

Promouvoir une culture de la bientraitance et lutter contre la maltraitance

A La gestion de l'agressivité et des conflits

Dans le cadre de son activité, l'éducateur peut rencontrer des difficultés face auxquelles il doit être en capacité de prendre du recul. Les difficultés peuvent avoir des causes différentes. Le plus souvent, il s'agit de gérer des situations relationnelles difficiles, soit avec la personne accompagnée, soit avec sa famille, mais aussi entre professionnels. Le travailleur social doit avant tout s'efforcer de cerner les causes éventuelles des conflits afin de mieux les comprendre et les résoudre.

Nous pouvons définir le conflit comme « un choc, un heurt se produisant lorsque des éléments, des forces antagonistes entrent en contact et cherchent à s'évincer réciproquement ». Un conflit peut être toutefois productif et permettre l'échange d'idées, même si celles-ci s'opposent. Le plus souvent, c'est un mauvais climat relationnel qui rend la communication houleuse.

1 Respecter le besoin de calme de la personne agressive

Il s'agit en l'occurrence de respecter, en particulier chez une personne perçue comme agressive, son besoin de repos, de « repli sur soi » et d'isolement, tout ce qui lui permet précisément de faire revenir le calme, de réfléchir et de « faire le point ».

Ainsi, plusieurs membres d'une équipe autour d'une personne dans un état agressif renforcent la dimension anxiogène de la situation. Il sera préférable de permettre à cette personne de se retirer des interactions plutôt que de lui demander de se justifier sur-le-champ. Il est important dans certaines conditions de savoir différer son exigence éducative et de la calibrer, notamment si l'interaction risque d'amplifier des réactions indésirables chez autrui. Dans le cas présent, reprendre à froid un événement vécu avec une personne agressive sera tout indiqué. Ne pas lâcher ne veut pas dire en effet qu'il faille tout gérer dans l'urgence de l'instant.

2 Connaître les limites de sa fonction et celles des autres

L'un des facteurs de la cohésion d'une équipe professionnelle est la coopération entre ses membres. Pour que cette coopération soit effective, il est nécessaire que chacun sache ce qu'il doit faire et ce qui revient à l'autre.

3 Transmettre

Le travailleur social doit toujours informer le responsable du service et sa propre équipe (en réunion, par exemple) des situations conflictuelles auxquelles il a dû faire face et expliquer comment il les a gérées, même si ces événements semblent anodins ou réguliers. Certaines situations nécessitent aussi ponctuellement une procédure administrative ou judiciaire (en cas d'agression, d'insultes, de violences, etc.).

4 Solliciter soutien et prise en charge

Les collègues de travail et le responsable hiérarchique peuvent être une ressource pour le professionnel agressé. En effet, parler et se sentir soutenu et entouré atténue, voire compense en partie un événement subi. Cependant, selon la nature de l'agression, son intensité, sa fréquence et le contexte professionnel, une atteinte peut devenir traumatique et nécessiter une prise en charge par des professionnels : médecin du travail, cellule de traitement des chocs post-traumatiques, etc. Pour les cas les plus lourds, il s'agit de prises en charge à enclencher rapidement (sous quelques jours), sous peine que le traumatisme envahisse tout l'esprit et engendre des troubles (sommeil perturbé, cauchemars, angoisse diffuse, etc.).

5 Comprendre les causes des conflits

Il est difficile d'accepter les situations d'agressivité, voire de violence. Il est cependant possible d'en comprendre les causes et mécanismes, afin d'anticiper, d'adapter son comportement et sa réponse. Le professionnel veillera à observer et comprendre la psychologie de l'agresseur.

◆ Le schéma de l'« agressivité »

Les psychologues disent que, dans le schéma d'« agressivité », il s'agit d'une partie du moi qui se défend contre une autre partie du moi qui a peur, ou qui pourrait l'amener à souffrir.

◆ La peur, l'angoisse

Lors d'une agression (verbale ou physique), l'agresseur cherche à lutter contre des facteurs de peur ou d'angoisse. Pour l'usager, la maladie, le handicap ou l'approche de la mort sont des menaces et la violence qu'il manifeste marque son désarroi face à cette réalité qu'il ne peut maîtriser. Le professionnel doit aider la personne à formuler son « mal-être » de façon différente, au travers de son langage quotidien.

◆ La colère retournée contre soi

Plutôt que de reconnaître son agressivité et de l'assumer, l'agresseur « qui ne s'aime pas » retourne la violence contre lui, puis contre les autres (par exemple, on constate que certains agresseurs se rongent les ongles, se pincent les doigts, tapent du pied, frappent leur tête, insultent autrui ou l'agressent physiquement).

6 Les signaux précurseurs de l'agressivité

Le professionnel doit déceler chez son interlocuteur tous les signaux révélateurs d'une montée de l'agressivité, afin de la prévenir. Par exemple :

- démarche vive, bruits de talons ;
- froncement des sourcils ;
- durcissement du ton de la voix, jurons, etc. ;
- gestes brusques (claquement de porte, etc.).

Autant de signaux du langage non verbal qu'il faut savoir observer afin de solliciter rapidement un dialogue constructif avec la personne.

B Lutter contre la maltraitance

La maltraitance est un terme que, malheureusement, on entend trop souvent. Un certain nombre de scandales, en EHPAD, en crèches, dans l'aide sociale à l'enfance, dans des foyers et dans des familles, font régulièrement la une de nos journaux. À tel point qu'une journée internationale de la lutte contre la maltraitance a été créée par les Nations unies, le 15 juin. Son symbole est le ruban mauve.

En 2018, le gouvernement français crée la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Cette commission va travailler, entre autres, à une nouvelle définition légale de la maltraitance et à la rédaction en mars 2021 d'un « vocabulaire partagé sur la maltraitance » pour s'assurer que tout le monde comprenne bien de la même façon chacun des termes de cette définition.

Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences.

Ainsi, cette définition distingue sept formes de maltraitements :

- la maltraitance physique ;
- la maltraitance sexuelle ;
- la maltraitance psychologique ;
- la maltraitance matérielle et financière ;
- les négligences, abandons, privations ;
- les discriminations ;
- l'exposition à un environnement violent.

De même, cette définition vient déterminer les auteurs de la maltraitance : il ne peut y avoir maltraitance qu'au sein d'une relation « de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement ». De même, il est encore possible de classer les maltraitements selon les responsabilités engagées :

- maltraitance individuelle, quand l'auteur est une personne qui a posé un acte, une parole maltraitante ou qui n'a pas agi quand elle aurait dû le faire ;
- maltraitance collective, quand un groupe a posé ces actes, paroles ou manque. Le plus souvent il s'agit d'une équipe ;
- maltraitance institutionnelle, quand la maltraitance est systémique à l'institution, quand elle est dû à des protocoles dysfonctionnant, à des manques récurrents de personnel, à l'absence de formation des équipes, à un climat ambiant malsain...

Ces niveaux de responsabilité ne s'excluent pas : une maltraitance peut être à la fois individuelle et institutionnelle. Le caractère systémique de la maltraitance n'exclut pas la responsabilité des individus qui commettent les actes maltraitants ni celle de ceux qui en ont connaissance sans y participer.

En général, ces trois niveaux sont imbriqués. En effet, quand il y a un accompagnant qui est maltraitant à un moment donné, il y a un contexte qui a rendu possible cette maltraitance, voire parfois qui a créé les conditions où celle-ci devenait probable. La responsabilité individuelle de celui qui est l'auteur de maltraitance est clairement engagée, mais l'institution doit aussi se remettre en question dans son fonctionnement. De même, il y a une équipe autour de l'auteur : elle a pu voir les conditions de maltraitance arriver sans intervenir. Nous verrons dans le module suivant qu'il y a une période préalable aux situations de maltraitance qu'on appelle « la zone grise », l'équipe se doit de s'inquiéter quand elle perçoit des signes de cette période et intervenir. De même, si l'équipe, par solidarité avec un collègue ou par laxisme, ne dénonce pas des situations de maltraitance, elle devient complice de la maltraitance et chacun sera sanctionné en fonction de ce dont il a été témoin.

Enfin, dans cette définition, la victime de maltraitance est également précisée. Ce n'est pas tout le monde qui peut être victime de maltraitance ; c'est un délit qui caractérise une atteinte à une « personne en situation de vulnérabilité ». Ainsi, il arrive à des éducateurs de se plaindre qu'une personne accueillie particulièrement agressive, voire l'institution, est maltraitante à leur égard. C'est un abus de langage, pour caractériser des violences subies, il n'y a pas que le délit de maltraitance qui existe, il y a aussi ceux de « violence volontaire », de « harcèlement », de « coups et blessures »... La définition de la maltraitance est suffisamment précise pour permettre de distinguer ce délit des autres.

Si vous êtes témoins de maltraitance ou avez besoin de parler de situations sur lesquels vous avez des doutes, il existe deux numéros de téléphone :

- le 119 pour les maltraitements sur enfants ;
- le 3133 pour les adultes vulnérables (personnes handicapées ou personnes âgées).

Promouvoir une culture de la bientraitance

Le concept de bientraitance a émergé au début des années 2000 et a été renforcé par le plan « Opération bientraitance » lancé par le gouvernement français en 2009.

La bientraitance a pour finalité le bien-être de la personne vulnérable, dans le respect de son histoire, de ses droits et libertés, de sa dignité et de sa singularité.

La bientraitance n'est pas seulement le contraire ou la prévention de la maltraitance des personnes vulnérables. Elle est une démarche active que la Haute Autorité de santé définit comme « une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins, respectueuse de ses choix et de ses refus ».

La bientraitance se caractérise donc par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de l'accompagnement. Elle se construit par les échanges continus entre tous les professionnels d'une structure. Elle nécessite donc une communication entre les professionnels.

Cette démarche de concertation a pour objectif d'identifier l'accompagnement le meilleur possible pour la personne accompagnée. Toujours en gardant à l'esprit d'être vigilant à respecter les choix, la liberté, le bien-être psychique et physique et la justesse des besoins de la personne accompagnée (rythme de vie, goûts, autonomie).

Dans une recommandation publiée en 2008, par l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux)¹, la démarche de bientraitance est définie en cinq axes :

- le respect des droits, de la liberté et de la dignité de la personne accompagnée ;
- l'attitude positive d'écoute et d'attention vis-à-vis de la personne accompagnée ;
- la sollicitude, qui vise à rétablir une relation équilibrée au lieu d'instaurer une relation dominant/dominé ;
- le « prendre soin » plutôt que le « donner des soins » ;
- la lutte contre la maltraitance.

D La communication non violente

La communication non violente (CNV), est un cadre théorique et pratique, développé par Marshall B. Rosenberg², particulièrement utile pour améliorer les relations et gérer les conflits dans les équipes comme au sein de la relation éducative.

La CNV repose sur un processus en quatre étapes, applicable à la fois pour s'exprimer et pour écouter.

1. **Observer sans juger** : décrire les faits de manière objective, sans interprétation ni jugement. Conseils pour cette étape :
 - utiliser des verbes d'action et des faits observables ;
 - se demander : « Qu'ai-je vu/entendu qui a déclenché ma réaction ? »
2. **Exprimer ses ressentis** : nommer son émotion sans accuser l'autre. Conseils pour cette étape :
 - parler en « je », éviter le « tu » et le « on » ;
 - être honnête aussi vis-à-vis de soi-même.
3. **Identifier ses besoins** : lier le ressenti précédemment identifié à un besoin non satisfait. Les conseils pour cette étape sont les mêmes que pour la précédente.
4. **Formuler une demande claire** : exprimer une demande positive, concrète et réalisable, sans exigence. Conseils pour cette étape :
 - adoptez une formulation positive et concrète (plutôt que « Arrête d'être en retard », qui est trop général et accusateur, choisir une formulation comme : « Pourrais-tu arriver à 14h pour notre rendez-vous ? », qui est plus précis et orienté vers une action réalisable) ;
 - exprimer la demande comme une proposition (et non une exigence).

E Prendre soin de l'accompagnateur

Les professionnels de l'action sociale exercent souvent dans des conditions difficiles. Le manque de moyens, le turn-over, les tensions d'équipe, l'insuffisance de soutien hiérarchique, les pressions institutionnelles, l'exposition à la souffrance et à la violence, ou encore le manque de reconnaissance constituent des sources importantes de stress. Ces facteurs peuvent impacter la santé des éducateurs.

Comme d'autres professionnels, les travailleurs sociaux peuvent être touchés par le **syndrome d'épuisement professionnel**, mais ils appartiennent également aux professions exposées à une autre forme d'usure : la **fatigue compassionnelle**.

1. L'Anesm n'existe plus, ses missions ont été reprise par la Haute Autorité de santé.

2. Rosenberg M.B. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs), La découverte, 2004.

L'épuisement professionnel (burn-out)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le burn-out se manifeste par trois dimensions principales :

- ▶ sentiments d'épuisement ou de fatigue ;
- ▶ distance mentale accrue vis-à-vis du travail, attitudes négatives ou cyniques ;
- ▶ sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement.

Situation

Anne est éducatrice spécialisée dans un CHRS depuis sept ans. Depuis son arrivée, elle a connu de nombreux changements de direction et un fort turn-over. La nouvelle direction fait régulièrement appel à des intérimaires, mieux rémunérés qu'elle.

Anne se sent souvent seule pour porter les projets des personnes accompagnées, sans soutien. Les projets collectifs qu'elle tente de mettre en place sont fréquemment annulés pour répondre à des injonctions urgentes : rédaction de rapports, réunions, remplacements imprévus...

De nouveaux protocoles et logiciels ont été introduits ; Anne a l'impression de passer davantage de temps à « remplir des cases » qu'à accompagner les personnes, malgré leurs sollicitations. Les dossiers s'accumulent, elle travaille tard, se sent en contradiction avec ses valeurs professionnelles. Elle se sent fatiguée, vidée, devient plus froide dans certaines situations et doute désormais de ses compétences et de ses choix professionnels.

1 Le burn-out dans le modèle transactionnel du stress

L'OMS définit le burn-out comme « un syndrome résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès ».

Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (figure 8.1) définit le stress comme une réaction individuelle à une situation évaluée comme dépassant les capacités et ressources de la personne. Il repose sur deux étapes d'évaluation :

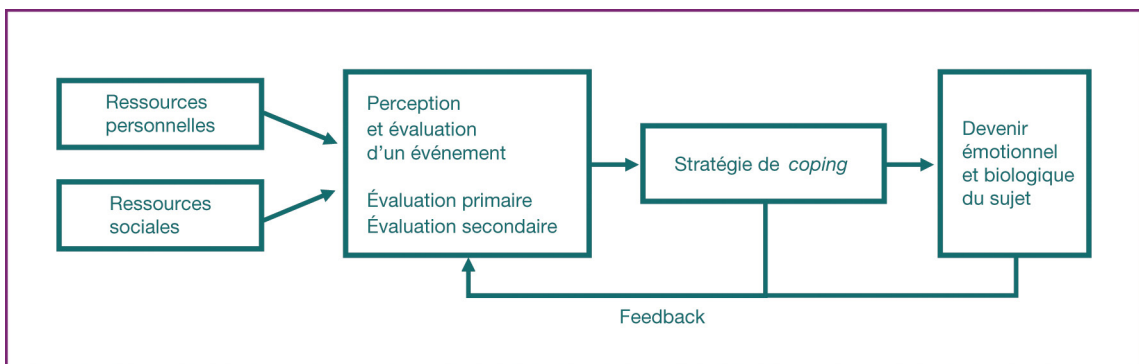


Fig. 8.1

Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984).

Source : Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.

1. **évaluation primaire** : la personne juge la nature de l'événement (menace, danger, défi, etc.) ;
2. **évaluation secondaire** : elle évalue ses ressources (compétences, soutien social, moyens, marges de manœuvre...).

Cette double évaluation détermine l'intensité du stress et oriente les **stratégies de coping** (stratégies d'adaptation).

Exemple

Une éducatrice se sent en difficulté face à un résident verbalement violent :

- **évaluation primaire** : elle perçoit la situation comme dangereuse ;
- **évaluation secondaire** : elle se sent dépassée, peu soutenue, pense ne pas avoir les ressources pour gérer ;
- **coping** : elle quitte la salle et s'isole pour prendre des calmants.

Si cette stratégie soulage à court terme, elle peut devenir une habitude dans des situations similaires, avec risque de dépendance. La boucle rétroactive du modèle transactionnel fait que l'efficacité (ou l'échec) d'une stratégie influence les évaluations futures. Une autre éducatrice, percevant davantage de soutien, aurait pu mobiliser le collectif plutôt que des calmants.

◆ Les risques psycho-sociaux dans le rapport Gollac

Le rapport Gollac distingue³ six grandes catégories de risques :

1. **intensité et temps de travail**. Exemple : dans une MECS, l'éducatrice travaille le soir pour rendre les rapports, est souvent interrompue et dépasse systématiquement ses horaires ;
2. **exigences émotionnelles**. Exemple : dans un ITEP, l'éducateur doit maîtriser ses émotions et ses réactions, face à des provocations violentes d'un jeune ;
3. **manque d'autonomie et de marges de manœuvre**. Exemple : dans un foyer d'hébergement, des projets sont annulés pour répondre à des urgences imposées ;
4. **rapports sociaux au travail dégradés**. Exemple : dans un SESSAD, le chef de service humilie en public certains membres de l'équipe ;
5. **conflits de valeurs**. Exemple : dans un IME, de nouveaux protocoles semblent nier la parole des enfants ;
6. **insécurité de la situation de travail**. Exemple : dans un CHRS avec beaucoup d'intérimaires, l'éducateur ne sait jamais qui sera là.

Les établissements doivent élaborer un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), qui recense les risques (dont les RPS) et propose un plan d'action.

◆ Les trois niveaux de prévention

- **Prévention primaire** : agir en amont, avant l'apparition du risque. Exemple : définir un effectif minimum pour éviter la surcharge de travail.
- **Prévention secondaire** : agir sur les effets des risques déjà présents. Exemple : achat de matériel adapté après des plaintes pour douleurs dorsales.
- **Prévention tertiaire** : agir lorsque le dommage est avéré. Exemple : aménagement de poste après un burn-out.

Selon Yves Clot⁴, les organisations se limitent trop souvent à une approche « hygiéniste », focalisée sur la suppression des risques primaires. Ce modèle « contribue à la fragmentation des collectifs en enta-

3. Gollac M., Bodier M. Mesurer les facteurs psycho-sociaux de risque au travail pour les maîtriser (Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des RPS). Ministère du Travail, 2011. Disponible en ligne : <https://www.sante-travail-fp.fr/sites/default/files/2019-02/rapport%20GOLLAC.pdf>.

4. Clot Y. Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psycho-sociaux, La Découverte, 2015, p. 121-123.

mant les possibilités qu'ont les professionnels de se reconnaître dans ce qu'ils font. [...] La prise en charge "psychologique" des travailleurs par autrui se substitue alors à la prise en charge par ces mêmes travailleurs de leur métier et, plus largement, de la discussion sur la qualité du travail : une reconnaissance peut en chasser une autre. C'est massivement le cas aujourd'hui ». Autrement dit, la prévention passe aussi par le collectif et la discussion sur le travail ; sans cela, elle reste partielle et peu efficace.

2 Fatigue compassionnelle

Au-delà du burn-out, les éducateurs peuvent être touchés par la fatigue compassionnelle (ou « usure de compassion »). Les travailleurs sociaux sont confrontés à des récits et des situations marquantes : violences, exil, décès, traumatismes... Ces expériences résonnent émotionnellement et peuvent être « ramenées à la maison », générant impuissance, colère, culpabilité ou tristesse. Les premiers travaux sont attribués à la nurse américaine Carla Joinson (1992), puis approfondis par Charles Figley, qui conceptualise la *compassion fatigue*.

Principaux facteurs

- Exposition prolongée à la souffrance.
- Antécédents personnels de traumatismes.
- Déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.
- Absence de stratégies de *coping*.
- Manque de soutien.
- Charge de travail excessive.
- Manque de formation aux situations traumatiques.

Symptômes typiques

- Épuisement émotionnel.
- Diminution de l'empathie.
- Attitudes négatives envers les usagers ou collègues.
- Perte de sens et d'efficacité.
- Absentéisme.
- Sommeil perturbé, anxiété, dépression.
- Douleurs, tensions, troubles digestifs.
- Modification pessimiste des croyances.

Il est souvent difficile de repérer ces symptômes, car l'une des conséquences directes est... l'isolement.

Situation

Pascal travaille dans un CADA. Depuis des années, il écoute quotidiennement des récits de torture, de fuite, de perte d'enfants. Lorsqu'il tente d'en parler à ses collègues, il ne se sent pas entendu. La charge de travail augmente et il n'a plus d'espace pour déposer son vécu.

Il développe des troubles du sommeil, appréhende chaque nouvel entretien, s'absente parfois lors d'accueils difficiles. Il modifie sa manière d'accompagner : il pose mécaniquement des questions derrière son ordinateur, remet plus souvent en question la parole des personnes et le travail des collègues. Progressivement, il se dit que son métier n'a « plus aucun sens ».