace dépendra des besoins de la personne et des éléments identifiés lors des différentes évaluations effectuées.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'aménagement par la structure de différents espaces dédiés à l'apaisement;
- l'organisation et le repérage des espaces;
- la sécurisation des espaces;
- la reconnaissance, l'autorisation et l'encouragement du besoin de retrait par autorégulation (la personne demande elle-même à se retirer).

→ RECOMMANDATIONS

- Définir et signaler les zones/espaces de la structure et les règles s'y associant :
- les zones de circulation (interactions entre professionnels et personnes accompagnées);
 - les espaces privés;
 - les espaces définis comme non accessibles par le règlement de fonctionnement;
 - etc.

Espaces partagés: salon, salles d'activités, salles de restauration, les jardins
Espaces privés: chambres, sanitaires privés
Espace de circulation: accueil, couloirs
Espaces réservés aux professionnels ou à accès restreint: administration, bureaux, espace de pause, vestiaires, locaux logistiques
Espace à accès restreint: Infirmerie
Espace extérieur

- Veiller à ce que ces espaces soient structurés et organisés selon leur fonction. Cela permet de :
- fluidifier la circulation (aussi bien pour les parties communes intérieures que pour les espaces extérieurs);
 - favoriser un environnement apaisant;
 - prévoir des informations liées à l'activité attendue dans les lieux.
- Veiller à ce que la signalétique indique clairement et distinctement ces espaces et qu'elle prenne en compte les divers degrés de symbolisation compréhensibles par les personnes concernées. >>>

→ RECOMMANDATIONS SUITE

POINT DE VIGILANCE

Pour éviter de surcharger et de rendre l'information moins compréhensive, privilégier une signalétique comprise par les personnes les plus en difficulté.

- Veiller à ce que la signalétique inscrite dans le projet d'établissement intègre les modalités de communication, d'orientation de chaque personne.
- Organiser l'aménagement des espaces en tenant compte des spécificités du handicap et des besoins de la personne et notamment²² :
 - de ses choix et habitudes de vie ;
 - de ses particularités sensorielles ;
 - de son âge et de son niveau de développement ;
 - de l'ambiance susceptible d'émaner de ces espaces.

*« Dès qu'on se levait le matin, le petit déjeuner et la douche pris, je me rappelle qu'on devait aller dans une grande salle et beaucoup de monde était là, des gens parfois déshabillés, j'étais choquée. Dans cette salle, il y avait la télé et la radio qui fonctionnaient, un boucan infernal et les visites se passaient dans cette salle-là. Donc il n'y avait pas de lieu d'intimité, comme vous dites de retrait. »
(Gabrielle, hôpital psychiatrique)*

- Prévoir un espace adapté au sein du collectif pour les visites (proches, amis, etc.).

ILLUSTRATION

Isabelle est résidente dans un établissement où les visites s'effectuent plus particulièrement les week-ends. Quand elle ne rentre pas chez ses parents le week-end, ce sont eux qui lui rendent parfois visite. Au départ, quand Isabelle a été accueillie dans ce lieu, c'était difficile pour elle : elle ne voulait pas sortir de sa chambre et donc elle n'investissait pas les différents espaces de la structure. Elle préférerait rester dans sa chambre. L'accueil de sa famille se faisait donc dans sa chambre. Aujourd'hui, Isabelle s'est appropriée les lieux : elle a bien repéré les différents espaces de l'établissement et elle a créé les règles de son environnement personnel pour que sa famille respecte son espace privé. L'une des stratégies mise en place par Isabelle consiste à délimiter son espace privé. Par exemple, elle a installé ses peluches sur son lit, et, elle ne supporte pas que sa famille (et les autres personnes) puisse s'y asseoir : c'est son espace à elle. Quand sa famille rentre dans sa chambre, elle écourte la visite alors que quand ils se retrouvent dans « l'espace visite » créé par l'ESSMS, cela se passe très bien, Isabelle est apaisée. Pour la famille d'Isabelle qui respecte ces règles, c'est un soulagement, cela signifie qu'Isabelle a pu se construire un espace privé dans le collectif.

POINT DE VIGILANCE

Permettre à la personne, en fonction de ses souhaits, de recevoir des visiteurs (la famille et des amis) dans son espace privé ou autant que faire se peut au sein d'un espace dédié à cet effet. Au-delà du respect du droit à un logement adéquat et au choix de son lieu de résidence, associer la personne au choix des espaces lui redonne une certaine indépendance vis-à-vis de l'institution et ménage des possibilités de retrait et de lien social.

²² Anesm. *Les comportements-problèmes au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm.

- Intégrer dans le projet d'établissement²³ une réflexion sur l'aménagement des espaces et leur modulation pour favoriser le retrait.

*« Des salles où l'on peut se retirer pour se reposer, il n'y en a pas à part la chambre. Il y a la salle télé mais il y a la télé et les autres personnes. Il y a aussi la cafétéria mais elle est mal située et bruyante. »
(Gabrielle)*

- Inscrire dans le projet d'établissement les modalités d'accès et les éléments de repérage des espaces de calme-retrait et d'apaisement permettant à la personne de :
- s'orienter de façon plus autonome ;
 - se repérer plus facilement ;
 - d'appréhender des transitions.

REPÈRES JURIDIQUES

L'article L. 315-17 du CASF dispose que le directeur prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8.

- Évaluer les espaces disponibles et organiser des espaces de calme-retrait et d'apaisement au sein d'une même pièce et/ou dans un espace différent. S'assurer que dans les espaces collectifs (restauration, salon, salle d'activités, etc.), la personne ait la possibilité de changer de place et de se mettre en retrait (comme par exemple manger à une petite table ou dans un espace plus petit, avec très peu de personnes, de préférence choisies/connues).

« La salle de restauration est le lieu le plus horrible de l'établissement. Elle est grande et il y a beaucoup de monde. Quand on n'est pas bien, on ne peut pas manger seul. » (Gabrielle)

- Organiser/prévoir au sein d'un même espace différents aménagements délimités (aire cloisonnée, alcôve, tente, mezzanine, sas, petit salon, etc.) dont les fonctions sont connues et reconnues par la personne. Cela permet à la personne une implication variable : elle peut se mettre de temps en temps en retrait/à distance du collectif ou d'une sollicitation intense pour se ressourcer, sans pour autant quitter la pièce.

POINT DE VIGILANCE

La situation de l'espace doit être réfléchi en concertation avec les personnes concernées. Être attentif aux bruits (proximité de la salle de réunion), aux odeurs (proximité de la cuisine), etc.

*« La mezzanine est mal située. Elle est à côté du bureau des éducateurs, on ne peut pas s'isoler. »
(Gabrielle)*

- Prévoir une modularité fonctionnelle des espaces (séparations amovibles, claustras, etc.) pour que les espaces puissent être adaptés et transformés selon les besoins. Par exemple, délimiter autant que faire ce peut les grands espaces, permet d'une part de réduire la déambulation ainsi que les effets sonores, visuels et d'autre part, cela aide à mobiliser les capacités (la concentration etc.) de la personne.

>>>

²³ Anesm. *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2009.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

POINT DE VIGILANCE

Prévoir plusieurs possibilités de se mettre en retrait de la collectivité avec une vigilance du personnel à partir de la connaissance qu'ils ont du besoin du retrait de la personne.

- S'assurer que les espaces extérieurs offrent des possibilités de retrait identifiées et sécurisées.
- Veiller à ce que l'aménagement soit adapté à la fonction de cet espace et aux besoins de la personne (meubles, matériels, luminosité, etc.). Pour les établissements ayant un espace remplissant différentes fonctions, veiller à ce que les fonctions soient signalées, comprises et intégrées par la personne.

POINT DE VIGILANCE

Bien qu'il n'existe aucune réglementation spécifique aux « espaces de calme-retrait et d'apaisement », l'aménagement de ces derniers doit préserver la dignité d'autrui et répondre aux normes générales de sécurité (ex. : réglementation des établissements recevant du public, conditions techniques minimales d'organisation).

- En fonction des facteurs de risque identifiés pour chaque personne, être vigilant et contrôler les différentes fermetures : portes, fenêtres, placards et les installations des points d'eau. Veiller à ce que les objets et les meubles lourds susceptibles de représenter un danger (téléviseurs, écrans d'ordinateurs etc.) soient protégés et prévoir du mobilier et matériel tout à la fois contenant, solide et non contondant.
- Organiser une visite des « espaces de calme-retrait » et notamment une visite de l'espace de retrait dédié quand il existe (tracer cette visite). Cette visite à mettre en place concerne tout d'abord :
 - la personne ;
 - les proches ;
 - le CVS ;
 - les nouveaux professionnels, les stagiaires ;
 - etc.
- Définir en équipe puis soumettre à la direction pour validation les modalités d'accompagnement au sein des « espaces de calme-retrait et d'apaisement ».
- Inscrire dans le projet d'établissement, (et le règlement de fonctionnement) une information générale sur la finalité et les modalités d'accompagnement au sein des différents « espaces de calme-retrait et d'apaisement ».

POINT DE VIGILANCE

Sur le respect de la protection de la personne et de sa dignité

Le recours à ces espaces doit s'inscrire comme une modalité individuelle (nécessitant l'évaluation des besoins, de l'état de santé de la personne, etc.) et non comme une modalité générale de prévention ou de gestion des situations de crise. C'est pourquoi, le recours à ces espaces (de façon préventive ou en cas de mise en danger) doit être compris par les personnes et/ou leurs représentants légaux, leurs parents (quand il s'agit d'enfants), la personne exerçant une mesure de protection (famille, entourage, délégué mandataire, etc.)²⁴ et recevoir leur adhésion de façon formalisée²⁵.

²⁴ Afin de ne pas alourdir le texte, quand il est fait référence à la « personne (concernée ou accompagnée) », cela inclut également son représentant légal et/ou l'entourage, la personne de confiance ou encore la personne accompagnée par une personne exerçant une mesure de protection (famille, entourage, délégué mandataire, etc.). La personne concernée reste l'acteur principal de son accompagnement : en dehors des cas où des mesures de représentation ou d'accompagnement ont été prononcées par le juge, l'intervention de tiers reste subordonnée à son accord.

²⁵ LEBEL, J., STROMBERG, N., DUCKWORTH, K., et al. Child and adolescent inpatient restraint reduction: a state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, vol. 43, n°1, pp. 37-45. HASSUK, B., REGAN, K. A more compassionate model for treating children with severe mental disturbances. *Psychiatric Services*, 2003, vol. 54, n°11, pp. 1529-1531.

- Inscrire dans le projet d'établissement²⁶, la référence aux protocoles et aux procédures (notamment d'accès et de surveillance lors d'un retrait volontaire, négocié ou planifié et les différentes modalités d'accompagnement au sein des différents « espaces de calme-retrait et d'apaisement »). Cela permet de :
- mettre en place des pratiques communes concourant ainsi à éviter le recours systématique et approprié aux « espaces de calme-retrait et d'apaisement »,
 - préciser les consignes et les obligations des professionnels ;
 - connaître les modalités claires et précises de prise en charge des situations à risque.
- Transmettre une information claire et précise à la personne concernée, aux proches et aux professionnels sur l'organisation, les procédures et les protocoles de tous les espaces permettant le retrait de la personne du groupe.

« Elle a été mise en chambre d'isolement et on l'a su après coup. Les autres fois c'était à la MAS sous prescriptions médicales du médecin psychiatre : c'était par période de 15 minutes. Il y avait un regard permanent : c'est sûrement bien pour les professionnels mais je me dis que pour la personne en crise se trouvant en visu des soignants, ça interroge. Là on l'a su après. J'ai repris tous les papiers de la MAS, c'est noté dans le projet d'ESSMS qu'il y a une chambre d'apaisement ou une chambre d'isolement mais on a rien signé.

Quand vous reprenez le projet médical ou le projet infirmier il n'est pas noté qu'il pourrait y avoir utilisation et il n'est pas noté qu'il y a un protocole d'utilisation.

J'ai été étonné qu'elle ait été en chambre d'isolement et j'ai donc demandé à voir cette chambre. C'est une salle avec un matelas par terre, pas de poignée à l'intérieur. Je n'ai pas vu de protocole et je n'ai pas demandé, par contre j'ai été étonnée quand est allée en chambre d'isolement. Je ne m'attendais pas à voir cette chambre [...] Il n'y a pas de lien avec la salle de soin.

Quand on a demandé pourquoi Isabelle était en chambre d'isolement, tout de suite tout le monde était sur la défensive. On nous a dit : « non, non elle n'y est pas allée longtemps. » Par contre elle s'était allongée, s'était endormie et s'était urinée dessus. Elle a fini par se calmer comme ça. À partir du moment où l'on est venu et que l'on a demandé « comment c'était possible », elle n'y est plus retournée. » (Mère d'Isabelle, MAS)

- Remettre aux professionnels dès leur arrivée dans la structure la procédure d'utilisation des différents espaces de calme-retrait et d'apaisement.
- S'assurer du respect des droits fondamentaux de la personne accompagnée lors du recours aux espaces de calme-retrait et d'apaisement²⁷.
- Donner aux professionnels les éléments de compréhension, de sens sur l'utilisation des espaces de calme-retrait et d'apaisement en lien avec les particularités de la personne.

²⁶ Cf. Anesm. *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. Saint-Denis : Anesm, 2010.

²⁷ CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

3 CONSTRUIRE L'ESPACE PRIVÉ PERMETTANT LE RETRAIT

LE DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ ET À SON INTIMITÉ

« Tout était fermé, tout était imposé ».

« Ce qui était bien, c'est que chacun avait son espace : chacun avait son lavabo, chacun avait ses WC. »

« Ce qu'il y avait de bien, c'est qu'on avait accès à nos chambres, du coup quand on voulait se retirer, s'isoler, on pouvait aller dans nos chambres, etc. » (Carole, hôpital de jour)

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'ancrage de la personne dans son espace privé ;
- la possibilité de se reposer dans sa zone de confort ;
- le respect des espaces privatifs et de l'intimité de la personne.

→ RECOMMANDATIONS

- Permettre à la personne de s'approprier et de personnaliser sa chambre comme un espace délimité et préservé qui réponde à ses besoins de contenance, de sécurisation et de protection.
- Afin d'écartier toutes formes d'intrusion dans l'espace privé de la personne, respecter les codes sociaux, par exemple se signaler avant d'entrer, garder la porte fermée lors des actes de la vie quotidienne, ne pas faire visiter la chambre sans l'accord de la personne, etc.

« La femme de ménage ne frappe pas avant d'entrer et quand elle me voit, elle me dit : « Ah tu es là » et moi « Bah oui, c'est mon lieu de vie » (Gabrielle).

- Sauf contre-indications médicales, permettre à la personne de garder à sa disposition ses objets personnels (téléphone, objets qu'elle affectionne, photos, etc.)²⁸, d'agencer et décorer son espace comme elle l'entend.

REPÈRES JURIDIQUES

L'article 8 de la charte des droits et libertés des personnes accueillies dispose :

« Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, [...] la personne peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus. »

²⁸ COURTEIX, S. *Trouble Envahissant du développement et rapport à l'espace*. Lyon : Laboratoire d'Analyse des Formes- ENSAL, Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Lyon, 2009. 35 p. : « Si pour des raisons médicales ou pour limiter les conduites disruptives l'accès à l'ensemble des effets personnels ne peut être laissé à la personne, le placard peut être doté d'un compartiment librement accessible », « niches aménagées moins dangereuses que des étagères saillantes » « objets points d'ancrage de son expérience spatiale et de son histoire.

CHAPITRE 2

CONCEVOIR POUR CHAQUE PERSONNE ET CHAQUE SITUATION UN TYPE DE RETRAIT²⁹

1. Évaluer les besoins
de retrait 27

2. Mettre en place
des apprentissages
pour favoriser le retrait 31

3. Accompagner
et respecter le retrait 33

²⁹ Anesm. *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés: prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis: Anesm, 2016

1 ÉVALUER LES BESOINS DE RETRAIT

Les aptitudes communes aux personnes accompagnées ont été listées sur la base de celles recensées par l'OMS dans le cadre de la CIH³⁰. La loi dispose que l'accessibilité est due « à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique³¹ ». L'analyse des aptitudes propres à chaque type de handicap détermine si les réponses à apporter sont de l'ordre de l'aménagement de l'espace, des équipements, de la signalétique, etc. L'environnement physique et matériel peut influencer sur une personne³², soit en tant que facteur de protection favorisant le bien-être et l'autonomie ou en tant que facteur de risque pouvant engendrer des « comportements-problèmes »³³. L'aménagement des espaces et la possibilité de retrait volontaire ou planifié prévient l'apparition des « comportements-problèmes ».

LE DROIT À UN NIVEAU DE VIE ADÉQUAT

« En fait, ce qui est le plus important pour moi, c'est la liberté. La liberté de choisir. » (Carole)

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'aménagement agréable, reposant et dynamisant de la structure ;
- la recherche d'un équilibre entre les espaces collectifs et individuels ;
- la modulation et la complémentarité des espaces (collectifs/individuels) ;
- l'aménagement de temps et d'espaces pour le retrait de la personne ;
- l'implication de la personne et la connaissance de l'évaluation par les proches.

« Je n'ai pas exprimé mon besoin de retrait, je subissais. En fait, je crois que j'étais tellement mal que je ne me rendais pas compte que j'avais des droits. Pour moi c'était obligatoire, il fallait qu'on aille là où l'on nous disait, j'obéissais, c'est comme ça. » (Gabrielle)

→ RECOMMANDATIONS

- Recueillir auprès de la personne et/ou de son entourage, ses habitudes et son style de vie en collectivité en termes d'aménagement et d'apaisement. La participation de la personne contribue à l'autodétermination et elle permet de mettre en place un accompagnement spécifique qui favorise son appréhension et son appropriation des espaces et des règles de fonctionnement. >>>

³⁰ OMS. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève: OMS, 2000. Il s'agit des aptitudes suivantes (percevoir et communiquer, se déplacer, s'immobiliser, analyser des situations, entretenir des relations avec autrui, gérer son corps).

³¹ L'article 41 de la loi de 2005.

³² FISCHER, N.-G., DODELER, V. *Psychologie de la santé et environnement – Facteurs de risque et prévention*. Paris: Dunod, 2009.

³³ Selon cette méthode, la détermination des facteurs de risques de déclenchement d'une conduite négative, facilite la prévention de l'apparition de ceux-ci. LUISELLI, J.K., et al. *Antecedent assessment & intervention: Supporting children & adult with developmental disabilities in community settings*. Baltimore: Brookes Publishing, 2006.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

ILLUSTRATION

L. est un grand adolescent qui vient d'arriver dans le service, il est en risque d'exclusion scolaire pour des troubles du comportement et nous avons construit un projet de parcours partagé IME et Éducation nationale. Durant un échange en petit groupe, il nous explique: « T. il tape mais j'ai remarqué que c'est quand il fait rien. Quand on s'ennuie, on a des mauvais comportements. On pourrait lui faire faire du vélo, il aime ça. »

Dans le projet de T. les éducateurs ont décidé de choisir et de programmer avec T. des activités de loisir pendant les temps libres. Il suffisait d'y penser!

- Évaluer (à l'aide d'outils) l'autonomie/les besoins et la perception de la personne dans son lieu de vie en tenant compte de son environnement naturel³⁴. Pour mieux appréhender ses besoins, organiser l'évaluation en situation concrète dans tous les environnements dans lesquels évolue la personne.
- Évaluer les aptitudes nécessaires à la personne pour accéder aux services et prévenir les situations de sur-handicap pouvant être générées par le bâti³⁵.
- Évaluer si la personne a besoin d'apprentissage pour ses déplacements habituels et inhabituels (par exemple: savoir repérer les itinéraires et les horaires, savoir gérer l'attente, savoir anticiper et faire face à des imprévus dans les déplacements, etc.).
- Évaluer l'équilibre entre les temps de stimulation et de ressourcement dont la personne a besoin. Certaines personnes peuvent s'autoréguler sans s'exclure du groupe, d'autres ont besoin de se mettre en retrait pour trouver cet équilibre en quittant le groupe.
- Observer et évaluer comment la personne appréhende les différents espaces de l'établissement. La personne peut différencier un lieu qui lui permettra uniquement de se mettre en retrait du groupe d'un autre lieu qui respectera son besoin d'intimité:
 - à quel moment la personne a-t-elle recours à ces espaces et à quels espaces?
 - à quelle fréquence la personne se rend-t-elle dans ces espaces?
 - la personne fait-elle une distinction entre les espaces privés et les espaces de retrait?
 - est-ce que la tranquillité et l'intimité de ces espaces sont respectées par les pairs et les professionnels?
 - qui est autorisé à pénétrer dans ces espaces (est-ce un nombre de personnes bien défini)?
 - la personne a-t-elle accès librement à ces espaces?
- Évaluer, à l'aide de l'évaluation fonctionnelle, le besoin de retrait de la personne en dehors du groupe afin qu'il ne se transforme pas en un repli ritualisé empêchant la participation de la personne (Est-ce que la durée augmente? Est-ce que cela se reproduit plus fréquemment?). Ce repli peut également s'observer par une diminution de contact avec les personnes composant l'environnement.
- Pour permettre de proposer ces espaces à la personne, ses besoins doivent être évalués. Les différentes évaluations réalisées (par un ergothérapeute, un psychomotricien, un psychologue, un orthophoniste, etc.) correspondent:
 - à l'évaluation du profil sensoriel, cognitif et émotionnel;
 - à l'évaluation des habiletés sociales;
 - à l'évaluation des capacités d'autodétermination;
 - à l'évaluation de la communication;
 - etc.

³⁴ La personne a certainement des habitudes de vie que l'établissement doit connaître pour mieux évaluer cette autonomie.

³⁵ Certu. *Handicaps et usages. Fiche n°2. Accessibilité et handicap mental. La démarche « Design et accessibilité » appliquée à la réhabilitation du stade G. Guichard à Saint-Étienne*. Lyon: Certu: 2013. Coll. Dossiers. Cf. grille des points de vigilance pour l'élaboration de solutions. Pour favoriser l'accessibilité, les besoins peuvent être classés en quatre axes: l'aide à la préparation en amont du déplacement et de l'accès aux équipements, l'accueil et l'accompagnement humain, l'information délivrée au travers de la signalétique, la qualité des ambiances et espaces.

- Évaluer si la personne est en capacité de se mettre en retrait de façon volontaire :
 - avec un accompagnement de la part d'un professionnel (présence ou paroles rassurantes);
 - avec ou sans programmation de ce retrait dans son emploi du temps.
- Évaluer si la personne est en capacité de se mettre en retrait à la demande d'un professionnel. Évaluer si cette demande de retrait est à programmer dans un emploi du temps ou si elle peut être ponctuelle et spontanée.

À partir des évaluations menées et de la réflexion collective :

- Proposer des « espaces de calme-retrait et d'apaisement » qui soient des espaces choisis par la personne, et/ou négociés avec elle. Organiser et inscrire ces besoins dans le projet personnalisé :
 - le besoin de repli, de se mettre à distance du collectif;
 - le besoin de récupération entre les activités;
 - le besoin d'échapper au regard et à la présence des autres;
 - le besoin de régulation émotionnelle et sensorielle (révolte, frustration, etc.).
- Définir dans le projet personnalisé, un ou des protocole(s) pour organiser les modalités du retrait (selon les besoins spécifiques préalablement identifiés) et notamment : l'espace adapté à la situation, la durée, les moyens matériels, la surveillance, etc.

À titres d'exemples, les questions suivantes peuvent être posées :

 - comment évaluer le temps de retrait (volontaire ou planifié ou négocié) ? ;
 - comment répondre aux besoins de la personne ? ;
 - a-t-elle besoin de matériel (identifié préalablement) ? ;
 - comment l'aider à gérer son temps de retrait ? (horloge, montre, time-timer, etc.) ;
 - comment solliciter la personne pour revenir dans le groupe ? ;
 - comment accompagner la personne pour son retour au sein du groupe ? ;
 - le temps de retrait doit-il être accompagné d'un temps de parole ? ;
 - quels éléments nécessitent une vigilance ? (par exemple, tranquillité, sécurité) ? ;
 - etc.

« Pour m'apaiser et éviter que je me fasse mal, on m'a proposé d'aller en salle de psychomotricité pour frapper avec des boudins. Ça me faisait beaucoup de bien. » (Gabrielle)

- Suite au bilan sensoriel, évaluer si la personne a besoin que du matériel sensoriel soit à sa disposition. Les professionnels peuvent alors se saisir de ce bilan pour créer « une mallette » et tester le matériel de protection/sensorielle auprès de la personne. Cela permet d'identifier les éléments pour lesquels la personne développe un intérêt et qui lui permettent de s'apaiser³⁶.

>>>

³⁶ Le matériel sensoriel/de protection peut être, des lunettes de soleil, une casquette, un duvet, une couverture, un gilet proprioceptif, etc.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

ILLUSTRATION - EXEMPLE DE GRILLE D'ÉVALUATION DU DOMAINE SENSORIEL (MATÉRIEL)

Dans un établissement, une neuropsychologue a créé une grille pour réaliser une évaluation informelle du domaine sensoriel. Cet outil peut être utilisé par le personnel éducatif et permet de compléter des évaluations plus indirectes réalisées à l'aide de questionnaires (Profil sensoriel de Dunn, Questionnaire de Bogdashina, etc.). La grille est constituée de photos de différents matériels pouvant apporter un apaisement sur le plan sensoriel à une personne. S'agissant d'une grille informelle, elle peut être agrémentée de matériel supplémentaire et/ou adaptée au matériel dont chacun dispose en y apposant les photographies correspondantes. Cette grille peut s'adresser à des enfants ou à des adultes et permet d'identifier le matériel adapté à la personne.

- Au-delà des espaces, pour les personnes ayant besoin de matériel de protection physique contre un risque donné, identifier lequel utiliser :
 - des lunettes de soleil ;
 - un casque ;
 - un gilet proprioceptif ;
 - etc.
- Pour l'utilisation du matériel de protection physique, évaluer avec la personne et ses proches la question des bénéfices et des risques encourus. Par exemple, concernant la dignité : une personne ayant besoin d'un casque pour se protéger d'une épilepsie peut sentir son image dégradée. Il est important de travailler avec elle sur les conditions de l'utilisation du casque.
- Inscrire les besoins de la personne dans des protocoles individualisés. Chaque professionnel doit connaître l'utilisation des moyens de protection de la personne et y être sensibilisé.
- Évaluer avec la personne et en équipe, la possibilité d'améliorer ces mesures de protection (revoir les modalités d'utilisation).

2 METTRE EN PLACE DES APPRENTISSAGES POUR FAVORISER LE RETRAIT

Pour accompagner les personnes dans la mise en place du retrait, certaines personnes ont besoin de bénéficier d'apprentissages. Ils permettent à la personne, à partir de mises en situation concrètes, d'apprendre à se mettre en retrait quand cela est nécessaire. La généralisation de ce type d'intervention, reconnu sous le terme de soutien au comportement positif³⁷, vise à améliorer la qualité de vie de la personne.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'implication de la personne dans sa mise en retrait;
- la capacité d'autorégulation par la personne.

→ RECOMMANDATIONS

À partir des mises en situations concrètes et des pratiques observées :

→ Favoriser l'autodétermination³⁸ de la personne :

- en mettant à sa disposition des outils et technologies de soutien à l'autodétermination pour appréhender son espace³⁹;
- en créant des environnements concertés et correspondant autant que faire se peut à sa personnalité, à ses habitudes de vie, à ses choix tout en prenant en compte sa situation de handicap.

« Depuis que j'ai lu le document et grâce à mon échange avec vous, je me mets en retrait de façon volontaire. Avant je n'allais jamais seule dans ma chambre, il fallait me le dire et je ne voulais pas. Je disais que j'allais bien. Après la lecture de ce document, j'ai réfléchi et quand je m'énerve, je n'ai plus de difficultés à aller dans ma chambre et à revenir ensuite. J'arrive à me calmer et aussi à comprendre mon angoisse, à savoir pourquoi je suis énervée, à dire que j'avais tort et qu'il y avait d'autres façons de faire. » (Gabrielle)

→ Aider la personne à développer la confiance en soi et/ou à mettre en place des techniques d'auto-apaisement.

« Quand elle voyait que je m'énervais, on travaillait sur la respiration avec la psychologue. Ça me relaxait. » (Gabrielle)

→ Favoriser l'acquisition d'une autonomie négociée. Par exemple, les professionnels ont identifié le fait que la personne avait besoin de se retirer. Si la personne souhaite se retirer, les professionnels travaillent avec la personne pour qu'elle acquière la compétence de fermer et d'ouvrir elle-même la porte de sa chambre.



³⁷ LAVIGNA, G.W., WILLIS, T.J. The efficacy of positive behavioural support with the most challenging behaviour: The evidence and its implications. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2012, vol. 37, n°3, pp. 185-195.

³⁸ L'auto-détermination vise le développement de l'autonomie de la personne ayant des besoins particuliers. Elle met l'accent sur les forces de la personne et les conditions de vie favorables à la réussite et au succès.

³⁹ CAOUETTE, M., Plichon, R., LUSSIER, D. Autodétermination et création du « chez-soi » : un nouvel enjeu pour les technologies de soutien aux personnes en situation de handicap. *Terminal*, 2015, n°116. (Consultable sur : <<http://terminal.revues.org/>>)[Mis en ligne le 25 décembre 2014, consulté le 11 mai 2016.]

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Enseigner à la personne à être au sein d'un espace avec d'autres personnes sans obligation d'interaction.
- Apprendre à la personne à partager une activité tout en modulant sa participation, entre active et passive (observation).
- Apprendre à la personne à se mettre à distance au sein d'un même espace, tout en étant maintenu par un contact visuel.
- Permettre à la personne d'expérimenter l'alternance entre les temps de sollicitation dans le groupe et les temps de réassurance lors de la mise en retrait au sein du même espace.
- Co-construire avec la personne l'accompagnement nécessaire au déplacement selon des modalités adaptées. Lui apprendre à se repérer et à accéder aux espaces de retrait. Ces différents apprentissages peuvent se faire de manière virtuelle et en situations concrètes. Ils permettent à la personne, une meilleure appropriation des espaces (forme d'autogestion, d'autorégulation).
- Par des mises en situations concrètes, apprendre à la personne à reconnaître et à respecter les zones et espaces de circulations, collectifs et privés.
- Apprendre à la personne à appréhender son environnement et à exprimer un temps de retrait (selon les besoins en communication évalués au préalable). L'accompagner si nécessaire dans la mise en place des stratégies de protection.

ILLUSTRATION

Isabelle ne supporte pas la foule. Elle a mis en place des stratégies. La première consiste à se mettre en retrait volontairement dans la même pièce: elle s'installe dans son fauteuil (ses parents l'ont aidé à choisir un fauteuil et le lui ont acheté), qu'elle utilise comme une mesure de protection. Sa deuxième stratégie est de prendre la main de quelqu'un et de se mettre un peu plus à distance: elle amène la personne dans sa chambre (son père). Pendant un moment elle a besoin de sa présence et d'entendre les mots qu'il arrive à mettre sur ses angoisses. C'est uniquement quand les mots ont été posés qu'il peut la laisser seule avec sa vidéo préférée. En la quittant, systématiquement, il lui rappelle qu'elle est toujours la bienvenue et il l'invite à redescendre quand elle se sentira mieux. Attention, le raccourci est de mettre directement Isabelle dans sa chambre avec la vidéo: c'est la crise assurée !

« [...] On a prévenu l'ESSMS mais c'est très vite devenu: quand ça ne va pas on lui met Blanche-Neige. Et ça fait l'effet inverse, Blanche-Neige finit par énerver. Souvent ce qui est dit c'est que comme elle ne parle pas, elle ne comprend pas, enfin comme elle ne dit rien... Isabelle dit des mots qui en fait reflètent son état émotionnel. En fait elle dit que ça ne va pas, quand elle dit « peur » par exemple, il faut aller chercher ce qu'il y a derrière. » (Mère d'Isabelle)

- Apprendre aux autres personnes accueillies à respecter l'espace privé de chacun et à respecter les « espaces de calme-retrait et d'apaisement » quand ils sont occupés.

3 ACCOMPAGNER ET RESPECTER LE RETRAIT

Le retrait comme stratégie éducative de prévention : il existe différents retraits. Le retrait peut être volontaire, c'est-à-dire que la personne éprouve le besoin de se mettre en retrait et elle en fait la demande. Soit la personne est en capacité d'exprimer la demande de retrait verbalement, soit elle l'exprime avec d'autres codes qui lui sont propres, comme par exemple avec le langage corporel. Le professionnel ou le proche ayant identifié et transmis l'expression de besoin volontaire l'organise puis l'évalue régulièrement. Le retrait négocié s'effectue à l'initiative du professionnel quand la personne n'est pas en capacité d'évaluer ce besoin. À partir de la connaissance que le professionnel a de la personne et de l'environnement, il juge opportun qu'elle se mette un moment en retrait, pour prévenir la mise en danger. Le retrait planifié correspond au retrait inscrit dans l'emploi du temps, dans le projet personnalisé et dans des protocoles quand cela s'avère nécessaire. Il se met en place à partir d'évaluation et de la connaissance que les professionnels ont de la personne. Il est repéré par la personne et réévalué.

Ces trois types de retrait correspondent à des stratégies éducatives de prévention⁴⁰. Elles nécessitent une surveillance pour le retrait qui est inhabituel, ou pour le retrait correspondant aux stratégies éducatives de prévention secondaire et tertiaire. Vous pouvez vous aider d'un tableau (voir ci-dessous) pour analyser les types de retrait :

	Habituel ou inhabituel (depuis quand)	Décrire l'état de la personne	Moment du retrait	Durée du retrait	Lieu où s'effectue le retrait	Surveillance lors du retrait
Retrait volontaire						
Retrait négocié						
Retrait planifié						

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la connaissance et le respect de l'ensemble des retraits ;
- l'évaluation de l'évolution des différents retraits.

→ RECOMMANDATIONS

- Identifier les moyens d'expression verbale et/ou physique que la personne a mis en œuvre pour exprimer son besoin de se retirer.
- Observer et être à l'écoute de la personne ayant besoin de retrait en :
 - l'accompagnant verbalement et/ou physiquement, ou par l'intermédiaire d'outils et de technologie de soutien à l'autodétermination ;
 - aménageant l'espace ;
 - mettant à sa disposition le matériel nécessaire ou en lui permettant d'y accéder.



⁴⁰ Attention, ces trois types de retrait peuvent intervenir en prévention primaire mais ils varient selon l'évaluation de la situation que le professionnel réalise. Ils tiennent compte de l'environnement et de la connaissance que le professionnel a de la personne.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

« J'aurais aimé rester au calme quand ça me saoulait, on ne pouvait pas demander. Aucun professionnel ne m'a proposé de me retirer pour me mettre au calme. Ce qui était bien dans l'établissement, c'est qu'on avait accès à nos chambres, donc du coup si on voulait se se retirer un peu, on pouvait tout à fait, alors que dans d'autres établissements, pas du tout. » (Carole)

« Un jour je n'étais pas bien, j'étais énervée. Je voulais aller dans ma chambre mais il y avait la femme de ménage. Elle ne voulait pas me laisser entrer dans ma chambre. Je suis allée voir les éducateurs et j'ai dit: « Où est-ce que je vais moi? », j'étais énervée. L'animatrice m'a emmenée dehors. Je voulais juste trouver un consensus à mon besoin, à ma colère. » (Gabrielle)

- Évaluer la distance de sécurité dont la personne a besoin. Cette distance est un « espace personnel » que se crée la personne pour sa propre protection. Elle peut varier selon les liens qu'elle entretient (ou non) avec une personne et selon l'espace dans lequel elle se trouve. Des observations quotidiennes tracées et transmises à l'ensemble en relation avec la personne facilitent l'évaluation :
- quelle est sa distance de sécurité (dans quel espace et avec qui) ? ;
 - a-t-elle besoin de matériel contenant pour faciliter le respect de cette limite ? ;
 - quel comportement adopte-t-elle en fonction de la distance à laquelle vous vous trouvez ? ;
 - quels codes respecter pour entrer dans ces espaces ? ;
 - etc.

DÉFINITIONS

Il existe autour de chaque personne un espace, une zone émotionnellement forte, ou encore un périmètre de sécurité individuel. Cet espace personnel varie selon les personnes, la relation établie, les habitudes culturelles et certains facteurs personnels. Quatre distances, dont la valeur est variable, ont été identifiées⁴¹ :

- **la distance publique** : elle se situe au-delà de 3,60 mètres. Elle correspond par exemple à une situation amenant la présence d'un grand nombre de personnes, comme dans le cas de conférence ;
- **la distance sociale** : elle se situe entre 1,20 et 3,60 mètres environ ;
- **la distance personnelle** : elle correspond à une distance évoluant entre 45 cm et 1,20 mètres ;
- **la distance intime** : elle correspond à une distance de moins de 45 cm. Il s'agit d'un espace, d'une « bulle de protection » qu'il convient de respecter afin que la personne ne se sente pas agressée dans son intimité.

L'évaluation de ces distances permet d'entrer en relation de façon personnalisée et adaptée.

- Respecter le seuil de tolérance et entrer en relation de façon personnalisée et adaptée. Réajuster la distance à observer en fonction des évaluations réalisées.
- En collaboration avec les proches, évaluer les sensibilités particulières au toucher (type de pression, zone du corps hypersensible, etc.). En déduire des consignes pour respecter le contact physique avec la personne.

⁴¹ Edward T. Hall, anthropologue américain : il a décrit dans son livre, *La dimension cachée*, la dimension subjective qui entoure un individu et la distance physique à laquelle les individus se tiennent les uns des autres. HALL, E.T. *La dimension cachée* [« The hidden dimension »]. Paris : Points, 1978 254 p. (1re éd. 1971 en français, 1966 en anglais). Il s'agit d'une valeur nord-américaine et nord-européenne.

ILLUSTRATION

Pierre est un adolescent autiste de 17 ans. Il est accueilli quatre jours par semaine dans un IME. Les accueils de l'IME sont ponctués par l'intervention d'un musicien. Pierre n'adhère pas à cette ambiance. Il cherche dans l'établissement des espaces pour se mettre à l'abri du bruit (de la musique). Il y a un recoin au rez-de-chaussée dans lequel Pierre se réfugie très souvent.

Une réunion annonçant le déroulement de la journée a lieu chaque matin, juste après l'accueil musical. Elle rassemble l'ensemble des personnes accueillies et l'ensemble des salariés.

Au moment de se réunir, l'éducatrice référente surprend Pierre allongé dans ce recoin la main dans le pantalon. Elle interpelle Pierre pour qu'il se rende à la réunion. Quelques secondes plus tard, Pierre se lève et plaque l'éducatrice contre le mur en hurlant. L'hypothèse retenue est que Pierre s'est senti agressé par l'éducatrice qui est entrée brutalement dans une zone qu'il avait définie comme sa zone personnelle.

- Évaluer le temps de retrait et évaluer les modalités de sortie du retrait:
 - comment la personne utilise cet espace? Qu'est-ce qu'elle y fait? ;
 - à quoi correspond ce besoin de retrait? À quel moment la personne se retire-t-elle? Pourquoi? (échappatoire, détente, angoisse, etc.);
 - la personne revient-elle spontanément ou faut-il planifier son retour? ;
 - etc.
- À partir de l'évaluation, continuer ou réajuster les apprentissages.

CHAPITRE 3

METTRE EN PLACE DES MÉTHODES ALTERNATIVES COMME STRATÉGIES D'APAISEMENT

1. Évaluer les besoins
et les stratégies pour prévenir
le danger (en amont) 39

2. Mettre en place
des apprentissages pour prévenir
la crise (en amont) 41

3. Repérer des signes avant-
coureurs et prévenir l'évolution du
comportement 42

1 ÉVALUER LES BESOINS ET LES STRATÉGIES POUR PRÉVENIR LE DANGER (EN AMONT)

Les besoins de retrait pour la personne ne sont pas toujours identifiés : que cela soit de la part de la personne, qui ne parvient pas à s'autoréguler et/ou à exprimer ce besoin, ou de la part des professionnels pour qui il est parfois difficile de l'appréhender. De ce fait, l'accompagnement peut s'avérer inadapté et accentuer une situation vécue comme difficile par la personne. En effet, les personnes peuvent ne pas oser solliciter le professionnel pour accéder au retrait. C'est pourquoi l'évaluation des besoins en amont est essentielle pour améliorer la qualité de vie et renforcer les capacités d'agir de la personne. Ces besoins s'évaluent en fonction du niveau de fonctionnement, de compréhension et de communication de la personne. Il est à noter que les besoins comme les préférences et les choix de la personne ne sont pas figés : ils peuvent évoluer en fonction du moment, de l'endroit et de la personne auprès de qui ils sont formulés.

Les facteurs de protection et de risque⁴² sont développés dans les recommandations sur les « comportements-problèmes ». Il est important que les professionnels recueillent auprès de la personne et de ses proches, les mesures de protection prévenant ou diminuant la crise ainsi que les modalités de gestion pour intervenir⁴³.

« Il y a eu tout un moment où l'agressivité d'Isabelle survenait. On a commencé à se questionner et on s'est aperçu qu'elle avait des problèmes de constipation. Les professionnels lui donnaient un traitement qui ne fonctionnait pas donc ils lui faisaient des normacols lavements. Vous vous imaginez si on vous faisait des normacols lavements tous les deux jours ? Comment voulez-vous qu'elle ne rentre pas dans de l'agressivité ? Ils ne pouvaient pas lui donner des légumes, des jus de pruneaux... ? Il a fallu que l'on achète le presse orange et deux kilos d'oranges pour lui faire des jus d'oranges. L'ESSMS ne pouvait pas acheter le matériel alors qu'il n'y avait aucun problème pour le lavement prescrit tous les deux jours. » (Les parents d'Isabelle continuent à acheter les oranges)

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la mise en place de la prévention adéquate par les professionnels ;
- l'anticipation, l'évitement et la gestion de la situation de danger.

→ RECOMMANDATIONS

Facteurs de protection :

- Recueillir en amont de toutes interventions, auprès de la personne et/ou de son représentant légal, ses souhaits concernant sa protection et celle d'autrui. Cela permet de respecter la volonté des personnes, de réduire la montée en crise (au moment où elles ne sont parfois plus en capacité de s'exprimer).

>>>

⁴² Les facteurs de risque sont des éléments pouvant accroître la possibilité qu'une personne rencontre des difficultés (par exemple d'adaptation, d'apprentissage, etc.) en comparaison à une personne de la population générale. Ils peuvent avoir une influence ou un lien direct avec l'apparition des « comportements-problèmes ». À l'inverse, les facteurs de protection ont une influence positive sur la personne, ils limitent les risques et de ce fait contribuent à l'amélioration ou au maintien de la qualité de vie. Ces facteurs de protection sont « comme des caractéristiques des individus et de l'environnement susceptibles de contrer ou de limiter les effets des facteurs de risque » GARMEZY, N. Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. In : STEVENSON, J. Recent Research in Developmental Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1985, Book Supplement n°4, pp. 213-233.).

Anesm. *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2016.

⁴³ Anesm. *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2016.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Recueillir les préférences de la personne en termes de décisions et de modalités anticipées à mettre en place pour la gestion de la prévention de violence.
- Définir avec la personne où elle se sent le mieux pour s'apaiser. Évaluer ce qui permet le retour au calme et l'apaisement de la personne. Veiller à ce que la personne bénéficie d'un espace où elle puisse se réfugier mais rester vigilant à ce qu'elle n'y reste pas cloisonnée de manière prolongée.
- Mettre en place les facteurs de protection identifiés concernant:
 - les besoins rassurant en accompagnement (distance à respecter etc.);
 - les besoins matériels (objets);
 - etc.

« En situation de crise, j'aurais voulu avoir une écoute. Quand je suis vraiment mal, angoissée, j'aimerais qu'on puisse me calmer, me rassurer, je ne sais pas comment. » (Gabrielle)

- Évaluer le rapport bénéfices/risques du retrait en fonction de la connaissance de la personne et prendre en compte⁴⁴:
 - les problèmes de santé physique et physiologique et les contre- indications;
 - les risques psychologiques associés à l'intervention et au retrait;
 - les risques cardiovasculaires et musculo-squelettiques liés au recours;
 - toutes les sensibilités sensorielles, tel qu'un seuil haut ou bas pour la douleur ou le toucher.

⁴⁴ E NICE. *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges*. Londres: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014. 45 p.

2 METTRE EN PLACE DES APPRENTISSAGES POUR PRÉVENIR LA CRISE (EN AMONT)

Le plan de gestion de crise doit être accompagné d'un plan d'intervention composé de stratégies permettant à la personne de développer des habiletés à plus long terme telles que des habiletés de gestion de colère (Rose et coll., 2005)⁴⁵.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la connaissance par la personne des techniques de protection ;
- la maîtrise des pratiques d'autorégulation.

→ RECOMMANDATIONS

Facteurs de protection :

- Encourager et aider les personnes concernées à reconnaître leurs propres déclencheurs et les signes avant-coureurs de la violence et d'autres vulnérabilités.
- Apprendre à la personne des techniques de régulation et d'autogestion émotionnelle pour contrôler les expressions verbales et non verbales de l'anxiété ou de la frustration (par exemple, la posture du corps et de contact avec les yeux).
- Apprendre à la personne à être autonome pour l'utilisation de mesures de protection (exemple : port de casque) et lui apprendre des techniques de retrait lui permettant de gérer ou d'anticiper un comportement inadéquat, une crise.

ILLUSTRATION

Marc est un jeune homme avec TSA qui a eu un parcours sanitaire avant son entrée en 2012 dans l'établissement. Il peut déclencher des actes violents envers des accompagnants. Il annonce son acte en disant « Il (ou Elle) me stresse », exigeant une solution immédiate à son problème. Quand la situation en est à ce stade, nous avons proposé à Marc de s'éloigner du lieu source de conflit pour pouvoir se calmer et réfléchir. Il peut aller se promener seul au village pendant un temps déterminé. Des sorties au village sont planifiées au quotidien, Marc peut en profiter, y compris s'il va bien.

- Inscrire le consentement⁴⁶ de la personne dans le protocole. Attention, le consentement ne peut pas être permanent. Il nécessite d'être recherché et tracé à chaque fois que la mise en retrait s'impose⁴⁷.
- Impliquer la personne accueillie dans la planification des interventions et respecter autant que faire ce peut son choix.

⁴⁵ ROSE, J., LOFTUS, M., FLINT, B., et al. Factors associated with the efficacy of a group intervention for anger in people with intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*, 2005, vol. 44, n°3, pp. 305-317.

⁴⁶ Se référer à l'annexe 3 repères juridiques.

⁴⁷ CNCNDH. *Avis sur le consentement des personnes vulnérables*. Paris : CNCNDH, 2015. CNDPH : « En réalité, le consentement peut ne pas être exprimé de manière totalement déterminée, et il demeure toujours sujet à des évolutions ; en ce sens la prudence reste requise à la fois dans la réception mais aussi dans l'usage du consentement. Ainsi, il convient de ne pas considérer pour définitivement acquis le consentement recueilli : il importe de ne pas enfermer l'individu dans un choix antérieur et de s'assurer de l'actualité du consentement. Le consentement doit être réversible et l'on doit accorder à l'individu la faculté, à tout instant, de se dédire, si possible. »

3 REPÉRER DES SIGNES AVANT-COUREURS ET PRÉVENIR L'ÉVOLUTION DU COMPORTEMENT

Différentes stratégies permettent de prévenir et de graduer certaines interventions. Les stratégies dites réactives visent à produire des effets à très court terme dans la situation où un « comportement-problème » se produit. Elles peuvent permettre d'éviter le recours à des mesures exceptionnelles plus intrusives. Le choix des stratégies préventives⁴⁸ (protocole d'apaisement, méthodes d'intervention souhaitées par la personne en cas de crise et inscription des interventions exceptionnelles liées à la crise) est à mettre en lien avec des hypothèses (issues de l'analyse multimodale) et la connaissance de la personne. Ces stratégies visent à appréhender et, dans la mesure du possible, résoudre l'aggravation du « comportement-problème » et d'éviter la restriction de la liberté d'aller et venir. Chaque niveau est proposé dans le but d'éviter, de prévenir le recours « aux mesures de restriction de la liberté d'aller et venir ». Une description plus détaillée des stratégies⁴⁹ de diversion, de capitulation sont décrites dans le volet 2.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS

Les interventions, l'aménagement et la mise en place des espaces :

- ne doivent pas pallier une organisation défaillante ;
- ne doivent pas résulter d'une insuffisance de moyens ;
- ne doivent pas viser à assurer le confort et la tranquillité du personnel ;
- ne doivent pas sanctionner une personne ;
- ne doivent pas infliger de la douleur, de la souffrance.

→ RECOMMANDATIONS

Processus des interventions – mettre en place le plan d'intervention et les protocoles définis préalablement :

→ Repérer les signes annonciateurs d'une crise pour prévenir rapidement l'aggravation de la situation. Ces signes ont pu être identifiés précédemment et être inscrits dans les protocoles de gestion de crise.

Exemples de signes annonciateurs : agitation psychomotrice, réaction physiologique (par exemple visage rouge ou blanc, etc.), attitudes (pas de contact visuel, fait les cent pas, rumine, insulte, menaces dirigées envers les autres, renverse les objets, lance des objets sur quelqu'un, cris, serre fort le poignet, etc).

Il s'agit d'exemples et non d'une liste exhaustive. Les signes précurseurs sont repérés au fur et à mesure de l'accompagnement, partagés et peuvent être inscrits dans les protocoles de gestion de crise. Ces signes peuvent être différents en fonction des situations et évoluer. La connaissance de la personne est primordiale. Ces signes précurseurs ne sont pas synonymes de crise mais doivent entraîner une vigilance de la part des professionnels et des interventions adaptées.

POINT DE VIGILANCE

Ce retrait est différent du retrait inscrit dans le planning de la personne ou demandé par la personne (qui est utilisé de façon préventive sans qu'aucun signe précurseur n'ait été détecté) et nécessite une évaluation somatique, un accompagnement, etc.

⁴⁸ SABOURIN, G., COUTURE, G., MORIN, D., et al. *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes*. Trois-Rivières : CIUSSS MCQ - Services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, Institut universitaire, 2015.

⁴⁹ Anesm. *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 2. Saint-Denis : Anesm, 2016.

- ➔ Utiliser le niveau d'observation, vécu par la personne comme le moins intrusif possible, équilibrant la sécurité, la dignité et la vie privée de la personne, avec la nécessité de maintenir la sécurité de ceux qui les entourent.
- ➔ Face à l'apparition d'un comportement inapproprié, ou d'un repli inhabituel, alerter un professionnel soignant pour évaluer en première intention s'il s'agit d'une cause somatique :
 - utilisation des outils de repérage de la douleur ;
 - questions sur le siège d'une éventuelle douleur et de son intensité ;
 - prise des constantes (tension, pulsation, température) ;
 - vérification du transit, du cycle menstruel, du sommeil, d'éventuelles comorbidités d'apparition récente (bandelette urinaire, état ORL, cutané etc.).

« Moi j'ai beaucoup appris à observer ce qui était du traitement de ce qui ne l'était pas et à mettre en alerte. On a eu la situation de la MAS où Isabelle avait des comportements inadaptés, elle se tirait les bouts des doigts et on nous a dit « non non c'est normal, souvent les personnes autistes prennent les stéréotypes des autres ». On leur a dit : « non ce n'est pas normal, Isabelle n'a jamais eu de stéréotypes de sa vie ». On a appelé le psychiatre qui lui a refait un bilan sanguin, elle avait une hyperammoniémie qui est une accumulation d'ammoniaque dans le cerveau suite aux neuroleptiques qui n'allaient pas. Au niveau du bilan enzymatique ça allait mais c'était au-dessus en fait, elle avait des comportements qui n'étaient pas normaux. Il a fallu arrêter le médicament tout de suite. » (Mère d'Isabelle, MAS)

- ➔ Si l'hypothèse d'une douleur, d'une cause somatique est retenue, appliquer le protocole douleur signé par un médecin et observer l'évolution du comportement⁵⁰ ;
- ➔ Si le professionnel soignant juge après évaluation qu'un médicament est à administrer, veiller à ce qu'il assure la traçabilité de la prescription :
 - enregistrement, clarification des raisons et des circonstances dans lesquelles il a été administré (clarification des symptômes, précisions sur la dose délivrée, précisions sur l'apparition d'éventuels effets indésirables, etc.).
- ➔ Prévoir/programmer rapidement une consultation médicale ;
- ➔ En cas d'absence d'un professionnel soignant, informer le cadre d'astreinte qui donnera la marche à suivre en attendant l'évaluation somatique du professionnel soignant ou de la consultation médicale ;
- ➔ Porter une attention particulière quant aux dérives de prises systématiques de traitements psychotropes prescrits avec l'indication de traitement « si besoin », alors qu'aucune évaluation d'un professionnel soignant n'a été effectuée.

« Je ne regardais pas l'éducateur en face, car quand je suis très angoissée je ne peux pas regarder dans les yeux. Maintenant je n'arrive plus à regarder les gens en face. Il me prend le menton et me dit : « Maintenant tu vas me regarder en face ». J'ai dit « non » et je suis partie. J'étais très mal et j'ai dit : « Je veux qu'on appelle le « groupe ... ». Il me dit : « Non on ne va appeler le « groupe... », tu vas prendre ton « si besoin ». « Je ne veux pas mon « si besoin » ». Il m'a dit : « Tu vas le prendre et tu montes dans ta chambre ».

« Je ne voulais pas prendre mon « si besoin » car je me sentais dans mon droit de m'énerver car à ce moment-là, j'avais été vraiment violente physiquement tellement il me tendait. » (Gabrielle, Foyer de vie)

➤➤➤

⁵⁰ Anesm. *Les comportements-problèmes au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 2. Chapitre 2.1.c « Les situations préoccupantes et d'urgence médicale de la personne sujette à un comportement-problème : en cas d'hospitalisation non programmée ». Saint-Denis : Anesm, 2016.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

« Ici c'est terrible, dès qu'on ne va pas bien, on nous dit: « vous voulez prendre un « si-besoin » »?, quand je dis « non », on me répond: « bah si faut les prendre, tu es angoissée, tiens prends ton « si besoin », du coup je dis « oui », un puis un deuxième si ça ne va pas mieux au bout de 4 heures. Les « si besoin » maintenant je les demande mais je ne sais pas toujours si c'est ça qu'il me faut. On m'a habituée, on m'a formatée [...] Il y en d'autres comme moi qui n'ont pas eu l'habitude de prendre des « si besoin » et maintenant c'est devenu un rituel. » (Gabrielle, Foyer de vie)

- Comprendre, repérer et prendre en compte les situations et/ou les facteurs déclencheurs pouvant générer du stress, voire mettre en danger la sécurité de la personne ou des autres.

ILLUSTRATION

Vendredi, Dimitri est sur le parking à mon arrivée et il m'accueille d'un « Y va pas bien » avec un grognement inquiétant. Renseignements pris auprès de l'équipe, l'organisation des sorties week-end en famille a changé, ce qui perturbe Dimitri. Nous vérifions que toutes les séquences visuelles de son planning correspondent bien, nous les présentons de nouveau à Dimitri, qui est très attentif, mais ça ne semble pas calmer son anxiété plus de 5 minutes et il est très vite au bord de l'explosion. Proposition de l'espace de calme-retrait et d'apaisement avec les objets qui habituellement l'apaisent (couverture, duvet, etc.) et un professionnel.

- En cas de signes manifestement inhabituels, apporter une réponse immédiate et graduée (en lien avec la connaissance de la personne, des modalités d'accompagnement choisies par la personne et inscrites dans le protocole de la personne).

Exemples de stratégies :

Certaines stratégies visent essentiellement à produire des effets à court terme. Différentes stratégies peuvent être proposées. Le choix de ces stratégies dépend des besoins de la personne, de ses capacités, de l'évaluation fonctionnelle, du plan d'intervention, du contexte et des ressources disponibles : utilisation de techniques de résolution de problèmes avec la personne concernée ; utilisation de techniques de gestion du stress ou de relaxation comme des exercices de respiration ; donner de l'espace à la personne ; proposer des choix ; donner du temps à la personne pour réfléchir ; proposer à la personne de rester seule un moment ; retrait dans un « espace de calme-retrait et d'apaisement » identifié au préalable ; parler à quelqu'un de confiance (écoute active de la personne) ou écouter de la musique ; proposer les moyens de protection identifiés (casque, etc.) ; proposer une activité sportive, une balade à l'extérieur, etc. Les stratégies les plus couramment utilisées sont les stratégies de capitulation, de diversion et d'interruption (cf. Volet 2 des recommandations « comportements-problèmes »).

Il est également important d'identifier et de proposer les stratégies mises en place par la personne elle-même et/ou par son entourage.

Concernant les réactions des professionnels, sont également identifiées des techniques d'interposition⁵¹ et de dégagement physique⁵², ou le retrait du personnel impliqué dans la situation de crise et le relais par un collègue non impliqué dans la situation. Les professionnels doivent être formés à ces techniques pour éviter de se blesser ou de blesser la personne accompagnée.

⁵¹ Les techniques d'interposition consistent à interposer un geste ou un objet pour permettre d'arrêter le comportement et de poursuivre avec d'autres techniques de diversion. Par exemple, si une personne veut se frapper la tête, il ne s'agit pas d'empêcher le geste en l'immobilisant, mais d'empêcher l'impact en utilisant un objet comme un coussin, etc.

⁵² Ces techniques permettent de se dégager de certaines tentatives d'agrippements sans exercer de force et sans danger pour la personne.

- Être attentif aux postures et attitudes langagières qui pourraient accentuer la montée en crise et être attentif aux réactions brutales⁵³.

« L'éducateur criait tellement que j'avais la trouille, j'ai cru qu'il allait me frapper, tellement il était agressif verbalement. Il était tout collé contre moi et ça m'a envahie, je n'étais pas bien du tout et du coup j'ai encore plus crié. » (Gabrielle, Foyer de vie)

- Si l'élément déclencheur est identifiable⁵⁴, supprimer le déclencheur (préciser le problème, proposer un moyen de communication pour préciser la demande, réduire les stimulations, etc.) ou retirer la personne de la situation déclencheur.

« En fait, il y a différents états de crises chez Isabelle. Il y a des états de crises de frustration (je n'ai pas ce que je veux, je me mets en crise) et là, d'aller dans sa chambre toute seule, ça marche, ça coupe la crise. Par contre, dans les états de crise où elle est traversée par quelque chose comme par exemple, lorsqu'il y a trop de monde, là elle a besoin de quelqu'un avec elle. Elle va se calmer avec l'adulte et avec quelque chose qu'elle aime. Il faut que l'adulte lui parle de ses états. Quand l'adulte a fait le lien avec ce qu'elle aime (le dessin animé), il peut s'en aller et Isabelle peut utiliser le lien comme quelque chose d'apaisant. Après elle peut revenir, même revenir dans la foule. » (Mère d'Isabelle)

- Inviter la personne à se retirer, avec le professionnel qui la connaît le mieux ou avec celui avec lequel elle a le plus d'affinité, dans un autre espace (à l'intérieur comme à l'extérieur) disponible et identifié préalablement, autant que faire ce peut. Cela permet de se concentrer sur l'aide à apporter à la personne et de rassurer les autres personnes tout en veillant à ce que le personnel intervenant ne soit pas isolé.

« Hier, j'étais pas bien, j'ai râlé. Il y en a un qui a essuyé sa table avec la serviette avec laquelle il s'était essuyé la bouche pleine de confiture. Je lui dis : « Tu peux pas prendre une lavette ». Je venais d'avoir ma mère qui n'était pas bien donc je me suis énervée avec un autre qui mangeait le fromage avec ses doigts. « Mange avec une fourchette ». Je me suis énervée deux fois. Au bout d'un moment, une éducatrice me dit « Pourquoi tu t'énerves » et je lui réponds : « Ma mère ne va pas bien ». L'éducatrice me répond « Eh bien voilà, on va en parler. » Je suis allée avec elle et on a discuté, elle m'a écoutée. Après je me suis excusée, c'est ça le plus important. (Gabrielle, Foyer de vie)

- Offrir aux autres personnes accueillies l'occasion de se déplacer loin de la situation dans laquelle la violence ou l'agression se produit.
- Organiser l'environnement pour réduire les dangers potentiels (retirer les objets dangereux) et être attentif à diminuer les stimuli environnementaux.
- Aviser un collègue de la situation afin qu'il demeure disponible pour intervenir si les actions entreprises s'avèrent non efficaces et pour aider la personne à reprendre son calme.

»»»

⁵³ Se référer à l'outil « savoir-être » et « savoir-faire » en annexe 1. Les aptitudes et compétences des professionnels face à des situations de « comportements-problèmes » et de crise doivent être travaillées en amont (se référer au volet 1 des recommandations sur les « comportements-problèmes » et à l'annexe 2 du présent document : outils sur les compétences.

⁵⁴ La cause du « comportement-problème » peut se situer dans le contexte immédiat. Les déclencheurs peuvent être par exemple : un bruit trop important, une pression pour faire quelque chose, la présence d'une personne ; une visite ou un échange téléphonique, etc.).

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

« Je pense que cela peut être intéressant d'isoler quelqu'un mais pas tout seul. On reçoit des jeunes qui sont dans des violences extrêmes mais il y a différentes crises (frustration) ils ne sont jamais seuls. Celui qui se sent proche du jeune va avec lui, c'est complètement du sur-mesure. Ça peut être besoin d'une couverture, etc. Mais on reste avec le jeune et on parle de ce qui se passe, on peut mettre une musique douce, on lui parle et il y a un moment où ça va s'arrêter. C'est vrai que la personne qui reste est extrêmement éprouvée mais on reparle toujours de ce qui s'est passé pour l'un et l'autre, puis c'est repris en supervision. Il faut avoir une connaissance fine de la personne. » (Mère d'Isabelle, responsable d'une association)

- S'assurer de la mise en place et de l'application du protocole de/gestion de crise prévu avec la personne concernée.
- Être vigilant à ce que les facteurs de protection et les méthodes choisies et/ou négociées avec la personne soient respectées.
- Lorsque la personne est apaisée, tracer l'événement (description du contexte, des éléments déclencheurs repérés, des signes précurseurs, du comportement, des stratégies efficaces utilisées, des stratégies inefficaces, etc.) et le recours à l'espace (information donnée à la personne sur le motif, l'objectif, la durée du recours; le comportement de la personne dans l'espace, le temps nécessaire à l'apaisement, les éléments proposés ayant favorisé son apaisement, les modalités de sortie du recours et de retour dans le collectif).

POINT DE VIGILANCE

Le respect des droits de la personne (dignité, liberté d'aller et venir, etc.) doit guider les établissements à tout instant et notamment lors de la définition des conditions d'utilisation de ces espaces (qu'il s'agisse de définir les motifs du recours à ces espaces, la durée du recours, les caractéristiques matérielles desdits espaces ou encore les modalités de surveillance). L'identification objective de règles respectueuses de ces droits permet ainsi de restreindre les risques d'abus, voire la caractérisation de situations de maltraitance.

- S'assurer que toutes les étapes permettant d'anticiper, d'analyser et d'éviter l'aggravation de la situation ont été respectées et que les interventions alternatives ont été tentées.

CHAPITRE 4

GÉRER LA MISE EN DANGER ET LE DERNIER RECOURS

1. Mettre en œuvre le processus de décision 50
2. Mettre en place une analyse multimodale 56

Il est important de ne pas confondre les mesures de retrait préventives (sans restriction de la liberté d'aller et venir) avec les mesures restrictives de la liberté d'aller et venir qui ne peuvent être utilisées qu'en cas de mise en danger et en dernier recours.

DÉFINITIONS

Mesure restrictive de la liberté d'aller et venir ou mesures de contrainte

Dans ces recommandations, le terme mesure restrictive de la liberté d'aller et venir est employé. Cette mesure limite la liberté de circuler de la personne et sa capacité d'action. Elle correspond au retrait d'une personne dans une pièce ou un espace/une zone dont elle ne peut sortir librement.

Crise

Le concept de crise se définit comme un épisode de « comportements-problèmes » intense quand la personne ne répond plus à tout ce qui a été mis en place. Il apparaît à un moment donné et dans un environnement spécifique. Une situation de crise se définit de façon plus spécifique, comme :

- *l'apparition d'un « comportement-problème » qui met en danger l'intégrité physique de la personne, d'autrui ou de l'environnement;*
- *nécessitant, selon l'entourage immédiat, des interventions exceptionnelles, à très court terme, telles que des mesures restrictives de la liberté d'aller et venir ou de l'aide extérieure (ex. : intervenants de crise, policiers, SAMU, ambulanciers);*
- *avec ou non, un déplacement vers une ressource autre que son milieu de vie résidentiel habituel.*

Définition retenue du risque

« Événement dommageable dont la survenance est incertaine, quant à sa réalisation ; se dit aussi bien de l'éventualité d'un tel événement en général, que de l'évènement spécifié dont la survenance est envisagée.⁵⁵ »

Définition retenue du péril

« Danger imminent et grave, situation à hauts risques qui menace une personne (dans sa sécurité, sa santé, etc.), un bien, des intérêts, la société, etc. et crée un état d'urgence.⁵⁶ »

Définition retenue du danger (cf. définition du péril et définition du risque)

On entend par « danger » un risque réel et imminent pour l'intégrité physique de la personne concernée ou d'autrui. « Il ne s'agit donc pas de parer, a priori, à un danger purement hypothétique, mais bien d'intervenir lorsque les informations disponibles indiquent un risque concret que le dommage redouté se produise⁵⁷ » et que ce danger est durable pour l'intégrité de la personne ou d'autrui.

Il faut que la menace soit toujours présente pour « justifier » le recours. C'est le danger qui est toujours présent et que l'on contient et non pas la personne. L'appréciation du danger se fera au cas par cas en fonction des éléments de la situation perçus par le membre du personnel (nature du dommage redouté, situation concrète) et de la connaissance de la personne.

⁵⁵ CORNU, G. Vocabulaire juridique. Paris : PUF, 2011.

⁵⁶ CORNU, G. Vocabulaire juridique. Paris : PUF, 2011.

⁵⁷ Circulaire Belgique « Mesures de contention et d'isolement dans l'enseignement ».

1

METTRE EN ŒUVRE LE PROCESSUS DE DÉCISION

Malgré le respect des interventions et les techniques d'apaisement mises en place, la situation peut s'aggraver. Le danger imminent (pour l'intégrité de la personne et pour l'entourage) nécessite des interventions exceptionnelles et urgentes. Ces interventions⁵⁸ ont lieu en dernier recours, soit quand l'escalade des événements continue à mettre en danger de manière immédiate la personne et son environnement, soit quand la crise intervient de façon imprévisible⁵⁹.

La réponse à la décision ne peut pas être uniforme. Les établissements doivent toujours veiller à individualiser les restrictions à la situation spécifique de chaque personne. Selon l'interaction du modèle écologique⁶⁰, les comportements et les réactions influencés par les composantes de l'environnement influencent à leur tour directement l'intervenant quant à sa décision d'appliquer ou non une mesure restrictive. C'est pourquoi la réduction des mesures restrictives dépend de la mise en place de stratégies visant à modifier les composantes environnementales tout autant que les interventions directes auprès de la personne⁶¹.

La gestion de ces situations doit être anticipée et organisée. Le personnel doit être formé/entraîné au préalable à ces situations et aux processus de décision pour lui permettre une réactivité optimale⁶². Il est important de rappeler que la prise de décision est une démarche rationnelle qui débouche sur le choix d'une option parmi d'autres pour réaliser un objectif⁶³. Elle est la résultante de l'évaluation qui amène une personne ou une équipe à faire un choix entre plusieurs alternatives dans un contexte d'incertitude⁶⁴. La mise en place au cas par cas de ces mesures doit prendre fin dès que les motifs ayant justifié leur utilisation ne sont plus présents.

REPÈRES JURIDIQUES

Sur la finalité sécuritaire des « espaces de calme-retrait et d'apaisement »

Toute personne s'abstenant volontairement d'apporter son aide à une personne en péril peut être pénalement poursuivie. Pour que l'infraction soit caractérisée, il faut que le péril :

- soit réel, c'est-à-dire que doit peser sur autrui une menace actuelle d'un dommage qui surviendra plus tard, peu importe que la potentialité crainte ne se réalise pas ;
- soit imminent et constant et nécessite une intervention immédiate.

Par conséquent, la survenue d'une crise se caractérisant par l'adoption d'un comportement auto ou hétéro-agressif et entraînant une mise en danger de la personne et/ou de son entourage peut justifier que le personnel de l'établissement procède à sa mise à l'écart. Dans ce cas de figure, il s'agit toutefois de restrictions de fait dont la réalisation doit demeurer exceptionnelle et se justifier par des circonstances spécifiques (gravité du risque, urgence de la situation) qui seront vérifiées *a posteriori* par le juge en cas de litige.

⁵⁸ SABOURIN, G., COUTURE, G., MORIN, D., et al. *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes*. Trois-Rivières : CIUSSS MCQ - Services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, Institut universitaire, 2015.

⁵⁹ Anesm. *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2016.

⁶⁰ Anesm. *« Les comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2016.

⁶¹ Les premières références au modèle écologique datent principalement du début des années 1970. C'est Urie Bronfenbrenner, en 1979, qui va étendre ce modèle avec son ouvrage intitulé « *The ecology of human development* ». Le modèle écologique met en relation les multiples systèmes d'un individu composant une niche écologique. Ainsi, le comportement d'un individu doit être étudié en tenant compte de l'influence réciproque des multiples systèmes qui composent son environnement écologique et des caractéristiques de l'individu lui-même. Ces différentes couches systémiques sont : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème.

⁶² Se référer à l'annexe 1 l'outil « savoir-être » et « savoir-faire » et à l'annexe 2 l'outil : les compétences.

⁶³ BOUCHARD, N., LAPRÉE, R. *Éduquer le sujet éthique par des pratiques novatrices en enseignement et en animation*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2004.

⁶⁴ DOWIE, J. *Clinical Decision Analysis: Background and introduction*. In : LLEWELYN, H., HOPKINS, A. *Analysis How we reach clinical decisions*. Londres : Royal College of Physicians, 1993.

« La chambre d'isolement ce n'est qu'une boîte, il n'y a pas de toilettes, les murs sont protégés et quand on a envie d'aller aux toilettes, ou alors aller à la douche, on ne peut pas quand il n'y a pas d'infirmière, on est obligé de demander, ils nous imposent beaucoup de trucs. »

« Il y avait une vitre où l'on nous observait, ils nous voyaient même aller aux toilettes. » (Carole, hôpital de jour)

Concernant la mesure restrictive, celle-ci :

- ne peut pas s'envisager, sauf en dernier recours ;
- ne peut pas se mettre en œuvre dans des conditions qui ne respectent pas la dignité, la sécurité et le confort de la personne ;
- ne peut pas être confondue avec un projet thérapeutique ou éducatif ;
- ne doit pas sanctionner une personne⁶⁵ ;
- ne peut pas se faire sans surveillance attentive, évaluation et suivi ;
- ne peut pas se mettre en place sans procédure ;
- ne peut pas s'envisager comme une mesure permanente.

« C'est le danger qui est toujours présent et que l'on contient et non pas la personne. »

« La notion de danger toujours transitoire nécessite d'être continuellement réévaluée. Il ne peut y avoir privation de liberté à titre préventif ou même thérapeutique. » (Propos d'un professionnel)

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- le juste équilibre entre la possibilité de liberté et la sécurité physique ou psychique des personnes accueillies et de leur environnement ;
- la protection de la personne ;
- l'élaboration du processus décisionnel en équipe interdisciplinaire ;
- l'évocation et l'analyse de chaque situation de violence ;
- la connaissance, l'évaluation et le réajustement des réflexes attendus en cas de désorganisation (protocoles et attitudes).

→ RECOMMANDATIONS

- De façon exceptionnelle et pour protéger l'intégrité physique de la personne et/ou d'autrui, installer la personne à l'écart temporairement. Prévoir un accompagnement dans un espace sécurisé et non menaçant qui pourra favoriser un retour au calme⁶⁶.

»»

⁶⁵ Des professionnels de l'action sociale et médico-sociale ont ainsi pu être condamnés pour violence volontaire pour avoir, entre autre, enfermé des résidents à titre de punition (en ce sens : Cass. Crim. 28 juin 2011, n° 10-86274).

⁶⁶ Se référer à l'annexe 3 « repères juridiques ».

→ RECOMMANDATIONS SUITE

Processus de décisions au recours à un espace de calme-retrait en cas de mise en danger	
<p>Motivation/indication du recours La mesure sécuritaire de dernier recours est la solution transitoire inévitable. Elle répond au caractère adapté, nécessaire, proportionné au danger. Elle s'arrête dès que le danger est écarté. Elle nécessite la formation à ce processus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les mesures d'apaisement et les stratégies de prévention aient été mises en œuvre préalablement et que leur inefficacité soit précisée par écrit pour motiver la mesure de dernier recours. Veiller à ce que les techniques et les méthodes utilisées soient proportionnées au risque encouru par la personne et l'entourage. • Veiller à ce que cette mesure reste une mesure transitoire dans l'attente qu'une autre mesure soit mise en place dans les plus brefs délais. Le temps du retrait correspond strictement à la résolution ou à la mise en œuvre d'un autre moyen permettant d'y mettre un terme.
<p>Examen somatique L'évaluation somatique et les informations sur l'état clinique de la personne lors de la décision sont explicitées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un examen clinique immédiat afin d'éliminer une cause somatique. L'examen est réalisé par un personnel soignant qui devra décider de la demande d'intervention du médecin pour un examen (médecin de l'établissement, médecin traitant, médecin urgentiste).
<p>Circuit d'alerte Qui contacter ? Qui rend la décision ? Notion de personne habilitée, décision de recours</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contact du cadre hiérarchique désigné.

En amont du recours à l'espace de calme-retrait et d'apaisement	
<p>Mesures sécuritaires Dans un environnement sécurisé, sécurisant et calme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du risque d'accident (automutilation avec ou sans objet, etc.) en ne laissant que le matériel minimum, en faisant attention à éliminer tous les éléments apparents ou à les protéger (radiateurs, câbles électriques, etc.). • Retrait de tous les objets habituellement dans l'espace, pouvant représenter un danger.
<p>Aménagement L'espace et son aménagement répondent aux besoins (sécuritaire, sensoriels, etc.) de la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'état de l'espace (propreté, confort, etc.) et si nécessaire apport des éléments favorisant l'apaisement (identifiés préalablement dans le protocole et le projet personnalisé). • Mise à disposition de la personne, de tous les dispositifs habituels permettant de structurer le temps et faciliter la prévision du temps.
<p>Surveillance La surveillance de la personne n'est jamais rompue. Le professionnel reste toujours en situation de communiquer avec la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une surveillance continue de la personne et du relais entre professionnels.

Processus de décisions au recours à un espace de calme-retrait en cas de mise en danger

<p>Motivation/indication du recours Surveillance physique⁶⁷ L'organisme gestionnaire et le personnel de l'établissement sont tenus à une obligation de surveillance à l'égard des personnes accompagnées. Il en résulte qu'il appartient à l'organisme gestionnaire de mettre en place les moyens de surveillance adéquats pour assurer la surveillance des espaces de calme-retrait et d'apaisement. Une surveillance humaine est requise et son défaut de mise en place est constitutif d'une faute. Rien ne peut remplacer la surveillance humaine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien et mise à disposition de la personne du moyen de communication lui permettant d'exprimer une demande. Une attention et une écoute sont portées à toutes les demandes formulées par la personne • Mise en place d'une surveillance physique rapprochée (avec relais si possible) en préservant toutefois la dignité et l'intimité de la personne. Être attentif à l'expression d'une douleur.
<p>Durée du recours La durée doit être justifiée et proportionnée à la finalité à atteindre et à la situation. Elle doit être la plus courte possible et ne saurait dépasser la situation de crise. Il doit s'agir d'une mesure transitoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du temps passé dans l'espace.
<p>Mesures d'apaisement inscrites dans le protocole.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuité des mesures d'apaisement tout au long de la mesure restrictive et recherche, dans un cadre pluridisciplinaire, des moyens de lever la mesure dans les plus brefs délais.
<p>Mesures de protection inscrites dans le protocole.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation, lorsque l'intégrité de la personne et/ou d'autrui est menacée, de techniques et gestes d'intervention et de protection physique acquis préalablement en formation. Certaines techniques de protection enseignées dans des formations spécifiques permettent d'assurer la sécurité de la personne, celle du professionnel et de l'entourage.
<p>Evaluation/réévaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluation des conditions de cet accompagnement autant que de besoin. S'assurer, tout au long de l'accompagnement, de la nécessité de la mesure.



⁶⁷ Se référer à l'annexe 3 sur les repères juridiques.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

<p>Traçabilité^{68 69}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité dans les fiches prévues à cet effet des éléments relatifs à la mesure (les alternatives réalisées au préalable, l'information réalisée auprès de la personne, les modalités de surveillance et les vérifications réalisées pour préserver l'intimité et la dignité de la personne). Élaboration d'un rapport d'incident. • Évaluation de toutes les dégradations physiques et matérielles afin de réfléchir aux obstacles que la personne a rencontré pendant la mise en danger.
<p>Information/circuit d'alerte L'information préalable spécifique est obligatoire sauf situation grave et urgente qu'il conviendra de démontrer. Une information <i>a posteriori</i>, des représentants légaux doit être réalisée systématiquement dès lors que le recours à ces espaces a été effectué en gestion de crise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion de l'information liée à l'événement à toutes les personnes impliquées dans l'accompagnement au sein de la structure et au représentant légal. Informer la personne de cette diffusion. • Interpellation des ressources extérieures définies dans la procédure de gestion de crises et dans les protocoles. Cette aide extérieure peut correspondre, par exemple, à la présence d'une équipe mobile intervenant sur les situations de crise, les services d'urgence (police, pompiers, SAMU, etc.). • Maintien du contact avec la personne, continuité des mesures d'apaisement et accompagnement de la transition. • Si la personne est accompagnée ou transférée dans une autre structure (médico-sociale ou sanitaire), partage du contenu de l'évaluation des risques avec le personnel et avec les proches dans le respect des règles relatives à la confidentialité des informations personnelles.

Information /Débriefing

<p>Débriefing avec la personne/explication de l'intervention à la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le respect des règles relatives au secret professionnel, prise de contact avec les proches concernant les événements qui se sont déroulés. En effet, certains de ces événements peuvent avoir des conséquences post-traumatiques. Les personnes peuvent ainsi avoir des réactions que l'entourage ne pourra pas expliquer.
<p>« Après l'isolement, je me suis retrouvée avec les gens dans ma chambre et je me rappelle on m'a dit : « Tu étais où ? » Moi : « Je sais pas trop, on m'a mise là. » « Pourquoi tu étais là ? » Moi : « Bah, je sais pas trop », je ne comprenais pas, si je savais que j'avais fait une bêtise, que j'avais avalé du cirage et du shampoing et que ce n'était pas bien, pour moi c'était la punition, pas une protection. » (Gabrielle, hôpital de jour)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'impact de la ou des mesures prises par rapport à la personne, rapidement après l'évènement. • Travail en équipe et reprise avec la personne des raisons de cette restriction et des obstacles rencontrés. • Prise en compte de l'expression du ressenti de la personne par écrit ou oralement. Accompagnement à la retranscription de l'expérience si nécessaire. Ajout de ces éléments au dossier de la personne. • Mise en place d'un entretien dans le respect des règles relatives au secret professionnel, avec la personne et les proches sur les événements qui se sont produits et les associer au réajustement des plans d'action. Avoir une vigilance accrue lors des entretiens face aux réactions des proches afin qu'ils ne se sentent pas culpabilisés.

⁶⁸ Se référer à l'annexe 4 outil de traçabilité.

⁶⁹ CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

Débriefing avec les professionnels

- À partir du recueil d'informations auprès de l'équipe pluridisciplinaire de la personne et des proches, réévaluation du processus de décision de chaque situation et de l'adéquation de cet accompagnement à la situation de la personne. Cette évaluation permettra également d'éviter les abus dans l'utilisation de ces espaces.
- Organisation d'un retour formel sur l'événement dès que possible (au plus tard 72 h après l'incident). Cela peut prendre différentes formes possibles mais les éléments suivants sont nécessaires :
 - réalisation d'entretiens avec les acteurs suivants : la personne concernée, le personnel de la structure et des professionnels externes formés à la gestion de la violence;
 - vérification des documents de traçabilité qui doivent être complets et factuels;

POINT DE VIGILANCE :

« Utiliser un vocabulaire et des formulations valorisantes pour les personnes dans les échanges interprofessionnels. »

« Dans les écrits, veiller à ce que :

Ne soient retranscrites que les informations nécessaires ;

Ne soient mentionnés que les éléments factuels ;

Ne soit porté aucun jugement de valeur sur les choix de la personne.⁷⁰»

- reprise, immédiatement après l'incident, des informations enregistrées dans le compte rendu ;
- traçabilité des événements pour essayer d'identifier les facteurs qui ont contribué à l'incident et ce qui aurait pu être fait pour éviter une intervention restrictive ;
- évaluation de l'impact physique et émotionnel sur la personne concernée et sur toutes les personnes impliquées, y compris les témoins ;
- réalisation d'un relevé des stratégies efficaces pour la personne et selon le contexte ;
- proposition de solutions alternatives, y compris d'interventions moins restrictives pour réduire la probabilité d'un autre incident ;
- inscription dans le dossier de la personne des modalités de mise en œuvre, les conditions de son suivi et de sa réévaluation.

POINT DE VIGILANCE

Toute utilisation des espaces de calme-retrait et d'apaisement n'ayant reçu aucun consentement préalable de la personne et/ou de son représentant légal doit rester une exception, « une mesure de dernier recours », tant pour la personne que pour l'établissement.

À ce titre, et en raison de l'intensité de l'atteinte portée à la liberté d'aller et venir de la personne, une formalisation officielle de cette modalité générale de gestion de crise dans le règlement de fonctionnement ne peut pas suffire à prétendre que la personne et/ou son représentant légal ont consenti à l'utilisation générale de cette mesure.

⁷⁰ Anesm. Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses. Volet 1. Saint-Denis, Anesm, 2016.

2 METTRE EN PLACE UNE ANALYSE MULTIMODALE

L'analyse multimodale est un modèle d'analyse et d'intervention qui permet de prendre en compte l'environnement global de la personne comme cadre de réflexion. Les interventions se fondent sur les facteurs personnels et les facteurs environnementaux⁷¹. Ainsi, l'analyse sera déclinée pour la personne et les professionnels puis au niveau de l'établissement.

2.1 ORGANISER DES TEMPS DE RÉFLEXION SUR L'ACCOMPAGNEMENT ET SA CONTINUITÉ

- Évaluer et réévaluer l'adéquation entre la procédure et la situation de la personne : compatibilité entre les attentes et besoins de la personne et les interventions mises en place :
 - reprendre pour l'évaluation tous les outils de traçabilité (fiches de traçabilité, protocoles et stratégies de prévention mises en place) ;
 - vérifier les conditions d'application de la mesure exceptionnelle au regard de la procédure.
- Évaluer la fréquence et la durée d'utilisation de l'espace.
- Pour cela, les professionnels peuvent s'aider d'une courbe d'utilisation/diminution de la fréquence à mettre en lien avec les stratégies de prévention et observer si l'utilisation des stratégies de prévention/gestion des « comportements-problèmes » mises en place pour la personne permettent de diminuer la mesure exceptionnelle.

Faire une analyse :

- du temps constaté pour le retour au calme de la personne, si possible ;
- sur les modalités d'accompagnement qui ont pu favoriser son retour au calme (être ou non accompagnée par exemple) ;
- des situations qui ont pu générer du stress et mettre en danger la personne ;
- des stratégies menées.
- Si de nouvelles stratégies préventives sont identifiées, actualiser le projet personnalisé et le protocole.

Évaluation suite à d'éventuels problèmes somatiques et en rapport avec les « comportements-problèmes » :

- Évaluer et réévaluer l'efficacité des traitements antalgiques.
- Si un traitement psychotrope a été délivré, réévaluer de façon régulière et systématique la pertinence de ce psychotrope, les effets et les conséquences sur la personne :
 - combien de fois ce « si besoin » a-t-il été donné à la personne ?
 - le traitement a-t-il eu un effet sur la personne ?
 - si oui, la personne va-t-elle être dirigée pour effectuer des examens complémentaires ?
 - la personne développe-t-elle une accoutumance à ce « si besoin » ?
 - l'information sur la prise de ce « si besoin » est-elle systématiquement délivrée ?
- Réaliser le bilan de santé et des investigations médicales spécifiques (ex : bilan génétique, dentaire, neurologie, endocrinologie, gastroentérologie, ORL, etc.).
- Procéder, suite à ce bilan, à des évaluations complémentaires (ex : neuropsychologie, orthophonie, ergothérapie, sexologie, psychologie, psychiatrie, etc.).

⁷¹ Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement. Grille et lexique élaboré par le SQETGC Guy Sabourin, Ph. D., expert-conseil, SQETGC André Lapointe, Ph.D., expert-conseil, SQETGC. Nov, 2014.

- Réaliser une mise à jour des médicaments actuellement prescrits et administrés :
 - revoir les données sur la médication administrée ;
 - revoir l'historique de la médication sur une période de six mois à un an ;
 - revoir l'historique de l'utilisation de psychotropes « si besoin » ;
 - revoir l'adéquation avec un éventuel traitement et des psychotropes « si besoin » administrés.

Évaluation de la coordination mise en place

- Évaluer l'accès aux professionnels et aux services des différents niveaux (voir outil de coordination⁷²) :
 - professionnels de proximité ;
 - ressources ayant une expertise ;
 - ressources spécialisées (génétique, gastro entérologique, neurologique etc.).
- Évaluer, en collaboration avec la personne, si des ajustements sont nécessaires pour que leurs droits soient respectés et mettre en place les ajustements nécessaires. Ces ajustements peuvent concerner la mise en place d'outils de communication, d'outils ergonomiques, d'aide à l'accessibilité.

2.2 ÉVALUER DES MESURES DE RECOURS AU RETRAIT POUR L'ÉTABLISSEMENT

- Pour éviter un recours systématique, évaluer chacune de ces situations.
- À partir des fiches de traçabilité⁷³, synthétiser toutes les données sur les situations de mise en danger et l'utilisation d'interventions restrictives. L'information est partagée avec :
 - les équipes et les services concernés ;
 - l'organisme gestionnaire et l'ARS.
- Saisir l'instance éthique de l'établissement lorsqu'elle existe afin d'analyser la/les décision(s) prise(s) et de mener une réflexion sur la gestion de la crise. Par exemple, les questions suivantes peuvent être posées :

Concernant la prévention de la crise :

- les éléments pouvant déclencher une crise et les éléments pouvant apaiser la personne ont-ils été identifiés avec la personne et, le cas échéant, avec ses proches ?
- les informations sur les potentiels déclencheurs de crises et les stratégies préventives sont-elles enregistrées ?
- où sont-elles conservées ? Ces informations sont-elles facilement accessibles à l'équipe en période de crise ? Sont-elles intégrées dans les protocoles personnalisés ?
- les personnes ont-elles réellement accès à des « espaces de calme-retrait et d'apaisement » dans lesquels elles peuvent se rendre volontairement ? Un apprentissage a-t-il été mis en place ?

Concernant la gestion de la crise :

- quelles méthodes ont été mises en place pour gérer une crise ? Des stratégies pour désamorcer les crises potentielles et éviter les mesures restrictives ont-elles effectivement été mises en place ?
- le plan d'intervention a-t-il été suivi ? Réévaluer la pertinence de conserver ou d'ajuster le plan d'intervention.



⁷² Anesm. *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*. Volet 1. Saint-Denis : Anesm, 2016.

⁷³ Se référer à l'outil proposé ci-dessus.

- à l'aide du tableau des compétences, évaluer si : l'équipe ou les professionnels confrontés à la/ les situation(s) étaient formés à la gestion des « comportements-problèmes » et des situations de crise ? Quelles difficultés ont été rencontrées par l'équipe pour mettre en œuvre les connaissances acquises en formation ? Des formations complémentaires doivent-elles être menées ? De quel type de soutien (motivation, stabilité, formation, etc.) l'équipe a-t-elle besoin ?
- les informations sur les mesures restrictives sont-elles transmises aux cadres de l'établissement et à une organisation extérieure concernée ?

À partir de l'évaluation :

- Évoquer les situations de violence rencontrées et les risques potentiels de violence.
- Engager des actions de prévention et de protection.
- Ajuster en fonction de la situation les temps de débriefing, d'analyse et d'échange suite à une situation de violence (afin de dédramatiser et de débloquent les situations tendues).
- Déterminer si des contraintes liées à l'organisation sont en cause. Apporter des modifications à la procédure, réorganiser le processus de décisions, organiser des formations et sensibilisations, etc.
- Suite aux évaluations menées, intégrer dans le dialogue de gestion préparatoire au CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) les axes d'amélioration qui en sont issus ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.

ANNEXES

1. Outil : les savoir-être et les savoir-faire	61
2. Outil : les compétences des professionnels pour prévenir et gérer les situations de crise	62
3. Les repères juridiques	64
4. Outil de traçabilité	67
5. Entretiens menés auprès des personnes concernées	69
6. Méthode d'élaboration des recommandations et liste des participants	70
Glossaire	73

1 OUTIL : SAVOIR-ÊTRE ET SAVOIR-FAIRE

PRÉVENTION DE L'AGGRAVATION DES SITUATIONS DE « COMPORTEMENTS-PROBLÈMES »

L'approche positive

À partir des interactions de la personne et de son environnement, l'approche positive met en place des moyens pour comprendre les besoins des personnes afin qu'elles puissent bénéficier d'adaptations. Elle repose sur des valeurs humaines :

- se centrer sur la personne ;
- se remettre en question ;
- être à l'écoute de la personne (lui permettre de faire ses propres choix) ;
- témoigner de la considération à la personne et à ses proches ;
- respecter la personne (ne pas l'infantiliser) ;
- développer une relation d'égal à égal.

Les savoir-être présentés ci-dessous sont basés sur ces valeurs.

POINT DE VIGILANCE

L'aggravation des « comportements-problèmes » peut impacter les professionnels et influencer leur mode d'intervention. Aussi, ces « savoir-être et savoir-faire » permettent de préserver une posture professionnelle adaptée.

Selon la connaissance de la personne, adapter la posture, la communication et les réponses.

Attitudes langagières	Postures	Environnement
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser l'écoute empathique et la reformulation – Verbaliser ce que la personne tente d'exprimer. • Utiliser le moyen de communication adapté à la personne. • Utiliser un vocabulaire positif. Éviter la négation. • Avoir un ton de voix plus ferme, mais sans hausser la voix. • Ne pas se laisser entraîner dans une escalade verbale. Éviter de parler fort et pour certaines personnes, éviter de parler. • Utiliser un vocabulaire concret et courant. Éviter les expressions imagées (à table, passer un coup de fil). • Éviter les familiarités. • Éviter les extrapolations excessives. • Être précis dans son expression (ex. : « Papa n'est pas là » peut être interprété par « Papa est mort »). • Donner des explications simples (utiliser des phrases courtes et simples: sujet, verbe et complément). • Donner des réponses dont vous êtes certains. • Donner une consigne à la fois, positive simple et courte. Respecter un délai d'exécution. • Rassurer, calmer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Être disposé à laisser la personne s'exprimer. • Se montrer disponible. • Démontrer à la personne qu'on l'écoute par son langage verbal et non verbal. • Proposer son aide, ne pas faire à sa place. • Se mettre à hauteur de la personne. • Changer la façon d'aborder la personne. • Éviter de montrer de la colère. • Préserver une attitude de grand calme. • Éviter les gestes brusques. • Être patient et prendre le temps nécessaire, respecter les rythmes. • Éviter la confrontation/provocation et les réactions impulsives. • Trouver avec la personne la juste distance : ni trop près pour ne pas envahir la personne, ni trop loin, pour être en relation. Éviter de toucher la personne ou utiliser le contact pour rassurer⁷⁴. • Rechercher des moyens consentis avec la personne. • Utiliser les moyens les plus confortables pour la personne et pour le respect de sa dignité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer les sources de stimulation. • Rechercher un environnement relaxant. • Veiller au calme des lieux (réduction du niveau sonore : appel sonore, télévision, nettoyage, etc.). • Informer la personne de tout changement dans son environnement. • Orienter la personne dans l'espace. • Aider la personne à avoir la notion du temps. • Respecter son besoin d'espace. • Retirer les objets potentiellement dangereux. • Inviter la personne à se retirer au calme si elle le désire. • Inviter calmement l'entourage à s'éloigner.

⁷⁴ Selon la connaissance de la personne, adapter la posture, la communication et les réponses.

2 OUTIL : COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS POUR PRÉVENIR ET GÉRER LES SITUATIONS DE CRISE

Des compétences et des outils d'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer pourquoi le comportement est susceptible de devenir violent ou agressif. • Évaluation de l'agressivité.
Des compétences pour utiliser des plans d'interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du public accueilli. • Connaissance des besoins et droits des personnes et de leurs proches. • Connaissance de la personne (routines, habitudes de vie, état de santé). • Connaissance des facteurs de risque et de protection. • Compréhension et adhésion/conviction au projet d'établissement, au projet personnalisé et aux protocoles. • Fiabilité et capacité d'action du professionnel.
Des compétences pour prévenir la situation d'agression
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les circuits d'alerte et travailler en collaboration avec ses collègues (personne relais). • Prendre une décision de façon concertée. • Se porter soutien pour éviter les réactions impulsives et pour ne pas se sentir isolé. • Reconnaître les signes précurseurs d'une crise. • Comprendre les moteurs du comportement agressif : révolte, provocation, stress, culpabilité, etc. • S'adapter à des situations variées : ajuster son comportement en fonction de l'environnement de la personne. • Adopter une posture non verbale propre à prévenir l'agression (ni victime, ni agresseur). • Travailler sa voix et son regard pour se montrer plus persuasif, sans agressivité. • Se préparer mentalement pour diminuer ses peurs devant l'intimidation et la provocation. • Adopter une posture empathique. • S'assurer que les dispositifs habituels mis en place pour la personne sont actifs.
Des compétences pour la maîtrise de soi
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître ses propres limites : seuil de patience différent selon les individus. • Se connaître face à la violence physique. • Auto-diagnostiquer ses réactions à la violence : fuite/passivité, agressivité, manipulation. • Repérer ses propres comportements agressifs et sa résistance à l'agression. • Connaître les attitudes et comportements qui peuvent induire une réponse de violence. • Prendre conscience des interactions négatives pour mieux les dépasser. • Reconnaître le rôle joué par ses propres émotions dans l'interaction • Identifier ses propres représentations du conflit et de l'agressivité. • Anticiper ses réactions face aux situations de tension. • Se protéger et gérer son stress et/ou sa peur. • Identifier les recours possibles dans un contexte de violence.

Des compétences en gestion de la violence et de l'agression

Former aux :

- Méthodes et techniques d'apaisement et alternatives (techniques de distraction ; techniques interactionnelles) respectueuses permettant de réduire ou d'éviter la violence imminente.
- Méthodes et techniques pour entreprendre des interventions en toute sécurité lorsque celles-ci sont nécessaires.
- Techniques de désescalade et alternatives respectueuses à la restriction de liberté d'aller et venir.
- Méthodes et techniques de protection.

Des compétences pour faire face physiquement à la situation hostile

- Prendre en compte la distance corporelle et le positionnement dans l'espace.
- Prendre conscience des bénéfices de la synchronisation (physique, respiratoire, vocale, verbale).
- S'ancrer dans le sol et se protéger de la violence physique.
- Intervenir comme tiers dans une situation de violence physique.
- Protéger la personne, l'entourage et se protéger soi-même.
- Apprendre une technique d'interposition ou de dégagement non violente.

Des compétences en situation concrète pour :

- Comprendre efficacement la personne.
- Connaître et comprendre les particularités de chaque personne et les réponses adaptées.
- Reconnaître les signes d'agitation, d'irritation, de colère et d'agressivité.
- Comprendre les causes probables de l'agression ou de violence.
- Comprendre les facteurs permettant le contact, l'expression et le dialogue.
- Utiliser la communication verbale et non verbale en fonction de votre connaissance de la personne.
- Repérer des émotions, des facteurs déclenchants et des besoins dans les niveaux d'agressivité des personnes.
- Comprendre l'agressivité générée par les situations de dépendance ou de frustration.
- Connaître l'environnement et sécuriser les espaces.

Des compétences de travail en réseaux pour :

- La coopération de proximité (bilan médical, organisation du répit « gradué » de la personne ou des proches, etc.).
- Communiquer des informations utiles et nécessaires.
- Organiser les hospitalisations (urgentes et planifiées).
- Travailler avec les services d'ordre (police, etc.).
- Prévenir les instances de tutelles des événements indésirables.

3 LES REPÈRES JURIDIQUES

Consentement :

À l'instar de ce qui a été indiqué, le fait de retenir une personne contre sa volonté dans un espace - qui pourrait être un « espace de calme-retrait et d'apaisement » - est susceptible de tomber sous la qualification de violences voire de séquestration au sens de la loi pénale (articles 222-13 ; 224-1 et 224-5 du Code pénal). Dès lors, le consentement de la personne constitue l'une des conditions indispensables aux restrictions à la liberté d'aller et venir des personnes, en ce compris le recours aux « espaces de calme-retrait et d'apaisement ». L'article L. 311-3, 3° du code de l'action sociale et des familles et l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie imposent également le consentement de la personne à sa prise en charge ou à son accompagnement individualisé. Ce consentement doit être recherché dès lors que la personne est apte à l'exprimer. À défaut, le consentement de son représentant légal doit être recueilli. Les représentants légaux autres que les tuteurs et, le cas échéant, les personnes de confiance désignées conformément au Code de l'action sociale et des familles peuvent également être consultées dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

Le consentement doit être effectué en connaissance, c'est-à-dire après qu'une information claire, loyale et appropriée ait été délivrée à la personne et/ou à ses représentants légaux.

Le Code de la santé publique (article L. 1111-4), le Code de l'action sociale et des familles (article L. 311-3, 3°) et la Charte des droits et libertés de la personne accueillie (article 5) prescrivent par ailleurs le droit pour tout usager de renoncer au bénéfice d'une prestation ou d'une modalité d'accompagnement. Le consentement doit être effectué en connaissance, c'est-à-dire après qu'une information claire, loyale et appropriée ait été délivrée à la personne et/ou ses représentants légaux voire, le cas échéant, à la personne de confiance désignée en application de l'article L.311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Aussi et afin de s'assurer de la constance du consentement de la personne et/ou de ses représentants légaux au recours aux « espaces de calme-retrait et d'apaisement », une réévaluation régulière de l'adéquation de cet accompagnement à la situation de la personne peut être envisagée. Cette évaluation régulière permettra également d'éviter les abus dans l'utilisation de ces espaces.

Obligation de sécurité

Les organismes gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux sont tenus à une obligation de sécurité à l'égard des personnes qu'ils accueillent, notamment du fait de l'article L. 311-3 du CASF et de l'article 7 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Au demeurant, cette obligation vaut tant en ce qui concerne la protection de la personne contre les tiers (autres personnes accompagnées, personnels de l'établissement) que la protection de la personne contre elle-même. Il ne faut pas oublier que la responsabilité pénale de tout un chacun pour non-assistance à personne en péril peut être recherchée sur le fondement de l'article 223-6 du Code pénal. Toute personne s'abstenant volontairement d'apporter son assistance à une personne en péril peut être pénalement poursuivie.

Surveillance et verrouillage

Concernant la fermeture à clé des « espaces de calme-retrait et d'apaisement », la circulaire, n°48 DGS/SP3/ du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux dans le secteur sanitaire, indique que les patients en hospitalisation libre ne pouvaient en aucun cas être installés dans des services fermés à clés, ni a fortiori dans des chambres verrouillées. Cette considération tend à exclure, par principe et en dehors de situations d'urgence, tout verrouillage des « espaces de calme-retrait et d'apaisement » sans consentement de la personne et/ou de son représentant légal ; le consentement de la personne semblant d'ailleurs pouvoir militer contre une qualification de chambre d'isolement (en ce sens : *Cass. Soc. 25 septembre 2013, n° 12-14991*).

S'il est constant que le verrouillage de l'« espace de calme-retrait et d'apaisement » doit être envisagé en dernière hypothèse en raison de la gravité de l'atteinte portée à la liberté d'aller et venir – la personne concernée se trouvant physiquement contrainte – il ne peut être envisagé que lorsqu'il a **reçu l'approbation de la personne**. Le verrouillage de l'espace de calme, de retrait intensifiera, dans une certaine mesure, les obligations de l'établissement en matière de sécurité puisqu'il lui appartiendra – selon l'état d'agitation de la personne concernée de veiller à ce que cette dernière ne se trouve pas en présence d'éléments pouvant mettre en danger sa sécurité⁷⁵. Aussi, dans la mesure où le verrouillage de la pièce nécessite la mise en place d'autres précautions potentiellement attentatoires à la liberté de la personne ou à sa dignité humaine, cette modalité ne doit être envisagée qu'en dernier recours⁷⁶.

L'obligation générale de surveillance

L'obligation de sécurité qui incombe à l'organisme gestionnaire à l'égard de la personne concernée justifie qu'une obligation générale de surveillance soit également mise à sa charge. La responsabilité de l'établissement ne sera engagée qu'en cas de faute dans l'organisation de cette surveillance. Ce niveau de surveillance ne saurait être standard. Il doit être adapté à l'état de santé de chaque personne⁷⁷, de ses antécédents, de son comportement avant l'incident, des risques existant pour sa sécurité ou celle des autres et de la connaissance que l'établissement a ou aurait dû avoir de ces éléments.

La périodicité de la surveillance

Cette périodicité est à apprécier en fonction de l'état de santé de la personne concernée et des risques qu'elle présente pour elle-même ou pour autrui. Toute absence de surveillance face à un état de santé nécessitant une surveillance continue est considérée devant la loi comme une faute.

Les modalités de surveillance

Les modalités de surveillance appartiennent à l'employeur. Il se doit de délivrer des consignes claires et précises.

La vidéosurveillance

Mise en place et usage : La mise en place d'un système de vidéosurveillance doit être motivée par des raisons de sécurité concernant des personnes et des biens (cf. art. L. 1121-1 du Code du travail). L'usage de la vidéosurveillance dans les lieux ouverts au public, c'est-à-dire les lieux accessibles à toute personne, tels les abords d'une maison d'accueil spécialisée, est régi par le code de la sécurité intérieure (article L. 251-1 à L. 255-1). L'installation de caméras n'est ainsi possible qu'après obtention d'une autorisation préalable délivrée par la préfecture.

Le responsable du dispositif doit ensuite en déclarer la mise en service auprès de l'autorité préfectorale. L'autorisation est délivrée pour une durée de 5 ans renouvelable (Décision du Défenseur des droits MSP-2016-148). La déclaration du dispositif à la CNIL est nécessaire quand les caméras installées dans les lieux dont l'accès est strictement limité sont, quant à elles, soumises aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et que les personnes filmées puissent être identifiées (cf. circulaire du 14 septembre 2011 relative au cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéo protection sur la voie publique et dans les lieux ou établissements ouverts au public, d'une part, et des lieux non ouverts au public, d'autre part). En tout état de cause, la mise en place d'un système de vidéosurveillance ne saurait empêcher que des circonstances particulières tenant à l'état de la personne et à la gravité de la situation nécessitent l'ajout de moyens supplémentaires et notamment la mise en place d'une surveillance humaine directe.

>>>

⁷⁵ Dans le domaine psychiatrique, la responsabilité d'établissements sanitaires est reconnue lorsqu'à l'occasion de son placement en isolement, l'usager a porté atteinte à son intégrité physique via la possession d'un briquet ou d'une ceinture (En ce sens : CAA Nantes, 6 février 1997, n° 96NT00303 ; Cass. Crim. 23 avril 2013, n° 12-85027).

⁷⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 38.

⁷⁷ En ce sens : (Cass. 1^{ère} civ, 11 juillet 1961, *Clinique Rech*, CA Aix en Provence, 6 juillet 1998 ; CE, 12 juin 2006, n° 228841).

Information et consentement concernant la vidéo surveillance : À l'égard des personnes concernées, il est également nécessaire de procéder à une due information (cf. art. 226-1 du Code pénal). La délivrance de cette information se réalise par affichage de façon visible de l'existence du dispositif ; devront alors être précisés : l'identité du responsable du dispositif de vidéosurveillance et, le cas échéant, son représentant, la finalité poursuivie par le dispositif et les modalités concrètes de leur droit d'accès aux enregistrements visuels les concernant, si les images sont enregistrées, (cf. art. R. 625-10 du Code pénal). Le refus d'accès aux enregistrements ne peut résulter que de motifs tenant à la sûreté de l'État, à la défense ou à la sécurité publique. Le dernier alinéa de l'article 226-1 du code pénal établit une présomption de consentement de la personne si les actes susceptibles de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui ont été accomplis au vu et au su des intéressés, ce qui implique que la personne soit en mesure de s'y opposer en raison de sa compréhension de la situation. Tel ne peut être le cas d'un mineur ou d'un majeur protégé ou encore d'une personne majeure momentanément privée de ses facultés par maladie, accident ou par quelque autre cause. Ainsi, selon le cas, le consentement de l'intéressé, du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur doit être obligatoirement sollicité. En l'absence de telles autorisations préalables, il ne saurait être fait usage de la vidéosurveillance pour filmer un résident à son insu. Constitue une infraction lorsque l'image d'une personne est fixée, enregistrée ou transmise, sans son consentement, alors qu'elle se trouve dans un lieu privé. Les salariés doivent être informés au préalable de la mise sous vidéosurveillance de leur lieu de travail (articles L. 1221-9 et L. 1222-4 du code du travail) et les représentants sont consultés (cf. art. L. 2323-32).

4 OUTIL DE TRAÇABILITÉ

Recours aux espaces de calme-retrait et d'apaisement en cas de mise en danger

En complément, remplir la fiche décrivant la situation de « comportements-problèmes » (outil ABC - contexte d'apparition ou éléments déclencheurs identifiés; (où, quand, avec qui ? + remarques dans les 24h avant la crise : sommeil, activités, visites, etc.) - description du comportement – conséquences et solutions apportées).

Informations générales :

Personne concernée :

Professionnel à l'entrée :

Professionnel référent si changement en cours :

Date : Type d'espace :

Temps passé dans l'espace : Combien de minutes ?

Motivation / indication du recours⁷⁸ :

Décrire l'ensemble des mesures d'apaisement et stratégies de prévention mises en œuvre et leurs résultats.

Toutes les mesures d'apaisement et mesures alternatives ont-elles été tentées ?

Examen somatique réalisé : oui non

Nom du soignant/Identité de la personne qui a réalisé l'examen :

Existence d'une douleur ou d'une potentielle cause somatique ?

Administration d'un médicament : oui non Si oui, lequel :

Processus décisionnel :

Objectif : sécurité de la personne/sécurité d'autrui

Existence d'un protocole personnalisé de gestion de la mise en danger : oui non

Une contre-indication somatique existe-t-elle pour cette personne ? oui non

Laquelle :

Existence de facteurs de risques à prendre en compte ? oui non Si oui, lesquels :

Nom du cadre qui valide :

Vérification de l'espace (propreté, sécurité, confort) :

L'état de propreté de l'espace a-t-il été vérifié ? oui non

Tout objet dangereux est-il enlevé ? oui non

Avez-vous remarqué un risque particulier dans l'espace ? Si oui, non recours, recherche d'alternatives ?

La température de la pièce est-elle adaptée ?

Présence d'odeurs désagréables ?

L'éclairage de l'espace correspond-il aux besoins de la personne ?

Y-a-t-il à disposition le matériel (identifié dans le protocole personnalisé) favorisant l'apaisement de la personne ?

Existe-t-il un repère temporel (adapté aux besoins de la personne) dans l'espace ? oui non

Si oui, lequel : Si non, le mettre à disposition.

>>>

⁷⁸ Point de vigilance : Veiller à ce que les mesures de protection soient justifiées et proportionnées à la crise.

Concilier respect de la personne dans sa faculté d'autonomie et de consentement avec protection justifiée et proportionnée.

Conditions de l'accompagnement vers l'espace :

Décrire les conditions de l'accompagnement.

Information transmise à la personne :

La personne est-elle informée du motif et de l'objectif du recours à l'espace ? oui non

Si oui comment ?

La personne est-elle informée des conditions du recours à l'espace ? La durée a-t-elle été précisée ? OUI/NON. Cette durée est-elle représentée ? oui non

Si oui, comment ? (time-timer, horloge, montre, avertisseur sonore, autre)

Pour informer la personne, veiller à utiliser un mode de communication adaptée et s'assurer que la personne ait compris (se poser la question « la personne a-t-elle compris ? »)

Surveillance :

Éléments à surveiller : sommeil, élimination (demander à la personne si elle souhaite se rendre aux toilettes), hydratation, température, douleur.

Accompagnement dans l'espace :

La personne est-elle laissée seule avec la porte entrouverte et le professionnel à l'extérieur ?

La personne est-elle accompagnée ?

Des mesures de protection et d'apaisement (proposition de musique par exemple) ont-elles été proposées au sein de l'espace ? Si oui, lesquelles ?

Description du comportement de la personne dans l'espace

Décrire le comportement de la personne dans l'espace (cris, appels, s'endort, pleure, tape, etc.).

Préciser la durée nécessaire à l'apaisement (calme après X minutes).

Identifier les éléments/mesures proposées ayant favorisé son apaisement.

Évaluer la tolérance de la personne/sa réaction face au retrait (aggravation de la situation, angoisse, etc.).

Informations des proches :

Information des autres professionnels ? Du représentant légal ? Du médecin traitant ?

Modalités de sortie :

Lorsque la personne s'est apaisée, réévaluer des besoins (continuer le temps calme dans un autre espace, proposer une activité, etc.). Quelle proposition est faite à la sortie de l'espace, à la personne, pour réintégrer progressivement le collectif ?

Réévaluer les conditions du recours : lorsque la mise en danger persiste, quelles sont les interventions envisagées ? Quelles sont les ressources internes et externes contactées ?

Réfection de la salle :

S'assurer de la sécurité et de la propreté de l'espace. Informer les services ou professionnels adéquats pour la remise en état de l'espace.

Prévoir une visite médicale après toute situation de mise en danger et un suivi en cas de psychotrope délivré (fréquence du suivi).

5 ENTRETIENS MENÉS AUPRÈS DES PERSONNES CONCERNÉES

La loi du 2 janvier 2002 promeut le droit des personnes et de la place la personne au cœur du dispositif d'accompagnement. Les témoignages recueillis auprès de personnes handicapées accompagnent le changement des pratiques et ils rappellent le respect des droits fondamentaux des personnes en termes d'intimité, de dignité, d'autonomie, de choix d'aménagement et de modalités d'accompagnement.

Méthodologie :

La grille d'entretien élaborée par l'Anesm a permis de recueillir la perception vécue des personnes accueillies lors d'une expérience de mesures restrictives de la liberté d'aller et venir. La méthode d'entretien qualitatif a été choisie pour laisser toute la liberté aux personnes d'aborder la question posée, la thématique comme elles le souhaitaient. Les entretiens ont eu lieu au moment et à l'endroit qui convenaient le mieux aux personnes. Celles-ci ont duré en moyenne deux heures et ont été enregistrées sur bande audio avec l'accord du participant. Les procédures de consentement ont été respectées. Le contenu des entretiens a été retranscrit sous forme de verbatim. Les témoignages décrivent également les émotions ressenties et les traumatismes physiques et psychologiques auxquels elles ont été exposées après avoir été soumises à des mesures restrictives. Les expériences relatées peuvent avoir eu lieu au sein d'ESSMS ou d'établissements du secteur sanitaire. Les recommandations présentent un choix de verbatim recueilli. Pour préserver l'anonymat des personnes, les noms et les prénoms ont été modifiés. Ces témoignages contribuent à ce que le développement d'une conscience affûtée sur l'indication concernant la mise en danger reste une mesure d'exception ponctuelle et à ce que l'utilisation de mesures de remplacement représente la démarche prioritaire à rechercher.

6 MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET LISTE DES PARTICIPANTS

Méthode d'élaboration

Pour la rédaction de cette recommandation, l'Anesm a retenu la méthode du **consensus formalisé**.

Ces recommandations ont été élaborées sur la base :

- d'une recherche documentaire ;
- de visites d'ESSMS et d'entretiens avec des professionnels, des personnes concernées et leurs proches.

La production des recommandations s'est appuyée sur un **groupe de travail**, composé de professionnels, de représentants d'usagers et de personnes qualifiées. Il s'est réuni à cinq reprises et a suivi l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité de points de vue.

Cette production est soumise à un **groupe de cotation** qui donne son avis sur chaque proposition de recommandation en précisant son degré d'accord et de désaccord sur une échelle graduée.

Le projet de recommandations est ensuite soumis à un **groupe de lecture**, dont les remarques sont prises en compte dans la version finale.

Ainsi finalisé, le projet de recommandations a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une **analyse juridique**.

Conduite des travaux Anesm

- Christiane JEAN-BART, responsable du secteur Personnes handicapées
- Sophie MONOKY, chef de projet
- Nageette JOUSSE, assistante Coordination de projets, services pratiques professionnelles

Analyse des résultats de l'enquête

- Julie PROCELLI, juriste
- Sandra NAHON, chargée d'étude

Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication
- Adrien GIRAULT, chargé de communication

Analyse juridique

- Cabinet GRANDJEAN, Poinsot et Associés

Référents des instances de l'Anesm

Conseil d'orientation stratégique

- Christophe DOUESNEAU

Conseil scientifique

- Martine NOALHYT
- Jean-Marie ROBINE

Validation et adoption de la recommandation

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

Participants aux groupes de travail

- Dr Claude BLACHON, médecin psychiatre, Sésame Autisme Languedoc-Roussillon, Apei de Thau, Hérault
- Christine BLANCHATTE, conseillère technique, éducatrice spécialisée, Centre ressources autisme Nord Pas-de-Calais
- Yolande COMETA, directrice, Établissement public autonome (EPA) Jules Guesde, Seine-Maritime
- David DEREURE, directeur, Foyer « Les Thuyas », Gers
- Anne FICHET, directrice adjointe, MAS FAM ARTA, Loire-Atlantique
- Julie GOEMINNE, directeur, Office d'Hygiène Sociale (OHS) Lorraine, Meurthe-et-Moselle
- Sylvia GUYOT, chargée de mission Autisme – handicap psychique, Direction générale de la cohésion sociale, Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris
- Jean-Marc MACÉ, professeur des universités au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), Paris
- Morgane PHELEP, psychologue-neuropsychologue, chargée de missions Autisme et autres troubles neuro-développement, Les Genêts d'Or, Finistère
- Odile TIERS, présidente, Sésame Autisme 44, Loire-Atlantique
- Thierry ZUCCO, directeur FAM, directeur délégué du développement, Association Adef Résidences, Seine Saint-Denis

Participants au groupe de cotation

- Catherine BAUDOIN QUEROMES, directrice, MAS L'Archipel, Association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales (Adapei) Côtes d'Armor
- Josette BURY, présidente régionale, Association de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (AFTC) Lorraine
- Lucile COURCY, directrice adjointe, MAS L'alter Ego, Association GAPAS, Essonne
- Isabelle DONATI, directrice, IME et Sessad SOL-N, Croix-Rouge Française, Hérault
- Marie-France LEMAN, retraitée, Médecin phôniatre en ESMS, Hauts-de-France
- Catherine MICHON, directrice, MAS Les Montaines, Adapei 01, Ain
- Nathalie MORINI, chef de service, FAM La Maison du Sophora, Adef résidences, Aisne
- Muriel POHER, Chargée de projets de la filière de santé DéfiScience - La Pitié Salpêtrière, Paris 13
- Mahdi SOBTI, directeur, FAM Les Trois Bonniers, Association Autisme 59-62, Hauts-de-France
- Valérie ZANIN, directrice, MAS, Adapei 65, Hautes-Pyrénées

Participants au groupe de lecture

- Pierre BOUAT, directeur adjoint, Centre de Harthouse, Bas-Rhin
- Stéphane CABROL, praticien hospitalier, chef du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHS de la Savoie, médecin coordonnateur du Centre d'évaluation Savoyard de l'Autisme
- Sylvie DUGRILLON, référente qualité, psychomotricienne, Adapei 47, Lot-et-Garonne
- Aurore GILANT, personne concernée, Loiret
- Benoit HEMIDY, chef de service, Comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées
- Tiphaine LAGARDE, conseillère qualité, Nexem anciennement Fegapei, Paris
- Olivier MASSON, directeur général, Centre ressources autismes Nord-Pas-de-Calais
- Alix MEYER, directeur du Pôle Enfance, Adapei 79, Deux-Sèvres



Personnes et structures sollicitées

Entretiens avec des professionnels d'établissements et services sociaux et médico-sociaux :

- MAS Les Genêts d'or, Guipavas, Bretagne
- Centre ressources autisme, Lille, Hauts de France
- Adapei des Hautes Pyrénées

Visites d'établissements et services sociaux et médico-sociaux :

- MAS résidence L'Archipel, Adapei 79 Saint Martin Lès Melle, Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes
- Centre Expertise Autisme Adultes (CEAA), Niort,
- FAM Les Trois Bonniers, Autisme Nord, Hauts de France
- MAS L'Alter Ego, GAPAS, Mennecy, Essonne

GLOSSAIRE

- AMP**: Aide médico-psychologique
- ANAP**: Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANCREAI**: Agence Nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
- ARACT**: Action régionale pour l'amélioration des conditions de travail
- ARS**: Agence régionale de santé
- AVS**: Auxiliaire de vie scolaire
- CASF**: Code de l'action sociale et des familles
- CCAS**: Centre communal d'action sociale
- CDAPH**: Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CEDIAS**: Comité d'études, de documentation, d'information et d'actions sociales
- CIF**: Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
- CIH**: Comité interministériel du handicap
- CLSM**: Conseil local de santé mentale
- CMP**: Centre médico-psychologique
- CMPP**: Centre médico-psycho-pédagogique
- CNSA**: Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie
- CPOM**: Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- CRA**: Centre ressources autisme
- CREAI**: Centre régional d'étude et d'action pour l'Insertion
- CRP**: Centre de réadaptation professionnel
- CSTS**: Conseil supérieur de travail social
- CVS**: Conseil de la vie sociale
- DGCS**: Direction générale de la cohésion sociale
- DREES**: Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
- EEP**: Établissements pour l'enfance polyhandicapée
- EPS**: Établissement public de santé
- ESAT**: Établissement et service d'aide par le travail
- ESSMS**: Établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ETP**: Éducation thérapeutique du patient
- FAM**: Foyer d'accueil médicalisé
- GEVA**: Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
- HAS**: Haute autorité de santé
- HPST**: Loi hôpital, patients, santé, territoire
- IEM**: Institut d'éducation motrice
- IES**: Institut d'éducation sensorielle
- IGAS**: Inspection générale des affaires sociales
- IME**: Institut médico-éducatif
- IRESP**: Institut de recherche en santé publique
- ITEP**: Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
- MAS**: Maison d'accueil spécialisé
- MDA**: Maison des adolescents
- MDPH**: Maison départementale des personnes handicapées
- OMS**: Organisation mondiale de la santé



ONU: Organisation des nations unies
PCH: Prestation de compensation du handicap
PRS: Plan Régional de Santé
SAAD: Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH: Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SAMU: Service d'aide médicale urgente
SAVS: Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD: Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SMPR: Services médico-psychologiques régionaux
SPASAD: Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD: Service de soins infirmiers à domicile
SSR: Soins de suite et réadaptation
TC: Troubles du comportement
TGC: Troubles graves du comportement
UMD: Unité pour malades difficiles
USLD: Unité de soins de longue durée



LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM

54 recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr

TOUS SECTEURS

- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015).*
- *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (2015).*
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014).*
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012).*
- *L'évaluation interne: repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012).*
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010).*
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010).*
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009).*
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009).*
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2009).*
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008).*
- *Ouverture de l'établissement (2008).*
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008).*
- *La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre (2008).*
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents: prévention et réponses (2008).*
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (2008).*
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2008).*

PERSONNES ÂGÉES

- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet Ehpad (2016).*
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet Résidences autonomie (2016).*
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidences autonomie (2016).*
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad (2016).*
- *Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile (2016).*
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée: prévention, repérage et accompagnement (2014).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4): L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (2012)*
- *L'évaluation interne: repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (2012).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3): La vie sociale des résidents en Ehpad (2012).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2): Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1): De l'accueil de la personne à son accompagnement (2011).*
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (2009).*

PERSONNES HANDICAPÉES

- *Les « comportements-problèmes »: Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés (2016).*
- *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques (2016).*
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMPSP) (2015).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – La vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs (2013).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (2013).*
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013).*
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (2013).*
- *Autisme et autres TED: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012).*
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad (2011).*
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010).*

PROTECTION DE L'ENFANCE

- Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2016).
- Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur (2016).
- L'évaluation interne: repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015).
- L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014).
- L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure (2013).
- Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (2011).
- L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (2010).

INCLUSION SOCIALE

- Évaluation interne: repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale (2016).
- La prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (2016).
- Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (2015).
- La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (2014).
- Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles (2012).
- La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (2010).
- Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (2008).

LES ENQUÊTES

- Quatre **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Un **rapport d'étude** sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.
- Trois **rapports d'analyse nationale** concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.
- Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.
- Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.

LES GUIDES

- Guide « ESSMS: valorisez les résultats de vos évaluations » (2016).
- Guide d'aide à la contractualisation (2014).

ANESM

5, avenue du stade de France
Immeuble Green Corner
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
tél. 01 48 13 91 00

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables sur
www.ansm.sante.gouv.fr

Décembre 2016