

PERSONNES HANDICAPÉES



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES

SYNTHESE DES RESULTATS DE L'APPEL A CONTRIBUTION

«LES ESPACES DE CALME RETRAIT ET D'APAISEMENT

Anesm

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

CHAPITRE 1	Présentation de l'enquête et des établissements répondants	3
1.1	Présentation de l'enquête et des établissements répondants	3
1.1.1	Contexte	3
1.1.2	Méthode	3
1.1.3	Les établissements répondants	4
1.1.4	Le Personnel	6
CHAPITRE 2	Les stratégies de prévention des « comportements-problèmes » mises en place dans les établissements	8
2.1	Les méthodes éducatives pratiquées au sein des établissements ayant répondu à l'enquête	8
1.2.1	L'aménagement.....	8
CHAPITRE 3	Les « comportements-problèmes » et les stratégies d'interventions : identifier, repérer et accompagner.....	10
3.1	Les « comportements-problèmes »	10
1.3.1	La « surreprésentation » des enfants.....	11
1.3.2	La surreprésentation de certains handicaps	13
3.2	Les facteurs de risque, les facteurs de protection et la crise	14
CHAPITRE 4	Les modalités de recours à un espace dédié à la gestion de crise	17
4.1	Existence d'un espace repéré et identifié au sein d'un établissement	17
4.2	Les dispositifs mis en œuvre dans cet espace : modalités de surveillance et durée du retrait	20
4.3	L'information et le consentement de la personne	22
4.4	Les protocoles et outils de traçabilité	26

Point de vigilance – Pré requis à la lecture

Il convient de rappeler que les recommandations sur « les espaces de calme-retrait et d'apaisement » correspondent au **troisième volet des recommandations « Les comportements-problèmes au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses. »**. Ces recommandations sur les espaces de calme-retrait ne peuvent être prises en compte qu'après avoir pris connaissance des deux premiers volets.

La mise en œuvre des recommandations « comportements-problèmes » a pour objectif de réduire les « comportements-problèmes », les situations de crises et de mises en danger. Les « espaces de calme-retrait et d'apaisement » participent à des stratégies pouvant être organisées et proposées en amont d'un comportement-problème à toutes personnes accompagnées ou également être proposées pour prévenir la récurrence ou l'aggravation de comportements-problèmes.

Il convient également de manier ces résultats avec vigilance :

- Le questionnaire envoyé aux structures a été créé et diffusé en amont de la réflexion qui a permis d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les résultats de cette enquête ne se veulent pas représentatifs de l'ensemble des établissements. Cet appel à contribution est fondé sur des données déclaratives des structures concernées par la thématique et qui ont souhaité répondre. L'objectif de cette enquête n'était pas d'obtenir des données chiffrées applicables à l'ensemble des établissements, mais de dresser un état des lieux et d'apporter des éléments de compréhension sur des pratiques. Pour compléter cette enquête quantitative, l'Anesm a également mené des entretiens auprès de professionnels et de personnes accompagnées. Les résultats de l'enquête ainsi que ces témoignages présents dans les recommandations « espaces de calme-retrait et d'apaisement », contribuent au développement d'une conscience affûtée pour que l'indication concernant la mise en danger reste une mesure d'exception et que l'utilisation de mesures de remplacement représente la démarche prioritaire à rechercher.

- Il convient de rappeler qu'un tel espace n'est imposé par aucune norme légale ou réglementaire. De plus, l'objet de ces recommandations n'est pas de développer ces espaces mais d'établir des recommandations concernant les modalités de recours à ces espaces (cf. lettre de cadrage les recommandations).

- Les résultats précités n'indiquent pas si la mise en retrait est **volontaire**, **négociée** ou **planifiée**. Dans la mesure où dans les établissements pour adultes l'espace le plus utilisé est la chambre personnelle, il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle les établissements reconnaissent, permettent et favorisent le besoin de retrait par autorégulation (la personne demandant elle-même à se retirer).

Pour rappel, le retrait peut correspondre à une stratégie de prévention, il est dit **volontaire** lorsque la personne éprouve le besoin de se mettre en retrait et qu'elle en fait la demande, **négocié** lorsqu'il s'effectue à l'initiative du professionnel (par exemple, lorsque le personnel repère des signes annonciateurs ou d'aggravation du « comportement-problème ») et **planifié** lorsqu'il est inscrit dans l'emploi du temps de la personne, dans le projet personnalisé et dans les protocoles. Par ailleurs, de façon plus exceptionnelle, le retrait peut correspondre à une stratégie de **protection en cas de mise en danger**.

CHAPITRE 1 Présentation de l'enquête et des établissements répondants

1.1 Présentation de l'enquête et des établissements répondants

1.1.1 Contexte

Dans le cadre de son programme de travail 2015-2016, l'ANESM a élaboré des recommandations sur « le recours aux espaces de calme-retrait et d'apaisement » et a sollicité l'avis des professionnels du secteur «Handicap ».

Une enquête a été menée entre novembre 2015 et janvier 2016. Le but était de recueillir les pratiques des établissements et services médico-sociaux sur cette question.

En lien avec la littérature et l'analyse juridique demandée par l'ANESM sur ce sujet, les résultats de l'enquête ont permis d'alimenter la réflexion au sein des groupes de travail.

1.1.2 Méthode

- Elaboration

Les établissements et services destinataires du questionnaire ont été identifiés à partir du répertoire Finess¹ et ont été contactés par mail. Aucun échantillonnage n'a été fait, l'objectif étant de recueillir des éléments sur des pratiques professionnelles et des expériences. Les résultats de cette enquête ne se veulent pas représentatifs de l'ensemble des établissements. Le répertoire Finess comporte certaines limites : même s'il est censé être exhaustif, certains établissements ne sont pas enregistrés ou mal enregistrés (sous une catégorie qui n'est pas la leur). Par ailleurs, l'adresse e-mail n'est pas toujours renseignée et il demeure une incertitude sur la personne réellement contactée par l'e-mail envoyé. Il s'agissait toutefois de la solution la plus adéquate.

- Participants

Le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des structures et des services qui accompagnent des personnes handicapées, enfants et adultes. Par ailleurs, le lien de l'enquête était accessible sur le site internet de l'Anesm. Les réponses se sont faites sur la base du volontariat, ce qui peut laisser penser que ce sont les établissements les plus sensibilisés par la problématique qui ont répondu.

- Analyse

Pour l'analyse, les pourcentages ne sont calculés que lorsque l'effectif de répondants est supérieur ou égal à cinq.

Au total, 8 288 structures ont été contactées.

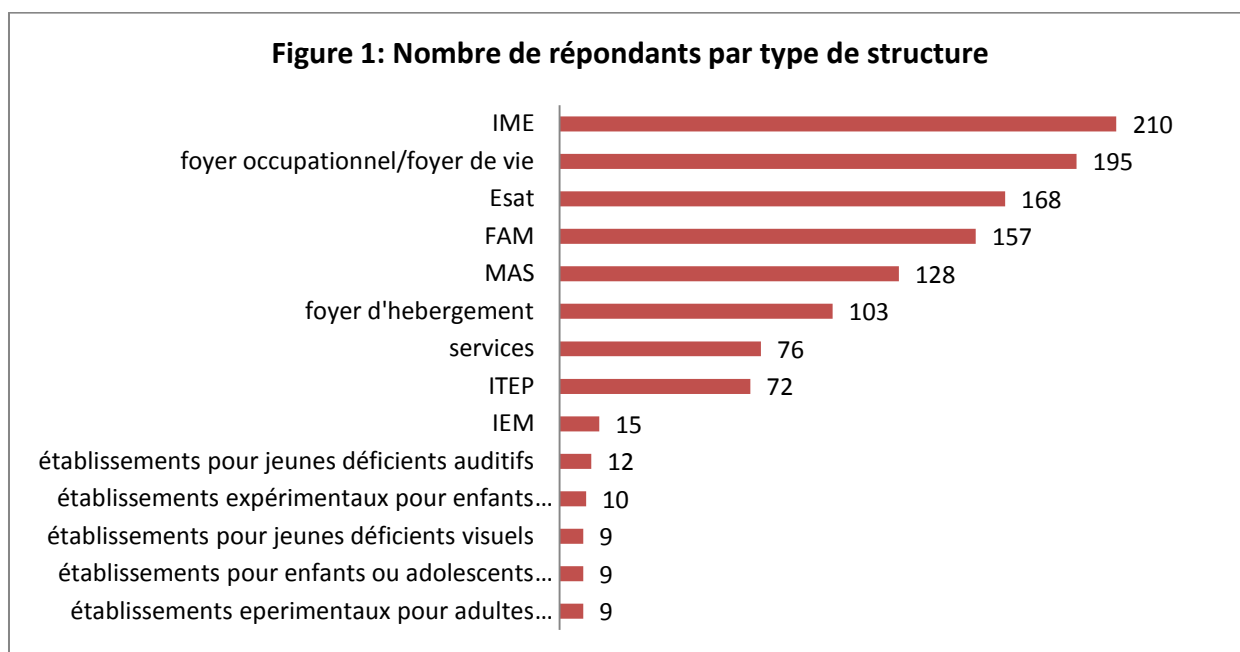
Afin d'apporter un éclairage plus qualitatif, quelques personnes ayant laissé leurs coordonnées ont été contactées dans un second temps. Des entretiens téléphoniques ont été menés auprès d'elles durant le dernier

¹ FINESS est la base de la DREES, elle assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément des établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de formation aux professions de ces secteurs. Les données sont actualisées au quotidien en fonction des modifications effectuées au niveau territorial (ARS, DRJSCS)

trimestre 2016. Les éléments recueillis ont permis d'illustrer de manière concrète les résultats obtenus. Les propos ont été repris dans les encadrés nommés « en pratique ».

1.1.3 Les établissements répondants

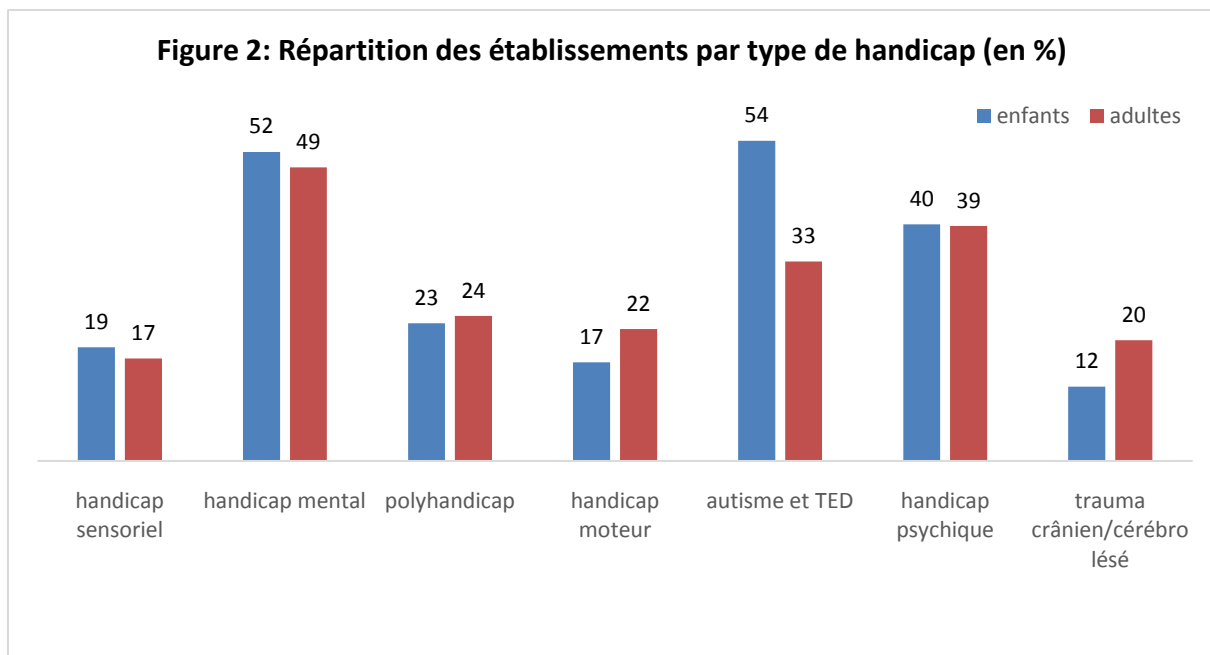
1 012 structures ont répondu à l'enquête, principalement des IME, des foyers de vie, des ESAT, des FAM et des MAS.



Cette figure indique que le nombre total de réponses est supérieur à 1 012 car certains répondants ont précisé appartenir à plusieurs structures.

Compte tenu du faible nombre de services ayant répondu à l'enquête et du manque de pertinence de ces derniers au regard de la problématique, ils ne sont pas intégrés dans l'analyse mais font l'objet d'un encadré (voir page 5).

Le nombre moyen de personnes accueillies par structure est un peu plus élevé dans les structures pour adultes que celles pour enfant : 60 personnes en moyenne, contre 61 dans les structures pour adultes. Concernant le nombre d'unités, il est en moyenne de 3,5 dans les structures pour enfants et de 3,3 dans les structures pour adultes.



Aide à la lecture : 19% des établissements qui accompagnent des enfants accompagnent des enfants qui ont un handicap sensoriel

Les établissements pour enfants interrogés accueillent en majorité des enfants autistes (54% des structures) et des enfants ayant un handicap mental (52% des structures).

Les établissements pour adultes interrogés accueillent en majorité des personnes ayant un handicap mental (49%) et dans une moindre mesure un handicap psychique (39%).

Par ailleurs, il n'est pas rare que les établissements ne soient pas restreints à l'accueil d'un seul type de handicap.

Ainsi, parmi les structures qui accompagnent des adultes, 65% reçoivent au moins deux types de handicap, cela concerne 51% de celles accompagnant des enfants.

Les services

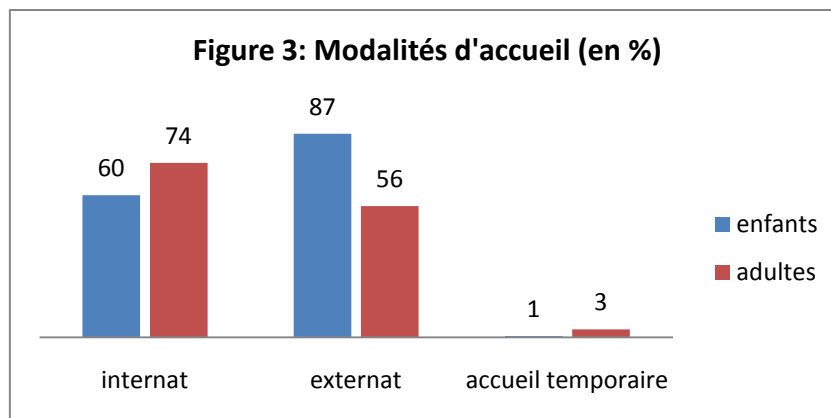
76 services ont répondu à l'enquête, soit 7% des répondants.

Parmi les personnes accompagnées :

- 49% ont un handicap mental
- 11% ont un handicap sensoriel
- 11% ont un polyhandicap
- 28% ont un handicap moteur
- 38% sont autistes
- 23% ont un handicap psychique
- 12% sont traumatisés crâniens

Les professionnels les plus présents sont les aides médico-psychologiques (AMP) avec 4,5 ETP en moyenne et les éducateurs spécialisés avec 4,4 ETP en moyenne.

Un tiers des services déclare disposer d'un espace en cas de crise.



Aide à la lecture : 60% des structures qui accompagnent des enfants font de l'internat et certaines d'entre elles proposent plusieurs réponses possibles

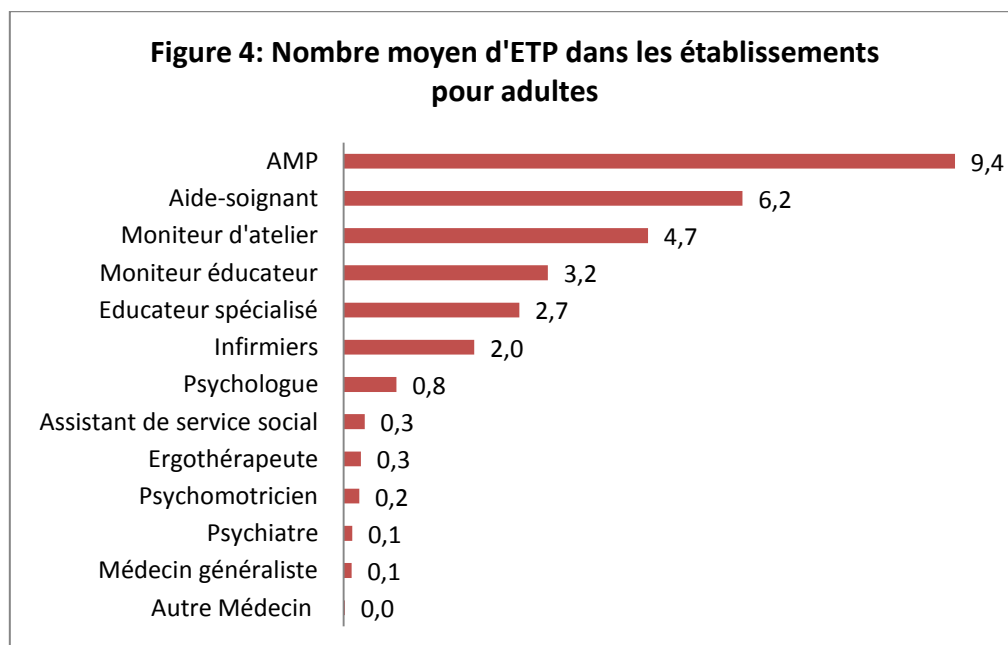
Les modalités d'accueil sont différentes suivant le type d'établissement : les établissements pour enfants réalisent principalement de l'externat (87%), alors que ceux pour adultes font surtout de l'internat (74%). Il convient cependant de considérer plus précisément le type de structure car les situations sont très différentes :

- parmi les établissements qui accueillent des adultes, les MAS/FAM proposent essentiellement de l'internat (96%) ; la moitié fait de l'externat,
- les ESAT font essentiellement de l'externat (92%), 17% font de l'internat.

Parmi les établissements qui accueillent des enfants :

- les IME proposent surtout de l'externat (91%), un peu plus de la moitié (56%) fait de l'internat,
- les ITEP réalisent pratiquement aussi fréquemment de l'internat (84%) que de l'externat (87%).

1.1.4 Le Personnel

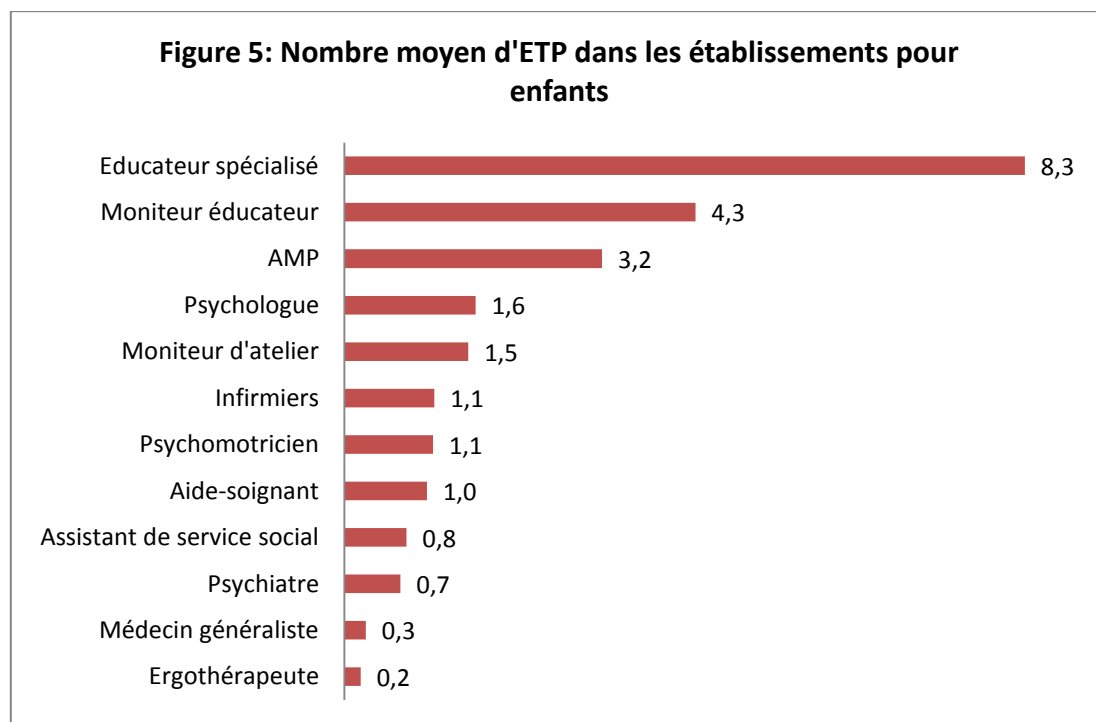


Aide à la lecture : Dans les établissements qui accompagnent des adultes, on compte en moyenne par établissement 9,4 ETP d'AMP.

De manière générale, les professionnels les plus représentés dans les établissements pour adultes sont les AMP et les aides-soignants. Le personnel médical est, quant à lui, assez peu présent.

Cependant, de fortes disparités existent en fonction du type d'établissement considéré. Ainsi, dans les MAS/FAM et foyers de vie, les aides médico-psychologiques sont particulièrement présentes avec en moyenne par établissement, 12,2 ETP. Les aides-soignants sont également fortement représentés avec en moyenne 8,3 ETP par établissement.

Dans les ESAT, le personnel est très caractéristique : on y compte une majorité de moniteurs d'atelier avec, en moyenne, 11,3 ETP par établissement. On retrouve également des AMP mais ils sont cependant beaucoup moins représentés avec 2,3 ETP en moyenne par établissement. On y retrouve également des moniteurs éducateurs (1,9 ETP en moyenne par établissement) et des éducateurs spécialisés (1,8 ETP en moyenne par établissement). Les autres professionnels y sont très peu représentés.



Aide à la lecture : Dans les établissements qui accompagnent des enfants, on compte en moyenne par établissement 8,3 ETP d'éducateurs spécialisés.

Dans les établissements pour enfants, le personnel éducatif est davantage représenté. En effet, on compte en moyenne par établissements 8,3 ETP d'éducateurs spécialisés et 4,3 ETP de moniteurs éducateurs.

Le taux moyen d'encadrement² est de 1,4 ETP, sans différence entre établissements pour enfants et adultes. Ce taux est plus important dans les ESAT avec en moyenne 4,1 ETP par personne accueillie.

² Le taux d'encadrement est défini comme le nombre moyen d'ETP par personne accueillie

CHAPITRE 2 Les stratégies de prévention des « comportements-problèmes » mises en place dans les établissements

2.1 Les méthodes éducatives pratiquées au sein des établissements ayant répondu à l'enquête

Question 11 : Si votre établissement recourt à l'une des méthodes éducatives ci-dessous, merci d'indiquer le nombre de personnes accueillies qui en bénéficient selon la catégorie du handicap (relaxation, balnéothérapie, hypostimulation, hyperstimulation, autres).

Dans les établissements ayant participé à l'enquête, les méthodes éducatives les plus utilisées sont :

- la **relaxation**, notamment utilisée dans la moitié des établissements pour enfants ayant répondu à l'enquête ;
- puis la **balnéothérapie**, utilisée dans près de la moitié des MAS/FAM ayant répondu à l'enquête, mais peu utilisée dans les ESAT.

Les stimulations sensorielles sont davantage utilisées pour les personnes autistes que pour celles ayant d'autres types de handicap.



En pratique : Un accueil de jour a indiqué que « La gestion des troubles du comportement perturbateur fait l'objet d'un projet global avec un travail particulier autour du corps (bains, soins esthétiques, espace thérapeutique à médiation corporelle, espace de relaxation, lieu zen...). Notre approche vise à limiter en amont les troubles du comportement perturbateur [...] »

1.2.1 L'aménagement

L'aménagement des espaces dans lesquels la personne évolue peut être un facteur de risque ou de protection. La littérature a montré que certaines agressions peuvent résulter d'un environnement contraint et de l'utilisation de procédures intrusives ; *a contrario*, le niveau d'agitation et d'agressivité diminuerait dans un environnement qui ne serait pas surpeuplé et au sein duquel il existerait des espaces dans lesquels les personnes puissent aller et venir.

Par ailleurs, les établissements sont tenus à une obligation de sécurité à l'égard des personnes accueillies, il leur appartient donc d'aménager les « espaces de calme-retrait et d'apaisement » de manière à ce qu'ils permettent de préserver la santé et la sécurité de la personne accueillie, ainsi que sa dignité.

Question 7 : Une réflexion a-t-elle été menée pour adapter le projet architectural aux besoins spécifiques des publics accueillis (avant et/ou après la construction) ? Si oui, quels aménagements ont été réalisés ?

Concernant les locaux, la majorité des établissements a mené une réflexion pour adapter le projet architectural aux besoins spécifiques des publics accueillis : 58% des établissements accompagnant

des adultes ont mené cette réflexion avant la construction de la structure et 72% l'ont mené après (certains établissements ayant pu avoir cette double réflexion). Parmi les établissements qui accueillent des enfants, 54% ont réalisé des aménagements avant la construction et 76% en ont réalisé après.

Les établissements qui accueillent des personnes autistes, des personnes polyhandicapées, des personnes ayant un handicap psychique et des personnes ayant un handicap sensoriel ont plus souvent réalisé des aménagements après la construction que les autres établissements.

Les établissements avaient la possibilité de répondre librement sur les types d'aménagement réalisés dans leurs structures. De nombreuses structures ont mentionné des aménagements liés aux normes d'accessibilité : chambre et couloir plus spacieux, constructions de plain pied, aménagements des salles de bain...

Si l'on considère le type d'établissement, les aménagements les plus souvent cités dans les MAS/FAM/foyers de vie sont les suivants :

- Le cloisonnement de l'espace, la création de petites unités
- La mise en place d'une pièce dédiée à la détente et à l'apaisement
- La création de chambres et de salles de bain individuelles
- L'aménagement d'une salle de balnéothérapie

Dans les ESAT :

- la mise en place d'une salle de pause
- La création ou l'aménagement de vestiaires, de salle-à-manger

Dans les ITEP :

- Des travaux de sécurisation de l'espace
- La mise en place de petites unités par tranche d'âge
- La création de salles d'apaisement
- La création de salles d'activité

Dans les autres établissements pour enfants :

- L'organisation par tranche d'âge
- La création de salles de psychomotricité
- L'aménagement des classes



En pratique : Un directeur d'ESAT, ayant participé à l'enquête, a indiqué que :
« L'aménagement des locaux a été réalisé après identification du besoin, pour certains usagers de l'ESAT, de disposer d'un endroit où ils puissent s'isoler du groupe de l'atelier et ne plus être sous le regard des autres. Dans ces moments difficiles, ils peuvent être écoutés par un moniteur d'atelier ou un autre professionnel, qui pourra, si nécessaire, établir un relais et interpeller la personne susceptible de les aider. Les moments de tension constatés trouvent souvent leur origine sur des temps en dehors du temps de travail et du lieu de travail ».

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants dès l'âge de trois ans avec déficience sévère et profonde (DSP), troubles du spectre autistique (TSA) et multi handicap, a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Dans son établissement, les méthodes éducatives et l'aménagement de l'espace ont fait l'objet d'une véritable réflexion, notamment au moment de la reconstruction de l'établissement.

L'établissement est organisé en trois unités de vie : l'unité des tout petits, l'unité des jeunes en transition et l'unité des plus grands. Chaque unité a accès à plusieurs pôles : bien-être, gymnase, salle de jeux, salle d'eau, ferme pédagogique (poney, horticulture), cour privative, salle de sieste ...

Chaque espace dispose d'une signalétique (pictogrammes) pour que l'enfant puisse se

repérer.

Une directrice de MAS, accueillant des personnes présentant un polyhandicap ainsi que des personnes avec troubles du spectre autistique (TSA), a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Dans son établissement, un projet de reconstruction vise à remplacer l'intégralité des dortoirs existants par des chambres individuelles, davantage adaptées aux personnes présentant des « comportements-problèmes ».

CHAPITRE 3 Les « comportements-problèmes » et les stratégies d'interventions : identifier, repérer et accompagner

3.1 Les « comportements-problèmes »

Les recommandations déterminent les « comportements-problèmes » à partir de la **définition d'Emerson** : il s'agit de « *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* ».

Synthèse des résultats issus des questions 12 et 13, croisées avec les questions 5, 8 et 9 :

Question 12 : selon la catégorie de handicap et au cours du mois précédent l'enquête, combien de personnes ont eu un comportement agressif ?

Question 13 : quelles sont la fréquence et la répartition des personnes ayant eu un comportement-problème ?

Question 5 : quelles sont les modalités d'accueil des établissements ? (plusieurs réponses possibles : internat, externat, accueil temporaire, autre).

Questions 8 & 9 : quel est l'effectif du personnel en ETP ? Quelle est la composition de l'équipe d'accompagnement en ETP ?

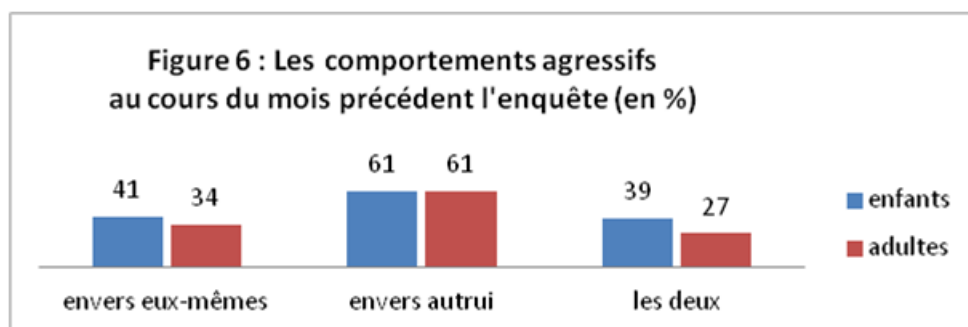
Certaines personnes en situation de handicap peuvent développer des « comportements-problèmes » pouvant générer des situations de crise.

Le « comportement-problème » de la personne peut-être un comportement auto-agressif (envers elle-même), hétéro-agressif (envers les autres) ou les deux (cumulatif), même si la définition des « comportements-problèmes » ne concerne pas uniquement ces trois types de comportements. L'enquête s'intéressait néanmoins aux « comportements-problèmes » susceptibles de mettre la personne ou son entourage en danger.

Les établissements pour adultes ayant participé à l'enquête ont déclaré qu'au cours du mois précédant l'enquête :

- 61 % des personnes avaient eu un comportement hétéro-agressif ;
- 34 % des personnes avaient eu un comportement auto-agressif ;
- 27 % des personnes avaient eu un comportement auto et hétéro-agressif.

Pour les enfants, les résultats relatifs aux comportements hétéro agressifs sont identiques à ceux des adultes mais supérieurs concernant les comportements auto agressifs (42 %) et cumulatifs (39 %).

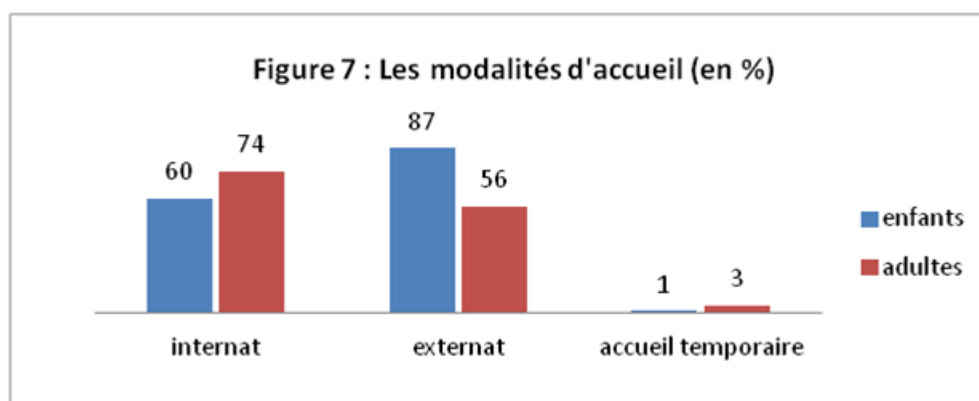


1.3.1 La « surreprésentation » des enfants

Les établissements ayant répondu à l'enquête déclarent que les enfants présentent davantage de comportements agressifs que les adultes, notamment envers eux-mêmes.

Ce résultat est à analyser au regard des modalités d'accueil dans les établissements interrogés ainsi qu'aux professionnels présents.

➔ D'une part, les modalités d'accueil dans les structures interrogées sont les suivantes :



Les établissements pour enfants ont déclaré accueillir moins souvent en internat que les établissements pour adultes : 74 % des établissements pour adultes interrogés font de l'internat et 56 % de l'externat ; 87 % des établissements pour enfants interrogés font de l'externat et 60 % de l'internat.

➔ D'autre part, les professionnels présents dans les structures interrogées sont les suivants :

Si le taux moyen d'encadrement³ est identique dans les établissements ayant répondu à l'enquête, qu'ils accueillent des enfants ou des adultes (1,4 ETP), la nature du personnel représenté diffère. Dans les établissements pour enfants, le **personnel éducatif** est davantage représenté (en moyenne, 8,3 ETP d'éducateurs spécialisés et 4,3 ETP de moniteurs éducateurs), alors que dans les établissements pour adultes, le personnel axé sur **l'éducation thérapeutique et les soins** est

³ C'est-à-dire le nombre moyen d'ETP par personne accueillie.

davantage représenté (en moyenne, 9,4 ETP d'aides médico-psychologiques et 6,2 ETP d'aides-soignants).

Il convient toutefois de noter que de fortes disparités existent selon le type d'établissement considéré (voir Chapitre I : présentation de l'enquête et des établissements répondants).

A partir de ces données, il est possible de constater que parmi les établissements interrogés, les enfants ont présenté davantage de comportements agressifs que les adultes, au cours du mois précédent l'enquête, bien qu'ils soient accueillis le plus souvent en externat.

Il est possible d'émettre plusieurs hypothèses notamment à partir des facteurs de risque cités dans les réponses à la question 14.

Question 14 : « avez-vous repéré dans le parcours de ces personnes (celles ayant eu un « comportement-problème ») une période charnière favorisant la crise ? Qu'il s'agisse d'une transition liée à l'âge ou d'un autre type de transition (question ouverte).

La question portait sur les transitions favorisant la crise, mais au-delà de ces transitions, les réponses des établissements interrogés portaient plus largement sur des changements, événements, etc. comme autant de facteurs de risque. Ont notamment été cités les transports, le bruit (notamment lors des repas), la communication (incompréhension, mode de communication, etc.) et la sur stimulation (sentiment de pression, fatigabilité, demandes trop insistantes, etc.).

La durée du trajet : à la différence des personnes accueillies en internat, les enfants sont soumis à un temps de transport journalier variable selon le secteur géographique de leur domicile. Quand ils sont dépendants de l'organisation des tournées des transporteurs, le premier enfant peut être amené à être pris en charge très tôt le matin. Il en est de même pour le retour à leur domicile, le dernier enfant peut être reconduit à son domicile très tard (alors qu'il aura quitté l'établissement tôt). Cette durée de trajet peut avoir des conséquences sur les comportements des enfants. Il serait intéressant de vérifier (entre autres) les principaux rythmes biologiques, psychologiques ou biopsychologiques des enfants qui développent ou non des « comportements-problèmes » en corrélation avec le temps de transport moyen.

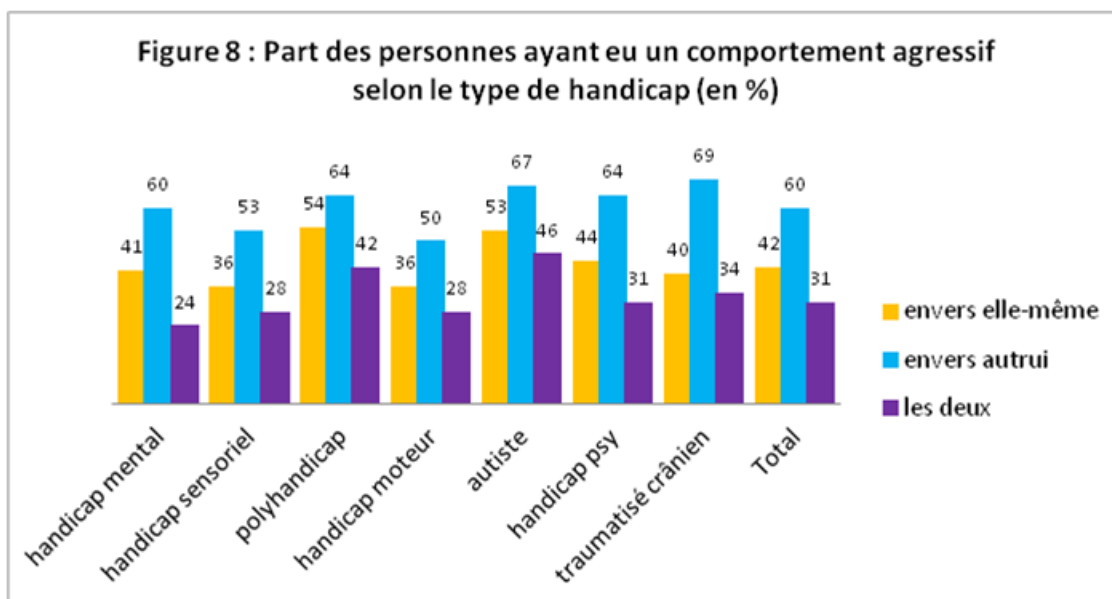
L'environnement sonore : Des conditions de bruits, d'allées et venues de bruit pourraient générer ou renforcer le stress, la fatigue, l'anxiété et/ou l'angoisse des plus insécurisés. Il serait également intéressant d'observer les possibilités de détente et de calme avant et après le repas des enfants (retrait volontaire ou négocié) pour faire face aux sollicitations et aux agressions potentielles de l'environnement : un environnement moins personnel, moins intime (par exemple, l'absence de chambre personnelle) et par conséquent plus collectif, pourrait représenter un facteur de risque de « comportement-problème ». Selon cette hypothèse, l'auto-agressivité, davantage constatée chez les enfants, serait alors l'expression d'un besoin de se mettre en retrait. Il serait intéressant de vérifier les conditions de pause (avant et après) les repas des enfants, ainsi que les conditions propres au repas.

Le personnel : le nombre de professionnels éducatifs est plus important chez les enfants que chez les adultes. Cette conséquence amène à penser au lien existant entre le nombre de professionnels et la nature des activités, davantage stimulantes.

De ce fait, il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle de nombreuses sollicitations, des informations et des demandes différentes favoriseraient un sentiment d'insécurité et des « comportements-problèmes ».

Ceci nous amène à veiller à ce que les professionnels adaptent leur communication aux besoins de chaque enfant et que les informations et sollicitations soient cohérentes.

1.3.2 La surreprésentation de certains handicaps



Par rapport à l'ensemble des personnes en situation de handicap accueillies dans ces établissements, adultes et enfants, certains handicaps sont surreprésentés (voir ci-dessus le pourcentage relatif à un handicap par rapport au pourcentage total). C'est notamment le cas des handicaps suivants :

- l'autisme

Plus de 46 % des personnes autistes ont eu un comportement auto et hétéro-agressif (*contre une moyenne de 31 % pour l'ensemble des handicaps*) ; plus de 50 % ont eu un comportement agressif envers eux-mêmes (*contre une moyenne de 42 % pour l'ensemble des handicaps*) et 67 % envers autrui (*contre une moyenne de 60 % pour l'ensemble des handicaps*).

- le polyhandicap :

Plus de 42 % des personnes polyhandicapées ont eu un comportement auto et hétéro-agressif (*contre une moyenne de 31 % pour l'ensemble des handicaps*) ; plus de 54 % ont eu un comportement agressif envers eux-mêmes (*contre une moyenne de 42 % pour l'ensemble des handicaps*) et 64 % envers autrui (*contre une moyenne de 60 % pour l'ensemble des handicaps*).

- le traumatisme crânien :

Plus de 34 % des personnes ayant un traumatisme crânien ont eu un comportement auto et hétéro-agressif (*contre une moyenne de 31 % pour l'ensemble des handicaps*) ; 69 % ont eu un comportement agressif envers autrui (*contre une moyenne de 60 % pour l'ensemble des handicaps*).

- le handicap psychique :

Plus de 31 % des personnes handicapées psychiques ont eu un comportement auto et hétéro-agressif (*contre une moyenne de 31 % pour l'ensemble des handicaps*) ; plus de 44 % ont eu un comportement agressif envers eux-mêmes (*contre une moyenne de 42 % pour l'ensemble des handicaps*) et 64 % envers autrui (*contre une moyenne de 60 % pour l'ensemble des handicaps*).

Ces données sont toutefois à relativiser au regard de la répartition par type de handicap des établissements ayant répondu à l'enquête. A titre d'exemple, parmi les établissements ayant répondu à l'enquête, plus d'un établissement pour enfants sur deux accueillent des personnes avec

autisme et TED. A *contrario*, les traumatisés crâniens figurent parmi les handicaps les moins représentés dans les établissements ayant répondu à l'enquête.



En pratique :

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants avec autisme et troubles associés, avec quelques places d'internat séquentiel et proposant des week-ends d'ouverture avec accompagnement éducatif a été interrogée lors d'un entretien téléphonique. Le constat d'une surreprésentation de certains handicaps, tels que l'autisme, lui a été exposé. Sur la surreprésentation des enfants avec des comportements agressifs, la directrice a émis les hypothèses suivantes :

- *un comportement perçu comme agressif de l'enfant envers les autres peut résulter du fait que l'enfant avec autisme est simplement en recherche de la réaction des autres ;*
- *il faut également prendre en compte le niveau de développement de l'enfant ;*
- *la fatigue de l'enfant, notamment au vu de son rythme de vie, peut permettre d'expliquer certains comportements agressifs. Dans un établissement, l'enfant est très stimulé (activités et personnels encadrants nombreux) ; dans un établissement ouvert, les temps de transport, à partir ou vers le domicile, sont également un facteur de fatigue. En définitive, « on leur en demande plus qu'aux autres ».*

En outre, la surreprésentation de certains handicaps, tel que l'autisme, peut s'expliquer par les particularités sensorielles liées au handicap, l'angoisse et l'insécurité que ces personnes peuvent éprouver.

3.2 Les facteurs de risque, les facteurs de protection et la crise

Les « comportements-problèmes » s'analysent à partir de la nouvelle Classification internationale du fonctionnement (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'agit de tenir compte de l'interaction entre plusieurs facteurs (**modèle écologique**) : les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Selon le contexte, ces facteurs peuvent être de « risque » ou de « protection ». Ainsi, les recommandations précisent aux établissements d'identifier :

- D'une part, des **facteurs de risque** qui sont des éléments pouvant accroître la possibilité qu'une personne rencontre des difficultés, en comparaison à une personne de la population générale. Ces facteurs de risque peuvent avoir une influence ou un lien direct avec l'apparition d'un « comportement-problème ».

A ce titre, l'un des effets attendus des recommandations « [Les « comportements-problèmes » : Prévention et Réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés](#) » est que les professionnels soient en capacité de formuler des hypothèses sur les causes personnelles et/ou environnementales des « comportements-problèmes ». Les recommandations proposent notamment une méthodologie permettant aux établissements de rechercher les causes concourant aux « comportements-problèmes » en interrogeant l'ensemble des composantes du système (humain et organisationnel) et leurs interactions (leur interdépendance)⁴.

⁴ Anesm. *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses, au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés*. Saint-Denis : Anesm, 2016. p.16

- D'autre part, les **facteurs de protection** sont des éléments qui ont une influence positive sur la personne. Ces facteurs limitent les risques et, de ce fait, contribuent à l'amélioration ou au maintien de la qualité de la vie.

Les recommandations « Les « comportements-problèmes » : Prévention et Réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés » précisent que lorsque les facteurs de protection ne sont pas pris en compte, ils se transforment en autant de facteurs de risques/causes potentielles de « comportements-problèmes ».

La notion de « **crise** » est, quant à elle, définie par les recommandations. Il s'agit de l'apparition d'un « comportement-problème » qui met en danger l'intégrité physique de la personne, d'autrui ou de l'environnement et qui nécessite, 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), avec ou sans déplacement vers une ressource autre que son milieu de vie résidentiel habituel.

Synthèse des résultats issus de la question suivante :

Question 14 : Avez-vous repéré dans le parcours de ces personnes (celles ayant eu un « comportement-problème ») une période charnière favorisant la crise ? Qu'il s'agisse d'une transition liée à l'âge ou d'un autre type de transition (question ouverte).

Ainsi, **76 %** des établissements pour enfants ayant répondu à l'enquête ont déclaré avoir repéré qu'une **transition liée à l'âge** favorisait la crise, l'adolescence étant une période charnière.

61 % des établissements pour adultes ayant répondu à l'enquête ont déclaré qu'un **autre type de transition** favorisait la crise. **Au vu de la grande diversité de réponses des établissements (il s'agissait d'une question ouverte), il convient de préciser ce qui a été entendu dans le questionnaire par la notion de transition.**

En effet, la question portait sur les transitions favorisant la crise, mais au-delà de ces transitions, les réponses des établissements interrogés portent plus largement sur des changements, événements, etc., comme autant de facteurs de risque.

Parmi les réponses, des tendances relatives aux facteurs de risque repérées par les établissements peuvent se dégager ; il peut s'agir de :

- facteurs personnels ;
- facteurs liés à l'environnement social ;
- facteurs liés à l'organisation, au milieu de vie.

Les transitions favorisant la crise observées, dans les établissements ayant participé à l'enquête, sont :

→ Celles liées aux changements :

A titre d'exemple, les établissements ont déclaré qu'il peut s'agir du changement de luminosité entre deux pièces, de l'arrivée d'une personne inconnue, d'une activité en extérieure, d'un changement d'activité non préparé, etc.

→ Celles liées aux perturbations dans la vie quotidienne :

- De façon quotidienne : A titre d'exemple, il peut s'agir du poids de la vie en collectivité, d'une attente trop longue, de la difficulté à se positionner dans le groupe, de la transmission entre les équipes, etc.
- D'ordre événementiel : à titre d'exemple, il peut s'agir de l'approche d'une fête, d'une date anniversaire, de la date d'un accident, etc.

→ Celles liées aux phénomènes physiologiques (adolescence, vieillissement) :

A titre d'exemple, il peut s'agir de la perte d'autonomie, d'un trouble de la mémoire, du vieillissement des proches, du passage d'un établissement enfant à un établissement adulte, etc.

A partir de ces données, il est possible de constater que la majorité des établissements ayant répondu à l'enquête ont repéré des facteurs de risque appartenant à différents types de transitions, événements et changements comme des causes potentielles à prévenir⁵. (Voir l'encadré « En pratique » ci-dessous).

L'aménagement des espaces, dans lesquels la personne évolue, peut également être un facteur de risque ou de protection (voir Chapitre IV).



En pratique :

Un directeur d'ESAT, accueillant des personnes présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés et des personnes présentant un handicap psychique, a été interrogé sur le sujet lors d'un entretien téléphonique.

Dans son établissement, il a identifié des périodes génératrices de « comportements-problèmes » : les fêtes de Noël et, plus largement, les dates symboliques pour la personne (date « anniversaire » d'un accident, d'un divorce, etc.).

Ces dates ayant une résonance particulière pour la personne sont connues du personnel de l'établissement et sont notamment notées dans le projet de la personne. Le directeur de l'ESAT déclare ainsi qu'il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance de la personne.

Concernant les personnes présentant un handicap psychique, si le personnel observe une attitude non habituelle, le directeur recommande de le faire remarquer à la personne. Cela peut-être un point d'accroche pour déclencher l'écoute afin, in fine, d'éviter un débordement.

Il s'agit là d'un facteur de protection. Le directeur de l'ESAT en a identifié plusieurs, par exemple :

- le fait de proposer à la personne des espaces où elle a la possibilité de se mettre en retrait ;*
- le fait de chercher à comprendre, après l'événement et avec la personne, ce qu'il s'est passé, d'amener la personne à prendre conscience de ses difficultés. Il s'agit de comprendre pour mieux prévenir.*

Le directeur de l'établissement insiste sur l'individualisation nécessaire de la gestion des « comportements-problèmes », ce qui a été mis en place dans l'établissement en fonction du public accueilli.

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants avec autisme et troubles associés, avec quelques places d'internat séquentiel et proposant des week-ends d'ouverture avec accompagnement éducatif a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Elle a identifié dans son établissement des facteurs de risque (c'est le cas du retour de vacances) et des facteurs de protection (l'analyse fonctionnelle du comportement, avec notamment la recherche des causes probables de l'apparition des « comportements-problèmes »).

A ce titre, elle a mis en place des outils favorisant l'apaisement de l'enfant :

⁵ Anesm. Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses, au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés. Saint-Denis : Anesm, 2016. p.86-92

- la mise en place d'une lumière à variation ;
- une couverture, des pictogrammes, etc. repérés comme apaisant chez l'enfant et utilisés en prévention ;
- la possibilité pour l'enfant de se mettre volontairement en retrait si besoin ; pour cela un apprentissage est alors nécessaire.

Ces outils sont, selon elle, efficaces car elle a constaté une tendance à la baisse des « comportements-problèmes ».

Lorsqu'un enfant présente un « comportement-problème », un ou plusieurs professionnels vont s'occuper de lui et notamment essayer de comprendre d'où vient le problème.

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants dès l'âge de trois ans avec déficience sévère et profonde (DSP), troubles du spectre autistique (TSA) et multi handicap a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Deux facteurs de risque de « comportement-problème » ont notamment été identifiés :

- l'adolescence : au-delà du phénomène physiologique, il s'agit d'une période où l'adolescent cherche sa place, dans sa famille notamment ;
- le passage de l'établissement au domicile familial ou d'accueil, et vice-versa, est également une transition compliquée.

Il convient de noter que dans les recommandations, une évaluation du fonctionnement est indispensable à la connaissance de la personne. Elle se met en place de façon préventive (c'est-à-dire en amont des « comportements-problèmes »).

CHAPITRE 4 Les modalités de recours à un espace dédié à la gestion de crise

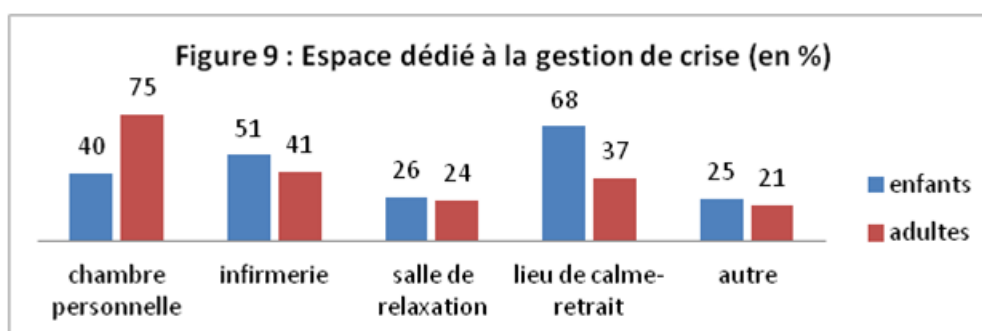
4.1 Existence d'un espace repéré et identifié au sein d'un établissement

Synthèse des résultats croisés issus des questions suivantes :

Questions 15 : En cas de crise, votre établissement dispose-t-il d'un espace utilisé à cet effet ?

Question 16 : Si oui, quel est-il (chambre personnelle, infirmerie, salle de relaxation, espace de calme-retrait ou autre) ?

70 % des établissements ayant répondu à l'enquête déclarent disposer d'un espace pour gérer une crise.



Cet espace permettant une mise en retrait correspond, dans la majorité des établissements, à un « espace de calme-retrait » et à la chambre personnelle, puis à l'infirmierie et dans une moindre mesure à une salle de relaxation. (Voir l'encadré « *En pratique* » ci-dessous).

Une différence est notable selon que les établissements accueillent des enfants ou des adultes. Les premiers utilisent en majorité un « espace de calme-retrait » (68 %), les seconds la chambre personnelle (75 %).

Cette différence peut s'expliquer par le truchement des résultats issus des questions suivantes :

Question 5 : Quelles sont les modalités d'accueil dans les établissements (plusieurs réponses possibles : internat, externat, accueil temporaire, autre) ?

Dans les établissements pour adultes ayant répondu à l'enquête, **74 %** ont des modalités d'accueil en **internat** alors que les établissements pour enfants ayant répondu, **87 % développent des modalités d'accueil en externat**. Cet indicateur permet d'expliquer que la chambre personnelle soit davantage utilisée dans les établissements pour adultes et l'« espace de calme-retrait » dans les établissements pour enfants.

Question 20 : A quel moment du parcours cet espace est le plus utilisé (plutôt lors de l'admission, tout au long du séjour ou plutôt en fin de prise en charge) ?

96 % des établissements, sans distinction adultes/enfants, utilisent cet espace tout au long du séjour.

Hypothèses :

A partir de ces données, il est possible d'émettre les hypothèses selon lesquelles, dans les établissements ayant répondu à l'enquête :

- Quel que soit le public accueilli (enfants/adultes), il existe un espace dans les établissements pour gérer une crise.

Il convient toutefois de noter que, dans les recommandations, il est précisé qu'un « espace de calme-retrait et d'apaisement » n'est pas nécessairement une pièce dédiée. Il correspond à un espace repéré et identifié au sein d'un établissement, pouvant avoir une visée préventive ou en réponse à une crise.

- Dans les établissements faisant de l'externat, l'espace dédié correspond le plus souvent à un « espace de calme-retrait et d'apaisement » et cet espace est davantage utilisé dans les établissements pour enfants.

- A l'inverse, dans les établissements faisant de l'internat, l'espace dédié correspond le plus souvent à la chambre personnelle et cet espace est davantage utilisé dans les établissements pour adultes.

Pour rappel, il convient de manier ces résultats avec vigilance :

- Il convient de rappeler qu'un tel espace n'est imposé par aucune norme légale ou réglementaire et que l'objet des recommandations n'est pas le développement de ces espaces mais d'établir des recommandations concernant les modalités de recours à ces espaces (cf. lettre de cadrage les recommandations).

De plus, il est probable que les établissements ayant répondu à l'enquête soient les plus intéressés par la problématique, justement grâce à l'existence d'un tel espace au sein de leur établissement.

- Les résultats précités ne précisent pas si la mise en retrait est **volontaire**, **négociée** ou **planifiée**. Dans la mesure où dans les établissements pour adultes, l'espace le plus utilisé est la chambre personnelle, il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle les établissements reconnaissent, permettent et favorisent le besoin de retrait par autorégulation (la personne demandant elle-même à se retirer).

Pour rappel, le retrait peut correspondre à une stratégie de prévention, il est dit **volontaire** lorsque la personne éprouve le besoin de se mettre en retrait et qu'elle en fait la demande, **négocié** lorsque le retrait s'effectue à l'initiative du professionnel (par exemple, lorsque le personnel repère des signes annonciateurs ou d'aggravation du « comportement-problème »), et **planifié** lorsque le retrait est inscrit dans l'emploi du temps de la personne, dans le projet personnalisé et dans les protocoles. Par ailleurs, de façon plus exceptionnelle, le retrait peut correspondre à une stratégie de **protection en cas de mise en danger**.



En pratique :

Un directeur d'ESAT, accueillant des personnes présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés et des personnes présentant un handicap psychique, a été interrogé sur le sujet lors d'un entretien téléphonique. Dans son établissement, les espaces permettant le retrait de la personne sont :

- un bureau aménagé dans un coin : lors de la visite initiale de l'établissement, la personne est informée qu'il est possible de se mettre à l'écart du groupe dans cet espace ;
- l'infirmier, dans laquelle il est également possible pour la personne de se mettre en retrait, y compris de sa propre initiative.

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants avec autisme et troubles associés, avec quelques places d'internat séquentiel et proposant des week-ends d'ouverture avec accompagnement éducatif a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Dans son établissement il existe un « espace d'apaisement », qui peut être utilisé à trois niveaux :

- de façon préventive ;
- lorsque l'enfant souhaite se retirer volontairement ;
- lorsque l'enfant développe un « comportement-problème » nécessitant sa mise en retrait du groupe.

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants dès l'âge de trois ans avec déficience sévère et profonde (DSP), troubles du spectre autistique (TSA) et multi handicap a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Dans son établissement, l'aménagement des espaces a fait l'objet d'une véritable réflexion lors de la reconstruction du bâtiment. Deux espaces d'apaisement sont utilisés :

- une salle de « diète sensorielle », utilisée de manière préventive et non en situation de crise. Lorsque l'enfant en ressent le besoin, il peut se rendre dans cette salle ou y être accompagné à sa demande (la salle est repérée grâce à une signalétique). Il y trouve des outils tels qu'un casque filtrant. Il peut s'y rendre plusieurs fois dans la journée mais l'utilisation ne dépasse jamais quinze minutes.

Cette salle est souvent utilisée le matin, après les transports lorsque l'enfant a été très stimulé (bruits, odeur, etc.).

- un espace d'apaisement utilisé en cas de crise : l'infirmier. Lorsqu'un professionnel repère un « comportement-problème » chez l'enfant, il le signale au chef de service (chaque salle est équipée d'un téléphone). Parfois, il suffit que l'enfant se rende dans le bureau du chef de service pour que son état s'apaise (intervention d'un tiers). Si tel n'est pas le cas, l'enfant est accompagné à l'infirmier (une infirmière est présente en permanence).

En pratique, cet espace est peu utilisé, notamment grâce aux nombreux facteurs de protection mis en place dans l'établissement.

Une directrice de MAS, accueillant des personnes qui présentent un polyhandicap ainsi que des personnes avec troubles du spectre autistique (TSA) a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Dans son établissement, elle a observé que les dortoirs sont peu adaptés aux personnes présentant des « comportements-problèmes », c'est la raison pour laquelle les quelques chambres individuelles dont dispose l'établissement leur sont dédiées.

La chambre fait office d'« espace de calme-retrait et d'apaisement », au sein de laquelle la personne a la possibilité de s'y isoler lorsqu'elle en ressent le besoin.

Les recommandations précisent toutefois que 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 : préventive ou en réponse à la « mise en danger ».

4.2 Les dispositifs mis en œuvre dans cet espace : modalités de surveillance et durée du retrait

De même que pour le point précédent, il convient de noter que les résultats ne précisent pas si la mise en retrait est volontaire, négociée ou planifiée. Dans la mesure où dans les établissements pour adultes l'espace le plus utilisé est la chambre personnelle, il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle les établissements reconnaissent, permettent et favorisent le besoin de retrait par autorégulation (la personne demandant elle-même à se retirer).

L'organisme gestionnaire et le personnel de l'établissement sont tenus à une **obligation de surveillance** à l'égard des usagers ; il s'agit d'une **obligation de moyen**.

Le niveau de surveillance doit être adapté à l'état de chaque personne⁶ et aux modalités de surveillance. Ces dernières appartiennent à l'employeur et doivent faire l'objet de consignes claires et précises⁷.

Dans les établissements interrogés, ces modalités de surveillance peuvent être variées.

Synthèse des résultats issus des questions suivantes :

Question 17 : quels sont les dispositifs mis en œuvre dans l'espace de mise en retrait ?

Question 19 : selon vous, quel est le temps passé en moyenne dans cet espace (en minutes) ?

Une présence humaine

Quel que soit l'espace utilisé pour gérer la crise (chambre personnelle, infirmerie, etc.), plus des 2/3 des établissements ayant répondu à l'enquête ont déclaré qu'une **présence humaine** est assurée dans cet espace lors du retrait.

Cette présence est assurée dans plus de 90 % des établissements lorsque l'espace utilisé est l'infirmerie ou une salle de relaxation.

⁶ Cass. 1^{ère} civ, 11 juillet 1961 Clinique Rech ; CA Aix en Provence, 6 juillet 1998 ; CE, 12 juin 2006, n°228841

⁷ Cass. Soc, 25 septembre 2013, n°12-14991



En pratique :

Un directeur d'ESAT, accueillant des personnes présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés et des personnes présentant un handicap psychique, a été interrogé sur le sujet lors d'un entretien téléphonique. Il déclare que lorsque la personne est mise en retrait suite à une crise, elle est accompagnée par un professionnel.

Cette prise en charge est individuelle, l'établissement a d'ailleurs mis en place un système de « référent » auquel la personne pourra se référer si nécessaire.

La liberté d'aller et venir

Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête, peu ont déclaré utiliser les méthodes de verrouillage et de contention ; cette donnée est à mettre en parallèle avec le risque d'atteinte à la liberté d'aller et venir que représentent ces méthodes.

Liberté fondamentale, de valeur constitutionnelle, la liberté d'aller et venir est consacrée tant en droit interne qu'en droit européen et international.

Elle fait par ailleurs l'objet d'un texte spécifique au secteur médico-social ; elle est mentionnée comme composante du droit à l'autonomie garanti par l'article 8 de la Charte des droits et libertés des personnes accueillies (CDLPA).

Liberté explicitement consacrée par la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015 (art.27), la liberté d'aller et venir figure désormais à l'article L.311-3, 1° du CASF, qui dispose que « *l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement* ».

Par conséquent, toute restriction illégale à la liberté d'aller et venir est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de l'organisme gestionnaire ainsi que la responsabilité pénale et disciplinaire du personnel. Le fait de retenir purement et simplement une personne contre sa volonté est ainsi susceptible de tomber sous la qualification **pénale de violence, voire de séquestration**.

Il convient de noter que dans le domaine des personnes âgées, l'article L.311-4-1 du CASF, créé par l'article 27 de la loi ASV, précise le cadre des restrictions apportées à la liberté d'aller et venir ; ces restrictions doivent :

- « être justifiées par l'intérêt des personnes » ;
- « être strictement nécessaires » ;
- « ne pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus ».

De plus, elles doivent :

- « être prises après examen du résident » ;
- « être décidées au terme d'une procédure collégiale et pluridisciplinaire » ;
- « figurer au sein du contrat de séjour de l'usager ».

Des exigences similaires, tant sur le fond que sur la forme, méritent d'être observées pour toute atteinte à la liberté d'aller et venir portée aux usagers du secteur médico-social.

4.3 L'information et le consentement de la personne

L'**information** à la personne relative aux possibilités de retrait dans un établissement est le préalable nécessaire à son **consentement**. Le consentement est lui-même, juridiquement, une condition indispensable à la restriction d'aller et venir des personnes. En principe, seules les restrictions auxquelles l'usager et/ou ses représentants légaux ont expressément consenti leur sont opposables (CA Poitiers, 23 novembre 2011, n°691,10/01090).

Le fait de retenir une personne contre sa volonté dans un espace est susceptible de tomber sous la qualification de violences, voire de séquestration au sens de la loi⁸.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles⁹ (CASF) et la Charte des droits et libertés de la personne accueillie¹⁰ disposent également du consentement de l'usager à sa prise en charge ou à son accompagnement individualisé.

Le consentement doit être recherché dès lors que la personne est apte à s'exprimer. A 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 CASF peuvent être également consultés, dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

Les recommandations concernant les établissements précisent « *d'informer, de façon claire, loyale et appropriée, la personne du recours à ces espaces afin que le consentement soit effectué en connaissance*¹¹ ». Lorsque l'établissement accompagne une personne présentant un « comportement-problème », le recueil du consentement et la participation directe de la personne peuvent apparaître plus complexes à appliquer. Pour autant, la personne doit être considérée comme un interlocuteur « à part entière » (cf. ces recommandations « Les « comportements-problèmes » : Prévention et Réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés »).

Analyse des résultats issus de la question 22 de l'enquête

Question 22 : à quel moment la personne, les proches et/ou les représentants légaux sont-ils informés du recours aux « espaces de calme-retrait et d'apaisement » ?

Plusieurs réponses possibles : Lors de l'admission, lors de la mise en place d'un protocole individualisé, lors de l'élaboration ou évaluation du projet personnalisé, lors du recours à cet espace, ils ne sont pas informés, ne sait pas, autre, merci de préciser.

- 97 % des établissements accueillant des enfants déclarent informer la personne sur le recours à ces espaces ;
- 92 % des établissements accueillant des adultes déclarent informer la personne.
- Seul 5 % des établissements ayant répondu à l'enquête ont déclaré que la personne n'est jamais informée sur le recours à ces espaces dans l'établissement.

Au vu de ces résultats, il apparaît que la quasi-totalité des établissements interrogés déclarent informer la personne du recours aux « espaces de calme-retrait et d'apaisement ».

⁸ Articles 222-13, 224-1 et 224-5 du Code pénal

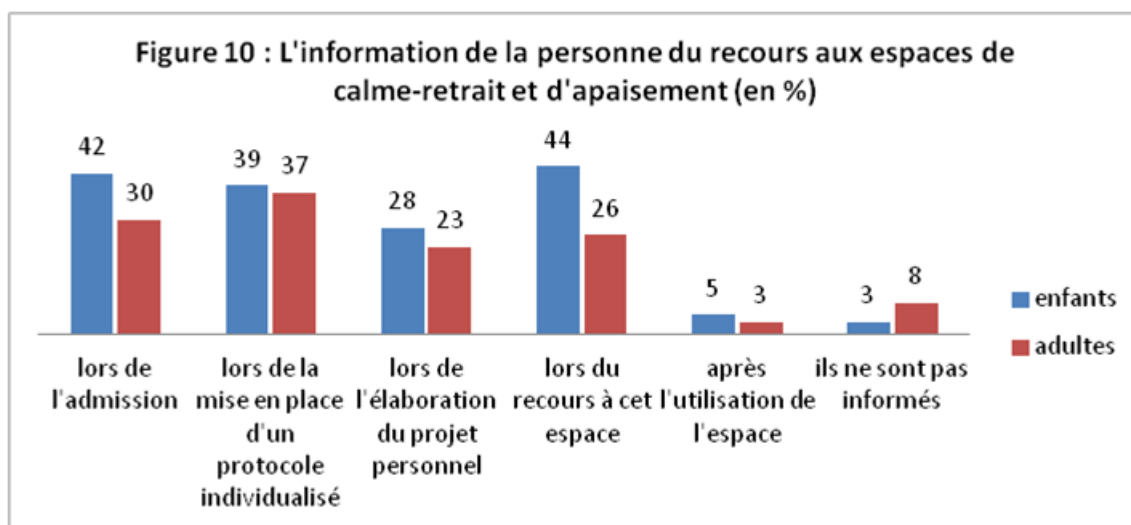
⁹ Dans son article L.311-3

¹⁰ 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 dans son article 4.

¹¹ Anesm. *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement*. Saint-Denis : Anesm. 2017.p.64

Limite : l'enquête ne permet pas de savoir s'il s'agit d'une information orale ou écrite. La question de la forme et/ou du contenu n'a pas été posée dans le questionnaire.

Lorsque la personne est informée, à quel moment l'est-elle ?



→ L'information de la personne lors de son admission dans l'établissement

Parmi les établissements informant la personne, moins de la moitié déclare l'informer lors de son admission, plus précisément 42 % des établissements pour enfants et 30 % des établissements pour adultes.

Hypothèses :

Il est ainsi possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle, dans les établissements ayant répondu à l'enquête, l'information n'est pas systématiquement apportée à la personne lors de son admission, et ce, particulièrement dans les établissements pour adultes, alors que si elle était inscrite dans le livret d'accueil, elle pourrait être donnée oralement à la personne lors de l'admission.

D'une part, il est recommandé aux établissements d'informer la personne lors de son admission et, d'autre part, il est recommandé que cette information soit à la fois générale et individualisée.

→ Une information générale

Il est recommandé que les possibilités de retrait dans l'établissement fassent l'objet d'une information générale lors de l'admission de la personne, par le truchement de son inscription dans le **projet d'établissement**¹² et dans le **règlement de fonctionnement**.

Point de vigilance : au-delà de cette information générale, le recours aux espaces doit être considéré par l'établissement comme une **modalité d'accompagnement spécifique**, qu'il soit utilisé de façon préventive ou de gestion d'une situation de crise.

Il est recommandé d'inscrire dans le projet d'établissement la référence aux protocoles et aux procédures. L'enquête met en évidence que de tels protocoles n'existent pas toujours. En effet, les établissements interrogés ont déclaré que pour un espace défini (« espace de calme-retrait » mais aussi chambre personnelle, infirmerie, etc.), un protocole n'existait que dans moins de la moitié des cas.

¹² Définition à l'article L.311-8 du CASF

Il est également recommandé d'inscrire le consentement de la personne dans le protocole.

→ Une information individualisée

Lorsque l'utilisation d'un « espace de calme-retrait et d'apaisement » est considérée par l'établissement comme une **modalité d'accompagnement spécifique**, il est recommandé que l'établissement apporte à la personne accompagnée, en complément de l'information générale, une information individualisée.

Cette information peut figurer dans le **contrat de séjour** et dans le **Projet personnalisé**.

Parmi les établissements informant la personne, l'enquête met en évidence que :

- 39 % des établissements pour enfants et 37 % des établissements pour adultes déclarent informer la personne lors de la mise en place d'un protocole individualisé ;
- 28 % des établissements pour enfants et 23 % des établissements pour adultes déclarent informer la personne lors de l'élaboration du Projet personnalisé.

→ Le renouvellement de l'information lors du recours aux espaces de retrait

Parmi les établissements ayant déclaré informer la personne, 44 % des établissements pour enfants et 26 % des établissements pour adultes déclarent informer la personne lors du recours aux espaces.

Hypothèses :

Au vu de ces résultats, il est ainsi possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle, dans la majorité des établissements ayant répondu à l'enquête, une fois que la personne a été informée (par exemple lors de son admission), l'information n'est pas renouvelée à chaque mise en retrait.

Les recommandations **précisent que le consentement de la personne n'est pas permanent ; il nécessite d'être recherché et tracé à chaque fois que la mise en retrait s'impose.**

Cela participe à la compréhension et à l'acceptation de la mesure et permet, le cas échéant, à la personne de faire usage au **droit de renonciation**¹³.

En effet, le Code de la santé publique¹⁴, le Code de l'action sociale et des familles¹⁵ ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne accueillie¹⁶ prescrivent le droit pour tout usager de renoncer au bénéfice d'une prestation ou à une modalité d'accompagnement.

→ L'information de la personne *a posteriori*

Dans les établissements ayant déclaré informer la personne, seulement 5 % des établissements pour enfants et 3 % des établissements pour adultes déclarent informer la personne après l'utilisation de l'espace.

¹³ L'article L.1111-4 du Code de la santé publique, l'article L.311-3,3° du CASF et l'article 5 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie prescrivent le droit pour tout usager de renoncer au bénéfice d'une prestation ou à une modalité d'accompagnement.

¹⁴ Dans son article L.1111-4 du Code de la santé publique

¹⁵ Dans son article L.311-4 du CASF

¹⁶ 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 dans son article 5.

Lorsque le recours à un « espace de calme-retrait et d'apaisement » a été effectué sans information préalable individualisée (par exemple, pour des considérations sécuritaires), il est recommandé d'effectuer une information **a posteriori** et au cas par cas.

A titre d'exemple, les professionnels peuvent faire un retour sur l'événement avec la personne, lorsqu'elle est *a posteriori* plus disponible. (Voir l'encadré « *En pratique* » ci-dessous)

→ L'accessibilité de l'information à tous

Les recommandations précisent « de rendre accessible à tous les procédures et protocoles de tous les espaces permettant le retrait de la personne du groupe ».



En pratique :

Un directeur d'ESAT, accueillant des personnes présentant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés et des personnes présentant un handicap psychique, a été interrogé lors d'un entretien téléphonique sur l'information et le consentement de la personne. Il convient de noter que cet interlocuteur déclare ne jamais avoir été confronté à un refus de la part d'un usager de se mettre en retrait.

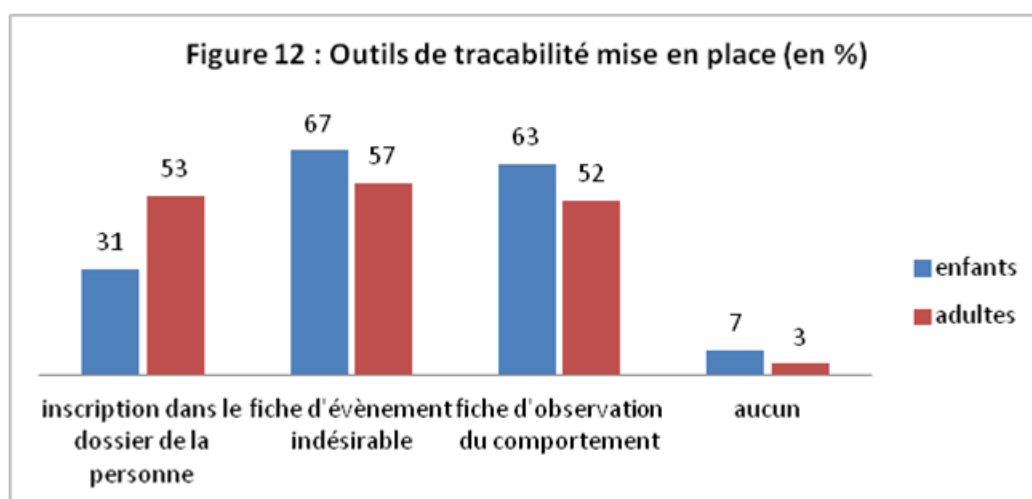
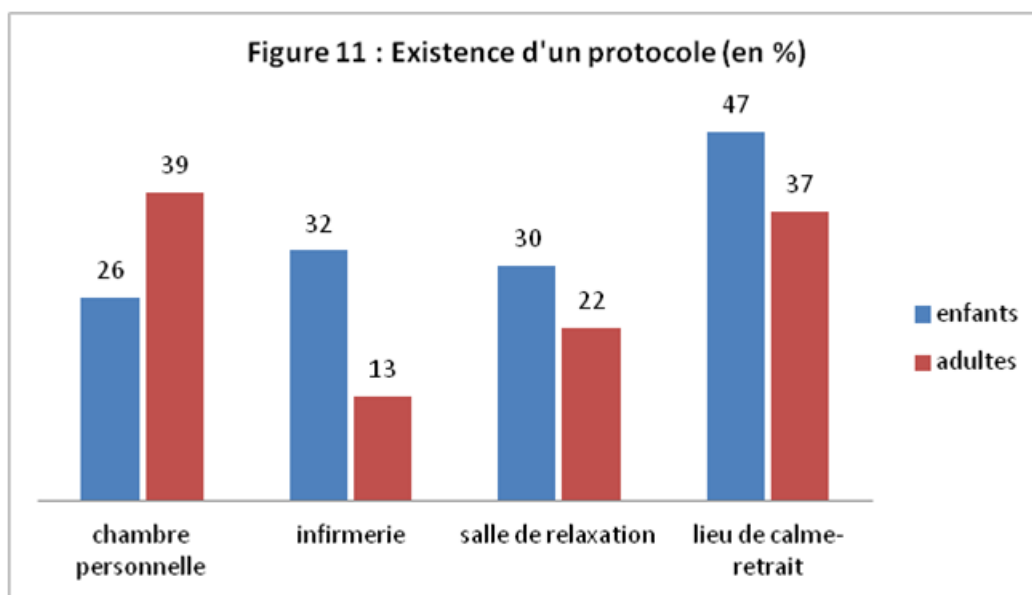
Il déclare informer la personne des possibilités de retrait :

- lors de son admission dans l'établissement, par le biais de la présentation de l'établissement et de la visite des lieux, notamment des espaces aménagés permettant une éventuelle mise en retrait de la personne ;*
- par la mise en place d'un « référent », auquel la personne pourra poser des questions si nécessaire ;*
- après la mise en retrait dans le cadre d'une situation de crise, lorsque la personne est davantage disponible. Il y a alors un échange avec le référent pour essayer de comprendre ce qu'il s'est passé.*

Le tuteur est également informé lors de l'admission de la personne de l'existence de ces espaces et de leur utilisation. De même, lorsque cet espace est utilisé (lors d'une situation de crise), il est systématiquement informé.

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants avec autisme et troubles associés, avec quelques places d'internat séquentiel et proposant des week-ends d'ouverture avec accompagnement éducatif, a été interrogée lors d'un entretien téléphonique. Cette personne a indiqué que l'information des proches d'un « comportement-problème » était systématique ; que cela est d'autant plus important qu'un « comportement-problème » puisse résulter d'un événement qui s'est déroulé dans la sphère familiale.

4.4 Les protocoles et outils de traçabilité



Analyse des résultats issus de la question 24 – Les outils de traçabilité mis en place

Les établissements interrogés qui ont déclaré utiliser un espace dédié à la gestion de crise déclarent retracer cet événement principalement dans trois documents :

- **la fiche événement** (72% des établissements pour enfants ; 58% des établissements pour adultes) ;
- **la fiche d'observation** (63% des établissements pour enfants ; 52% des établissements pour adultes) ;
- **le dossier** (32% des établissements pour enfants ; 55% des établissements pour adultes).



En pratique :

Une directrice adjointe d'IME, accueillant des enfants dès l'âge de trois ans avec déficience sévère et profonde (DSP), troubles du spectre autistique (TSA) et multi handicap a été interrogée lors d'un entretien téléphonique.

Lorsqu'un « espace de calme-retrait et d'apaisement » est utilisé à la suite d'une crise, il

s'agit dans cet établissement, de l'infirmier. Un suivi de cette utilisation est mis en place via un cahier de surveillance dans lequel sont consignés la date, l'heure, l'identité de l'enfant et des professionnels, le contexte, etc. Ce cahier est étudié toutes les semaines et fait l'objet d'une réflexion lors des réunions de l'équipe, une fois par semaine, avec pour objectif de moduler l'accompagnement de l'enfant si nécessaire.

Les acronymes employés dans l'analyse

AMP : Aide médico-psychologique
ANAP : Agence Nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS : Agence régionale de santé
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la
CNSA : Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie
CSP : Code de la santé publique
DREES : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
ESAT : Établissement et service d'aide par le travail
ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux
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
IME : Institut médico-éducatif
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS : Maison d'accueil spécialisé
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONU : Organisation des nations unies
TSA : Troubles du spectre autistique

Conduite des travaux Anesm

- Christiane Jean-Bart, responsable de secteur Personnes handicapées, Anesm
- Julie Procelli, juriste
- Sophie Monoky, chef de projet, Anesm
- Sandra Nahon, chargée d'étude
- Sophie Guennery, chef de projet

Lors d'entretiens téléphoniques, postérieurs à l'enquête, les personnes suivantes ont été contactées afin d'illustrer les résultats de l'enquête :

- M. MAUDUIT, directeur d'ESAT
- Mme FRANC, directrice adjointe d'un IME
- Mme CHIMAY, directrice adjointe d'un IME
- Mme CALVET, directrice d'un MAS



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

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

Ce document est disponible sur le site de l'Anesm
www.ansm.sante.gouv.fr

Décembre 2017