



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

## **Le recours aux « espaces de calme-retrait, d'apaisement »**

**(S'adressant aux établissements accueillant des personnes  
handicapées – adultes/enfants)**

### **Lettre de cadrage**

## Sommaire

Introduction.....	3
1. Le cadre juridique .....	4
1.1. La liberté d’aller et venir .....	4
1.1.1. Les atteintes à la liberté d’aller et venir .....	5
1.1.2. Les restrictions aux principes de liberté d’aller et venir .....	5
1.2. L’obligation de sécurité des personnes accompagnées et des professionnels .....	6
2. Les besoins de certaines personnes accompagnées et les réponses qui leur sont apportées .....	7
2.1. Les situations de crise .....	8
2.2. Les réponses pour prévenir la violence et gérer les situations de crise.....	9
2.3. Finalités des lieux de calme-retrait et d’apaisement.....	10
2.3.1. Finalité à vocation thérapeutique .....	10
2.3.2. Finalité à titre d’exception sécuritaire .....	10
3. Principes et modalités de recours.....	11
4. Le questionnement abordé dans les recommandations .....	12
4.1. L’inscription dans le projet d’établissement .....	12
4.2. Prévenir le recours aux lieux de calme-retrait et d’apaisement .....	13
4.3. Le cadre procédurale .....	13
4.4. Evaluation de la procédure et du recours aux lieux de calme-retrait et d’apaisement. ....	13
5. Livrables, méthode et calendrier.....	14
5.1. Livrables.....	14
5.2. Composition du groupe de travail .....	14
5.3. Calendrier prévisionnel .....	14
Annexe- La conduite des travaux .....	15
Annexe - Eléments de bibliographie .....	16

## Introduction

L'Anesm a pour « mission de valider ou en cas de carences, d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles »<sup>1</sup>.

Elles permettent aux professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux de procéder aux évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent et contribuent à améliorer leurs pratiques. Dans le respect des droits des personnes accompagnées, elles soutiennent les professionnels dans leur démarche de bientraitance.

L'élaboration de recommandations sur les modalités de recours à des lieux de calme-retrait et d'apaisement est inscrite au programme de travail de l'Anesm pour l'année 2015, au titre du Programme 3, Les points de vigilance, la prévention des risques.

Ces travaux s'inscrivent dans la continuité des travaux en cours abordant les comportements-problèmes<sup>2</sup>.

Le recours à ces lieux – dans le champ du handicap - renvoie à des pratiques exceptionnelles visant un retrait temporaire d'une personne par rapport à son environnement, dans un lieu fermé, au sein du même établissement. Ce vocabulaire, dans le secteur médico-social, est préféré à celui de mise en « isolement » qui fait référence au secteur sanitaire.

Les établissements sociaux et médico-sociaux constituant les lieux de vie des personnes accueillies, le droit à la liberté d'aller et venir y fait l'objet d'une protection renforcée.

La nature des moyens à mettre en place par l'établissement dépend de plusieurs facteurs qui lui sont propres :

- les pathologies et handicaps présentés par les personnes accompagnées, les comportements de ces derniers ;
- le projet d'établissement, ses moyens humains, matériels ou encore financiers ;
- l'obligation pour l'employeur de connaître les situations à risques.

L'objet n'est pas le développement de ces lieux mais des recommandations concernant les modalités de recours à ces lieux.

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 légale ou réglementaire.

Cette note de problématique a été élaborée à partir :

- d'une note juridique réalisée par le cabinet Grandjean Poinot & associés<sup>3</sup>
- d'éléments de la littérature (cf bibliographie en annexe)
- d'entretiens avec des personnes ressources (cf annexe)

---

<sup>1</sup> Art. L312-8 du CASF

<sup>2</sup> Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses

<sup>3</sup> Réalisée à la demande des instances de l'Anesm (COS et Conseil scientifique) en février 2015.

## 1. Le cadre juridique

Aujourd'hui, lorsque des lieux de calme-retrait et d'apaisement existent, leur utilisation renvoie les professionnels à des questions éthiques concernant la tension entre des principes fondamentaux. En effet, la pratique du recours à ces lieux a pour but de garantir la sécurité des personnes, cette pratique entrave toutefois la liberté individuelle et contient des risques quant au non-respect de la dignité.

### 1.1. La liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir constitue une liberté fondamentale, de valeur constitutionnelle. De ce fait, elle fait l'objet d'une protection renforcée et toute atteinte, toute restriction illégale est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de l'organisme gestionnaire ainsi que la responsabilité pénale et disciplinaire du personnel.

La liberté d'aller et venir fait l'objet d'une consécration en droit interne mais également en droit européen<sup>4</sup>, et international<sup>5</sup>. Au delà de ces textes de portée générale, la liberté d'aller et venir est également affirmée dans des textes spécifiques au secteur médico-social tel que l'article 8 de la Charte des droits et libertés des personnes accueillies<sup>6</sup>. C'est en ce sens que le Comité National de la Bienveillance et des Droits (CNBD) a été mis en place en février 2013<sup>7</sup>. Cette réflexion portée dans le cadre du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement.<sup>8</sup>

D'ailleurs, aux termes de ces différentes dispositions et notamment aux termes du Pacte international des droits civils et politiques et du protocole additionnel n° 4 tous deux ratifiés par la France, il ne saurait y avoir de restrictions à la liberté d'aller et venir qui ne serait pas prévue par la loi.

Or et à l'inverse de ce qui peut exister dans le secteur psychiatrique avec notamment le régime des soins sans consentement, il n'existe aucun texte législatif, ni même réglementaire, qui habilite les établissements sociaux et médico-sociaux à apporter des restrictions à la liberté d'aller et venir en dehors « des limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge » (cf. article 8 de la Charte des droits et de l'autonomie des personnes accueillie précité).

Par conséquent, toute restriction à la liberté d'aller et venir revêtant un caractère non justifié et/ou disproportionné est susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de l'organisme gestionnaire ainsi que la responsabilité pénale et disciplinaire de ses employés.

---

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> article 12§1 du Pacte international des droits civils et politiques de 1966

<sup>6</sup> « 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. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente 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. »

<sup>7</sup> Le CNBD est chargé de réfléchir à la question de la limite entre liberté d'aller et venir et sécurisation des conditions de vie

<sup>8</sup>

### 1.1.1. Les atteintes à la liberté d'aller et venir

Les atteintes à la liberté d'aller et venir, et notamment l'isolement d'une personne dans une pièce sans son consentement sont susceptibles de caractériser l'infraction pénale de violence volontaire sans arrêt de travail ou de séquestration et ce même lorsque la privation de liberté a été de courte durée.<sup>9</sup>

Cependant, il convient de rappeler qu'en dehors des atteintes à la dignité humaine ou de violences volontaires, le consentement de la personne accompagnée ou de ses représentants légaux fait tomber le délit de séquestration, voire de violence volontaire.

Par ailleurs, la liberté d'aller et venir, si elle constitue bien une liberté fondamentale à valeur constitutionnelle, ne présente pas pour autant un caractère absolu :

### 1.1.2. Les restrictions aux principes de liberté d'aller et venir

Des restrictions peuvent donc être apportées 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.

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 accompagnée, 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.

**Par conséquent, aucune réponse uniforme ne saurait être préconisée et les établissements doivent toujours veiller à individualiser les restrictions à la situation spécifique des personnes accueillies.**

Le bien fondé des motifs invoqués à l'appui des restrictions à apporter à la liberté d'aller et venir est à apprécier au regard de l'intensité de l'atteinte portée à cette dernière.

D'une manière générale sont invoqués par les établissements<sup>10</sup> :

- des raisons organisationnelles ;
- des raisons financières ;
- des raisons sécuritaires ;
- des raisons médicales.

---

<sup>9</sup> Le fait d'enfermer systématiquement les résidents la nuit dans leur chambre a 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. Il importe également de souligner que le fait d'enfermer des résidents dans une chambre n'est pas toujours considéré comme constitutifs de mauvais traitements mais engage néanmoins la responsabilité du salarié dès lors qu'il est démontré que cette mesure n'était pas prise dans l'intérêt du résident mais pour faciliter son propre travail (en ce sens : CA Toulouse, 14 novembre 2007, n° 06-03373)

<sup>10</sup> Conférence de consensus de l'ANAES et de la FHF qui s'est tenue les 24 et 25 novembre 2004

## 1.2. L'obligation de sécurité des personnes accompagnées et des professionnels

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, l'obligation de sécurité qui incombe à l'établissement 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.

A cette obligation de sécurité à l'égard des personnes accompagnées<sup>11</sup> vient s'ajouter une obligation de sécurité de résultat à l'égard des salariés, du fait de la qualité d'employeur de l'établissement ou du service concerné en application de l'article L. 4121-1 du Code du travail<sup>12</sup>.

Enfin, il ne faut pas oublier que la responsabilité pénale de tout à 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.

Par conséquent, la survenance d'une crise se caractérisant par l'adoption d'un comportement auto ou hétéro-agressif d'une personne – où laissant sérieusement craindre la réalisation d'un tel comportement – peut justifier que le personnel de l'établissement procède à une mise à l'écart d'une personne.

En dehors de toute inscription dans un projet de soins ou dans un projet d'accompagnement, la mise à l'écart d'une personne accompagnée, voire son isolement temporaire dans une pièce fermée à clé, sans son consentement peut se justifier, voire s'imposer pour des raisons tenant à la sécurité de la personne elle-même, des personnes accompagnées et du personnel.

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.

---

<sup>11</sup> L'obligation de sécurité à l'égard des usagers a été rappelée à de multiples reprises par la jurisprudence qui a eu l'occasion de préciser, notamment face à l'agressivité d'un résident qu'il s'agissait d'une obligation de moyen et non de résultat, ce qui suppose la commission d'une faute telle que la preuve d'un défaut de surveillance (Cass.civ.1<sup>ère</sup>, 15 décembre 2011, n°10-25.740).

<sup>12</sup> Cette obligation est régulièrement réaffirmée par la jurisprudence qui a d'ailleurs rappelé qu'il s'agissait d'une obligation de résultat.

## 2. Les caractéristiques des personnes accompagnées et les modalités de réponses

Quelles situations dans les établissements aujourd'hui et quelles pratiques professionnelles ?

### Focus : Les salles d'isolement en psychiatrie.

L'utilisation des chambres d'isolement dans le secteur psychiatrique est encadrée par la circulaire du 19 juillet 1993, dite « circulaire Veil ». Elle a été suivie un guide élaboré par l'ANAES<sup>13</sup> permettant d'évaluer et améliorer les pratiques liées à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Ce guide présente notamment une synthèse des références existantes et des éléments d'évaluation nommée « caractéristiques de la qualité de l'isolement ». Ces caractéristiques sont les suivantes :

- « L'acceptabilité qui intègre des aspects tels que le respect du patient, son confort ; l'information délivrée à lui-même et à son entourage, le cas échéant ;
- l'accessibilité aux professionnels, l'accessibilité à l'information et la disponibilité d'une chambre d'isolement ;
- le caractère approprié qui intègre la conformité par rapport aux indications et contre-indications thérapeutiques, la conformité par rapport à la modalité d'hospitalisation, ainsi que le caractère adapté de la surveillance en fonction des risques à gérer ;
- la continuité des soins et de la surveillance ; la délivrance au bon moment, dimension fondamentale pour cette mesure thérapeutique habituellement réalisée en urgence ;
- la sécurité des patients, qui repose sur la gestion des risques physiques et psychiques liés au patient lui-même, à sa maladie et à la mise en œuvre de l'isolement ;
- La sécurité des personnels a été aussi prise en compte comme un facteur essentiel de la qualité des soins. »

La littérature internationale disponible montre que la fréquence d'utilisation des chambres d'isolement pour les patients hospitalisés en psychiatrie est très variable d'un établissement à l'autre ; elle concerne ainsi selon les études publiées de 0 à 66% des patients hospitalisés<sup>14</sup>. Les raisons des variations observées entre les différents établissements sont multiples et reposent notamment sur la réglementation différente entre les pays, la nature de l'établissement, l'attitude de l'équipe soignante, les pathologies et le mode d'hospitalisation des patients.

En France, peu d'études ont été publiées sur la fréquence d'utilisation des chambres d'isolement<sup>15</sup>.

Utilisé au sein du secteur de la psychiatrie, l'isolement fait l'objet d'une controverse au sujet des effets bénéfiques ou néfastes de l'isolement<sup>16</sup>. De ce fait et parce que des interrogations subsistent,

<sup>13</sup> ANAES. *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*. juin 1998

<sup>14</sup> Kaltiatla-Heino R, Tuohimaki C. ; Korkeila J. Reasons for using seclusion and restraint psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2003

<sup>15</sup> En 1996, une étude a permis d'estimer le nombre de chambres d'isolement à 1560 pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie adulte.

<sup>16</sup> Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of systematic reviews*. 2012 (Finlande). Cette étude explique qu'en l'absence de tous essais contrôlés pertinents, aucune recommandation ne peut être faite à propos de l'efficacité, les bénéfices ou la nocivité de l'isolement et de la contention. Néanmoins, l'étude montre que le recours à l'isolement varie considérablement selon les institutions. Cette différence pourrait s'expliquer par les caractéristiques des patients et les caractéristiques des hôpitaux. Les conclusions de l'étude sont les suivantes : « Compte-tenu des données issues des études non randomisées, l'utilisation devrait être minimisée pour des raisons éthiques. L'isolement et la contention sont utilisés dans l'espoir de prévenir les blessures et réduire l'agitation, mais des études qualitatives rapportent le plus souvent des effets physiques et psychologiques néfastes pour la personne et le personnel. » Ces propos sont confirmés par une étude qualitative (Cano N., Boyer L. Evolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et l'isolement. *L'information psychiatrique*, 2011/7 volume 87, p. 589-593 - Cano N., Boyer L, Garnier C et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives

l'analyse de la littérature internationale montre une tendance à la mise en œuvre de politique, programme ou recommandations<sup>17</sup>, de formations<sup>18</sup> et d'études<sup>19</sup> pour réduire les isolements inappropriés et proposer des alternatives.

Les professionnels du secteur se questionnent sur l'opportunité ou le bénéfice du recours à ces chambres d'isolement. Ainsi, par exemple, les professionnels du Centre Hospitalier Gérard Marchant<sup>20</sup> à Toulouse se sont interrogés sur le sens de cette pratique et ont mis en place une nouvelle approche pour éviter le recours aux « classiques chambres d'isolement ». L'équipe a souhaité créer un espace d'apaisement réfléchi tant sur l'architecture, le mobilier, l'harmonie des couleurs... Ces éléments peuvent permettre de diminuer des moments d'angoisse où le patient a besoin d'être protégé de lui-même, ou du groupe.

## 2.1. Les situations comportementales problématiques

Certaines personnes handicapées développent des « comportements-problèmes »<sup>21</sup> pouvant générer des situations de crise dans lesquelles leur intégrité et leur sécurité ainsi que celles de leurs proches sont mises en cause.

Sont concernées par les « comportements-problèmes », les personnes avec un handicap complexe et/ou rare et/ou combinant plusieurs déficiences. Parmi ces personnes concernées, certaines n'ont par ailleurs pas accès aux canaux usuels de communication et le « comportement-problème » devient pour elles un mode d'expression.

---

éthiques. *Encephale* 2011 ; 37 : S4-S10) mené auprès de 30 patients ayant été isolés : « si la plupart d'entre eux témoignaient d'une bienveillance des soignants à leur égard et plus de 40% en concevaient l'utilité, l'isolement étaient majoritairement une expérience difficile voire traumatisante, avec un impact négatif persistant »

<sup>17</sup> The national centre of mental health research, information and workforce development. Best practice in the reduction and elimination of seclusion and restraint. Seclusion : time for change. 2008 (New – Zeland)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, DGSAP (QUEBEC)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2011). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement. Édition révisée. (QUEBEC)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.(2005). Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle - Matériel de contention : Évaluation de produits/ Guide pour la conception – Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement. (QUEBEC)

<sup>18</sup> Ministère de la santé et des services sociaux. Programme de formation, cahier du formateur, vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Bénéficiaires des services de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. 2010 (Quebec)

National Association of State Mental Health Program directors. Training curriculum for the reduction of seclusion and restraint. Alexandria : National Association of state mental Health Program directors. 2006

<sup>19</sup> Kristin Thuve Dahm ; Jan Odgaard-Jensen; Tunje Lossius Husum; Kari Ann Leiknes. Interventions for reducing coercion in mental health for adults : a systematic review and the impact of updating. *Journal of brain Sciences*, 2015 (Norvège). Pour réaliser cette méta analyse, quinze études ont été retenues selon les critères d'inclusion (pays représentés : Angleterre ; Danemark ; Irlande du Nord ; Finlande ; pays de Galles ; Les pays bas ; Suisse ; Australie ; Etats-Unis). L'étude, portant sur l'efficacité des interventions psychosociales destinées à réduire les mesures de contrainte, conclut « L'évaluation des risques d'un comportement agressif et des conseils envers le personnel peuvent réduire les mesures de contraintes ».

<sup>20</sup> FRITSCH David. L'espace d'apaisement, une alternative à une chambre d'isolement. 2012

<sup>21</sup> En 2010, dans l'une de ses recommandations destinées au public autiste<sup>21</sup>, l'Anesm a défini le « comportement-problème » comme « *tout ce qui constitue une gêne notable, intense, répétée, durable, ou qui présente un danger pour la personne avec autisme ou autres TED, ainsi que pour son environnement et qui compromet ses apprentissages, son adaptation et son intégration sociales. Les insomnies rebelles à tout traitement, les troubles sévères du comportement alimentaire, les agressions envers soi-même ou envers autrui ou entraînant la destruction des locaux, en sont quelques exemples* ». Cette définition sera complétée par les travaux menés dans le cadre de l'élaboration des recommandations « comportements-problèmes » en cours.



Malgré l'importance du travail d'anticipation et de prévention réalisé, certains « comportements-problèmes » auto-agressifs ou hétéro-agressifs ne peuvent être évités. Dès lors, les professionnels demeurent confrontés à des situations de crise, qu'il convient de gérer de façon adaptée.

Trois situations :

- Gérer les comportements-sévères
- Gérer la crise
- Gérer la situation critique

## 2.2. Les stratégies adaptatives pour prévenir et gérer la violence

Pour répondre aux spécificités sensorielles et aux « comportements-problèmes », plusieurs établissements ont recours à des espaces spécifiques dont les appellations sont diversifiées et renvoient à des types d'interventions spécifiques et comportementales : « salle de retour au calme » ou « espace de mise au calme » ; « salle d'apaisement » ; « salle d'hypostimulation » ; « lieux de retrait volontaire et d'apaisement » et « lieu d'isolement », « pièce d'apaisement », « espace de ressourcement », « salle Time out ».

Il existe peu de données quantitatives sur le nombre d'établissements possédant ce type d'espace. Toutefois, l'étude de Baghdadli et al. (2011) menée dans trois régions françaises sur des établissements accueillant des personnes avec autisme et autres TED indique que « le recours à l'aménagement de l'environnement ou d'un lieu de mise au calme a lieu en routine dans environ la moitié des cas (entre 47% et 52%) ».

Un état des lieux mené dans quatre régions françaises trouve un résultat inférieur aux alentours de 30% (Louis, 2013).<sup>22</sup> Toutefois, aucune étude n'a montré que le recours à ces espaces de calme-retrait et d'apaisement concernait uniquement les personnes avec autisme et autres TED.

Dans ce cadre, les lieux de calme-retrait et d'apaisement correspondent à des espaces repérés et identifiés au sein des établissements, pouvant répondre à deux fonctions (exclusive ou cumulative)<sup>23</sup> :

- à visée préventive, il s'agit de permettre à la personne évoluant dans un environnement collectif de trouver un lieu où s'isoler, permettant de réduire les stimulations sensorielles provoquées par cet environnement (salle d'apaisement sensoriel, espace d'hypostimulation sensorielle, etc.).
- en réponse à « la crise », il s'agit alors de disposer d'un lieu garantissant la sécurité de la personne ainsi que celle des personnes qui l'entourent (autres usagers et professionnels).

Certains établissements<sup>24</sup> ne disposent pas d'espaces dédiés mais utilisent d'autres pièces (par exemple, chambres, salles d'activités, etc.).

---

<sup>22</sup> DEGENNE-RICHARD, C., Evaluation de la symptomatologie sensorielle des personnes adultes avec autisme et incidence des particularités sensorielles sur l'émergence des troubles du comportement. p. 198

<sup>23</sup> 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

<sup>24</sup> Pour cette phase exploratoire, plusieurs contacts téléphoniques ont été effectués avec des établissements accueillants des adultes handicapés. Certains n'ont pas de lieu dédié à cette pratique.

## **2.3. Finalités des lieux de calme-retrait et d'apaisement**

Ces lieux de calme-retrait et d'apaisement revêtent deux finalités :

- Une vocation thérapeutique
- Et à titre d'exception sécuritaire

### **2.3.1. Finalité à vocation thérapeutique**

La finalité des lieux de calme-retrait et d'apaisement doit avant tout permettre à la personne et à son environnement de ne pas se mettre en danger et de retrouver un état stable.

Ces lieux peuvent être conçus pour l'hypostimulation sensorielle<sup>25</sup> et leur utilisation s'insère dans la prise en charge des personnes autistes :

- essentiellement pour la prévention et la gestion de crises (comportement hétéro ou auto-agressif notamment) afin d'aider le retour au calme en cas de « surcharge sensorielle » ;
- mais également, afin d'opérer une évaluation sensorielle de la personne autiste ou de l'aider à mieux appréhender son environnement. Il s'agit d'agir en vue d'une régulation sensorielle.

Ces lieux relèvent des modalités d'accompagnement thérapeutique et/ou médico-social des personnes accompagnées<sup>26</sup>.

### **2.3.2. Finalité à titre d'exception sécuritaire**

Toutefois, une utilisation du lieu décidée à des fins exclusivement sécuritaire, c'est-à-dire commandée avant tout par la nécessité de protéger la personne elle-même, les personnes accompagnées ou les salariés, sans réflexion intégrant un projet thérapeutique ou un projet d'accompagnement et sans approbation préalable reste possible.

Elle est même parfois rendue obligatoire pour assurer la sécurité des usagers et des salariés, sous peine d'engager la responsabilité civile et / ou pénale de l'établissement.

Elle doit cependant rester une exception tant pour l'établissement que pour la personne accompagnée dans la mesure où elle n'est pas légitimée par le consentement de la personne, et ne doit pas pallier à une organisation défaillante ; faire face à une insuffisance de moyen ; assurer la tranquillité du personnel ; sanctionner un individu<sup>27</sup>. En cas de conflit, le bien fondé de l'utilisation sera apprécié a posteriori par le juge.

---

<sup>25</sup> DEGENNE-RICHARD, C., FIARD, D., L'Hypostimulation Sensorielle : une réponse à la crise de l'adulte avec autisme / in Bulletin Scientifique de l'ARAPI, N°27 (juin 2011) p.57 à 63 ; CEAA. Procédure sur l'hypostimulation Sensorielle. 2012 ; CEAA. Mode opératoire sur le recours à l'hypostimulation sensorielle. 2012 ; CEAA. Imprimé Prescription mise en hypostimulation sensorielle. 2012 ; CEAA. Imprimé Suivi mise en hypostimulation sensorielle. 2012

<sup>26</sup> Pour ces motifs, il est possible de soutenir que la mise en place de lieux de calme retrait et d'apaisement justifiée par des considérations tenant à la santé et au bien être des personnes accompagnées serait approuvée par le juge, sous réserve naturellement de la preuve de ces considérations et de la démonstration du caractère proportionnée de la mesure décidée. [note juridique. GRANDJEAN POINSOT]

### 3. Principes et modalités de recours

L'Anesm a déjà fait référence dans 3 recommandations de bonnes pratiques professionnelles aux lieux de calme-retrait et d'apaisement ;

- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*, 2010
- *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. 2012. (recommandation conjointe avec la HAS)
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses*. 2008.

ANESM. *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou troubles envahissants du développement*. Saint-Denis : ANESM, 2010. p.34

« Trois principes communs guident ces recommandations concernant le recours à ces espaces :

- il doit rester une exception ;
- il doit s'inscrire dans la continuité de l'accompagnement de la personne ;
- il importe de garantir la sécurité de la personne.

Plus précisément, lorsque les établissements ont recours à ces lieux, il est recommandé de :

- mener au préalable une réflexion éthique collective ;
- encadrer la pratique par une procédure d'utilisation et des protocoles individualisés ;
- rendre accessible les règles de son utilisation aux personnes accompagnées, à l'aide de supports de communication adaptés à leurs capacités ;
- inscrire la procédure dans le projet d'établissement ;
- lors de son utilisation, informer la famille et/ou son représentant légal et joindre le protocole individualisé au projet personnalisé. »

Si le recours à ces lieux ne constitue pas une pratique généralisée, en revanche dans les cas où ils existent, leur utilisation nécessite d'être encadrée afin de réduire le risque de réponses inappropriées, pouvant s'inscrire dans un registre de maltraitance. Or aujourd'hui, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ne fournissent pas suffisamment de repères aux professionnels.

Aussi pour accompagner et soutenir les professionnels dans leur démarche de bientraitance, l'Anesm produira des recommandations **où seront décrites la succession des opérations à suivre lors de l'utilisation de ces lieux**, dans le respect de la dignité et des droits des personnes accompagnées.

L'analyse de la littérature et le cadre juridique n'ont pas confirmé la nécessité d'opérer une distinction spécifique entre adultes handicapés et enfants handicapés. C'est pourquoi, les recommandations concerneront les personnes handicapées nécessitant dans le cadre de leur accompagnement le besoin de recours à ces lieux. Un point de vigilance sera néanmoins apporté concernant l'information et les modalités d'association des représentants légaux.

## 4. Le questionnement abordé dans les recommandations

Les recommandations devront aborder les principes suivants :

- le respect de la dignité de la personne humaine : Le recours aux lieux de calme-retrait et d'apaisement doit toujours être guidé par la nécessité de préserver la dignité humaine de la personne, composante de l'ordre public à laquelle il n'est pas possible de déroger même avec l'accord de cette dernière.
- la recherche et le recueil du consentement de la personne (en fonction de la nature du handicap) et/ou de son représentant légal<sup>28</sup>
- l'information des personnes
- l'individualisation des accompagnements : Toute restriction à la liberté d'aller et venir, et par conséquent tout recours aux lieux de calme-retrait et d'apaisement doit toujours être individualisé et adapté à la situation spécifique de la personne.

Et les modalités suivantes nécessaires au recours :

- les prescriptions techniques
- la durée et la fréquence du recours à ces lieux
- les modalités de surveillance
- l'aménagement et l'architecture des lieux
- l'inscription de ces modalités dans le projet d'établissement
- La traçabilité, l'évaluation de la mise en œuvre

Les questions ci-dessous constituent un ensemble non-exhaustif de questions auquel le groupe de travail devra apporter des éléments de réponse.

### 4.1. L'inscription dans le projet d'établissement

- Au préalable, quand et comment l'établissement engage-t-il la réflexion éthique sur les principes en tension liberté et sécurité ? et sur l'éventualité d'avoir recours à ces lieux ?
- Comment associer l'ensemble des personnes accueillies, leurs familles et/ou les représentants légaux ?
- Comment mobiliser le CVS sur ces questions ?
- Comment associer les représentants du personnel et le cas échéant le CHSCT à cette réflexion ?
- Comment mobiliser les équipes lors de l'élaboration de la procédure ?
- .../...

---

<sup>28</sup> CNCDH. *Avis sur le consentement des personnes vulnérables*. Paris : CNCDH, 2015.

## **4.2. Prévenir le recours aux lieux de calme-retrait et d'apaisement**

La plupart des recommandations afférant à la prévention du recours à ces lieux figurera dans les recommandations « Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses ». Toutefois, le groupe de travail devra répondre aux questions suivantes :

- Comment identifier des signes avant-coureurs d'une « crise » pour la prévenir ?
- Quelles mesures préventives ou de remplacement mettre en place ?
- .../...

## **4.3. Le cadre procédurale**

- Quelles sont les étapes (processus) de la procédure individualisée ? Quel processus de décision ?
- Comment soutenir les professionnels ?
- Quelle organisation de l'équipe lors du recours à ces espaces ?
- Quelle gestion du groupe ?
- Quelle architecture et quels aménagements sont nécessaires pour garantir la sécurité des personnes dans le respect de la dignité humaine<sup>29</sup> ?
- Quelles sont les modalités de surveillance ?
- Comment rechercher et recueillir le consentement de la personne et/ou de son représentant légal lors du recours aux lieux de calme-retrait et d'apaisement ?
- Comment et à quel moment informer la personne et/ou son représentant légal ?
- Comment informer les autorités ? quel suivi ? Quelles modalités d'information ?
- .../...

## **4.4. Evaluation de la procédure et du recours aux lieux de calme-retrait et d'apaisement**

- Quel suivi effectuer ? dans le cadre du projet personnalisé ? dans le cadre du projet d'établissement ?
- Avec qui ?
- Comment faire le bilan individuel et collectif du recours à ces lieux ?
- Comment apprécier les effets du recours à ces lieux de calme-retrait et d'apaisement ?
- Quels effets sur les hospitalisations ?
- Quels effets pour les équipes ?
- Quels effets sur le nombre d'évènements indésirables ?
- Quelle traçabilité est opérée lors du recours à ce lieu ? Comment peut-on collecter des informations au moment du recours ? Avec quels outils ?
- .../....

---

<sup>29</sup> « Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. » (Constitution, art.23)

## 5. Livrables, méthode et calendrier

### 5.1. Livrables

- un document précisant les recommandations et modalités d'utilisation des lieux de calme-retrait et d'apaisement
- un document d'appui présentant les éléments du cadre juridique, de la recherche documentaire, les travaux complémentaires

### 5.2. Composition du groupe de travail

- Représentants les personnes et les familles
- Représentants les professionnels des établissements
- Représentants les professionnels de soins
- Représentants les institutions

### 5.3. Calendrier prévisionnel

**Il est impératif de rendre publique ces recommandations en même temps que les recommandations portant sur les comportements problèmes.**

Février – Juin 2015	Cadre juridique, analyse de la littérature
Juin – Juillet 2015	Présentation de la note de problématique aux instances BCOS COS CS
Septembre - octobre	Enquête qualitative et appel à contribution
Novembre– Février 2016	Groupes de travail GT1 GT2 GT3 GT4
Mars 2016	Groupe de cotation
Avril 2016	Recueil de l'avis du Défenseur des Droits Recueil de l'avis du contrôleur général des lieux de privation de liberté Groupe de lecture Relecture juridique
Mai-juin 2016	Présentation aux instances de l'Anesm BCOS COS CS

A l'issue de cette élaboration, il est proposé de tester sur une période variant de 12 à 18 mois la pertinence et la faisabilité de ces recommandations auprès d'établissements volontaires.

## **Annexe- La conduite des travaux**

### **Equipe projet Anesm :**

- Aline METAIS, responsable projet
- Sophie MONOKY, chef de projet
- Christiane JEAN-BART, responsable projet

### **Référent comité d'orientation stratégique :**

- Thierry NOUVEL, directeur général de l'UNAPEI
- Gilles GONNARD, Président de l'association AIRE

### **Référents conseil scientifique :**

- Marie-Paule MARTIN BLACHAIS
- Brigitte BOUQUET
- Marcel JAEGER

### **Liste des personnes contactées pour élaborer la note de problématique**

- Directeur général de l'UNAPEI
- Président de l'association AIRE
  
- CNSA
- DGCS
- CIH
  
- Directeur, Centre Ressources Autisme Nord-Pas-de-Calais
  
- Directrice MAS l'Archipel
- Directeur FAM L'orée du bois
- Directrice, Maison pour l'autisme
- Directeur du pôle de direction, MAS Les Genêts d'Or
  
- Médecin psychiatre, CHU de Niort et CEAA
- Neuropsychologue, MAS Les Genêts d'Or
  
- Equipe pluridisciplinaire, MAS L'Alter Ego
- Equipe pluridisciplinaire, IME Notre Ecole
- Psychologue FAM de la Lendemain
- Educatrice spécialisée, Centre Ressources Autisme
  
- Responsable qualité, ADAPEI

### **Liste des participants de la réunion parties prenantes (membres des instances de l'Anesm)**

- Michèle DRIOUX, administrateur UNAFAM
- Danièle LANGLOYS, présidente Autisme France
- Tiphaine LAGARDE, conseillère qualité FEGAPEI
- Thierry NOUVEL, directeur général UNAPEI
- Laurent PERAZZO, adjoint direction secteur social et médico-social FEHAP
- David DEREURE, directeur d'établissement, représentant la FHF
- Marcel HERAULT, président Sésame Autisme

## Annexe - Eléments de bibliographie

### Les mots clés :

Isolement ; lieu d'isolement ; lieu de « calme-retrait, d'apaisement » ; lieu d'apaisement ; agressivité ; violence ; handicap ; contention ; contenance ; bienveillance ; maltraitance ; liberté et sécurité ; garantie des droits ; crise ; comportements-problèmes ; respect de la dignité ; éthique ; architecture / dispositifs ; loi et réglementation ; thérapeutique ;

**Key words :** seclusion ; seclusion room ; disability ; aggression ; violent behavior ; crisis ; restraint ; well-treatment ; abuse or maltreatment ; challenging behavior ; guideline ; evidence-based practice ; freedom of movement ; security ; human dignity ; ethical approach

### *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*

ANAES : *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie.* juin 1998.

ANAES. *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de sécurité.* Conférence de consensus. 24 et 25 novembre 2004.

ANESM. *La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Saint-Denis : ANESM, 2008

ANESM. HAS. *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.* Mars 2012.

ANESM. *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses.* Saint-Denis : ANESM, 2008

ANESM. *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.* Saint-Denis : ANESM, 2008

ANESM. *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou troubles envahissants du développement.* Saint-Denis : ANESM, 2010

ANESM. *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service.* Saint-Denis : ANESM, 2010

ANESM. *Participation des majeures protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique.* Saint-Denis : ANESM, 2012

ANESM. *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.* Saint-Denis : ANESM, 2010

ANESM. *Expression, communication, participation et exercice citoyenneté. Qualité de vie en MAS et FAM volet 1.* Saint-Denis : ANESM, 2013

ANESM. *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée.* Saint-Denis : ANESM, 2013

ANESM. *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.* Saint-Denis : ANESM, 2009

HAS. *Comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales acquises avant l'âge de 2 ans : prévention et prise en charge.*

Recommandations, synthèse de la recommandation et argumentaires. Octobre 2014.

HAS. *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur.* Audition publique.

Texte des experts. Décembre 2010.

### *Guides pratiques*



Comité National de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées. *Gestion des risques de maltraitance en établissement*. Décembre 2008.

FHF, MACSF, DGOS, *Fiches REFLEXES sur la conduite à tenir dans des situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social*.

Conseil Général de l'Isère, Direction santé autonomie, CREA Rhône-Alpes. *Référentiel départemental de bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme*. Mai 2005. 40p.

FEGAPEI – GPS Autisme. *Solution d'accompagnement pour les personnes adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement*. Collection des Groupements de Priorités en Santé. 167p.

UNAPEI. Autisme. *Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : savoir-être et savoir-faire*. Mai 2013. 144p

### Articles

CANO N., BOYER L. Evolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et l'isolement. *L'information psychiatrique*, 2011/7 volume 87, p. 589-593

CANO N., BOYER L, GARNIER C et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *Encephale* 2011 ; 37 : S4-S10

COURTEIX, S., *Troubles envahissants du développement et rapports à l'espace*. Laboratoire d'Analyse des Formes – Ecole Nationale Supérieure d'Architecture de Lyon. Septembre 2009. 35p.

DEGENNE-RICHARD, C., FIARD, D., L'Hypostimulation Sensorielle : une réponse à la crise de l'adulte avec autisme / in *Bulletin Scientifique de l'ARAPI*, N°27 (juin 2011) p.57 à 63

DESROSIERS, J., L'encadrement législatif des mesures restrictives de liberté utilisées dans les centres de réadaptation pour jeunes : une occasion à saisir

DESROSIERS, J., Isolement et mesures disciplinaires dans les centres de réadaptation pour les jeunes, *Phare*, n°4, 2008.

DION, A., NADEAU-COSSETTE, A. L'intervention en environnement multisensoriel auprès des jeunes en difficulté. *Saviez-vous que*. 2010. n°6. pp.5-19.

GHABBAI P. Problématiques comportementales et psychopathologie dans les établissements sociaux et médico-sociaux. *Les Cahiers de l'Actif*. n°434/447 dans PROMETHEE revue de presse l'UDAFAM Savoie. Juillet-Août 2013.

LALANDE, F., LEPINE, C., *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*. Rapport Tome 1. IGAS. Mai 2011.

### Rapports, études

ALCIMED. Adaptation des organisations médico-sociales aux enjeux des troubles du comportement sévères. 17/02/2012.

AZEMA, B., CADENEL, A., LIONNET, P., MARABET, B., *Méthode d'observation et de relevé des offres de réponses aux personnes avec autisme/troubles envahissants du développement*. Etude réalisée pour la Direction Générale de la Cohésion Sociale. ANCREAI. 2011. 169p

BAGDADLI.A., RATTAZ. C., LEDESERT. B., *Etude des modalités d'accompagnement des personnes avec TED dans trois régions françaises*. Rapport à la demande de DGS, DGAS et CNSA (Mesure 28 du Plan Autisme), 41-42. 2011

*Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport 2013*. Éd. Dalloz, mars 2014, 396 p.

*Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport de visite : Centre hospitalier général de Niort (Deux-Sèvres) du 10 au 14 janvier 2011*. 2011. 94p

CREAI Rhône Alpes, *Processus de prévention et de gestion des situations de violences en institutions*. Décembre 2006. 100p.

Enquête ES de la DRESS 2010, *Etablissements et services pour adultes handicapés*. SERIE STATISTIQUES N°180. Mai 2013.

LACOUR, C., PALERMITI, F. *Rapport de recherche Liberté d'aller et venir en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Fondation Médéric Alzheimer. Septembre 2010. 32p.

MENDEZ, J.E. *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*. Rapport A/HRC/22/53. Genève: Haut Commissariat aux droits de l'Homme, 2013.

ORS CREA Languedoc Roussillon, étude portant sur les bonnes pratiques en matière de prévention et réponses aux expressions de violence en ITEP. Décembre 2013.

Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le CPT du 28 novembre au 10 décembre 2010. Avril 2012. Téléchargeable sur [le site du CPT](#).

### **Thèses, mémoires**

BLANCHET, V., *Le protocole vers une nouvelle rationalité en médecine ?* Master 1 de philosophie pratique, « éthique médicale et hospitalière » Université Paris Est. Septembre 2009. 33 p.

DEGENNE-RICHARD, C. *Evaluation de la symptomatologie sensorielle des personnes adultes avec autisme et incidence des particularités sensorielles sur l'émergence des troubles du comportement*. Thèse : Psychologie : Descartes-Sorbonne-Paris cité. 2014. 327p

DESROSIERS, J. *L'isolement, le retrait et l'arrêt d'agir dans les centres de réadaptation pour jeunes*. Thèse soumise à l'université McGill pour l'obtention d'un diplôme de doctorat en droit civil. 2004.

LEBAS, A., *Répondre aux passages à l'acte violents des jeunes accueillis en urgence. L'exemple du foyer de l'enfance de Vitry*. Mémoire de l'ENSP. 2002.

PALA, D., *La prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. Enjeux et perspectives à travers le cas du foyer François Constant*. Mémoire de l'ENSP. 2005.

### **Diaporamas et autres supports de communication**

CRA Nord Pas de Calais, *l'hypostimulation sensorielle, recours aux lieux de calme-retrait et apaisement*, diaporama

SFGG. *La contention et la liberté d'aller et venir... promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre du programme Mobiquat*.

ADAPEI 79. RECORDON, S., *Aménagement des structures : l'habitat des personnes autistes avec TED*. 38p.

### **Exemples de protocole**

Protocole sur les mesures contraignantes. Ecole Marie-Rivier. 2007-2008. Révision 2010.

Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux. *Protocole d'application sécuritaire des mesures de contrôle : contention et isolement*. Juin 2013.

CRA Alsace. *Protocole de prévention et de gestion des crises*. Réseau inter-établissement du Haut Rhin. 2008. 32p.

CEAA. *Procédure sur l'hypostimulation Sensorielle*. 2012

CEAA. *Mode opératoire sur le recours à l'hypostimulation sensorielle*. 2012.

CEAA. *Imprimé Prescription mise en hypostimulation sensorielle*. 2012

CEAA. *Imprimé Suivi mise en hypostimulation sensorielle*. 2012

## INTERNATIONAL

### Belgique

Délégué général des droits de l'enfant. Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. *Mesures de contention et/ou d'isolement : recommandations générales*. Février 2014.

### Irlande

GREVILLE, E., Inclusion des élèves à besoins éducatifs spéciaux dans les écoles en Irlande. 2009.  
Planning & Design Guidelines for Accommodation for Pupils with Special Educational Needs in Primary & Post Primary Schools Directives pour la Planification et la Conception d'Installations Destinées aux Élèves Ayant des Besoins Éducatifs Spéciaux dans les Établissements du primaire et du secondaire », document d'orientation technique 026

### Québec

Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec. *Ensemble pour s'en sortir et s'en défaire*. Réflexions et recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. Mai 2006.

Association des Hôpitaux du Québec. Cadre de référence. Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement. Édition révisée 2004.

Cours du Québec. Application de contention recours en dommages et intérêts. 18/06/2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2011). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement. Édition révisée. (QUEBEC)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.(2005). Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle - Matériel de contention : Évaluation de produits/ Guide pour la conception – Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement. (QUEBEC)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, DGSAP (QUEBEC)

Ministère de la santé et des services sociaux. Programme de formation, cahier du formateur, vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Bénéficiaires des services de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. 2010.

### Autres

Kristin Thuve Dahm ; Jan Odgaard-Jensen; Tunje Lossius Husum; Kari Ann Leiknes. Interventions for reducing coercion in mental health for adults : a systematic review and the impact of updating. Journal of brain Sciences, 2015 (Norvège)

Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of systemic reviews. 2012 (Finlande)

The national centre of mental health research, information and workforce development. Best practice in the reduction and elimination of seclusion and restraint Seclusion : time for change. 2008 (New – Zeland)

National Association of State Mental Health Program directors. Training curriculum for the reduction of seclusion and restraint. Alexandria : National Association of state mental Health Program directors. 2006 (Etats-Unis)