

# Améliorer la gestion des situations complexes dans le domaine du handicap : représentations, pratiques et postures professionnelles

**Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**

## RESPONSABLES

Lautaro Diaz (CHUV-SPDM)

Morgane Kuehni (HETSL | HES-SO)

## ÉQUIPE DE RECHERCHE

Laurent Bovey (HEP-Vaud)

Toni Cerrone (HETSL | HES-SO)

Vincent Guinchat (CHUV-SPDM)

Maude Reitz (HETSL | HES-SO)

Jenny Ros (HETSL | HES-SO)

Livia Velpry (CERMES3-CNRS)

MAI 2021

## TABLE DES MATIERES

---

<b>Table des matières</b> .....	<b>3</b>
<b>Préambule</b> .....	<b>5</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Notions clés et questionnement</b> .....	<b>11</b>
2.1 Manque de repères et d'outils pour la gestion physique des crises comportementales et sentiment d'insécurité des professionnel·le·s .....	13
2.2 Dilemmes éthiques.....	14
2.3 Manque d'espace de délibération.....	15
2.4 Face à ces constats : quels enjeux en matière de formation ?.....	15
<b>3 Aspects méthodologiques</b> .....	<b>19</b>
3.1 Recueil d'informations préalables sur les formations dispensées dans les trois institutions partenaires.....	19
3.2 Formation Prévention et gestion des crises comportementales auprès de trois équipes éducatives.....	19
3.3 Focus groups .....	20
3.4 Récolte de données quantitatives.....	23
<b>4 Les différentes formations à la gestion de crise et de la violence</b> .....	<b>25</b>
4.1 Formations proposées aux collaborateurs et collaboratrices des institutions partenaires .....	25
4.2 Formation « Prévention et gestion des crises comportementales .....	28
<b>5 Analyse des focus groups</b> .....	<b>31</b>
5.1 Dire et qualifier la violence .....	31
5.1.1 <i>La violence physique</i> .....	31
5.1.2 <i>Les coups blessent, les cris usent et l'enfermement questionne</i> .....	32
5.1.3 <i>Être ou ne pas être « préparé·e·s » aux situations de violence</i> .....	34
5.2 Faire face aux situations de violence.....	36
5.2.1 <i>Anticiper la crise, éviter la violence physique : adapter l'interaction</i> .....	36
5.2.2 <i>Compétences et ressources mobilisées en situation de crise</i> .....	42
5.2.3 <i>Quand la crise engage le corps</i> .....	45
5.3 L'après-crise et la documentation des situations .....	48
5.3.1 <i>Signaler ou non les crises</i> .....	48
5.3.2 <i>Documenter les situations pour analyser, comprendre, évaluer et transmettre des informations</i> .....	50
5.3.3 <i>Éthique et dilemmes professionnels : la question de la responsabilité</i> .....	51
5.3.4 <i>Tensions interprofessionnelles et « patates chaudes »</i> .....	53

5.4	La formation Prévention et gestion des crises comportementales de la SPDM .....	54
5.4.1	<i>Points forts de la formation</i> .....	54
5.4.2	<i>Limites de la formation et pistes d'amélioration</i> .....	58
5.4.3	<i>Synthèse</i> .....	60
<b>6</b>	<b>Recommandations</b> .....	<b>63</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>69</b>
	<b>Annexes</b> .....	<b>75</b>
	Annexe 1 : Présentation de la formation de la SPDM sur la gestion des crises comportementales.....	75
1.	<i>Présentation</i> .....	75
2.	<i>Contexte</i> .....	75
3.	<i>Cadre conceptuel de la formation et stratégie d'intervention : s'inscrire dans une logique de soin</i> .....	78
4.	<i>Déroulement de la formation</i> .....	82
5.	<i>Conclusion</i> .....	83
	Annexe 2 : Version complète du tableau des formations.....	84

## PREAMBULE

---

Le présent rapport est le fruit d'une recherche-action menée entre juin 2020 et avril 2021 par une équipe interdisciplinaire (psychiatres, éducateurs et éducatrices sociales, psychologues et sociologues) réunissant quatre institutions : *Lautaro Diaz, Vincent Guinchat, Arnaud Ayrinhac, Sarah Peverelli* (CHUV – SPDM), *Morgane Kuehni, Maude Reitz, Toni Cerrone et Jenny Ros* (Haute école de travail social de Lausanne – HES-SO) ; *Livia Velpry* (Cermes3 – CNRS) ; *Laurent Bovey* (HEP-Vaud).

La recherche a été réalisée en partenariat avec trois grandes institutions vaudoises accueillant des personnes en situation de handicap : la fondation Eben-Hézer Lausanne, l'institution de Lavigny et la fondation Perceval.

Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et de la Fondation Next.

## REMERCIEMENTS

---

L'équipe de recherche remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont rendu cette recherche possible dans un contexte sanitaire compliqué :

- Les éducateurs et éducatrices qui ont participé aux focus groups et qui ont partagé leur quotidien professionnel et leurs préoccupations avec une grande générosité et ouverture.
- Les Directions des trois institutions partenaires, les responsables des secteurs éducatifs et les responsables de formation qui ont fait un effort conséquent d'organisation pour rendre l'accès à la formation *Prévention à la gestion des crises comportementales* de la SPDM possible en libérant les équipes éducatives et qui ont encouragé les éducateurs et éducatrices à participer à cette recherche.
- La DGCS qui a financé cette recherche
- La Fondation Next qui a financé cette recherche

## 1 INTRODUCTION

---

Cette recherche est le fruit d'un travail participatif et collaboratif réunissant des chercheur·e·s en sciences humaines et sociales et des professionnel·le·s du travail social autour d'un objectif commun : l'amélioration de la gestion des situations complexes, en particulier des situations de violence, dans le domaine du handicap. Depuis une vingtaine d'années, la littérature spécialisée a largement documenté les répercussions des situations complexes et/ou des comportements défis sur les équipes éducatives (Lambert, 2003 ; Lambrechts et al., 2008 ; Cudré-Mauroux, 2012). Les recherches ont démontré les dommages physiques tels que le risque de blessure, les dommages psychologiques tels que le stress et le *burn-out* (Howard et al., 2009 ; Hastings & Brown, 2002), ainsi que les impacts négatifs sur les conditions de travail (*turn over*, absentéisme). Les effets sont particulièrement documentés sur les professionnel·le·s, mais la littérature met également en avant le fait que le sentiment d'insécurité au travail débouche sur des situations d'évitement des personnes agressives et a un effet important sur la qualité du service délivré auprès des personnes accompagnées (Bigwood & Crowe, 2008 ; Diaz et al., 2018 ; Lanctôt & Guay, 2014 ; Souli et al., 2018). Ces questionnements s'inscrivent dans un contexte plus large de réflexions sur la violence au travail (Moreau et al., 2010), auxquelles sont particulièrement exposé·e·s les professionnel·le·s de la santé et du social (Groleau & Da Silva Guerreiro, 2019 ; Harris & Leather, 2011 ; Winstanley & Hales, 2008).

Notre enquête propose de faire un pas de côté par rapport à cette littérature. Notre objectif n'est pas de déterminer quelles sont les violences subies par le personnel éducatif, leurs fréquences ou leurs répercussions en termes de risques psychosociaux, ni de proposer un outil d'évaluation du risque. Notre ambition est plus modeste : nous proposons de documenter la manière dont les éducateurs et les éducatrices font face aux crises et aux épisodes de violence des personnes avec une déficience intellectuelle dans les établissements socio-éducatifs vaudois. Quelles sont les situations de crise les plus marquantes pour les éducateurs et les éducatrices ? Quelles sont les pratiques, les gestes et les techniques utilisés pour y faire face ? Quelles sont les ressources sur lesquelles s'appuient les professionnel·le·s au quotidien ? Sont-elles suffisantes ? De quoi les professionnel·le·s auraient-ils et elles besoin pour développer un accompagnement adapté dans ces situations ? Ce questionnement émane de différents constats établis dans les pratiques de travail et les recherches antérieures des personnes signataires du présent rapport (Diaz et al., 2018 ; Kuehni et al., 2017 ; Kuehni & Bovey, 2017 ; 2018 ; 2019 ; Velpry, 2018a ; 2018b ; Velpry & Vidal-Naquet, 2019 ; Velpry, Vidal-Naquet & Eyraud, 2018). De manière schématique, nous les résumons ici en trois points : 1) un manque de repères et d'outils pour la gestion des crises comportementales et un sentiment d'insécurité des professionnel·le·s lorsqu'ils et elles pratiquent la contention physique, et ce alors même que se développe et se renforce la réglementation des pratiques de contention ; 2) l'importance des dilemmes éthiques vécus par les professionnel·le·s qui accompagnent des personnes avec des comportements défis ; 3) un manque d'espaces de

délibération professionnelle sur les pratiques, qui permettrait notamment un travail d'élaboration sur les modalités de l'engagement physique dans l'accompagnement.

Notre projet de recherche a été conçu comme une recherche-action (Catroux, 2002). Alliant les chercheur·e·s et les professionnel·e·s autour de la gestion des situations de crise, cette recherche vise à initier une réflexion collective sur le contexte d'intervention et à élaborer un processus concerté de transformation des pratiques. Le dispositif de recherche repose sur deux volets distincts et complémentaires. Le premier volet consiste à former des équipes éducatives à la *Prévention et la gestion des crises comportementales*, formation dispensée par la Section de psychiatrie du développement mental (SPDM). Cette formation, détaillée dans l'annexe 1 du présent rapport, propose des outils concrets pour identifier les signes précurseurs, prévenir les crises et favoriser un apaisement du comportement de la personne. Elle articule une dimension théorique et une dimension pratique, sous forme d'exercices physiques, comprenant les gestes à poser pendant et après la crise, les gestes de déplacement, la contention manuelle et la sécurité personnelle notamment (Diaz et al., 2018).

Le second volet du projet de recherche mobilise une démarche de recherche qualitative : la réalisation de *focus groups* réunissant des professionnel·le·s des trois institutions partenaires du projet : la fondation Eben-Hézer Lausanne, l'institution de Lavigny et la fondation Perceval. Cette méthode d'entretien de groupe favorise la discussion collective et permet de collecter des informations sur l'opinion, les représentations ou le vécu concernant des thématiques précises (Krueger & Casey, 2009). Ce dispositif d'enquête a été mis en place pour que les professionnel·le·s d'institutions différentes puissent échanger sur leurs représentations et leurs pratiques de gestion de crise ou encore sur leurs besoins, mais aussi parce que le *focus group* offre un espace d'échange collectif pour travailler à l'élaboration d'une culture professionnelle commune.

Tel qu'initialement formulé, notre dispositif d'enquête visait trois objectifs :

- 1) analyser les représentations, postures et pratiques des professionnel·le·s dans la gestion des situations complexes ;
- 2) comprendre les effets de la formation à la gestion des crises ;
- 3) identifier les modalités d'appropriation de la formation à la *Prévention et la gestion des crises comportementales* au sein des équipes éducatives vaudoises, notamment en termes d'émergence d'une culture professionnelle commune.

En complément à ces deux volets de recherche, l'équipe a recueilli des informations sur les formations dispensées dans les trois établissements socio-éducatifs partenaires du projet et a fait circuler un questionnaire auprès des éducateurs et éducatrices. L'équipe a travaillé dans un contexte bouleversé par la pandémie de COVID-19. En conséquence, le projet a subi quelques retards et aménagements sur lesquels nous reviendrons dans la partie méthodologie.

Le présent rapport est structuré de la manière suivante : la seconde section revient sur certaines notions clés mobilisées dans le projet et présente le questionnement sous-jacent à la démarche d'enquête ; la troisième section présente la méthodologie de la recherche, la

quatrième livre une synthèse des formations mobilisées ces dernières années dans les trois institutions socio-éducatives partenaires du projet et la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* ; la quatrième section présente une analyse thématique des *focus groups* ; la cinquième propose des recommandations.

## 2 NOTIONS CLES ET QUESTIONNEMENT

---

La thématique des situations complexes dans le domaine du handicap a émergé il y a une vingtaine d'années et fait généralement référence à un double diagnostic : déficience intellectuelle et comorbidités associées, telles que troubles envahissants du développement (troubles du spectre de l'autisme) (Commission cantonale, 2013 ; Guinchat et al., 2015). Certain-e-s auteur-e-s proposent des définitions qui intègrent d'autres aspects que le diagnostic médical. Selon Barreyre et al. (2013) par exemple, la complexité désigne autant l'intrication et la sévérité des difficultés rencontrées par les personnes que la complexité de l'évaluation des besoins par les professionnel-le-s et la mise en œuvre de stratégies d'intervention globales adaptées. Selon Velpy (2018a), l'originalité de la catégorie « situation complexe » est de reposer sur une caractérisation des situations, plutôt que des personnes elles-mêmes. Du point de vue des professionnel-le-s, ces situations se caractérisent par un fort degré d'incertitude sur l'intervention adéquate et d'imprévisibilité, car il n'existe ni prescription (ou solution préétablie) ni possibilité d'appliquer mécaniquement des savoirs préexistants pour y faire face (Kuehni et al., 2018). Dans ce sens, les situations complexes posent de véritables défis, tant du point de vue organisationnel (fonctionnement des structures d'accueil et nature des services permettant de répondre aux besoins de la personne), que du point de vue professionnel pour les équipes éducatives qui accompagnent les personnes au quotidien.

Dans les institutions, les professionnel-le-s utilisent aujourd'hui fréquemment la notion de comportements-défis ou de comportements problèmes. Ces notions remplacent les termes de troubles graves du comportement ou de difficultés comportementales sévères, auparavant utilisés pour caractériser les conduites des personnes présentant des déficiences : formes d'autoagressivité et/ou d'hétéroagressivité, conduites d'autostimulation pouvant entraîner des séquelles irréversibles, stéréotypies verbales et/ou motrices excessives, épisodes de destruction matérielle et toute autre conduite socialement problématique, telle que les cris, les « désinhibitions excessives » (Willaye & Magerotte, 2008). Cette notion de « comportement-défis » apparaît dans les années 2000 dans la littérature scientifique francophone avant de se constituer comme catégorie de l'action publique dans le champ du handicap. Selon Willaye et Magerotte (2008), la définition d'Éric Emerson ferait aujourd'hui autorité dans la littérature anglo-saxonne, mais également francophone : « comportement culturellement anormal d'une telle intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou des autres est susceptible d'être mise en péril, ou un comportement qui est susceptible de limiter l'accès de la personne aux équipements communautaires ordinaires ou de résulter en un refus de l'accès de la personne à ces équipements » (Emerson & Einfeld, 2016, p.15). Selon Tassé et al. (2010), la notion de comportement défi recoupe également des réalités différentes selon l'origine (somatique, psychoéducative, environnementale), la nature, les mécanismes d'apparition ou l'intensité du comportement. En France, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM, 2016)

caractérise les comportements-problèmes par leurs manifestations, leurs intensité, fréquence et durée et leurs répercussions sur la qualité de vie des personnes et l'intégrité physique des professionnel-le-s.

Plusieurs auteur-e-s (Hastings, 1997 ; Lambert, 2002) relèvent que l'identification d'un comportement défi ou comportement problème dépend également du jugement, des croyances, des valeurs et des attentes de la personne qui s'y trouve confrontée. Ces comportements ont toutefois en commun d'être « dérangeants » ou « inadaptés » dans les milieux dans lesquels ils se produisent (Lacau et al., 2018, p. 3). Les auteurs relèvent par ailleurs que ces types de comportements « sont difficilement gérés dans les établissements médico-sociaux », car peu de stratégies sont réellement efficaces pour les faire disparaître ou les diminuer. Le rapport de l'ANESM (2016) évoque des pistes pour prévenir l'apparition de certains troubles du comportement : travailler sur les conditions de l'environnement, reconnaître les compétences de la personne et pas uniquement ses problèmes, développer des moyens de communication (reconnaître l'expression de la douleur, par exemple), apprendre à repérer les signes précurseurs pour empêcher l'aggravation de certaines manifestations comportementales (observer selon une grille précise ou une échelle de sévérité, par exemple), réduire ou supprimer la récurrence et la chronicité des comportements en maintenant le contact avec la personne surtout pendant et après des épisodes de violence. Le rapport de la recherche-action mené par le réseau Lucioles (Lacau et al., 2018) présente également d'autres pistes à partir d'études de cas minutieuses qui visent à identifier la cause des comportements défis, mais aussi à dresser une liste des solutions pertinentes mobilisées par les professionnel-le-s et par les proches. En introduction de leur rapport de recherche, les auteurs relèvent toutefois les difficultés inhérentes à ce type d'accompagnement et soulignent que les professionnel-le-s sont parfois amené-e-s à prescrire des psychotropes, à « mettre en sécurité » les personnes à l'hôpital psychiatrique ou à utiliser la contention physique. Du côté des associations de défense des personnes en situation de handicap, Messer (2018) relève le peu de stimulations et de moments de plaisir dans le quotidien des personnes avec autisme au sein des institutions. L'environnement est un élément essentiel dans l'appréhension des comportements défis : non seulement il participe à leur émergence, mais il offre plus ou moins de possibilités d'y répondre de façon adaptée. Diaz et al. (2018, p. 26) ont par ailleurs montré que les situations problématiques cristallisaient souvent un ensemble de dysfonctionnements institutionnels, amenant les équipes à rejeter certain-e-s patient-e-s et alimentant les réticences à les reprendre suite à une hospitalisation par exemple.

Dans le contexte vaudois, les équipes qui travaillent au quotidien avec des situations complexes se disent parfois « impuissantes » pour accompagner des résident-e-s avec des troubles sévères du comportement et vivent comme un « échec » le recours à la médication ou à l'hôpital psychiatrique (Kuehni et al., 2018). La réalité de ce sentiment d'impuissance ne saurait toutefois masquer tout ce qui est entrepris pour « faire face » aux situations de crise et la panoplie des stratégies, des gestes et des techniques mobilisées au quotidien par les professionnel-le-s et par les équipes éducatives. L'objectif de cette recherche est donc de documenter et de mettre en commun les « manières de faire face » mises en œuvre par les professionnel-le-s, non pas à partir d'une analyse de cas des personnes accompagnées, mais

grâce à l'échange des pratiques et la confrontation des discours. L'enjeu nous paraît d'autant plus crucial que, comme nous l'avons souligné en introduction, les professionnel-le-s ont peu d'espaces d'échange autour de ces situations de crise.

Nous revenons maintenant sur les trois constats qui sous-tendent notre questionnement.

## **2.1 Manque de repères et d'outils pour la gestion physique des crises comportementales et sentiment d'insécurité des professionnel-le-s**

---

Nos travaux antérieurs pointaient l'inconfort des équipes éducatives concernant les pratiques de gestion physique ou les techniques de limitation des mouvements (ou encore les corps-à-corps entre éducateurs ou éducatrices et résident-e-s). Cet inconfort relève certes d'un manque de formation (nous y reviendrons largement), mais il doit aussi être rattaché à l'évolution du cadre réglementaire concernant les mesures de contrainte<sup>1</sup> et au cas particulier de la contention physique. Une mesure de contrainte est définie comme toute mesure appliquée à l'insu de la personne handicapée ou en grandes difficultés sociales ou contre sa volonté, et qui restreint sa liberté personnelle. Dans le contexte vaudois, les mesures de contraintes font l'objet de directives et de protocoles<sup>2</sup> qui précisent les mesures à vérifier avant le recours à toute mesure de contrainte. Dans ces documents, la contention physique ne fait pas l'objet d'une attention spécifique contrairement aux mesures d'isolement, d'attachement ou les chambres de contention. Toutefois, les techniques de limitation de mouvement ou la contention physique sont utilisées dans différentes institutions de soin et d'accompagnement, où elles tendent à être invisibilisées. Ces dernières années, les conditions et modalités de l'usage de la contention physique ont fait l'objet d'un encadrement croissant, notamment en psychiatrie (Velpry et al., 2018). Cependant, de grandes zones de flou persistent. Cet état de

---

<sup>1</sup> Suite aux dénonciations des contentions abusives au début des années 2000 dans le canton de Vaud, les transformations de l'intervention socio-éducative dans le domaine du handicap ont été nombreuses (Messer & Scholder, 2015). L'action pressante des associations obligera l'État de Vaud à revoir en profondeur les lois et règlements régissant l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans les institutions socio-éducatives, en particulier les mesures de contrainte (mécaniques et topologiques), qui ne sont alors pas légiférées. Outre une nouvelle loi portant sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap (LAIH, 2004), la réforme du secteur socio-sanitaire mise en place par l'État en 2006 comporte trois mesures principales : la mise sur pied d'une instance de surveillance des établissements, le « contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux » (le CIVESS) qui mène des inspections à l'improviste dans les établissements socio-éducatifs, l'instauration d'un Comité de révision des mesures de contraintes (CoRev) qui évalue le bien-fondé des mesures de contrainte, le développement d'une section spécialisée dans les troubles psychiatriques liés au handicap mental (la Section de psychiatrie du développement mental - SPDM), mise sur pied pour accompagner les équipes éducatives sur le terrain et pour accueillir les personnes hospitalisées en milieu psychiatrique.

<sup>2</sup> Directives et Canevas de protocole « Établissement spécialisé et mesures de contraintes » du 21 mai 2013 du Département de la santé et de l'action sociale ou le chapitre concernant les mesures de contention et les traitements sans consentement du document « L'essentiel sur les droits des patients ». Les documents se trouvent en ligne : [https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante\\_social/handicaps/fichiers\\_pdf/Directives\\_mesures\\_de\\_contrainte\\_vis%C3%A9es\\_Chef\\_DSAS\\_1er\\_juin\\_2017.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/handicaps/fichiers_pdf/Directives_mesures_de_contrainte_vis%C3%A9es_Chef_DSAS_1er_juin_2017.pdf), [https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante/Organisation/Information\\_en\\_sante\\_publicue/DDP\\_web.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Organisation/Information_en_sante_publicue/DDP_web.pdf)

fait n'est pas spécifique au domaine du handicap et a été documenté auprès d'autres publics, notamment des jeunes (Association jeunesse et droit, 2011 ; Charles, 2019 ; Laloye, 2015 ; Lecaplain, 2009) ou des personnes âgées (Lechevalier Hurard, 2013 ; 2018). Dans le contexte psychogériatrique, Lechevalier Hurard (2013, p. 288) qualifie la contention physique de formes de contraintes « interstitielles », « étant donné leur caractère peu réglementé et la discrétion avec laquelle elles sont mises en œuvre ». Dans les foyers, Laloye (2015) souligne qu'il n'existe pas de cadre réglementaire pour la contention physique, alors qu'elle peut être interprétée comme une restriction de liberté et peut soulever la question de la responsabilité pénale pour les professionnel-le-s. L'auteure liste par ailleurs toute une série de questions : où apprend-on cette technicité particulière ? Sur quels critères évaluer la nécessité d'une contention physique ? Comment évaluer ses effets ? Comment ne pas sombrer dans le risque de la contention abusive ?

Les professionnel-le-s comme les chercheur-e-s qui travaillent sur cette question soulignent la complexité relative à l'évaluation et à la détermination des pratiques abusives (Petitpierre et al., 2013). Selon Christen et al. (2005, p147-148), la finesse de la limite entre guidance, contenance, contention et contrainte ou entre contention et violence met en exergue une différence « dans les représentations qui habitent l'acteur et conditionnent son attitude émotionnelle dans l'action (sous l'emprise de la colère ou motivé à le protéger) ». Cette limite, parce qu'elle est difficilement formalisable, pose particulièrement question aux professionnel-le-s dans un contexte où le cadre réglementaire et les pratiques de contrôle visent à promouvoir les pratiques non contraignantes. Lorsque les professionnel-le-s gèrent les situations de crise au moyen de techniques de limitation de mouvement ou de contention physique, ils et elles sont par ailleurs aux prises avec des paradoxes importants : le devoir d'accompagnement bienveillant et la restriction de liberté ; le devoir d'assurer la sécurité des bénéficiaires et le respect de l'autodétermination des individus. Ces paradoxes interrogent et influencent fortement leurs pratiques et leurs postures professionnelles.

## 2.2 Dilemmes éthiques

---

Si les processus de formalisation des règles qui encadrent les pratiques d'aide, de soin et d'accueil des personnes vulnérables cherchent de prime abord « à renforcer la sécurité juridique tant pour les professionnels que pour les usagers » (Velpry, Vidal-Naquet & Eyraud, 2018, p. 120), ce cadre n'est toutefois pas toujours suffisant pour garantir « la justesse » des décisions et des pratiques en situation. Les professionnel-le-s font face à de nombreux dilemmes éthiques notamment lorsqu'ils et elles doivent arbitrer entre des impératifs de protection et des impératifs de liberté des résident-e-s (Velpry & Vidal-Naquet, 2018) ; lorsqu'ils et elles doivent choisir entre un accompagnement individualisé ou collectif, entre se protéger, protéger les autres résident-e-s ou protéger la personne accompagnée, etc. (Kuehni & Bovey, 2017 ; Kuehni et al., 2018). Ces situations constituent des dilemmes éthiques, car elles confrontent les professionnel-le-s à des choix dont aucun n'est satisfaisant : « quelle que soit l'action choisie, elle pose problème ou elle constitue une infraction à un autre devoir » (Bouquet, 2012, p. 76).

Les comportements-défis et plus généralement les situations de crise placent ainsi les professionnel-le-s dans leur intervention, devant des responsabilités importantes. Nous reviendrons plus loin sur cette question, retenons toutefois qu'à un niveau général, l'accompagnement de ces situations oblige parfois à concilier des impératifs divers et parfois contradictoires et pose spécifiquement des questions d'ordre éthique parce que les interventions entrent parfois en tension avec les valeurs de respect, de liberté, de sollicitude, de bientraitance qui fondent l'accompagnement des professionnel-le-s et qui nourrissent leur professionnalité. En conséquence, ces dilemmes débouchent parfois sur de la souffrance au travail, des sentiments de honte et de culpabilité qui méritent une attention particulière (Melchior, 2011).

### **2.3 Manque d'espace de délibération**

---

Le troisième et dernier point concerne le peu d'espaces de débat collectif dans une pratique pourtant habituée aux colloques, à la supervision, à l'intervision ou encore à l'analyse de pratique. Les situations de crise, mais aussi les actes de contention physique sont éprouvants physiquement et émotionnellement pour les professionnel-le-s. Ils peuvent fragiliser leur sentiment de compétence professionnelle et les obligent à interroger les processus et mécanismes qui ont conduit à ces situations et le sens de leurs interventions, afin d'inscrire la situation de crise et sa réponse dans le fonctionnement de l'équipe. Pour la plupart des professionnel-le-s, il n'est pas toujours facile de mettre en mots l'action professionnelle et rendre visible l'action accomplie : en fonction de quoi, avec quelles finalités, avec quels moyens et quelles ressources ai-je procédé ? Les espaces de délibération sont cependant nécessaires pour le partage des approches professionnelles, car ils garantissent la cohérence des interventions au sein des équipes et sous-tendent la construction d'un collectif de travail (Caroly, 2019). Si la réflexivité individuelle et collective est essentielle au sein des équipes de soin et d'accompagnement amenées à intervenir auprès de personnes vulnérables, lors des situations de crise, elle permet également de verbaliser et formaliser les modalités d'engagement physique entre professionnel-le-s et résident-e-s. Ces modalités d'engagement physiques sont rarement abordées, alors que le corps et les gestes sont à la fois outils de l'intervention, vecteurs de communication (particulièrement avec des personnes en situation de handicap), support des émotions (telles que la peur) et agent et objet de la violence et de la douleur. Le corps joue donc un rôle central dans les pratiques et relations au quotidien des professionnel-le-s, *a fortiori* dans les situations de crise, et nécessite à ce titre un travail de partage et de formalisation (Bovey & Kuehni, 2018).

### **2.4 Face à ces constats : quels enjeux en matière de formation ?**

---

La littérature spécialisée s'accorde sur le fait que la formation continue constitue un support au renforcement des compétences professionnelles et contribue à l'amélioration des soins et de l'accompagnement des personnes. Hétérogènes, les formations visent tantôt à améliorer les gestes physiques par des techniques de gestion physique des gestes agressifs ; à utiliser du matériel de protection (Lefèvre-Utile et al., 2018), à développer des connaissances sur les

différents handicaps, à anticiper et désamorcer les situations de crise, à développer des compétences relationnelles ; à acquérir des savoir-faire et des savoir-être, etc. Les perspectives mobilisées dans les formations dépendent largement de la manière dont sont envisagées les situations de violence.

De manière très schématique, dans la littérature, la survenue des situations de violence est le plus souvent expliquée par trois approches : la première s'intéresse aux facteurs externes, soit l'environnement dans lequel se produit l'agression (perspective dite externe) ; la seconde se concentre sur les caractéristiques de personne violente (perspective dite interne) ; et la troisième explore l'agression à partir des interactions entre les patient-e-s et les intervenant-e-s (perspective dite interactionnelle) (Björkdahl et al., 2013 ; Groleau & Da Silva Guerreiro, 2019). Björkdahl et al. (2013, p. 397) soulignent que, traditionnellement, la plupart des programmes de formation mobilisaient la seconde perspective « supposant que la principale cause de la violence des patients relevait de la maladie mentale et d'autres caractéristiques individuelles des patients ». En conséquence, la formation était axée sur « l'autodéfense ainsi que sur diverses techniques de contrôle et de restriction »<sup>3</sup>. Différents travaux qui ont permis d'améliorer les connaissances et les programmes de formation et de prévention articulent le plus souvent les facteurs internes, externes et interactionnels de la violence (Richter, 2006 ; Richter & Whittington, 2006). Whittington et Wykes (1996) notaient, par exemple, il y a plus de vingt ans que, dans la grande majorité, les manifestations agressives (86%) sont précédées de formes de stimulations négatives de la part des soignant-e-s. Les facteurs environnementaux, institutionnels et interpersonnels se greffent donc sur les facteurs psychopathologiques et biologiques comme inducteurs de violence. Récemment, Groleau et Da Silva Guerreiro (2019) ont analysé les rapports de 140 situations d'agression en milieu psychiatrique fermé. Les auteurs relèvent que « plus de la moitié des agressions perpétrées par les patients sont précédées d'un contact physique des intervenants et qu'environ un tiers des agressions sont immédiatement précédées d'une intervention verbale comme une demande faite au patient [d'aller dans sa chambre par exemple] ou un refus à une demande d'un patient »<sup>4</sup> (p.60). Mettant en avant le rôle central des interactions dans la survenue des épisodes de violences, les auteurs insistent sur les dimensions relationnelles et sur le fait que la formation devrait permettre de « détecter les tensions émotives vécues par les patients » (p.60).

Si les auteur-e-s travaillant sur le sujet soulignent quasiment systématiquement l'importance de renforcer les équipes soignantes et/ou éducatives en matière de formation, peu de travaux s'intéressent à la manière dont les formations sont vécues par les professionnel-le-s et utilisées sur les lieux de travail ou encore quels sont leurs impacts sur les pratiques d'accompagnement. Deux enquêtes ont retenu notre attention, toutes deux réalisées dans le domaine de la psychiatrie. La première, celle de Björkdahl et al. (2013) s'intéresse à l'impact

---

<sup>3</sup> Notre traduction

<sup>4</sup> Les auteurs montrent que dans plus de la moitié des événements, un contact physique précédait immédiatement l'agression (54, 3% des cas), une demande de retour en chambre (17,1% des cas), un refus (6,4% des cas).

du programme de formation « *the Bergen Model* » sur les soignant·e·s et les patient·e·s. Ce modèle, utilisé en psychiatrie depuis 2006 en Suède, combine un cadre théorique des soins infirmiers et une approche de santé publique en matière de prévention. La formation se déroule sur quatre jours est porte autant sur l'éthique dans les soins, que le cadre légal, les facteurs de risque, les techniques de self-défense et de contentions physiques, etc. Basée sur des données quantitatives, l'enquête relève un impact significatif de la formation sur la régulation émotionnelle du personnel dans les situations compliquées, sur l'intérêt des professionnel·le·s d'essayer de comprendre les causes des agressions des patient·e·s ou encore sur la préparation des équipes à intervenir à un stade précoce des crises. Les auteurs relèvent que le questionnement sur les raisons des agressions commises est le point le mieux évalué tant par les patient·e·s que par les professionnel·le·s, pointant ainsi les enjeux de communication et de construction d'une relation de confiance.

La seconde enquête qui a retenu notre attention mobilise une approche ethnographique dans le contexte français (de Miribel, 2018). Le chercheur a suivi « en immersion » une formation dispensée par des infirmiers et infirmières à partir d'une méthode fondée au Canada en 1999 qui vise à « contenir des situations d'agressivité via une posture empathique » (p. 116) et à standardiser les réponses apportées par les soignant·e·s. La méthode est procédurale et la formation comporte également une dimension pratique intégrant les gestes physiques. De Miribel souligne que les participant·e·s s'approprient les contenus de la formation, mais sont davantage mitigé·e·s quant à leur efficacité et leur application dans le contexte soignant. Cette difficulté est liée à la conception même de la formation, décrite comme un « carrefour où se mêlent deux perspectives susceptibles de se compléter mais aussi de se télescoper. La première est soignante et s'organise autour de l'intention de traiter la violence en psychiatrie comme l'expression d'un soi psychologiquement vulnérable. La seconde, gestionnaire et sécuritaire, envisage la violence comme un comportement indésirable qu'il est essentiel d'endiguer » (p. 118-119). L'analyse met au jour de nombreux points aveugles de la formation qui se focalise sur l'agressivité des patient·e·s et questionne peu le cadre institutionnel. En conclusion, l'auteur souligne l'importance de concevoir la formation « comme un espace de réflexivité et d'interprétation clinique » pour une meilleure intégration dans la pratique professionnelle.

Notre enquête mobilise une troisième option méthodologique : elle donne la parole aux professionnel·le·s dans le domaine du travail social pour questionner leurs besoins en matière de formation dans la gestion des situations de crise, mais aussi pour discuter des apports de la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* dispensée dans le cadre de cette recherche.

### **3 ASPECTS METHODOLOGIQUES**

---

Comme toute démarche de recherche-action, cette recherche se caractérise par un aspect participatif et collaboratif : à toutes les étapes du projet, elle a réuni des membres de l'équipe de recherche et des professionnel-le-s des institutions partenaires du projet. Les différentes étapes sont présentées de manière séparée ci-après. Comme indiqué en introduction, la situation sanitaire et les différentes mesures de protection mises en place ont nécessité de revoir certains aspects du dispositif de recherche. Nous mentionnons systématiquement les modifications apportées au plan initial et leurs effets sur le déroulement du projet, ainsi que sur les données récoltées.

#### **3.1 Recueil d'informations préalables sur les formations dispensées dans les trois institutions partenaires**

---

Dans un premier temps, nous avons mené des entretiens semi-directifs avec les trois directions partenaires du projet : la fondation Perceval, la fondation Eben-Hézer-Lausanne et l'institution de Lavigny. Ces entretiens informatifs nous ont permis de récolter certaines informations d'ordre général sur la gestion des situations complexes dans les institutions, le signalement et la documentation des actes de violence, le profil du personnel recruté, les relations entre les institutions et l'État ou la SPDM. Nous avons systématiquement posé la question des formations disponibles sur la problématique de la gestion de crise, sur les politiques de formation au sein des institutions et sur les formations les plus suivies par le personnel.

Les Directions ou les responsables de formation nous ont donné accès aux catalogues de formation dispensée dans les institutions. À partir de ces documents, nous avons recensé les formations proposées aux collaborateurs et collaboratrices sur la gestion des situations de crise depuis 2015.

#### **3.2 Formation Prévention et gestion des crises comportementales auprès de trois équipes éducatives**

---

Lors de la mise sur pied du projet, nous avons pour objectif de former une équipe éducative provenant de chacune des institutions partenaires du projet courant printemps 2020. Les équipes étaient sélectionnées par les institutions partenaires en fonction de la composition des groupes de résident-e-s et de leur « exposition » aux situations de crise.

Compte tenu des sept semaines de confinement entre mars et mai 2020 et des enjeux de protection relatifs à la mise en danger d'une population appartenant à un « groupe à risque », la mise en œuvre de cette formation a été repoussée de plusieurs mois. Elle a pu débuter en août 2020. L'équipe de la SPDM a revu le dispositif de formation de manière à garantir un maximum de protection (usage de surblouses, limitation des contacts à deux personnes, etc.).

Malgré ces protections, la fondation Perceval a renoncé à former une équipe à la formation *Prévention et gestion des crises comportementales*. La formation sera dispensée plus tard selon l'évolution de la situation sanitaire et selon accord entre la Direction de l'institution et la SPDM.

Nous avons respecté le plan de recherche pour les fondations Eben-Hézer et Lavigny : dans chacune de ces institutions, une équipe éducative a suivi la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* de la SPDM sur trois jours au minimum. De manière à pouvoir réunir suffisamment de professionnel-le-s formé-e-s, la SPDM a dispensé une deuxième formation à Lavigny à des éducateurs et éducatrices de deux équipes différentes.

L'équipe de recherche de la HETSL a participé à chaque session de formation, menant des observations et prenant des notes sur les interactions et le déroulement des séances.

*Tableau 1 : Récapitulatif des formations « Prévention et gestion des crises comportementales » délivrées dans les institutions partenaires du projet*

	Nombre de participant-e-s	Date	Formateurs-trices du SPDM	Chercheur-e-s observant et participant à la formation
<b>Eben Hezer</b>	N = 8	31.08.20 – 03.09.20	Lautaro Diaz, Sarah Peverelli NB : la formation a été dispensée sur 3 jours et a inclus un 4 <sup>e</sup> jour de supervision d'équipe	Morgane Kuehni
<b>Lavigny 1</b>	N = 11	12.10.20 – 14.10.20	Lautaro Diaz, Arnaud Ayrinhac	Toni Cerrone, Maude Reitz
<b>Lavigny 2</b>	N = 8	21.10.20 – 23.10.20	Lautaro Diaz, Arnaud Ayrinhac	Laurent Bovey

### 3.3 Focus groups

Le dispositif de recherche initial prévoyait de réunir les professionnel-le-s des différentes institutions dans des *focus groups* afin de susciter des discussions et croiser leurs regards sur leurs pratiques professionnelles de gestion des situations de crise, les ressources existantes, les besoins, etc. Cette méthode qualitative d'entretien de groupe se déroule généralement en présentiel de manière à favoriser les échanges (Krueger & Casey, 2009). Compte tenu du contexte sanitaire et des enjeux de protection, nous avons toutefois renoncé à réunir les professionnel-le-s et les chercheur-e-s et nous avons organisé les *focus groups* à distance *via* l'application de visioconférence Zoom. Si le dispositif de recherche a été mis en œuvre tel que prévu initialement, le niveau de participation, la qualité des échanges et la récolte de données ont inévitablement pâti de l'éloignement physique des participant-e-s et des problèmes

logistiques (mauvaise connexion, suivi des *focus groups* à l'aide du téléphone portable, sur l'ordinateur du lieu de travail, à deux derrière un écran, etc.).

Au total, dix-sept éducateurs et éducatrices ont participé aux *focus groups*. La participation à ces séances s'est faite sur une base volontaire, respectant le principe du consentement libre et éclairé (Code éthique de la recherche de la HETSL). Les éducateurs et éducatrices ont été libéré-e-s par les institutions partenaires et ont été rémunéré-e-s pour leur temps de participation. Les personnes qui ont participé aux *focus groups* étaient soumises à une clause de confidentialité concernant les discussions (respect du principe d'anonymisation des personnes qui participent à la discussion et des situations présentées notamment).

Les éducateurs et éducatrices ont été réparti-e-s en deux groupes : un groupe de personnes (7) ayant suivi la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* et un groupe de personnes (10) n'ayant pas suivi la formation *Prévention et gestion des crises comportementales*<sup>5</sup>. Le plan de recherche prévoyait que chaque groupe suive deux séances de *focus groups* en parallèle et de réunir les deux groupes pour la troisième et dernière séance de *focus groups* (17). Au total, chaque professionnel-le devait donc participer à trois séances de *focus groups* à environ un mois d'intervalle. La participation des professionnel-le-s a toutefois varié en fonction des enjeux de santé personnels et institutionnels.

L'équipe de recherche a organisé cinq séances de *focus groups* d'un peu plus de trois heures chacun (2 x 2 groupes et 1 séance avec les deux groupes réunis). Chaque *focus group* était animé par trois membres de l'équipe de recherche, préparé au préalable sur la base de questions et de vignettes de situations visant à favoriser le récit d'expérience, la confrontation des discours, l'expression des ressources mobilisées, les besoins identifiés, etc. Durant les *focus groups*, les chercheur-e-s proposaient non seulement des thématiques de discussions, mais soumettaient également des hypothèses de compréhension en particulier dans le troisième *focus group*. La dynamique des *focus groups* autorise la transformation d'un discours sur une activité professionnelle en une prise de position et une action commune parce qu'elle est débattue, soumise à controverses et à l'intelligence collective. En actant la parole comme un échange entre professionnel-le-s (situation analogue avec les débriefings ou les colloques existant dans la profession), les *focus groups* mettent en débat les pratiques, les manières de faire et les ressources sur lesquelles elles reposent en dépassant les cadres et les contraintes spécifiques à chaque institution.

Pendant les pauses des *focus groups*, les participant-e-s étaient invité-e-s à remplir des questionnaires en ligne qui portaient sur des thématiques abordées pendant les *focus groups* : signalement des situations de crise, pénibilité au travail, définition de la violence. Certains résultats de ces questionnaires sont présentés dans la partie analyse des *focus groups*.

Les thématiques traitées dans chacun des *focus groups* ainsi que le nombre de participant-e-s sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

---

<sup>5</sup> Chaque groupe réunit 3 ou 4 personnes de chaque institution partenaire. Dans la mesure la formation de la SPDM n'a pas été dispensée à Perceval, le premier groupe de sept personnes réunit uniquement des professionnel-le-s de Lavigny et Eben-Hezer.

Tableau 2 : Récapitulatif des focus groups

	Participant-e-s	Nombre de participant-e-s	Thématiques abordées durant le <i>focus group</i>
<b>Focus group 1</b> 26 & 27 nov. 20	Groupe formé à la PGCC	N = 4	Définition et représentations des situations de violence ; intervention des professionnel-le-s
	Groupe non-formé à la PGCC	N = 9	
<b>Focus group 2</b> 14 & 15 déc. 20	Groupe formé	N = 7	Ressources mobilisées et besoins des professionnel-le-s
	Groupe non-formé	N = 10	Apports de la formation (uniquement groupe formé) Enjeux autour de la transmission au sein des équipes, institutions, métiers
<b>Focus group 3</b> 21 janv. 21	Groupes mélangés	N = 14	3 ateliers en parallèle : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation du corps</li> <li>• Formation</li> <li>• Dimension collective du travail</li> </ul>

Données sociodémographiques des participant-e-s au 3e focus group (N = 14)

Sexe		Âge moyen	Taux d'occupation moyen	Ancienneté moyenne (en années)	Niveau de formation		
Hommes	Femmes				HES, ES, équivalent	ASE ou ASSC	Sans formation dans le domaine social (auxiliaire)
57,1%	42,9%	35,8	82,8%	10,57	78,6%	7,1%	14,3%

Les *focus groups* ont été enregistrés et intégralement transcrits. Leur contenu a été analysé de manière thématique (Paillé & Mucchielli, 2012), l'équipe de recherche a mené un « travail systématique de synthèse des propos » (p. 231) et de codage. Ce travail de codage a permis de dégager les thématiques qui sont traitées dans le chapitre 4 de ce rapport : dire et qualifier la violence ; faire face à la violence ; l'après-crise et la documentation des situations ; la formation *Prévention et gestion des crises comportementales*. Certaines thématiques sont transversales : le collectif de travail, l'engagement du corps, l'expertise éducative, la responsabilité individuelle et la responsabilité collective, etc.

### 3.4 Récolte de données quantitatives

---

Une fois la recherche terminée, l'équipe de recherche a fait circuler un questionnaire à partir de deux échelles validées : une adaptation de la *Challenging Behaviour Self-Efficacy Scale* (5 items) (Hastings et Brown, 2015) et le test d'inventaire de *burnout* de Maslach (21 items) (Burki et al., 2006). Le premier test mesure le degré de satisfaction des professionnel-le-s qui travaillent avec des personnes en situation complexe de handicap mental (*challenging behaviour*). Le deuxième test (Maslach) propose plus largement de mesurer le degré de *burnout* des professionnel-le-s à partir d'un score d'épuisement professionnel (SEP), un score de dépersonnalisation / perte d'empathie (SD) et un score d'accomplissement personnel (SAP).

Le questionnaire a été transmis au début de l'année 2021 aux trois institutions partenaires du projet *via* les Directions ou les responsables de secteurs et de formation. Il a circulé au sein des équipes éducatives qui étaient invitées à la compléter (délai fin mars).

Au total, 126 personnes ont répondu : 26 personnes ayant suivi la formation *Prévention et gestion des crises comportementales*<sup>6</sup> et 100 n'ayant pas participé à la formation.

La récolte de ces données n'était pas prévue dans le projet initial. Elles sont actuellement en cours d'analyse et les résultats seront communiqués aux personnes intéressées.

---

<sup>6</sup> Certaines équipes éducatives ont été formées en dehors de la participation à cette recherche.

## 4 LES DIFFERENTES FORMATIONS A LA GESTION DE CRISE ET DE LA VIOLENCE

---

Ce chapitre vise à présenter le paysage des formations en matière de « gestion de la violence » dans le contexte vaudois. Notre propos est organisé en deux temps. Nous documentons tout d'abord les formations proposées aux professionnel·le·s impliqué·e·s au sein des trois institutions partenaires de la recherche afin d'en faire ressortir quelques caractéristiques communes et de soulever certains manques (partie 4.1). Nous présentons ensuite la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* dispensée par la SPDM (partie 4.2).

### 4.1 Formations proposées aux collaborateurs et collaboratrices des institutions partenaires

---

Partant des catalogues des formations proposées à leurs collaborateurs et collaboratrices depuis 2015 dans les trois institutions partenaires du projet, nous avons répertorié les formations dans lesquelles figuraient les mots-clés suivants : *violence, situations complexes, situations difficiles, comportements-défis, comportements-problèmes, maltraitance, troubles du comportement*. Au total, 16 formations ont été proposées entre 2015 et 2020 : quatre d'entre elles sont proposées dans deux des institutions partenaires de cette recherche et une est proposée dans les trois institutions.

En nous basant sur les résumés et descriptifs disponibles dans les catalogues des institutions, ou sur les sites internet des organismes prestataires, nous avons systématisé l'information en tenant compte de trois critères : le public visé, la définition de la violence proposée, les méthodes et techniques employées. Afin de simplifier la lecture, nous ne présentons dans le tableau ci-dessous que les formations pour lesquelles nous disposions de suffisamment d'informations (une version plus complète du tableau est présentée en annexe 2).

Tableau 3 : Présentation des formations

Formation	Public visé		Définition de la violence		Méthodes et techniques employées				
	Bien-être des professionnel-le-s ou des personnes concernées ?	Tout public ou personnes avec DI ou TSA ?	Mots-clés	Violence envers les résident-e-s ou les professionnel-le-s ?	Formation à la carte ?	Situations tirées de l'expérience des professionnel-le-s ou amenées par les formateurs/trices ?	Inscription individuelle ou en équipe ?	Formation ponctuelle ?	Approches théoriques ou pratiques ?
Sensibilisation à la prévention de la maltraitance	Personnes concernées	DI ou TSA	Maltraitance	Résident-e-s	Non		Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Gestion de la violence et de l'agressivité -APIC	Les deux	Tout public	Violence, agressivité	Les deux	Non	Formateurs/trices	Individuelle	Ponctuelle	Mixte
ICP-interventions de crise et prévention	Professionnel-le-s	Tout public	Crise, événement critique	Professionnel-le-s	Non		Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Gestion de l'agressivité et prévention de la violence (TATOUT)	Professionnel-le-s	Tout public	Violence, agressivité, comportements-défis	Les deux	Oui	Mixte	Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Faire face à l'agressivité et à la violence en milieu institutionnel (Le CENAC)		Tout public	Violence, non-violence		Oui	Mixte	Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Comment savoir gérer les situations difficiles ?		Tout public	Agressivité		Non	Formateurs/trices	Individuelle	Ponctuelle	Théorique
Comportements-défis évaluation et intervention	Personnes concernées	DI ou TSA	Comportements-défis		Non		Individuelle	Ponctuelle	Théorique
Gestion de la violence et de l'agressivité (SBSS)		Tout public	Violence, communication non violente	Professionnel-le-s	Oui		Individuelle	Ponctuelle	Mixte

## **a. Description des formations**

Nous présentons ici une description des formations en fonction des trois critères retenus :

### *Le public visé*

Trois formations visent prioritairement le bien-être des professionnel-le-s, en proposant par exemple des techniques de réduction du stress dans l'accompagnement de situations complexes (*ICP- Interventions de crise et prévention*). Trois formations visent prioritairement le bien-être des personnes concernées, par exemple en ciblant la prévention de la maltraitance (*Sensibilisation à la prévention de la maltraitance*). Il existe également deux formations qui visent à la fois le bien-être des personnes concernées et des professionnel-le-s, c'est le cas notamment de *Gestion de la violence et de l'agressivité*.

La majorité des formations répertoriées (6/8) s'adresse à tous les publics, une formation s'adresse à des professionnel-le-s d'institutions socio-éducatives et quatre formations ciblent spécifiquement des professionnel-le-s du social qui travaillent avec des personnes avec DI ou TSA.

### *La définition de la violence proposée*

Cinq formations font usage des termes « violence » ou « agressivité », une formation emploie le terme « maltraitance », une formation réfère aux notions de « crise » ou « événements critiques », deux formations utilisent les termes « non-violence » et « communication non violente » et quatre formations intègrent les notions de « comportements-défis », « comportements-problèmes » ou « situations complexes ». Une formation indique explicitement prendre en compte la violence envers les résident-e-s, une autre envers les professionnel-le-s et trois formations indiquent prendre en compte à la fois la violence envers les résident-e-s et les professionnel-le-s.

### *Les méthodes et techniques employées*

Deux organismes proposent des formations « à la carte » en fonction des besoins des institutions. Trois formations se basent à la fois sur des situations tirées de l'expérience des professionnel-le-s et de situations amenées par les formateurs et formatrices et trois formations proposent des situations amenées par les formateurs et formatrices pour illustrer les apports théoriques. Si certaines formations (N=4) proposent des approches exclusivement théoriques, la plupart (N=8) proposent des approches mixtes, qui incluent des éléments théoriques et des mises en pratiques telles que des jeux de rôle ou des exercices de gestion physique des comportements agressifs et de sécurité personnelle. Selon les informations à notre disposition, deux formations proposent des mises en situation physiques de gestion de la violence.

Toutes les formations sont ponctuelles dans le sens où elles ne prévoient pas de session de rappels ni de perfectionnement. À notre connaissance, les institutions partenaires ne forment pas les équipes entières pour des raisons d'organisation : il est en effet difficile de libérer et

de remplacer l'ensemble d'une équipe pour plusieurs jours de formation. L'inscription aux différentes formations se fait donc de manière individuelle au sein des institutions.

## **b. Synthèse**

Les formations répertoriées proposent une définition générique de la violence, ainsi que des techniques de gestion transversales à différents contextes d'activité. Ainsi, peu d'entre elles mobilisent des outils de compréhension et d'action spécifiques aux troubles du spectre de l'autisme ou aux déficiences intellectuelles. Les notions de « comportements-défis » ou « comportements-problèmes » sont également peu mobilisées. Si certaines de ces formations offrent des apports théoriques spécifiques à l'accompagnement des situations complexes dans le domaine socio-éducatif, elles ne traitent ni des gestes physiques à adopter en situation de crise, ni du cadre légal et des règlements en lien avec ce type de situations. Les formations ne sont jamais données en équipe et aucun rappel sur le long terme n'est prévu. La dimension collective des apprentissages est donc peu pensée et il n'y a pas de répétitions permettant d'acquérir des gestes pratiques. Il n'y a pas non plus de dispositifs prévus pour une restitution en équipe des formations suivies individuellement. Enfin, l'équipe comprend le personnel socio-éducatif, mais ne tient pas compte des autres intervenant-e-s auprès des résident-e-s (remplaçant-e-s, veilleurs et veilleuses de nuit, etc.).

## **4.2 Formation « Prévention et gestion des crises comportementales**

Partant du constat qu'il est essentiel de former les équipes aux techniques de prévention et de désamorçage des crises comportementales, mais aussi aux techniques d'interventions physiques pendant la crise, la formation de la SPDM vise à outiller concrètement les professionnel-le-s des secteurs socio-éducatif, médico-social et sanitaire travaillant avec des personnes avec une déficience intellectuelle et des troubles neuro-développementaux. Conçue en France par une équipe pluridisciplinaire au sein d'une unité sanitaire<sup>7</sup> accueillant depuis 2012 des enfants, des adolescent-e-s et adultes atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement en situation de décompensation ou de régression comportementale, elle est aujourd'hui organisée et dispensée par trois professionnel-le-s de la Section Psychiatrique du Développement Mental (SPDM) du CHUV : Lautaro Diaz, psychologue cadre du Service TSA, Arnaud Ayrinhac, éducateur social à la SPDM et Sarah Peverelli, éducatrice sociale à la SPDM.

La formation *Prévention et gestion des crises comportementales* a pour particularité d'articuler des éléments théoriques et des éléments pratiques à travers des mises en situation physiques

---

<sup>7</sup> Implantée sur le groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, l'Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU) est une unité non sectorisée qui accueille des patient-e-s autistes. Elle fait partie d'un dispositif de prise en charge de situations complexes en autisme et troubles envahissants du développement conçu et financé depuis 2010 par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France. Ce dispositif comprend en outre trois Unités Mobiles Interdépartementales (UMI) qui réalisent des observations *in situ* des patient-e-s dans leur environnement, hiérarchisent les indications d'hospitalisation les plus urgentes, temporisent les autres autant que faire se peut et accompagnent ensuite les sorties, afin de réussir la réintégration.

de gestion de la violence. Elle insiste également sur le développement d'une réflexivité des professionnel-le-s sur leurs pratiques, leurs gestes et leurs réactions en situation de crise. Le but de la formation est ainsi de fournir aux professionnel-le-s des outils qui leur permettent de garantir la continuité de la relation avec la personne accompagnée et d'accompagner la potentielle survenue d'un trouble du comportement, de telle sorte qu'ils et elles puissent en déterminer ses causes potentielles et réorienter la personne vers un environnement plus ajusté à ses besoins du moment, en évitant ainsi l'escalade comportementale.

La formation se déroule sur 3 journées complètes. Dans le cas où les professionnel-le-s accompagnent des personnes nécessitant le recours à des techniques plus contraignantes dans la gestion de la crise (par ex. des immobilisations horizontales) ou lorsque les professionnel-le-s souhaitent bénéficier d'un moment d'échange structuré autour des cas rencontrés (supervision), la formation peut être dispensée sur 4 jours. Afin d'assurer la cohérence et l'harmonisation des pratiques sur le lieu de travail ainsi que le maintien des acquis par les participant-e-s, l'inscription à la formation devrait préférablement se faire en équipe.

#### **a. Contenus théoriques et pratiques**

Au fil des trois journées de formation, les formateurs et formatrices alternent l'exposé des contenus théoriques et la pratique intensive des gestes physiques à poser pour la gestion de crise avec des échanges avec les participant-e-s autour des pratiques professionnelles.

##### *Contenus théoriques*

Le volet théorique de la formation aborde la définition de la crise comportementale et les différentes phases de son déroulement (équilibre psychoaffectif/pré-crise, escalade, crise, période du pseudo-équilibre postérieur/post-crise), les stratégies à envisager selon le niveau de sévérité de la crise (stratégie de prévention en amont de la crise, techniques d'intervention lors de la crise, stratégies de maintien de la stabilité du comportement en aval de la crise), ainsi que leur conditions de mise en œuvre (risques et contre-indications de l'intervention physique). Sur la base des expériences de situations amenées par les participant-e-s sont également abordés les enjeux éthiques de la gestion de crises comportementales, l'organisation des équipes, le matériel et les vêtements de protection, etc.

##### *Contenus pratiques*

Le contenu pratique de la formation consiste en l'apprentissage de techniques d'intervention physiques basées sur l'exécution répétée de séries de gestes précis, clairs et coordonnés qui permettent aux professionnel-le-s de rester en lien avec la personne accompagnée. Les procédures enseignées ont pour but de favoriser, par l'échange tonique et la répétition des expériences, un processus dynamique et maturatif chez les professionnel-le-s comme chez les résident-e-s. L'utilisation de ces techniques répond à une graduation du niveau de contrainte exercée en fonction de la sévérité de la crise. Adaptés à divers types de situation, les gestes enseignés dans le cadre de la formation visent à guider la personne vers un apaisement comportemental plutôt qu'à punir et sont pratiqués dans le respect de l'éthique,

des droits fondamentaux, de la dignité et de la sécurité des personnes. Les techniques enseignées consistent en des procédures de déplacement d'enfants ou d'adultes (à 1 ou 2 professionnel-le-s), de gestes physiques de sécurité personnelle (par ex. dégagement de vêtement, de cheveux, de morsure et d'objet, évitement de coups, etc.) et de techniques d'immobilisation verticale et horizontale pour des enfants ou des adultes (à 1, 2 ou 3 professionnel-le-s).

#### *Évaluation et validation des acquis*

Durant la formation, les participant-e-s sont évalué-e-s sur la pratique effective des gestes physiques à partir d'une *check-list* de répétition de séries de gestes. En fin de formation, leurs acquis théoriques et pratiques sont validés sur la base d'un examen écrit (questions théoriques et analyse de vignettes cliniques) et d'un examen pratique en séance individualisée.

#### **b. Objectifs pédagogiques**

À l'issue de la formation, les participant-e-s sont outillé-e-s pour :

- Identifier les différentes étapes de la crise ;
- Connaître les différentes stratégies de prévention, de désamorçage de la crise et de réintégration après celle-ci ;
- Repérer les signes précurseurs d'une crise ;
- Exécuter les différents gestes physiques de déplacement, d'immobilisation et de sécurité personnelle ;
- Choisir une réponse adaptée en fonction de la situation de crise ;
- Appliquer les gestes garantissant le bien être des résident-e-s et la sécurité des professionnel-le-s.

## 5 ANALYSE DES FOCUS GROUPS

---

Dans cette partie, nous présentons une analyse des *focus groups* autour de quatre thématiques : dire et qualifier la violence (5.1) ; Faire face aux situations de violence (5.2) ; L'après-crise et la documentation des situations (5.3) et la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* (5.4). Nous mobilisons des extraits de verbatim anonymisés enregistrés lors des trois focus groups ainsi que certains résultats des questionnaires dispensés pendant les focusgroups.

### 5.1 Dire et qualifier la violence

---

Dans le contexte vaudois, Kaision et al. (2000) s'inspirent de J. Talbot pour différencier l'agressivité (un affect), la dangerosité (la fantasmagie), la violence (le passage à l'acte). Dans cette partie, nous utilisons le terme violence au sens large pour qualifier « toutes interactions impliquant une atteinte à autrui avec des conséquences délétères que l'on peut situer tant au plan physique, mental, matériel que symbolique » (de Miribel, 2018, p.113). Nous interrogeons tout d'abord la violence physique et le sentiment de peur sur lequel elle débouche (5.1.1), mais nous revenons également sur d'autres formes de violence qui sont décrites par les professionnel·le·s (5.1.2). Dans la troisième partie, nous explorons la question de la « préparation » des professionnel·le·s à vivre ce type de situations (5.1.3).

#### 5.1.1 La violence physique

---

Comme le relève Simone Horat (2015, p.5), « dans un contexte centré sur une population fragilisée non responsable de ses actes et valorisant le dévouement à un public besogneux d'aide, recevoir un coup, une insulte, une bousculade ou une morsure était vu comme un élément consubstantiel au travail. Le personnel socio-éducatif a pendant longtemps peiné à dénoncer l'exposition à des risques pour sa santé physique et mentale ». Dans le cadre des *focus groups*, la majorité des éducateurs et éducatrices affirment toutefois que l'exposition à la violence dans le cadre de leur travail n'est pas « normale », en particulier les atteintes corporelles. Lorsque nous avons demandé de restituer une situation de crise particulièrement marquante, les personnes évoquent des situations de violence physique (hétéroagressivité) : des situations d'attaques, de coups, les claques, les griffures ou les morsures des résident·e·s.

*« [Pour] moi, ça a été 5 minutes où je me suis physiquement opposée à elle pour ne pas être mordue parce que je savais que si elle me mordait... ça serait très intense. [...] Donc, ça a été... concrètement, ça aurait été combat physique dans le sens où je ne voulais pas qu'elle me morde. » (Mathilde)*

Le sentiment de peur revient souvent dans les discussions en lien notamment avec la difficulté d'anticiper les passages à l'acte et le fait de travailler seul·e dans certaines circonstances, notamment en soirée :

*« On a un résident qui n'était pas bien pour plusieurs raisons et c'est vrai qu'il a eu un passage à l'acte au niveau de la violence, il a pris une barre de fer... voilà, il a voulu nous taper avec et c'était un contexte où moi j'étais seul avec lui et d'autres résidents... voilà, un contexte assez particulier et où je me suis senti assez seul aussi. Et voilà, on a pu débriefer par la suite, ça s'est bien passé finalement, mais c'est vrai que sur le moment et par la suite quand j'ai dû me retrouver à travailler seul avec lui, j'[avais] des appréhensions. » (Hugo)*

Bien que les équipes éducatives connaissent des réalités très diverses sur le terrain, les situations de confrontation physique ou de « corps-à-corps » (Bovey & Kuehni, 2018) ne sont pas marginales. Ces situations sont d'autant plus marquantes que les personnes n'y étaient pas préparées ou laissent des séquelles et/ ou des marques parfois durables et irréversibles :

*« Quand je suis arrivé, en ouvrant la porte du foyer où j'avais été affecté, j'ai tout de suite constaté qu'il y avait de la violence. D'ailleurs, sur le coup j'étais un peu choqué, je me suis dit « oulah » une éducatrice par terre se faisait tirer les cheveux. J'avais tout de suite dit : « on ne me touche pas ». Je ne peux pas me permettre qu'on me tape, en fait je n'étais pas habitué à ça... » (Clément)*

*« Je me suis occupé d'une personne qui est devenue violente d'un coup. Il a commencé à donner des coups [alors que] j'étais par terre, il m'a donné pas mal de coups, donc, j'ai eu un problème avec mon œil gauche, [...] à la rétine. Il m'a laissé des séquelles par rapport à tout ça. Donc ma question, simplement, d'accord, il faut protéger les résidents, mais ma demande est aussi « qui nous protégera nous ? ». Là, j'ai eu très peur. » (Matteo)*

Les éducateurs et éducatrices différencient le plus souvent la violence de l'agressivité dans le sens où la violence ne relève pas (toujours) d'une forme d'intentionnalité. Cette différence est également relevée par Joly (2010) qui s'intéresse plus particulièrement au domaine de l'autisme. Pour l'auteur, l'agressivité est une forme de violence « objectalisée, “adressée” et pour l'essentiel pulsionnalisée et supportée d'un fantasme » (p. 99), alors que les violences autistiques paraissent souvent sans objet(s), pas même adressées à l'autre, et plutôt comme manifestation agie, presque impulsive. Le personnel éducatif revient d'ailleurs très souvent sur l'affirmation que la violence qu'elle soit physique ou verbale « ne doit pas être prise personnellement ». Cela permet à certaines personnes de mettre plus facilement à distance leurs réactions émotionnelles et réaffirmer la nature professionnelle de l'interaction.

*« C'est important de savoir prendre de la distance par rapport à ce qu'une personne qui fait preuve de violence peut nous amener. Essayer de garder en tête que ce n'est pas contre nous et puis je pense que c'est important de le laisser au boulot et puis de ne pas le lier à la personne. » (Maxime)*

### 5.1.2 Les coups blessent, les cris usent et l'enfermement questionne

La violence physique est souvent décrite de manière impressionnante, mais n'est pas toujours le type de violence qui marque sur le long terme le personnel éducatif. Il est intéressant de

relever une différence mise en avant par plusieurs personnes dans les échanges : la violence physique est parfois davantage supportable que d'autres types de violence, par exemple les cris ou la souffrance des personnes accompagnées et des équipes éducatives lorsqu'elles doivent enfermer quelqu'un :

*« Pour la question de la violence physique, il y avait quand même un outil qui était la contention physique, il était parfois nécessaire d'être à deux. Pour l'autre type de violence qui peut être plus psychique, il n'y avait pas vraiment de solution. Durant ces moments, on risquait de passer des heures dans sa chambre avec lui, pendant qu'il y avait une crise. Il criait, c'était vraiment comme de voir quelqu'un qui vit un cauchemar et c'est assez violent et moi, franchement, j'aurais plus peur de ça que vraiment de la violence physique parce qu'il donnait des coups, mais sans vraie technique, il ne pouvait pas vraiment blesser d'une façon grave. Voilà, bon. Ça ne fait pas du bien, mais je trouvais moins pire que la violence plus psychique. » (André)*

Lorsque les éducateurs et éducatrices doivent faire face à des coups et mobilisent la contention physique par exemple, ils et elles sont dans une démarche active et portent la responsabilité de l'acte, c'est toute la différence entre toucher, être touché·e émotionnellement ou se faire toucher (Bovey & Kuehni, 2018). En revanche face à des cris ou des situations d'enfermement, les solutions sont moins évidentes et peuvent faire « partir en dépression » :

*André : La violence sonore, les cris, etcetera, les cris sont une sorte de violence...*

*Benoît : Honnêtement, les cris, c'est pire que les agressions physiques, vraiment pire.*

*André : Parce qu'on ne peut rien faire, on ne peut pas contenir.*

*Benoît : Et puis ça, ça peut vraiment faire partir en dépression.*

Les éducateurs et éducatrices rappellent souvent que la violence est subjective et le ressenti très personnel, ce qui complique d'ailleurs la cohésion dans le groupe et la coordination des interventions. Toutefois, la durée et/ou la chronicité des situations sont quasiment toujours décrites comme des éléments problématiques :

*« Par exemple, le fait que X peut hurler pendant un moment, moi, ça me passe un peu au-dessus et pour certains collègues, ce n'est pas possible. » (Hugo)*

Les éducateurs et éducatrices se sentent parfois « harcelé·e·s » par des résident·e·s qui les interpellent en permanence, les attrapent, entrent en crise à plusieurs reprises durant la journée. Comme le raconte un éducateur, les crises qui durent et se prolongent rendent les frontières entre le privé et le professionnel plus poreuses, elles « contaminent » l'intime :

*« Je dirais qu'une violence, c'est... oui, c'était quelque chose que je n'arrivais pas vraiment.... D'habitude, quand je sors du lieu de travail, je laisse tout là et c'est tout bon. Après, une journée passée avec lui dans un état de crise, c'était assez difficile de tout laisser à la fondation, de rentrer chez moi et de mener ma vie. Et ça, ça risque de créer une chaîne un peu difficile avec la vie privée de chacun. Des*

*problèmes dans la vie privée et on amène aussi ça au boulot et les problèmes du boulot, tu les ramènes aussi à la maison et là se créent des difficultés. » (André)*

Enfin, les situations d'enfermement des résident·e·s sont décrites comme violentes :

*« J'ai trouvé que c'était d'une violence, enfin... pff, complètement inouïe ! Alors qu'il y avait très peu d'intervention physique finalement. Mais le fait de le laisser seul, justement dans une chambre enfermée, moi, j'ai trouvé ça extrêmement violent alors que l'intervention physique, auprès de lui, elle a un but... » (Elias).*

Certain·e·s professionnel·le·s se disent par ailleurs « hanté·e·s » des années durant par des souvenirs de résident·e·s sanglé·e·s ou enfermé·e·s. La violence de l'enfermement est ici comparée à la contention, décrite comme potentiellement violente elle aussi, mais qui « a un but » et s'apparente davantage à un geste éducatif. On retrouve ici les questions du flou qu'il existe entre les actes de guidance, de contention, de contenance ou de contrainte documenté précédemment (Christen et al., 2005).

L'intensité ou la fréquence des situations de violence auxquelles est exposé le personnel éducatif varie selon les structures ; pour autant les difficultés peuvent exister à tous les « niveaux de violence ».

*« Alors oui, c'est vrai que la contention de 22/24 heures, nous, on ne connaît pas ça et franchement, ça ne nous empêche pas, nous de galérer à notre stade. » (Hugo)*

De manière générale, les éducateurs et éducatrices déplorent un manque de reconnaissance de la prise de risque, mais aussi de la complexité de leur travail :

*« Je pense que d'avoir peur pour ma vie, avoir peur pour la vie des autres. Ça paraît exagéré, mais voilà, je crois que c'est adéquat de le dire [...]. Dans la pratique, on n'est peu valorisés dans ce travail-là. On travaille dans des conditions assez difficiles et [...] finalement, on a des personnes très formées avec beaucoup d'expérience qui finissent par partir parce que la complexité devient trop difficile aussi sur la durée. » (Céline)*

### 5.1.3 Être ou ne pas être « préparé·e·s » aux situations de violence

Comme nous l'avons observé, plusieurs personnes ont relevé ne pas avoir été « préparées » à affronter des situations de violence ni dans la formation, ni au moment de rejoindre les institutions socio-éducatives. Les enjeux autour de la connaissance du risque ne sont pas anodins et les éducateurs et éducatrices témoignent de vécus très contrastés lors des procédures de recrutement.

Pour certaines personnes, les enjeux ont été clairement posés à l'embauche, puis lors de la journée d'observation :

*« Ça a été très clair dès le départ puisqu'à l'entretien d'embauche, on a beaucoup abordé la question de la violence, le rapport que je pourrais avoir avec la violence, etc. et en me précisant très clairement que sur le groupe sur lequel j'allais travailler,*

*il y avait des passages à l'acte très fréquents, donc j'avais une petite idée, je savais qu'il y avait des situations de violence et après j'ai aussi eu une journée d'observation pendant laquelle mes futurs collègues m'ont parlé des situations qu'ils pouvaient vivre régulièrement (...) Disons que ça m'a quelque part inquiété et finalement, je me suis aperçu que c'était moins que ce que je pensais. » (Elias)*

Cela n'est toutefois pas toujours le cas et plusieurs professionnel-le-s ont découvert les situations sur le vif comme c'est le cas de Clément qui a découvert une année plus tard que son prédécesseur avait été étranglé :

*« Quelque chose que j'ai aussi appris, un an après, c'est que quand j'ai été embauché, j'ai justement remplacé un professionnel qui avait été étranglé. J'aurais bien voulu avoir l'information, que je sache ce qui allait se passer. » (Clément)*

Dans la plupart des situations, ce sont les collègues qui se chargent de mettre au courant la nouvelle recrue, parfois on leur présente « le pire », pour les préparer, les prévenir :

*« Quand on arrive dans une nouvelle équipe, en général, on nous parle des pires situations de chaque résident et du coup, ce n'est pas du tout rassurant, moi je suis arrivée et j'étais complètement "Oh oh oh !" ». (Andrea)*

Mais il arrive aussi que les situations complexes ne soient pas explicitement présentées lors de l'embauche, soit par les responsables ou par les collègues afin de ne pas décourager les futur-e-s employé-e-s :

*« C'est vrai que si je repense à mes deux dernières expériences professionnelles, enfin, mes deux employeurs, je pense qu'il n'y a pas eu d'indication sur les situations de crise ou les cas complexes. Je pense que j'ai pris connaissance de ça sur le terrain en discutant avec les collègues. Et même là, ça n'a jamais vraiment été très clair dès le départ, à mon engagement. Je pense que c'est plutôt quelque chose qui a été plus ou moins dissimulé. » (Benoît)*

*« C'est vrai que dans les équipes aussi, il faudrait se dire que des fois il y a des choses que l'on cache aussi. Parce que des fois, quand il y a vraiment des difficultés dans l'équipe, de recruter quelqu'un... on dit des fois des choses, des merveilles. Une fois que la personne est engagée, elle voit la chose, la réalité différemment. [Certaines] informations qui n'étaient pas dites au début. Dans mon expérience, ça s'est passé. Donc, ils m'ont bien dessiné, comment on dit, la peinture, etc., et après, sur le terrain, c'était beaucoup de choses. » (Matteo)*

Lors des discussions, les éducateurs et éducatrices ont relevé un certain besoin de transparence (même si la Direction n'est pas toujours au courant de ce qu'il se passe sur le terrain) et un besoin de formalisation concernant les pratiques d'intégration des nouvelles recrues au sein des institutions :

*« Je pense que quand un collaborateur doit travailler dans une situation avec énormément de violence, il faut non seulement qu'il soit informé sur les risques, mais aussi qu'il y ait un plan de formation et puis un suivi qui soit bien établi et dire : « Il y a cette situation, on va vous offrir cette formation, par exemple "gestion de la violence", et puis dans trois mois (généralement quand on est engagé, on a trois mois d'essai), on fait un point de situation et puis on regarde si ça vous convient. Et d'être très clair sur ça. Parce que j'ai l'impression que c'est parfois très vague. »*  
(Benoît)

## **5.2 Faire face aux situations de violence**

---

Cette partie porte sur les ressources, compétences et techniques d'accompagnement mobilisées par les professionnel-le-s en situation, lorsqu'il s'agit de faire face à la violence ou à son éventualité. Nous avons choisi de rendre compte non seulement de la réponse en situation de crise, mais aussi de toutes les techniques utilisées pour éviter qu'elle ne survienne (5.2.1). Ces techniques mobilisent la connaissance des résident-e-s et leurs particularités relationnelles, communicationnelles et comportementales, qui constituent un savoir-faire rarement visibilisé (Coquoz & Knüsel, 2004 ; Stroumza & De Jonkheere, 2012), même s'il est partagé entre collègues lorsque les relations d'équipe sont bonnes (Velpry, 2018b). Les manières de faire face aux situations de violence, en les prévenant ou en les absorbant, amènent non seulement les professionnel-le-s à individualiser les réponses apportées, mais aussi à faire appel à leur système sensoriel (le toucher, l'observation, l'ouïe, l'odorat), ainsi que leur ressenti corporel et émotionnel (Charles, 2020). Il arrive toutefois que les crises arrivent et que les professionnel-le-s doivent y faire face du mieux possible. Nous revenons de manière synthétique sur les ressources mobilisées (5.2.2) et nous portons une attention particulière aux éléments concernant l'engagement physique, qu'il s'agisse du corps des professionnel-le-s et celui des résident-e-s, afin de mettre en valeur les aspects négligés du savoir-faire corporel, mais aussi ses points aveugles (5.2.3).

### **5.2.1 Anticiper la crise, éviter la violence physique : adapter l'interaction**

---

Afin de prévenir la survenue d'une crise, les professionnel-le-s mettent en œuvre différentes stratégies d'adaptation des techniques d'interaction avec les résident-e-s. Parmi ces stratégies, certaines les amènent à mobiliser ce que certain-e-s appellent « l'hyperconnaissance » des résident-e-s, la communication non verbale ou d'autres techniques qui mobilisent fortement le corps et le toucher. Certaines techniques ont pour particularité de s'écarter des cadres ou des normes habituelles des interactions sociales et exposent parfois les éducateurs-trices à des regards réprobateurs à l'extérieur, comme à l'intérieur des institutions.

#### **a. L' « hyperconnaissance » des résident-e-s**

Pour agir au quotidien et individualiser l'intervention auprès des résident-e-s, les éducatrices et les éducateurs s'appuient sur des savoirs théoriques, mais aussi sur un « savoir clinique » fondé dans et par la relation avec les personnes (Boutanquoi, 2008). Cette relation permet

d'acquérir une connaissance fine des comportements, des habitudes et des sensibilités des résident-e-s que certain-e-s professionnel-le-s nomment « l'hyperconnaissance ». Cette connaissance est nourrie des informations générales recueillies sur la situation médicale, familiale, psychologique et sociale des personnes accompagnées qui déterminent leurs besoins, ressources, limitations, etc., mais aussi des connaissances plus spécifiques que nous pourrions définir comme relationnelles, voire intimes. Cette hyperconnaissance est donc double (générale et particulière) et permet d'ajuster l'accompagnement éducatif en situation :

*« Un autre résident [...] peut d'un seul coup, complètement vriller et lancer des chaises. Du coup, quand je ne le connaissais pas, je ne savais pas du tout comment faire, quand il se mettait à hurler et à entrer dans une forme de violence verbale vraiment, il tenait des propos qui étaient durs, et puis... et puis là maintenant, de nouveau : l'hyperconnaissance... Là maintenant, je le connais, j'arrive à le faire redescendre avec certains discours qui le rassurent et ça se passe bien. Mais effectivement, quand on ne le connaît pas... c'est arrivé mardi : une personne qui ne connaissait pas du tout le groupe qui a dû faire la soirée et ça a été une catastrophe absolue parce que quand on ne connaît pas les résidents, ni leurs habitudes et qu'on ne sait pas comment leur parler et du coup... en tout cas, la personne qui a travaillé, s'est retrouvée dans un contexte hyper problématique, vraiment. » (Andrea)*

L'hyperconnaissance des résident-e-s se construit dans la relation et à ce titre est fortement personnalisée et située, mais aussi incorporée. Comme nous l'avons souligné, les éducateurs et éducatrices mobilisent souvent leur corps et leurs sens, mais aussi leurs émotions pour anticiper les crises et détecter un changement d'humeur, une tension ou une insatisfaction.

*« Dans les moments [où c'est ingérable], tout ce qui nous a été dit ne fonctionne plus et puis là, on doit juste y aller avec autre chose en fait. Avec ce qu'on appelle l'épaisseur relationnelle, c'est-à-dire la relation qu'on a directement avec le résident et comment on sent les choses, en fait. » (Macha)*

Cette attention aux détails et aux indices est la caractéristique des activités prudentielles, dans le sens où l'activité s'adapte « à une situation concrète, en évitant les solutions toutes faites et les automatismes susceptibles de causer des dommages » (Champy, 2019, p. 27). Selon Loser et Romagnoli (2019, p. 72), la prudence trouve son ancrage « dans la corporéité de l'agir qui est forcément tributaire du contexte dans lequel se situent et interviennent les praticien-ne-s » et de l'acquisition d'un savoir qui « fait corps » avec les professionnel-le-s.

*« On a finalement réussi à voir un petit peu des choses qui fonctionnaient plus ou moins bien avec elle. Surtout, ne pas hausser le ton, rester calme et puis travailler sur la valorisation en fait. (...) C'est vraiment quelqu'un qui était très, très angoissé et qui ne gérait pas du tout ses émotions. Parfois, un petit truc, on lui demandait d'aller ranger sa chambre ou d'amener un objet dans sa chambre et là, elle pouvait donner un coup dans le mur et suivant comment, ça partait tout de suite... » (Hélène)*

L'hyperconnaissance permet bien sûr d'individualiser le type d'intervention selon les liens établis avec les résident·e·s et ainsi d'anticiper certaines crises, mais elle permet aussi plus généralement d'améliorer la qualité de vie au quotidien :

*« C'est vrai aussi chez nous parce que quand on a une meilleure connaissance des résidents et des signes, enfin voilà, de pouvoir anticiper un petit peu les choses... Du coup, ça devient plus confortable pour tout le monde aussi, ça devient plus confortable pour le résident parce que voilà, il connaît la personne qui est [là] et inversement et ça fait baisser les tensions et du coup, le quotidien est moins usant. » (Elias)*

#### **b. Maîtriser la communication non verbale : regarder, toucher et favoriser le contact physique**

Avec des résident·e·s non verbaux, les professionnel·le·s sont parfois amené·e·s à adapter leur manière de communiquer en favorisant par exemple le contact physique et le regard et à utiliser les mêmes canaux de communication que les résident·e·s (Gremaud & Tessari-Veyre, 2017 ; Mall, 1984). Les professionnel·le·s peuvent par exemple moduler leur façon de regarder, mais aussi les expressions qu'ils ou elles donnent à voir sur leur visage, afin de mieux maîtriser ce qui est communiqué et la façon dont cela est reçu par les résident·e·s :

*« Je voulais dire l'importance du regard. Des fois, selon comment on regarde une personne et le regard qu'elle ressent sur elle, ça peut les affecter. Des fois il faut se discipliner et s'interdire de regarder la personne. Et ça, ça peut la calmer déjà. » (Aurore)*

*« Il y a une personne qui est sourde, par exemple, mais qui est très observatrice, qui est très fine dans sa manière d'observer et puis, elle comprend à l'expression du visage comment on peut se sentir. C'est quelque chose que l'on observe, on est presque sûr de ça, qu'elle peut comprendre, donc, en restant très inexpressive au niveau non verbal, elle peut comprendre que l'on n'est pas d'accord avec ce qu'elle est en train de faire. » (Aurore)*

Outre le regard, le contact physique est un outil de communication essentiel, notamment avec des résident·e·s qui ne parlent pas ou peu. Les professionnel·le·s y recourent donc, en fonction aussi de leur propre sensibilité.

*« Dans mon groupe, vu que leurs capacités de communication sont assez limitées, le verbal n'est presque pas présent. Le contact physique est une forme de communication assez important et on l'utilise beaucoup et il faut clairement l'adapter à chaque personne parce que certains n'apprécient qu'un seul type de contact, d'autres sont rassurés par le contact physique. » (André)*

L'engagement physique donne aussi des informations sensorielles aux professionnel·le·s sur l'état des résident·e·s qui les aident à anticiper, voire même à éviter la crise.

*« Avec les personnes handicapées, quand ça ne va pas on peut le sentir tout simplement en les touchant. Je pense à un résident quand il est énervé il peut*

*donner des coups de pied. Et par exemple quand je suis baissée devant lui pour lui mettre les chaussures ou l'habiller, je le touche et je peux sentir. S'il va partir en crise à ce moment-là, je lève le visage et je vérifie son regard et là, je sais attention ici il peut y avoir un coup de pied. » (Aurore)*

En cela, le contact physique constitue une véritable technique du travail éducatif, et c'est en ce sens également qu'il mérite attention, réflexion et formalisation.

*« La guidance par le corps est très présente. Selon les jeunes qu'on a ça va être différent, mais pour certains c'est l'enveloppe, la sécurité, pour certains c'est le cadre, pour certains c'est la tendresse et la présence. Le corps est de toute façon utilisé tous les jours et avec tout le monde mais différemment. Parfois ça peut être nécessaire pour éviter des montées de tension, parfois il vaut mieux prendre de la distance quand c'est nécessaire et laisser la personne seule. C'est une forme de danse, il faut savoir quand est-ce qu'on se rapproche, à quel moment on s'éloigne, quelles sont les parties du corps qu'on peut toucher, est-ce qu'on met du verbal derrière. C'est vraiment un outil de travail. » (Céline)*

De la même façon que pour l'usage du regard, ce contact physique nécessite une adaptation individuelle aux résident-e-s, et une attention précise à la manière dont les gestes sont effectués, ainsi que son positionnement dans l'espace.

*« Quand on prévient une personne en situation de handicap, on ne vient pas derrière en disant : « Ah ! Tiens ! Est-ce que ça va ? » parce que justement, pour une personne autiste, ça peut être ressenti comme une intrusion. (...) Et la stimulation basale nous donne certains outils pour un peu mieux comprendre ces situations problématiques et aussi comment interagir avec elles. Ça passe par le gestuel, une main pour une personne souffrant de handicap, des appuis, des contentions aussi. » (Clément)*

### **c. S'écarter des normes habituelles des interactions et des principes du travail éducatif**

L'ajustement des interactions pour éviter la crise peut conduire les professionnel-le-s à s'écarter des normes habituelles des interactions (parler doucement, respecter les règles de la politesse, par exemple). La présence d'un regard extérieur, lorsque professionnel-le-s et résident-e-s se trouvent dans un lieu public par exemple, rend cet écart normatif plus conscient. Au regard du public, certains gestes peuvent paraître étranges ou maltraitants. Un éducateur raconte par exemple que la manière dont il parle aux résident-e-s, des injonctions courtes et fortes pour accentuer la clarté du message transmis, peut ressembler à une séance de « dressage canin ».

*« Moi, il y a des choses, qui m'ont interpellé et je vois qu'elles interpellent d'autres personnes, typiquement, des fois, on peut être amené à être hyper concis dans ce qu'on dit aux résidents... ce n'est même pas une consigne, en fait, c'est presque un ordre : il n'y a pas de s'il-te-plaît, de merci, tout ça, ça fait assez éducateur canin à la limite. » (Hugo)*

À l'intérieur même des institutions, les techniques d'accompagnement sont parfois mal connues : les collègues qui ne sont pas coutumiers-ères des situations complexes sont parfois choqué-e-s par certains gestes pratiqués pour maintenir, soutenir ou contenir certain-e-s résident-e-s. Alors que ces gestes sont quotidiens et anodins pour certain-e-s, ils peuvent apparaître déplacés et violents pour d'autres :

*« Mais nous, ça nous arrive même en interne, au sein de notre institution puisqu'il y a peu de groupes où il y a des résidents qui ont des troubles du comportement, donc effectivement, à l'extérieur déjà, même au niveau institutionnel, il y a un regard qui peut être lourd et encore une fois, sorti du contexte quand on ne connaît pas la situation, quand on ne connaît pas la formation des personnes qui interviennent ou ce qu'ils sont en capacité de faire ou pas, on peut rapidement juger l'intervention comme quelque chose d'inadapté. » (Elias)*

Mathilde témoigne du fait que l'équipe éducative ne répond pas aux questions d'un résident en promenade, pour éviter de générer une angoisse, attitude qu'un ou une observatrice extérieure pourrait juger insensible ou négligente :

*« Quand on va se promener dans le groupe, il [le résident] va pointer plein de choses, sauf que nous, on a statué que quand c'est le temps de la ballade, c'est : on se promène et ce n'est pas plein de questions. Parce qu'on peut se dire que répondre à une question, ça va lui faire du bien, sauf que du coup, [...] on peut très vite passer à 50 questions et en fait, il n'a pas de limites et ça ne le rassure pas. [...] Il faut savoir que si vous lui dites : « Ça, c'est un lampadaire », demain vous ne pourrez pas dire que c'est une lampe. Du coup, il va... ça va partir en sucette, il attendra le mot lampadaire. Donc, du coup, il ne profite pas des sorties du tout, alors que si on cadre, oui, il profite des instants qu'on lui propose. Il peut profiter de sa ballade... » (Mathilde)*

Outre le cadre habituel des interactions, ce sont parfois certains principes du travail éducatif qui sont remis en question dans ce type d'accompagnement, par exemple la recherche d'autonomie des résident-e-s. Ne pas laisser le choix pour des décisions personnelles, telles que celui de ses habits, peut également représenter une stratégie qui vise à éviter la crise, et ce même si cela contrevient au principe d'autonomisation :

*« Il n'a pas forcément le choix de ses habits, il y a certaines choses aussi où on ne lui laisse pas le choix... parce qu'il y a eu des tentatives aussi de progressivement l'amener à choisir un certain nombre de choses et en fait, c'est complètement angoissant pour lui. [...] Quand on arrive et découvre toute la prise en charge détaillée, ça surprend [...]. C'est un résident qui a besoin de beaucoup de cadre, de beaucoup de limites, mais qu'on peut mettre en place partir du moment où on a créé une relation avec cette personne-là. » (Elias)*

Cette déviation par rapport aux principes du travail éducatif peut « surprendre » au premier abord comme le mentionne Elias, mais elle peut aussi déstabiliser les professionnel-le-s. Les motifs qui justifient ce type de déviation du cadre habituel du travail sont donc régulièrement

requestionnés au sein des équipes éducatives s'assurer que les professionnel-le-s ont « de bonnes raisons » de mettre en place ce type d'accompagnement. Les discussions collectives visent également à s'assurer que l'accompagnement respecte les principes de bienveillance à l'égard des résident-e-s d'une part et ne contrevient aux règles collectives du « bon travail » d'autre part.

#### **d. Isoler, enfermer, laisser seul-e**

Parfois, anticiper la crise conduit à isoler les résident-e-s, éventuellement à les enfermer, en tout cas à les laisser seul-e-s. Il s'agit bien, dans ces situations, d'une stratégie d'adaptation et non pas d'une simple réponse défensive à la crise. Cette stratégie s'appuie sur le constat que la simple prise de distance est parfois, en elle-même, apaisante, en plus de protéger des coups les intervenant-e-s et les autres résident-e-s.

*« C'était un résident qui criait beaucoup, qui pouvait nous cracher dessus, nous lancer des objets, nous frapper. Après, il y avait une solution assez simple qui était de s'éloigner de lui pour ne plus recevoir de coups. Donc, on pouvait anticiper les coups et prendre quelques mètres de distance et ça le calmait déjà. » (Aurore)*

Une telle prise de distance est d'ailleurs parfois initiée par la personne elle-même, et il s'agit alors pour les professionnel-le-s de la respecter.

*« C'est vrai que lui, quand il est vraiment haut comme ça, [...] il va partir aux toilettes, s'isoler et puis se calmer tout seul et puis... après il est plus enclin à discuter. » (Hélène)*

Cette absence d'intervention ou de réaction, au moment où la crise commence, est efficace avec certain-e-s résident-e-s même si elle semble contre-intuitive.

*« Ce que j'ai remarqué en fait, c'est que quand elle était en état de crise, on pouvait parler à côté, essayer de la rassurer, cadrer avec une grosse voix, il n'y avait rien qui marchait. Ce qui marchait, c'était vraiment l'isolement, c'était d'être dans sa chambre, ne pas pouvoir ouvrir la porte, là, elle criait encore et au bout d'un moment, elle se calmait et c'était vraiment ce qui marchait. » (Hélène)*

Comme mentionné ci-dessus, les interventions qui s'écartent du cadre habituel du travail éducatif comportent un coût émotionnel pour les professionnel-le-s qui doivent alors « réajuster » leur perception de l'action éducative par rapport aux principes et aux valeurs qu'ils et elles ont intégrées en formation :

*« Et du coup (parce que l'isolement était efficace pour calmer la crise), pour moi ça devenait quelque chose de bien traitant même si quand on voit ça de l'extérieur, on se dit : "Oh mon Dieu! Ils sont en train de la trainer, ils l'enferment dans la chambre, l'enferment à clé !" ». (Hélène)*

Certes les regards et les jugements extérieurs peuvent être difficiles à gérer, lorsque l'intervention des professionnel-le-s questionnent le cadre habituel des interactions. La difficulté est toutefois d'un autre niveau lorsque les accompagnements des situations

complexes questionnent les principes du travail éducatif : autonomisation, liberté de choix des résident-e-s par exemple. Dans ces situations (souvent les plus lourdes et les plus complexes), les professionnel-le-s fournissent un travail conséquent d'élaboration de leur professionnalité tant collectivement au sein des équipes éducatives, qu'individuellement.

## 5.2.2 Compétences et ressources mobilisées en situation de crise

Le moment de la crise confronte à la nécessité de répondre immédiatement, en situation, face à un risque d'atteinte à l'intégrité physique des résident-e-s et des professionnel-le-s. Cette réaction s'appuie sur les ressources développées collectivement, y compris en amont de la situation, mais mobilise aussi les ressources personnelles des professionnel-le-s.

### a. Mobiliser les ressources collectives en situation

D'après les participant-e-s, l'équipe est une ressource essentielle pour réagir en situation, y compris lorsqu'elle n'est pas physiquement présente. Le soutien peut par exemple se présenter à distance, par téléphone :

*« Par exemple, je pouvais appeler un collègue qui lui parlait au téléphone et du coup, ça le calmait... » (Andrea)*

L'équipe joue aussi un rôle-clé, car les collègues peuvent prendre le relais dans les situations d'épuisement par exemple ou de difficultés avec certain-e-s situations particulières :

*« Pour moi, ce qui est important au niveau de la violence... moi, c'est vraiment, depuis le temps que je travaille, c'est vraiment de pouvoir passer le relais, moi, c'est vraiment faire confiance aux membres de l'équipe et pouvoir passer le relais lors des situations. » (Héloïse)*

Le relais est nécessaire au sein des équipes éducatives auprès des collègues, mais parfois aussi en dehors des institutions lorsque les situations sont décrites comme « extrêmes » par les professionnel-le-s (temps d'hospitalisation par exemple).

Le collectif de travail a également pour fonction la négociation de contraintes et la transmission des gestes professionnels pour gérer les situations critiques. Tout travail collectif n'implique cependant pas l'existence d'un « collectif de travail ». Un collectif de travail ce n'est pas uniquement des gens qui travaillent ensemble de manière coordonnée, mais il présuppose de partager des relations de confiance fondées sur la reconnaissance des compétences et sur le partage des règles de métier, ainsi que des critères sur le travail « bien fait » (le travail de qualité pour les professionnel-le-s). Ce collectif de travail joue un rôle fondamental dans la régulation des risques et la préservation de la santé individuelle et collective (Caroly, 2020).

*« Définir une ligne, travailler dans la même direction et surtout établir une certaine solidarité. C'est aussi très important dans ces situations de comprendre qu'un collègue peut avoir des difficultés dans quelque chose, un autre dans autre chose, et il faut être donc solidaire » (Hélène).*

Les collègues servent non seulement à fixer les règles qui doivent être suivies dans les situations, mais aussi à apprendre les gestes et les techniques d'intervention faute d'avoir un

cadre davantage formalisé. Les professionnel-le-s apprennent en effet souvent les gestes et les techniques d'intervention physique par imitation :

*« Par exemple, accompagner la résidente dont on parlait dans sa chambre, moi, je l'ai fait que par imitation. Il n'y a jamais eu un moment où on s'est assis en équipe et où on a parlé de cet accompagnement-là et des choses qui se font sur le groupe et puis que... finalement, on a assez peu de métadiscussions sur ce qu'il se passe finalement. » (Andrea)*

Dans ce sens, la stabilité des équipes est mentionnée comme une ressource pour l'accompagnement.

*« Je ne sais pas si ça pourrait rentrer complètement là-dedans, mais un peu de stabilité. Parce qu'en quelque temps, chez nous, on a vraiment vécu beaucoup, beaucoup de changements dans l'équipe, les responsables, enfin l'environnement. Même au niveau des autres services, il y a eu beaucoup de changements et c'est vrai qu'un petit peu plus de stabilité, ça, ça serait... intéressant. Est-ce que c'est considéré comme une ressource ? J'aurais presque envie de dire que oui. » (Elias)*

#### **b. Utiliser ses qualités et compétences personnelles, savoir gérer ses émotions**

Les participant-e-s dressent la liste des qualités personnelles qui permettent à un-e professionnel-le de mieux gérer les situations de violence potentielle : ne pas être trop impulsive, s'adapter en situation, résister au stress, être capable de travailler en équipe et de respecter les protocoles notamment, ou encore gérer ses émotions.

L'impulsivité des professionnel-le-s qui les pousse à réagir trop vite et/ou de façon trop personnelle aux situations de crise est décrite comme problématique par plusieurs personnes dans le cadre des *focus groups* :

*« On a eu un cas il y a deux ans d'un éducateur qui était justement très sanguin. Il était formé et tout, mais du coup, ça menait à des situations de dérapages entre collègues. » (Héloïse)*

À l'inverse, la capacité à gérer son stress est une compétence essentielle pour les professionnel-le-s, en permettant d'absorber les situations de tensions, que ce soit avec les résident-e-s ou avec les collègues, sans créer de nouvelles sources de violence.

*« Il faut avoir pas mal de compétences dans notre travail par rapport à la gestion du stress, je trouve. Je crois que c'est quelque chose que l'on minimise souvent le travail par rapport au stress. (...) Travailler en équipe, ça veut dire pouvoir se remettre en question, ça veut dire pouvoir communiquer de façon adéquate. » (Macha)*

Enfin, la capacité de travailler en équipe renvoie non seulement aux échanges entre collègues autour des situations de crises, mais aussi à la possibilité de participer aux décisions collectives et de s'y conformer.

*« Il y a des personnalités qui n'arrivent pas à suivre une décision d'équipe et ça, c'est très problématique. » (Benoît)*

Comme nous l'avons souligné dans la partie précédente, l'un des enjeux pour les professionnel-le est également de savoir gérer ses propres émotions :

*« Une personne qui face à un geste agressif, se liquéfie, c'est très compliqué. (...) (Il faut) une personne qui a une certaine résilience face à une agression, qui ne perd pas tous ses moyens. » (Benoît)*

Cette « gestion » passe par une mise à distance vis-à-vis de l'intentionnalité du geste et des résident-e-s, mais aussi par une capacité à reconnaître, manier, et exprimer ses propres émotions, y compris publiquement au sein de l'équipe. Parmi ces émotions figure notamment la vulnérabilité.

*« Une compétence qu'il faut avoir, c'est accepter de se sentir démuni. » (Macha)*

### **c. Les apports des formations au sens large**

Les formations constituent un appui dans la mesure où elles permettent d'acquérir des ressources plurielles que les professionnel-le-s mobilisent à différents niveaux pour faire face aux situations de violence. Les participant-e-s relèvent que les ressources théoriques enseignées dans les formations sont utiles à plusieurs titres. Les formations spécifiques (DI, TSA) permettent d'actualiser les connaissances et fournissent des clés de compréhension et des outils d'analyse pour ajuster l'accompagnement des résident-e-s :

*« Chez nous, on a une formation sur les troubles du spectre autistique, par exemple. C'est une formation qui est utile aujourd'hui pour affronter les situations de travail dans la violence, car elle permet d'anticiper les situations de stress pour les personnes atteintes d'autisme et les réponses à donner sur le moment. » (Céline)*

Les professionnel-le-s mobilisent également des techniques de gestion physique (dans certains cas, empruntées à l'auto-défense) acquises en formation. Ce « savoir physique » est une ressource dans la mesure où il renforce leur confiance et leur aplomb lors de certaines situations :

*« Quand je suis arrivée dans l'institution où je travaille actuellement (...), j'avais fait la formation APIC qui nous a concrètement entraînés à des gestes qui bloquent des gens. Le râteau, le demi-râteau, je ne sais plus les noms des trucs. Mais donc, cette formation est bien, elle donne de bons outils, ça rassure de développer ce savoir physique. » (Aurore)*

*« J'ai fait une formation sur la gestion de la violence à Espace compétences. Le formateur travaille dans la sécurité, notamment dans le milieu hospitalier. Il donne des petits outils. Ce n'est pas ultra creusé, mais c'est très complet et très efficace. » (Benoît)*

Ces formations à la fois théoriques et pratiques ont également l'avantage de rappeler la centralité du corps (pour contenir, toucher, soigner, etc.) dans l'accompagnement des résident-es avec une déficience intellectuelle.

### 5.2.3 Quand la crise engage le corps

---

Lorsque la crise se produit, les corps des professionnel-le-s et des résident-e-s sont alors impliqués, ce qui donne lieu à des stratégies spécifiques, qui visent à minimiser les atteintes à l'intégrité physique de part et d'autre.

#### a. Stratégies autour des atteintes physiques

Lorsque des professionnel-le-s racontent des situations de crise où ils et elles sont intervenu-e-s et se sont trouvé-e-s engagé-e-s physiquement, plusieurs évoquent le moment où il s'agit de tenir, en contenant la personne, en attendant les renforts. Seul-e et débordé-e physiquement, le ou la professionnel-le cherche à éviter la blessure.

*« Mais avec une résidente... la contenir, je n'arrivais pas à la contenir [...] j'ai réussi à l'emmener dans sa chambre, mais elle ne voulait pas rester dans sa chambre pour se calmer, en fait. Et elle n'a jamais voulu me lâcher, sauf qu'à un moment, le but était de me mordre. Elle voulait me mordre et je n'arrivais pas à m'extirper d'elle. Donc ce qu'on... j'avais le téléphone et on a un appel d'urgence sur le téléphone, donc d'autres groupes sont venus, mais c'est vrai que ça prend « que » cinq minutes, mais les cinq minutes où il a fallu que, physiquement, je la contienne pour qu'elle n'arrive pas à me mordre... c'était juste ça l'objectif, c'était de ne pas me faire mordre, ça a été intense. » (Mathilde)*

Dans cette situation, la résidente se calme en général d'elle-même, mais il reste nécessaire d'éviter le passage à l'acte au moment de la crise. Un premier enjeu pour les professionnel-le-s est de se protéger d'une blessure, notamment des morsures et des coups. Il faut réagir vite, parfois sur une intuition, et les stratégies sont de séparer les corps : en prenant la fuite ou en enfermant, c'est à dire en évitant le contact.

*« Prendre la fuite, ça m'est arrivé avec un résident. Un grand mince qui peut parfois aussi être violent et puis.... bon, c'est rare, mais ça peut arriver. Donc, il était vraiment rentré de l'atelier comme ça et puis c'était... ça avait été un réflexe, ce n'était pas du tout réfléchi, je suis partie presque en courant. » (Hélène)*

Certaines techniques peuvent aider à mieux se protéger tout en protégeant le ou la résident au moment du corps à corps ; c'est le cas par exemple du drap utilisé comme bouclier.

*« Je me protège moi avec une sorte de bouclier contre un coup et quand la personne est allongée, je la maintiens assez fermement, le temps que la crise s'estompe... C'est un drap. Le drap du résident pour aider à contenir la personne et la tenir fermement allongée. » (Clément)*

La protection de l'intégrité physique ne concerne pas seulement les professionnel-le-s, mais aussi les autres résident-e-s dont les professionnel-le-s sont aussi responsables.

*« Quand il y a des passages à l'acte en direction d'autres résidents, je trouve que là, ça devient plus problématique parce qu'on est censé pour les autres résidents leur offrir un environnement sécurisant et là, ce n'est pas le cas tout le temps. »*  
(Elias)

## **b. Faire avec son corps : le point aveugle**

L'engagement physique des professionnel·le·s est donc fréquent lorsqu'il s'agit d'intervenir pendant une crise. Il soulève une série de questions quant aux atteintes à l'intégrité physique, aux critères de justification de l'intervention, à son efficacité, dont la résolution n'est pas évidente. Bien que ces questions soient largement débattues, les manières de faire sont relativement peu discutées et chacun·e apprend comme il ou elle le peut. Fréquemment les professionnel·le·s sont démuni·e·s pour savoir comment effectuer un geste, tel que l'immobilisation par exemple, qui vise à se protéger tout en évitant de faire mal aux résident·e·s.

*« Tout au début, tu vois qu'elle te tape, tu lui immobilises les mains. Après, tu vois que comme ça, ça n'est pas évident parce qu'il faut beaucoup de force pour l'immobiliser comme ça, donc, le prendre dans les bras, sur le lit et tu utilises peut-être aussi ton poids pour mieux contenir la personne. »* (André)

Plusieurs professionnel·le·s mettent en avant l'importance de la force physique (à la fois pour faire impression et pour mieux s'en sortir) et défendent l'idée de maintenir un nombre suffisant de professionnels masculins dans les équipes, pour qui il serait plus facile d'intervenir et de contenir les situations de crise.

*« Dans certains foyers, on se rend compte qu'avec du personnel masculin, il y a moins d'appréhension et plus de recadrage. Ça se fait plus facilement qu'avec du personnel féminin qui tombe dans une anxiété assez forte et où on doit aussi vraiment accentuer les soutiens. »* (Clément)

*« Pour les apprentis on ne prend que des hommes et des hommes balaises. Parce que les jeunes filles ça les mettait en difficulté, c'était juste compliqué à gérer. »*  
(Hélène)

Comme dans tous les métiers « à risque », les représentations sur la capacité de faire face à la violence sont généralement attribuées aux hommes qui possèdent les « attributs sociaux associés aux hommes et au masculin : la force, le courage, la capacité à se battre, le droit à la violence » (Molinier & Welzer-Lang, 2000, p. 77). Cependant, comme le souligne Hélène, le fait d'éviter de recourir à la force physique amène à chercher d'autres modes d'intervention lors de crises et peut permettre d'éviter certains recours à la contention.

*« Moi personnellement je ne suis pas à l'aise avec tout ce qui est physique, si je dois contentionner un résident moi-même je n'ai pas beaucoup de force, je vais donc essayer de l'éviter un maximum. Quand j'étais à X, je travaillais beaucoup avec la discussion. J'ai essayé d'aller dans le bureau avec la personne, de parler, c'est ce qui marchait le mieux. Là dans mon travail maintenant à Y c'est très*

*différent, il y a moins la parole, alors ça ne marche pas. On y va avec un style beaucoup plus directif avec des stops, des cartons jaunes, carton rouge. C'est vrai c'est différent, mais le physique c'est ma limite. Si je dois mettre de la force le mettre sur le lit comme ça je ne suis pas du tout à l'aise avec ça je dois trouver d'autres moyens. Si vraiment je vais dans un foyer où il n'y a que ça il n'y a que de la contention je ne vais pas aller là-bas, parce que ce n'est pas quelque chose avec laquelle je suis à l'aise. » (Hélène)*

Comme nous l'avons montré ailleurs (Kuehni & Bovey, 2018), cette manière de faire est souvent justifiée par les femmes par l'incapacité morphologique « d'aller au physique », mais elle ne s'y réduit de loin pas. Il s'agit pour les femmes, comme pour les hommes, de travailler davantage sur l'anticipation.

De fait, l'apprentissage des modes d'engagement mobilise de la force physique, mais aussi un savoir-faire technique.

*« Quand il y a quelqu'un qui vous sert la main très fort et qui ne veut pas lâcher, il faut retirer le pouce et retirer sa main rapidement. (...) Pour les morsures. Il faut mettre les doigts sur un point de pression sur la mâchoire qui provoque un peu une réaction. Technique qu'on a déjà utilisée, d'ailleurs. » (Benoît)*

Incorporer les gestes corrects, ceux qui permettent de minimiser les risques de se faire mal et de faire mal, n'est pas si facile. Cela suppose non seulement une formation, mais aussi une pratique ou un entraînement qui permettrait de les utiliser en situation, lorsqu'il faut agir vite.

*« On devait tenir les mains comme ça (...), donc, en théorie, c'était vraiment chouette, mais en pratique c'est beaucoup plus compliqué à appliquer d'autant plus que nous, des situations de vraiment... de violence physique comme ça, on en a peu, donc les réflexes ne viennent pas naturellement. » (Andrea)*

Outre la difficulté à déterminer quels gestes sont efficaces se pose la question de savoir précisément ce qui est autorisé, ou pas en matière d'intervention physique. Sur cet aspect, les choses sont plutôt floues, notamment parce que l'on agit dans une zone grise, où les gestes sont considérés comme nécessaires sans que la limite ne soit toujours connue. Il existe un flou réglementaire relatif aux pratiques de contention qui augmente le sentiment d'insécurité professionnelle et pointe la responsabilité des éducateurs et éducatrices. Des blâmes et licenciements pour des « contentions abusives », c'est-à-dire trop fortes ou trop longues rappellent aux professionnel-le-s qu'il existe une limite – certes non formalisée et mal connue – à ne pas dépasser. Le manque de discussion à ce sujet entraîne également un flou normatif autour de ce qu'il est possible éthiquement de faire ou non et entre ce qui paraît nécessaire pour certains et disproportionné pour d'autres.

*« Pour ma part, c'est quelque chose dont on discute assez peu si ce n'est pas, en fait. C'est un peu comme si ces actes-là étaient un peu mis sous le tapis, comme s'ils n'existaient pas trop. » (Andrea)*

*« J'ai l'impression qu'on fait ce qu'on sait qui fonctionne, mais ça ne doit pas être trop officiel parce qu'on ne sait pas si c'est légal ou pas, un peu. » (Hugo)*

*« Quand il y a de la violence et qu'on doit se défendre et qu'on doit aussi protéger (...), on va faire une contention et puis personne ne dira rien parce qu'on fait au mieux. » (Benoît)*

La verbalisation peut alors être un outil qui vise à minimiser la violence de l'intervention physique pour les résident.e-s. Elle peut aussi participer à formaliser et légitimer le choix des moyens et des ressources mobilisées dans l'intervention :

*« Je sais que j'ai l'habitude de beaucoup verbaliser quand on n'a plus le choix que d'intervenir physiquement, (...) de dire : « Là, on n'a plus le choix, on le fait parfois à contrecœur, mais on est obligé de le faire. ». Moi, je sais que ça me légitime. Même si je sais que je suis tout seul avec le jeune, de pouvoir le nommer, ça m'aide à me positionner. » (Sylvain)*

### **5.3 L'après-crise et la documentation des situations**

---

Dans cette partie, nous nous intéressons au signalement, à la documentation et à la protocolisation des situations de crise. Il existe plusieurs types de protocoles et documentations dans les institutions : des outils pour analyser les situations et systématiser les observations du personnel éducatif (comme les échelles de sévérité) ; des documents pour transmettre des informations à l'équipe et/ou à la hiérarchie (fiche de signalement, journal de bord) ; des protocoles d'accompagnement (des procédures sur la manière d'accompagner ou médier les résident.e-s).

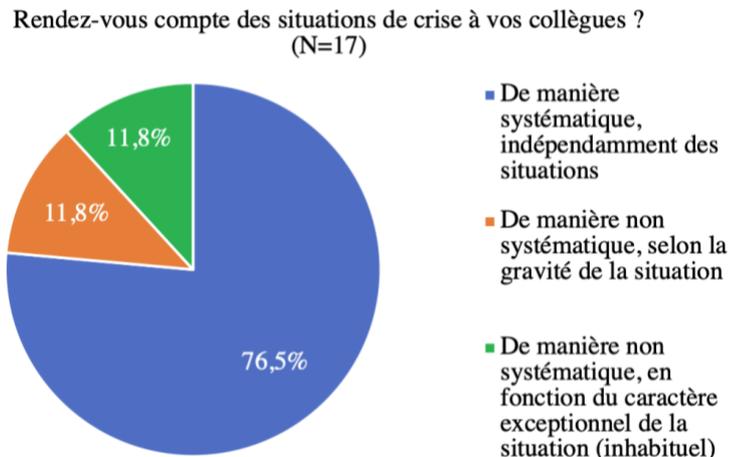
Une première partie (5.3.1) s'intéresse aux raisons qui motivent les éducateurs et éducatrices à signaler des situations de crise à la hiérarchie ; une deuxième partie (5.3.2) s'arrête sur le processus de protocolisation des situations à partir de la documentation réalisée ; une troisième partie (5.3.3) revient sur la question des dilemmes professionnels et de la responsabilité morale et légale des éducateurs et éducatrices et une dernière partie (5.3.4) sur les tensions interprofessionnelles et les logiques de « patates chaudes » que le signalement des situations de crise peut générer.

#### **5.3.1 Signaler ou non les crises**

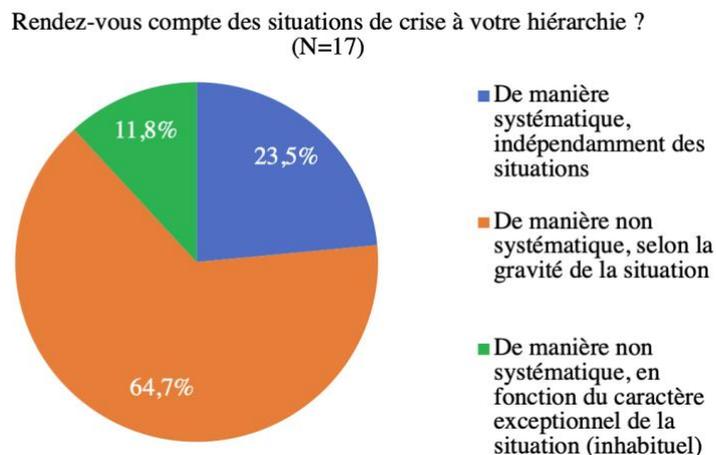
---

Une situation de violence n'est pas automatiquement rapportée (signalée) à la hiérarchie, elle ne dépasse parfois pas les murs du groupe éducatif. Dans les graphiques qui suivent, on peut comparer les décisions des éducateurs et éducatrices de rapporter des situations de crise aux collègues du groupe éducatif (1<sup>er</sup> graphique) et celles rapportées à la hiérarchie (2<sup>e</sup> graphique) :

Graphique 1 : Les situations de crise sont-elles rapportées auprès des collègues ?



Graphique 2 : Les situations de crise sont-elles rapportées auprès de la hiérarchie ?



Dans les groupes éducatifs, on discute autour de la violence, mais pas n'importe comment et pas avec n'importe qui. Si les éducateurs et éducatrices échangent la plupart du temps de manière systématique entre elles et eux autour des situations vécues (pendant les colloques, dans le journal de bord, entre deux portes, etc.), plus des 3/4 des cas de violence n'arrivent pas aux oreilles de la hiérarchie de manière systématique. Les situations sont signalées plus haut lorsque le personnel éducatif les considère comme graves ou qu'elles s'insèrent dans des situations intenable ou récurrentes :

*« Ben là c'est de notre responsabilité de faire remonter à la direction que ce n'est pas tenable. Après c'est la direction de prendre la décision à mon sens. » (Benoît)*

Pour des raisons de faisabilité, les éducateurs et éducatrices ne signalent pas toutes les situations de crise, car comme le dit Sylvain, « il faudrait un plein temps qui fait quasiment que l'administratif post-crise ». Ils et elles sélectionnent donc les situations les plus importantes, notamment les cas de violence. Mais la qualification et l'intensité de la violence ne font pas toujours consensus dans les groupes éducatifs. Pour certain·e·s, la mise en danger du corps fait partie intégrante de l'identité professionnelle (Cintas, 2009), pour d'autres, elle est

intolérable. Il est donc parfois difficile de s'entendre au sein du collectif pour qualifier la violence, la documenter et la transmettre à la hiérarchie :

*« Comment faire quand on a des conceptions qui sont complètement différentes et que par exemple, je ne sais pas, pour certains, le fait [que cette résidente] insulte, c'est de la violence, pour d'autres pas du tout et du coup, les réactions sont complètement finalement... peuvent être différentes, mais à la fin, on devrait suivre une ligne commune. » (Hugo)*

Dans une recherche précédente (Bovey & Kuehni, 2018), nous montrions que le signalement ou non des situations de violence dépendait en partie du « degré de responsabilité imputé aux résident·e·s » (p. 10.). Certains coups, griffures sont considérés comme conséquents à la déficience intellectuelle ou aux troubles psychiques. Ils sont le résultat de frustrations des résident·e·s, de situations malheureuses ou de fautes commises par les professionnel·le·s (des gestes trop brusques par exemple). Parfois, les situations – même jugées graves - ne sont pas relayées pour éviter toute intrusion de la hiérarchie dans le fonctionnement du groupe ou éviter d'apparaître comme incompetent·e·s au regard de la hiérarchie et risquer une « reprise en main » (Kuehni et al., 2018).

### 5.3.2 Documenter les situations pour analyser, comprendre, évaluer et transmettre des informations

---

Dans les *focus groups*, nous avons posé la question des outils utilisés pour documenter les cas de violence et assurer un suivi des situations pour permettre de les faire remonter jusqu'à la hiérarchie, mais également auprès du corps médical voire du Canton. Il existe des outils qui documentent les situations de crise à un niveau individuel pour comprendre notamment « les facteurs déclencheurs » des crises et pouvoir ensuite construire un protocole, une procédure pour un accompagnement. Les échelles de sévérité du comportement ont souvent été mentionnées par les participant·e·s comme outils pour les aider comprendre les situations de crise et les anticiper. Ces échelles (comme l'échelle du comportement du HoNOS) comprennent des paliers de 0, aucun problème à 4, des agressions physiques régulières et graves (Kaision, Camus & Cossy, 2000). Mais comme le précise Mathilde, la mobilisation de l'échelle de sévérité ne préserve pas toujours les professionnel·le·s de l'incertitude des situations de crise :

*« On a des échelles de sévérité, tout ça mais au moment où ça arrive, on peut la « sentir en flux tendu » mais d'un seul coup, il y a un passage à l'acte et ce passage à l'acte, il va être... enfin, elle va essayer de passer à l'acte de manière à attraper ou mordre, mais pour moi, c'est dix minutes intensives, mais après, elle se calme toujours et c'est vrai qu'à mon sens, on n'a pas encore trouvé le comment, comment éviter ces passages à l'acte [...] Parce que du coup, c'est des situations qui se reproduisent et que... enfin, pour moi, on n'a pas encore assez analysé les facteurs déclencheurs pour cette résidente et pour essayer de diminuer tous ces passages à l'acte. » (Mathilde)*

Mathilde insiste sur le travail d'analyse et de coordination en équipe qui reste ici à effectuer et évoque la part d'inconnu qui persiste dans les crises et la part d'incertitude qui qualifie ce type de situations complexes. Dans l'extrait qui suit, Clément utilise un protocole d'accompagnement et de médication construit sur l'utilisation de l'échelle de sévérité. Il dit son « réconfort » de pouvoir s'appuyer sur un protocole établi :

*« Je voulais revenir sur l'échelle de la sévérité, car pour moi, ça a été un soutien en pleine crise. [...] Pour la prise du médicament, des choses comme ça, le fait de l'isoler dans sa chambre. Bon, après, il y a eu des loupés et ça n'a pas forcément bien marché, mais au moins, ça a permis peut-être d'avoir des moments aussi où.... c'est une sorte de réconfort aussi d'avoir un protocole. On se dit qu'on a au moins ça, on applique et on essaie de... c'est mieux que de l'improvisation, très clairement. » (Clément)*

L'utilisation d'outils et de procédures permet également comme le précise Mathilde de clarifier les situations de certain·e·s résident·e·s et d'appuyer des demandes de ressource supplémentaires auprès de la hiérarchie et du canton (encadrement, doublure, matériel, hospitalisation, etc.) :

*« On a un poste et demi financé par l'État pour le renfort de la prise en charge de X, mais voilà on ne se base pas que sur, euh nous voilà on a des grilles d'évaluation pour notre travail pour montrer qu'on ne se base pas que sur des ressentis. Échanger c'est bien, mais on a aussi des outils pour montrer l'évolution, ce n'est pas que du ressenti. » (Mathilde)*

L'utilisation des échelles de sévérité montre que les actes de formalisations (règles, protocoles) peuvent offrir un cadre sécurisant aux professionnel·le·s et justifier des demandes de ressources supplémentaires auprès de l'État et des institutions. Cela facilite également la reconnaissance de l'expertise éducative, notamment auprès des médecins qui jugent parfois les analyses des éducateurs et éducatrices peu formalisées, basées sur du ressenti et des impressions<sup>8</sup>.

### 5.3.3 Éthique et dilemmes professionnels : la question de la responsabilité

Lorsque le protocole semble désajusté du réel, les professionnel·le·s disent prendre de la distance avec les règlements et parer au plus pressé ou opter pour la solution qu'ils et elles considèrent la plus éthique possible. Dans l'extrait suivant, un éducateur spécialisé raconte que dans certaines situations, il n'a d'autres choix que de contrevenir aux mesures de contrainte pour assurer sa sécurité et celle du résident :

---

<sup>8</sup> L'Académie Suisse des Sciences Médicales (2012) recommande de tenir compte de l'expertise des éducateurs et éducatrices pour interpréter des symptômes, toutefois le personnel éducatif est suspecté de manquer d'objectivité et de distance critique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'état d'un·e résident·e. Le diagnostic éducatif est d'ailleurs parfois considéré par le personnel médical comme subjectif voire ésotérique ou folklorique, car il est peu formalisé et largement informé par du « ressenti ». Pour une discussion à ce sujet, voir Kuehni et Bovey (2017).

*« Je voulais rebondir... tu sais quand tu as dit : « On n'enferme pas un adolescent à clé », ça c'est clair, c'est une consigne. Je peux te dire qu'il y a trois jours, j'ai dû l'enfermer à clé car sinon mes doigts y passaient ou sinon, elle m'arrachait carrément le t-shirt [...] j'ai dû aller chercher mon portable, donc pas le choix, donc là, tu vois, j'ai isolé la résidente pendant quelques minutes pour prendre mon natel et téléphoner à la personne concernée parce que j'ai dû attendre une demi-heure seul avec un déferlement de violence. Et au bout d'un moment, on peut faire des contentions tant qu'on veut, mais quand vraiment... voilà, là, elle était vraiment... elle était mal, donc, au bout d'un moment, il faut se protéger aussi, je ne pouvais rien faire d'autre que de fermer un peu et puis de souffler deux secondes. »*  
(Clément)

L'éducateur évoque ici une situation de dilemme éthique que rencontre souvent le personnel éducatif qui travaille avec des personnes en situation complexe. Les professionnel·le·s sont parfois confronté·e·s à un foisonnement de protocoles, de règles et de normes institutionnelles dont certaines sont parfois contradictoires (Vidal-Naquet, 2018). Dans le feu de l'action, ils et elles doivent effectuer un choix. Dans la situation de Clément, soit il suit la consigne et laisse sortir la résidente au risque de devoir la contenir, lui faire mal et risquer sa propre santé, soit il l'enferme pour éviter un corps-à-corps, mais il contrevient alors au règlement et met alors en jeu sa responsabilité (Velpry & Vidal-Naquet, 2019). Si les échelles de sévérité et les différents protocoles offrent un support de réflexion au sein des collectifs sur la situation des résident·e·s, ils n'ôtent pas le poids que porte la personne qui se trouve en première ligne :

*« On a des échelles de sévérité, on a des outils, mais quand on ouvre la porte, c'est notre décision à nous [...] À chaque fois qu'on ouvre la porte, c'est un facteur risque qu'on prend en compte mais voilà si ça... quand on le fait, on espère que tout va bien se passer, mais si ça ne se passe pas bien, en termes de responsabilité, ça met à mal. Quand arrive un problème, on se dit : « Je n'aurais pas dû ». »* (Mathilde)

La distance entre le prescrit et le réel et le flou qui entoure certaines pratiques (contention par exemple) pose la question de la responsabilité de l'acte lorsqu'un·e professionnel·le sort du cadre pour ajuster son accompagnement. Dans l'extrait qui suit, Aurore propose une distinction entre responsabilité individuelle, collective ou institutionnelle :

*« Quand un résident a un comportement problématique et qu'on discute en équipe de comment on gère ça, pour moi c'est clair que la responsabilité repose sur toute l'équipe. Après quand c'est un truc où on intervient sur le moment et qu'il faut improviser, ben là ça devient de la responsabilité individuelle. Après quand c'est un truc qu'on a discuté juste avec un collègue comme ça en passant et là ça devient la responsabilité de personnes parce qu'on s'est entendu sur comment on fait et on fait pareil. Ou au moins on sait que l'autre sait comment on fait. Et puis je pensais au niveau des restrictions que dans ce cas ça devient de la responsabilité institutionnelle. Quand on a rédigé de manière explicite qu'une personne a telle*

*limitation, je ne sais pas comment dire ça, et ben là c'est l'institution qui a pris la décision pour la personne, la décision est formalisée. » (Aurore)*

Cette question de la responsabilité est parfois mise en exergue après une situation de violence. Dans l'exemple qui suit, Hugo regrette qu'après avoir vécu une situation de crise avec violence, l'accompagnement de la direction ait été orienté sur lui, comme individu, comme s'il était responsable de cette situation :

*« On m'a dit : "C'est vous qui avez vécu ça, qu'est-ce que vous pensez pouvoir mettre en place pour que ça ne se reproduise plus ? Pour que vous soyez mieux, mais que ça ne se reproduise plus.". Et du coup, j'avais l'impression de... voilà, d'avoir déjà, vécu cette situation et puis en plus, comme si le problème venait de moi, en fait, parce que c'était à moi de trouver la solution et puis aussi parce que ça ne se passait pas avec les autres collègues, en fait. » (Hugo)*

#### 5.3.4 Tensions interprofessionnelles et « patates chaudes »

Le suivi des situations de crise peut parfois tourner au cafouillage, notamment en raison des nombreux professionnel·le·s qui gravitent autour des situations complexes et des tensions de territoires. Céline raconte la prise en charge d'un jeune qu'elle qualifie de « très, très violent » et qui fait peur à tout le personnel éducatif, « tous ceux qui ont accepté de travailler avec lui, ont reçu au moins une fois un coup de sa part ». L'éducatrice décrit des professionnel·le·s qui se « refilent la patate chaude » (Trémintin, 2002), symptôme d'une prise en charge parfois éclatée des situations complexes face à des résident·e·s qualifié·e·s d'incasables (Barreyre et al., 2008) :

*« Il y avait l'EMDM<sup>9</sup>, il y avait plusieurs chefs de clinique, il y avait une recherche pour savoir s'il y avait des troubles psychiatriques ou pas, il y avait une neuropédiatre parce qu'il avait de l'épilepsie, il y avait les grands chefs d'office, en tout cas, le chef d'office de l'un des offices régionaux de protection des mineurs qui était aussi intervenu, différentes directions d'autres institutions qui avaient été interpellées, enfin, il y avait vraiment beaucoup de partenaires. Les gens ne... enfin, aucune instance, aucune autorité ne portait la responsabilité de ce jeune parce que: "Non, ça vient de l'épilepsie", "Non, c'est du SPJ", " Non, c'est SESAF", "Non, c'est de l'autisme", "Non, c'est l'EMDM qui doit faire", [...] ce n'était le responsabilité de personne, donc il est retourné chez sa maman parce qu'il a mis à mal deux équipes éducatives. » (Céline)*

Le personnel éducatif reste souvent impuissant face ce type de situations dont personne ne peut ou ne veut s'occuper. Comme le précise Céline, cela peut générer de la souffrance au travail :

*« C'était une situation, voilà... de mon point de vue, c'était même insupportable, en fait, de voir l'inaction d'autres partenaires, [...] Pour moi, cette situation a*

---

<sup>9</sup> Il s'agit de l'équipe mobile pour mineurs dépendante de la section de psychiatrie du développement mental du CHUV (SPDM)

*vraiment montré les limites du système social pour ce genre de situation et c'est pour ça que j'en parle aussi. » (Céline)*

La gravité et l'urgence de certaines situations sont parfois mal comprises en dehors de l'équipe éducative, ce qui explique, selon Benoît, les retards pris dans le traitement des situations :

*« Je pense que pas mal de gens, dans cette situation, ne saisissaient pas l'urgence de la situation quand il y avait de la violence ou quand il mettait en danger ses camarades, j'ai pour exemple, des réunions avec des médecins, différents médecins et aussi personne de l'EMDM et autres. Et voilà, on présentait la situation, il a de la violence, du danger pour ses camarades, etcetera et les médecins disaient : « Ah ! A-t-il une petite déficience intellectuelle ou arrive-t-il à compter ? Il faut que l'on fasse des tests », donc, il y avait un décalage entre la situation et les préoccupations des médecins sur certains points, donc c'était passablement frustrant. [...]. Au final, j'ai quand même une satisfaction de la direction qui a quand même pris des mesures finalement assez drastiques. » (Benoît)*

## **5.4 La formation Prévention et gestion des crises comportementales de la SPDM**

---

Dans cette partie, nous nous intéressons aux effets de la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* sur le travail éducatif. Notre propos est organisé en trois temps. Nous mettons tout d'abord en évidence les points forts de la formation et examinons dans quelle mesure ces derniers ont des effets sur les postures et les pratiques des professionnel·le·s ayant suivi la formation (5.4.1). Nous revenons ensuite sur les limites et les manques identifiés par les participant·e·s et proposons quelques pistes d'amélioration (5.4.2). Nous terminons par une synthèse reprenant les éléments centraux de l'analyse (5.4.3).

### **5.4.1 Points forts de la formation**

---

#### **a. Formalisation des pratiques d'intervention physique**

La participation à la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* a premièrement été l'occasion pour les participant·e·s d'acquérir ou de développer une connaissance plus fine des outils théoriques pour identifier les différentes phases d'une crise et de connaître les différentes stratégies de prévention et désamorçage de la crise. En envisageant la crise dans un continuum, ces apports théoriques ont non seulement permis aux participant·e·s de « conscientiser » certaines de leurs pratiques, mais également de réappréhender de manière plus outillée l'anticipation des situations de crise :

*« Ce que j'en ai retiré, c'est une conscientisation de certaines problématiques qu'on gérait mais qu'on ne gérait pas consciemment, je pense. Notamment la pré-crise, la post-crise, on le faisait, mais on ne se focalisait pas vraiment dessus. C'était plus sur l'instant de la crise et puis comment réagir, on était dans la réaction*

*[...] Et prendre conscience de ça, ça va nous permettre aussi de mieux accompagner les problèmes liés aux crises de violence. » (Maxime)*

Outre son contenu théorique, la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* consiste essentiellement dans la transmission d'une procédure formalisée nécessitant des techniques précises (de déplacement, d'immobilisation et de sécurité personnelle) à appliquer pendant et après la crise. Ces techniques définissent précisément les gestes à effectuer dans une démarche organisée autour d'une stratégie de désescalade, qui va de l'usage exclusif de la parole à l'immobilisation physique totale. À cet égard, la majorité des participant·e·s ont souligné la pertinence et l'intérêt d'une démarche pédagogique centrée sur la pratique physique pour intégrer les différentes techniques de la procédure :

*« Je trouve très intéressant d'inscrire dans le corps un apprentissage plutôt que toujours parler, passer par les mots et c'est déjà une étape de plus de passer par le corps. C'est un outil supplémentaire. » (Macha)*

Par le biais d'exercices répétés en séries, les participant·e·s apprennent progressivement à exécuter les différentes techniques ainsi qu'à choisir la technique adaptée en fonction de la situation de crise. Dans le cadre des *focus groups*, il a plusieurs fois été fait mention de la technique de la « promenade du dimanche » ainsi que de celle de l'« épiluchage ». Ces deux techniques ont été particulièrement bien intégrées dans le cadre de la formation et, selon les participant·e·s, ont pu être mises en œuvre à plusieurs reprises dans leur quotidien de travail.

Un point fort de la formation tient également au fait que ces techniques ont été élaborées non seulement dans le but d'éviter les risques de dommages physiques pour les professionnel·le·s mais également afin d'éviter de générer une douleur chez la personne en situation de crise. Plusieurs participant·e·s relèvent que, lors de la mise en pratique des exercices physiques, le fait de se mettre à la place des résident·e·s leur a permis de mieux prendre en compte les risques et la douleur :

*« [cela m'a aidé à] avoir plus confiance en moi et à pouvoir me sentir plus à l'aise de devoir gérer physiquement quelqu'un, sans lui faire mal, en restant éthique, avec ce genre d'outils. » (Léo)*

Comme nous l'avons analysé dans la partie 5.4.2, les dimensions de spontanéité, d'incertitude et d'expérimentation sont fortes en ce qui concerne l'accompagnement des situations complexes dans le domaine socio-éducatif, particulièrement lorsqu'il s'agit d'intervenir physiquement. En proposant des outils de compréhension et d'action pour répondre de manière plus efficace et maîtrisée en situation, la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* a des effets positifs sur la régulation émotionnelle du personnel dans les situations compliquées et sur la préparation des équipes à intervenir à un stade précoce des agressions (Björkdahl et al., 2013). Elle contribue en outre à formaliser la pratique l'intervention physique dans le domaine socio-éducatif et, ce faisant, à légitimer certaines pratiques utilisées par les professionnel·le·s mais qui ne sont pas formalisées.

## **b. Partage, délibération, documentation et collectivisation**

De manière unanime, les participant·e·s s'accordent sur le fait que suivre la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* en équipe a été extrêmement bénéfique à plusieurs niveaux. La dimension collective de l'apprentissage constitue, selon les participant·e·s, un avantage et un besoin à différents niveaux. Premièrement, le fait de suivre collectivement le même enseignement au même moment permet de créer un « socle commun » de connaissances et de références sur la base de laquelle l'équipe va pouvoir élaborer des ressources collectives pour l'accompagnement :

*« On est tous de milieux différents, on a tous un autre parcours et le fait de faire des formations tous ensemble fait que l'on a des bases communes. On apporte tous avec ce qu'on a fait dans notre parcours, mais des fois, de poser des bases communes et repartir d'un socle commun, permet, je pense, une meilleure discussion. »* (Mathilde)

Au-delà de la constitution de ce tronc commun, la formation offre un espace d'échanges au sein des équipes (ou entre équipes d'une même institution) pour délibérer sur les situations d'intervention vécues et sur les pratiques. Cet espace est peu présent dans le quotidien, si ce n'est lors d'échanges informels ou dans le cadre des colloques d'équipe. La formation, comme espace de réflexivité et d'interprétation clinique constitue ainsi une ressource pour (re)penser collectivement la manière de les appréhender et, ce faisant, développer la cohésion d'équipe.

Au cours des trois jours de formation, les professionnel·le·s ont eu l'occasion de décrire, de qualifier et d'interpréter certaines situations vécues ainsi que leurs propres réactions face à ces dernières. À cet égard, certains participant·e·s ont relevé que l'un des apports de la formation avait été la prise de conscience de l'importante activité d'imagination et d'élaboration de ressources mise en œuvre au sein de leur équipe pour répondre aux situations :

*« Ça nous a permis à toute l'équipe de passer en revue toutes les ressources que l'on a et que l'on utilise au quotidien et dont on n'a même pas vraiment conscience (...) Quand on a des colloques, on ne prend pas le temps de passer en revue tout ce que l'on a à disposition, en fait. Et là, j'avais devant les yeux, une liste de plusieurs dizaines de ressources et j'ai trouvé ça très instructif parce que je me suis rendu compte que certains collègues en utilisaient certaines, que d'autres collègues utilisaient moins, en utilisaient d'autres et en fait, c'est ça, on a comme un catalogue d'outils à disposition, inconscients et en tout cas invisibles et pas nommés, et que chacun pianote, pioche et compose avec ce qui lui plaît et ça devient son positionnement éducatif à lui. C'est ça qui est beau, c'est ça qui est riche. Alors, on a exploré un peu, je trouve, cette direction-là et c'est un travail différent de ce que l'on fait en colloque. »* (Macha)

Que cela soit par la mise en pratique des gestes ou à travers les échanges, la formation a enfin permis aux participant·e·s de thématiser la question de l'engagement physique dans l'accompagnement. Bien qu'étant une dimension prégnante du travail éducatif, celle-ci n'est pourtant que rarement discutée (Bovey & Kuehni, 2019). Le fait de toucher ses collègues dans

le cadre des exercices ou de pouvoir échanger en équipe sur certaines situations impliquant des interventions physiquement engagées a contribué non seulement à libérer la parole sur cette question, mais également à renforcer les liens au sein des équipes.

### **c. Reconnaître la violence et légitimer les pratiques d'intervention physique**

Comme nous l'avons déjà signalé, dans un contexte de flou réglementaire autour de la contention, la légitimité de l'intervention physique ne va pas de soi et suscite régulièrement des interrogations, à la fois au sein des institutions, pour d'autres professionnel-le-s de l'éducation sociale (qui ne travaillent pas avec le même type de population) et pour l'extérieur. D'après les retours de certain-e-s participant-e-s, la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* constitue une ressource dans la mesure où les techniques acquises leur permettent désormais de se sentir plus légitimes (moralement et techniquement) dans la pratique de l'intervention physique et donc de pouvoir la justifier vis-à-vis des collègues (notamment les nouveaux collègues ou les collègues d'autres groupes ou foyers) et/ou de la hiérarchie :

*« [La formation nous apporte] un peu de légitimité par rapport à notre intervention parce qu'elle peut être mal perçue au sein de notre institution (...) Que la formation vienne de la SPDM qui est spécialisée dans la gestion des situations difficiles, moi, je trouve que ça amène de la légitimité puisque c'est la SPDM qui intervient dans des situations complexes et avec qui on est quand même déjà en lien. » (Elias)*

En outre, comme le souligne ce participant, le fait que la formation soit dispensée par des professionnel-le-s spécialisé-e-s dans la gestion des situations complexes est considéré comme une plus-value notable en termes de légitimité. Aussi, dans la mesure où les techniques acquises ont été élaborées par la SPDM, la pratique de l'intervention physique accède en quelque sorte au statut de pratique acceptable et « officielle » puisque formalisée et validée par une institution étatique.

Relevons enfin que pour certain-e-s professionnel-le-s, le fait même que leur hiérarchie leur propose de suivre la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* a été considéré comme un signe de reconnaissance par leur institution de l'existence de la violence et des risques associés au sein de leur foyer :

*« Au-delà de ce qu'on a pu apprendre dans cette formation, il y a le fait que tout à coup, on reconnaît dans l'institution que, oui, il y a de la violence dans certains groupes et cette simple mise en lumière de dire : « Oui, on reconnaît ça » (...). Là, d'un seul coup, le fait de recevoir une formation, à ce niveau-là, ça nous permet vraiment de dire : « Oui, elle existe ». Pour moi, ça a compté finalement. » (Andrea)*

## 5.4.2 Limites de la formation et pistes d'amélioration

---

### a. Transférabilité et appropriation des techniques

Si les professionnel-le-s ont mis en avant les nombreux apports de la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* pour leurs pratiques et leurs postures professionnelles, les retours que nous avons pu recueillir sur ses modalités d'appropriation mettent cependant en exergue quelques points d'achoppement.

L'un des objectifs de la formation est d'assurer la précision gestuelle, de leur ordre afin que les professionnel-le-s sachent précisément quoi faire et comment en situation. Les gestes sont ainsi longuement répétés jusqu'à ce qu'ils deviennent des réflexes automatiques. Si les participant-e-s considèrent avoir effectivement acquis un certain nombre de techniques dans le cadre de la formation, nombreux sont celles et ceux qui admettent avoir éprouvé une certaine difficulté à appliquer ces mêmes techniques en situation dans leur quotidien de travail. Le principal inconvénient relevé par les participants est que les situations et les comportements adressés en formation sont modélisés à partir de situations abstraites (amenées par les formateurs et formatrices) et ne tiennent, par conséquent, pas suffisamment compte de la singularité des contextes professionnels et des situations vécues par les participant-e-s.

Il nous paraît ici important de rappeler que les techniques et outils présentés dans le cadre de la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* ont été, à l'origine, élaborés et utilisés dans un contexte spatial, matériel et temporel de soin pensé pour la gestion de crise (USIDATU), ce qui n'est pas le cas des foyers/lieux de vie dans lesquels travaillent les personnes ayant participé à la formation. Selon Diaz et al. (2018), « À l'USIDATU, nous avons fait le choix de développer notre propre dispositif de formation pour mieux répondre aux besoins spécifiques de notre service, mais aussi à la spécificité de la formation continue des professionnels de la santé du secteur sanitaire en France » (p. 21), il serait utile que la formation, au-delà des gestes de base incontournables, s'adapte également à l'environnement socio-éducatif d'un lieu de vie collectif et pas uniquement de soin.

Ceci pose la question de la transférabilité des techniques *Prévention et gestion des crises comportementales* au domaine socio-éducatif :

*« On a vu un panel d'outils auxquels on a le droit et qu'on peut utiliser sans faire de mal au résident pendant cette formation, mais il peut tout à fait arriver d'autres crises où ce n'est pas sur ce plan-là que l'on doit réagir. Typiquement, si le résident ne cherche pas à nous faire de mal mais juste aller à un endroit où il ne peut pas, ce n'est déjà pas forcément la même chose et ce n'est peut-être pas nécessaire d'arriver sur le plan de la contention physique, mais juste de l'accompagnement. »*  
(Hugo)

Un certain nombre de techniques nécessite en outre la présence coordonnée de plusieurs professionnel-le-s (en particulier les techniques d'immobilisation). Dans ces conditions, il peut

s'avérer très difficile, voire impossible, pour une personne de mettre en œuvre ces techniques de manière efficace lorsque celle-ci est intégrée à une équipe restreinte et/ou qu'elle se retrouve seule à encadrer tout un groupe de résident·e·s (par exemple dans le cadre de veilles, d'un moment de socialisation effectué en grand groupe ou d'une sortie à l'extérieur).

### **b. Maintien et transmission des requis**

Outre les facteurs d'ordres contextuel et organisationnel, les possibilités d'application des gestes dépendent d'une multiplicité d'autres facteurs, notamment la récurrence des situations de crise dans les groupes de vie. Dans les groupes où les situations de crise se répètent régulièrement, les professionnel·le·s ont relevé que le fait de pouvoir anticiper ces situations facilitait l'application et, ce faisant, l'intégration des techniques apprises.

Un certain nombre de participant·e·s ont relevé en revanche le fait qu'ils et elles n'avaient (heureusement) pas eu l'occasion d'utiliser les techniques apprises depuis la formation. Ceci tient au fait que dans certains groupes, les situations de crise s'y présentent plus rarement. Si les participant·e·s s'en réjouissent, certains d'entre elles et eux ont néanmoins mentionné la difficulté de maintenir les acquis pratiques de la formation (ordre, précision, rapidité, assurance des gestes) lorsque les occasions de les appliquer sont rares. Dans ces circonstances, lorsque la crise surgit de manière imprévisible, l'instinct prend le dessus sur les réflexes acquis en formation :

*« Plusieurs des choses que l'on a apprises, je les voyais très difficilement applicables dans le sens que chez nous, la violence n'est pas assez récurrente pour pouvoir mettre ça en place de manière professionnelle. Dans le sens que si quelqu'un m'arrive dessus avec un couteau, je n'ai pas du tout ce premier réflexe de faire comme ça (montre le geste « papillon » à l'écran). Enfin, je pense que je ne réfléchirai pas, du coup j'irai avec mon instinct. » (Andrea)*

Un dernier élément mentionné par les participant·e·s concerne l'enjeu de la transmission des acquis aux collègues (qui n'ont pas été formé·e·s ou à celles et ceux qui intégreront l'équipe plus tard). À cet égard, les participant·e·s relèvent à la fois le manque de temps et d'espaces dédiés à la transmission dans le cadre du temps de travail et leur propre manque de légitimité à transmettre les techniques apprises à leurs collègues. Dans la mesure où la mise en œuvre de certaines techniques nécessite un savoir-agir collectif, la question de la transmission devrait faire l'objet d'une réflexion à part entière de la part des formateurs et formatrices et des directions d'établissements.

### **c. Pistes d'amélioration**

Sur la base des éléments mentionnés par les participant·e·s, nous proposons ici quelques pistes d'amélioration :

- Présenter le cadre réglementaire cantonal et institutionnel en lien avec les situations de violence afin de clarifier les « zones de responsabilité » et traiter des questions éthiques auxquelles les professionnel·le·s sont confronté·e·s ;

- Faciliter l'appropriation des gestes dans le quotidien de travail des participant·e·s en tenant compte davantage des situations dans leur contexte spatial, matériel, temporel et organisationnel ;
- Développer l'articulation de la théorie et de la pratique à partir de situations présentées par les participant·e·s ;
- Faciliter le maintien des acquis en multipliant les sessions de formation par l'organisation de sessions régulières (« piqûres de rappel »), par exemple une fois par année. Ceci permettrait également aux formateurs et formatrices d'évaluer l'utilisation de la formation, ses impacts et ses limites dans des contextes professionnels spécifiques ;
- Soutenir le maintien et la transmission des acquis en mettant à disposition des supports (dessins, photos, vidéos) qui reprennent les exercices afin d'avoir une documentation à laquelle se référer et à partager entre collègues ;
- Intégrer des outils de compréhension et d'action qui prennent en compte d'autres formes de violence que l'agressivité des résident·e·s (de Miribel, 2018, p. 23).

### 5.4.3 Synthèse

---

La formation *Prévention et gestion des crises comportementales* offre un espace précieux d'élaboration collective avec ses objectifs de prévention, d'intervention et de gestion des situations de crise. Le changement de représentation qu'elle propose de « personne problème » à « personne prise dans sa globalité » avec ses capacité d'évolution passe par l'expérimentation et le partage ce qui permet de favoriser la continuité du lien avec les résident·e·s.

Les participant·e·s à la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* relèvent trois apports pour la pratique et la posture professionnelle en matière d'accompagnement de situations complexes : la formalisation des techniques d'intervention physique, le travail réflexif et la légitimation de l'engagement physique. Le présent rapport met au jour la centralité de ces éléments dans l'élaboration d'un savoir-faire professionnel en matière d'intervention face aux situations de crise.

En proposant une formation en équipe qui vise à la fois le bien-être des personnes concernées et des professionnel·le·s et en mobilisant une approche mixte qui inclut des éléments théoriques, des mises en situation physiques et la transmission d'une procédure formalisée de gestion de la violence, la formation *Prévention et gestion des crises comportementales* comble un manque dans l'offre de formations et répond aux besoins des professionnel·le·s impliqué·e·s dans l'accompagnement de situations complexes.

Les participant·e·s témoignent néanmoins de la difficulté de bien intégrer les acquis. L'appropriation des techniques par les professionnel·le·s pourrait être facilitée par une meilleure prise en compte, d'une part, des spécificités des contextes (spatiaux, matériels, temporels et organisationnels), d'autre part de la singularité des situations rencontrées par les participant·e·s dans leur quotidien de travail. La réflexion doit aussi s'inscrire dans le temps

avec un continuum dans l'accompagnement, ce qui implique un suivi dans l'analyse et l'évolution de la situation et le comportement avec une adaptation si nécessaire. Cela ne peut se faire qu'avec le concours et le suivi de la SPDM comme dispensateur de la formation.

## 6 RECOMMANDATIONS

---

Au vu de l'enquête précitée, notre analyse conduit à proposer six recommandations qui s'adressent à différent-e-s acteurs et actrices. Elles visent à mettre en œuvre un partage dans la construction des projets d'accompagnement, mais aussi un partage de la prise de risque et de la responsabilité en cas de situations de crise (en remplacement à des projets imposés, à une prise de risque déléguée et une responsabilité individualisée).

### 1. Reconnaître et valoriser la complexité et la pénibilité du travail

Les professionnel-le-s déplorent un manque de reconnaissance tant matérielle que symbolique des compétences mobilisées pour accompagner les situations complexes (capacité d'observation, de coordination, de restitution, d'intervention, d'accompagnement, de gestion du stress, etc.), que de la prise de risque dans certaines situations de travail (exposition à des situations de violence). Ce manque de reconnaissance s'ajoute à des conditions de travail décrites comme peu avantageuses, notamment au niveau des taux d'occupation, des horaires et du salaire. L'exposition à des situations de violence crée une forte pénibilité au travail et complique l'articulation vie professionnelle et vie privée des professionnel-le-s (surtout lorsqu'ils et elles craignent pour leur sécurité ou quittent le travail touché-e-s dans leur corps et/ou leur esprit). Le manque de reconnaissance et la pénibilité du métier impactent négativement la projection des professionnel-le-s à long terme dans les fonctions occupées.

#### **Pour l'État, les institutions socio-éducatives, les associations :**

- Mener une réflexion sur la pénibilité du métier et les conditions de maintien en emploi dans la durée<sup>10</sup>.
- Envisager une revalorisation du métier (revalorisation salariale, prime de risque, âge de la retraite anticipée, diminution des heures du plein-temps).

#### **Pour les institutions socio-éducatives :**

- Mettre à disposition les ressources matérielles et organisationnelles pour faire un accompagnement de qualité et diminuer la pénibilité du travail : équipements et locaux à disposition des professionnel-le-s et des résident-e-s, aménagement horaire, composition des équipes et des groupes de vie (travail en binôme, favoriser les relais en cas de situation de crise, intégrer les équipes dans la réflexion sur le recrutement de collègues et/ou l'accueil de nouveaux résident-e-s par exemple).

---

<sup>10</sup> Une recherche est actuellement en cours sur les « Conditions d'emploi pour fonctions à pénibilité élevée » financée par l'AVOP et dirigée par Yves et Véronique Emery, IDHEAP, UNIL.

## 2. Informer et former les professionnel-le-s sur les risques des situations de violence

Les pratiques sont contrastées au sein des institutions concernant les informations transmises à l'embauche en matière d'exposition au risque de violence. Les professionnel-le-s sont unanimes sur le besoin de transparence de la part des Directions d'institution et/ou des responsables de secteur lors des entretiens de recrutement et sur la mise en place d'un suivi davantage formalisé des personnes engagées dans les groupes de vie dans lesquels les situations de violence sont fréquentes. Des moyens d'intégration supplémentaires comme des entretiens de suivi ou la mise en place de formations devraient être développés, y compris pour les remplaçant-e-s ou les veilleurs et veilleuses de nuit.

Aujourd'hui le cadre réglementaire concernant les mesures de contrainte dans le domaine du handicap est formalisé, mais pas forcément connu par les professionnel-le-s. Il existe par ailleurs un réel besoin de concertation et de discussion élargie sur les pratiques d'intervention physique pour formaliser davantage les gestes et les techniques mobilisés et offrir un cadre d'intervention clair, sécurisé et sécurisant tant pour les résident-e-s que pour les professionnel-le-s. L'État et les institutions socio-éducatives ont un rôle à jouer en matière de communication et d'information sur le cadre réglementaire et les standards de qualité.

Par ailleurs, les situations de violence débouchent souvent sur des formes de jugements, voire de stigmatisations non seulement des résident-e-s, mais aussi des professionnel-le-s qui les accompagnent, car certains gestes d'intervention physique peuvent être jugés « maltraitants » à l'extérieur, comme à l'intérieur des institutions. Lorsque les professionnel-le-s s'écartent des principes du travail éducatif (par exemple lorsqu'ils et elles enferment une personne ou lorsqu'ils et elles ne peuvent pas travailler à l'autonomisation des résident-e-s), les efforts fournis sur le plan émotionnel sont particulièrement coûteux. Leur professionnalité est facilement remise en question, car rien ne permet de différencier un accompagnement maltraitant d'un accompagnement bien traitant d'un point de vue extérieur. Par ailleurs, il existe peu de manières de visibiliser et faire reconnaître le travail réalisé, alors même qu'il est extrêmement coûteux du point de vue de la pénibilité et de l'investissement professionnel.

### **Pour les institutions socio-éducatives :**

- Prévoir et promouvoir des protocoles d'établissement pour l'accueil de nouveaux professionnel-le-s dans les cas où ils n'existent pas. Délivrer une information systématique concernant les risques d'exposition à des situations de violence lors du recrutement de personnel dans les groupes de vie qui sont particulièrement concernés et mettre en place un plan d'intégration : entretiens réguliers avec la hiérarchie et plan de formation en matière de prévention et de gestion de la violence, travail en double ou tutorat.
- Informer plus largement dans l'établissement et auprès des parents et partenaires sur les situations de violence et les techniques d'accompagnement mobilisées par les professionnel-le-s pour éviter la stigmatisation des résident-e-s, mais aussi des professionnel-le-s qui les accompagnent au sein des institutions.

**Pour l'État :**

- Communiquer davantage sur le cadre réglementaire, son histoire et ses objectifs afin d'assurer une bonne maîtrise de celui-ci.
- Faire connaître les standards de qualité attendus.

**Pour la SPDM :**

- Produire un document de vulgarisation de la formation à la *Prévention et Gestion des crises comportementales de la SPDM* et des techniques de limitation de mouvement à destination des familles et des autres partenaires.
- Faire connaître les avancées dans le domaine de la recherche sur l'autisme.

**Pour les institutions de formation :**

- Aborder la question de la violence dans la formation initiale pour préparer les professionnel-le-s à y faire face.
- Intégrer davantage dans la formation les questions relatives au corps dans le travail social (toucher, être touché-e, se faire toucher).

**3. Favoriser les formations en équipe autour de besoins spécifiques et circonstanciés**

Les connaissances théoriques et pratiques acquises dans les formations constituent des ressources mobilisées par les professionnel-le-s (à l'échelle individuelle et du collectif de travail) et favorisent le développement de la réflexivité sur leurs pratiques. Les formations en équipe contribuent à l'échange sur les ressources et outils utilisés et à disposition ainsi qu'à la construction d'une approche commune, à la fois connue et reconnue. Ce faisant, elles favorisent la cohésion d'équipe autour de projets partagés et permettent l'utilisation coordonnée de techniques et pratiques d'interventions dans la prévention, l'intervention et le traitement de situations de crise.

**Pour l'État :**

- Intégrer dans les formations en équipe des séances d'information et d'échange auprès des professionnel-le-s sur les attentes et décisions de l'État ainsi que sur le sens et les finalités de celles-ci.
- Participer à la mise à disposition des ressources matérielles pour l'organisation de formations spécifiques.

**Pour les institutions :**

- Mettre à disposition les ressources matérielles et organisationnelles permettant une démarche d'équipe.
- Pour les formations spécifiques suivies individuellement, prévoir des restitutions systématiques aux équipes par les personnes qui ont suivi ces formations.

**Pour la SPDM :**

- Former des équipes professionnelles en adaptant la formation aux contextes (spatiaux, matériels, temporels, organisationnels et institutionnels) des équipes.
- Soutenir le maintien et la transmission des acquis en mettant à disposition des professionnel-le-s du matériel pédagogique et en proposant des cours de rappel à intervalles réguliers.

**4. Promouvoir des techniques d'intervention partagée et coordonnée et mettre en place des espaces de discussion sur les pratiques professionnelles**

Les équipes éducatives mobilisent une panoplie de techniques et d'outils de prévention et de gestion des situations de crise qui gagneraient à être partagés pour enrichir les « bonnes pratiques » et assurer davantage de cohérence dans les pratiques d'accompagnement. Les colloques d'équipes ne suffisent pas à développer ce type d'échanges. La mise en place de « communautés de pratiques » au sein des équipes et des institutions, supposant le partage d'informations, le développement d'un référentiel entre personnes partageant des objectifs communs et ayant des compétences complémentaires, a plusieurs avantages : diminution du sentiment de solitude, utilisation partagée et coordonnée de techniques d'intervention, création de ressources. Des espaces de discussion pourraient être développés à différents niveaux : au sein des groupes de vie avec l'ensemble des intervenant-e-s autour des situations (éducateurs et éducatrices, remplaçant-e-s, veilleurs et veilleuses de nuit, mais aussi les personnes concernées et leurs proches) et au sein des institutions plus largement en incluant des expert-e-s de la prévention et de la gestion de crise (médecins, psychiatres, psychologues, formateurs et formatrices).

**Pour les institutions :**

- Mettre à disposition les ressources matérielles et organisationnelles permettant une démarche d'équipe du type « échange de pratiques », voire organisation plus large de cet espace au sein des institutions ou entre institutions, intégrant les résident-e-s et leurs proches.
- Réfléchir avec des personnes d'autres établissements et des ressources externes pour confronter les expériences et les pratiques et réfléchir de manière transversale à ce qui permet de réduire les facteurs de risques.
- Reconnaître la pertinence de l'intervention physique dans certaines situations de crise et veiller à la mise en œuvre de bonnes pratiques en la matière.

- Développer une culture collective de prévention et de gestion des situations de violence de manière à éviter la culpabilisation et la responsabilisation des individus (résident-e-s et professionnel-le-s).
- Documenter les situations de violence et les traiter au-delà des moments de crise.

## **5. Développer une meilleure coordination entre les différent-e-s acteurs et actrices et veiller à la cohérence du processus d'accompagnement en cas de crise**

Outre le phénomène des « patates chaudes » qui renvoient à la responsabilité institutionnelle de la prise en charge de certaines situations particulièrement complexes, les professionnel-le-s insistent sur les difficultés de maintenir un processus d'accompagnement cohérent en lien avec la multiplicité des intervenant-e-s. Les enjeux identifiés existent à de multiples niveaux : sur les objectifs du placement et le projet individuel, sur les protocoles d'accompagnement, sur les outils d'observation mobilisés et sur les manières d'assurer l'après-crise. Les enjeux relèvent tant des problématiques de coordination de l'intervention, des temporalités, de manque d'espace d'information et/ou de délibération, de respect des protocoles, etc.

### **Pour les institutions :**

- Veiller à la co-construction des projets individuels des résident-e-s et à l'adhésion des personnes concernées (les différent-e-s professionnel-le-s, mais aussi les résident-e-s et leurs proches).
- Veiller à la cohérence et au respect des protocoles d'accompagnement définis en concertation : mise à jour systématique des protocoles, assurer leur diffusion et leur respect par les différent-e-s intervenant-e-s.
- Définir les éléments principaux à prendre en compte dans la documentation des situations de violence afin de convenir du minimum commun utile au suivi et au processus d'accompagnement des résident-e-s.

### **Pour l'État / SPDM / institutions socio-éducatives :**

- Renforcer la SPDM et la EMDM en particulier dans la création de petites équipes pluridisciplinaires mobiles pouvant intervenir de manière plus réactive dans les situations de crise et assurer avec un suivi des résident-e-s et des équipes éducatives.
- Mettre en place et coordonner les « instances de relève » à l'extérieur des institutions pour soulager le personnel éducatif en cas de situations de crises répétitives ou extrêmes (hôpitaux, police).
- Élaborer un outil de suivi des situations de violence commun de manière à pouvoir les documenter au niveau cantonal.

**6. Développer la recherche sur les vécus des situations de violence par les personnes concernées (TSA, comportements défis)**

Les réflexions sur les facteurs de risque et sur la prévention et la gestion des situations de crise pour les professionnel-le-s sont aujourd'hui bien développées ; en revanche peu de travaux de recherches donnent la parole ou d'autres moyens d'expression aux personnes concernées concernant les situations de violence et de maltraitance (Masse & Petitpierre, 2011). Plusieurs personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche ont souligné l'intérêt de pouvoir comprendre le vécu des personnes, notamment dans le domaine de l'autisme et des comportements défis.

Développer les recherches sur cette thématique permettrait non seulement de développer de nouvelles connaissances, mais constituerait également un outil précieux pour l'accompagnement des situations de crise au plus près des besoins et des attentes des personnes. Les professionnel-le-s pourraient ainsi mieux appréhender ce qui est à l'origine et le sens de la crise pour les personnes concernées et sortir de leurs propres représentations concernant la violence. Les différentes représentations de la violence peuvent en effet être source de division au sein des équipes. Dans ce sens, une meilleure compréhension du vécu des personnes concernées pourrait constituer un apport fondamental et un facteur de cohésion des équipes éducatives.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ANESM. (2016). *Les "comportements-problèmes" au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp\\_comportements\\_problemes\\_volets\\_1\\_et\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf)
- Association Jeunesse et droits. (2011). Savoir protéger contre toutes les formes de violences. Extrait du rapport du défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant. *Journal du droit des jeunes*, 310(10), 26-29.
- Barreyre, J.-Y., Fiacre, P., Joseph, V. & Makdessi, Y. (2008). *Une souffrance maltraitée : parcours et situations de vie des mineurs dits « incasables »*. ONED.
- Barreyre, J.-Y., Asencio, A.-M. & Peintre, C. (2013). *Les situations complexes de handicap. Des populations qu'on ne veut pas voir, pas entendre, pas comprendre ?* CEDIAS-CREAH, N°148.
- Bigwood, S. & Crow, M. (2008). It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.
- Björkdahl, A., Hansebo, G. & Palmstierna, T. (2012). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), 396-404.
- Bouquet, B. (2012). *Éthique et travail social. Une recherche du sens*. Dunod.
- Boutanquoi, M. (2008). Entre clinique, procédures et contrôle : les tensions de la relation d'aide. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 57-68.
- Bovey, L. & Kuehni, M. (2019). Corps-à-corps dans le travail éducatif auprès des personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle. *La Nouvelle Revue du Travail* [en ligne], 14.
- Burki, A., Knapp, Th., Lüthi, A. & Maslach, Ch. (2006). *L'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère, Pontarlier.
- Caroly, S. (2020). Le collectif de travail, une ressource pour la santé au travail. *Revue [petite] enfance*, 131.
- Catroux, M. (2002). Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 21(3), 8-20.
- Champy, F. (2019). Travail social, espace public et démocratie : quelle place pour la prudence ? In M. Kuehni (dir.), *Le travail social sous l'œil de la prudence* (pp. 27-46), Schwabe Verlag – HETSL.

- Charles, C. (2019). Éducateurs et éducatrices en « miroir » avec leur public. *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 14.
- Christen, M., Heim, C., Silvestre, M. & Vasselier-Novelli, C. (2005). Les moyens de gestion des violences institutionnelles. In. M. Christen, C. Heim, M. Silvestre & C. Vasselier-Novelli (Dir), *Vivre sans violences : Dans les couples, les institutions, les écoles* (pp. 147-172). Érès.
- Cintas, C. (2009). Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 11(1). <http://pistes.revues.org/2283>.
- Commission cantonale sur les déficiences mentales et associées du Canton de Vaud (2013). *Rapport final du GT « Besoin personnalisé et modèle institutionnel »*. [https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/organisation/dsas/spas/fichiers\\_pdf/Rapport\\_final\\_GT\\_besoin\\_personnalise\\_CCDMA.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/spas/fichiers_pdf/Rapport_final_GT_besoin_personnalise_CCDMA.pdf)
- Coquoz, J. & Knüsel, R. (2004). *L'insaisissable pratique, travail éducatif auprès de personnes souffrant de handicap*. Éditions éesp.
- Stroumza, K. & De Jonckheere, C. (2012). *La vitalisation au cœur de l'intervention : analyse d'activités éducatives auprès d'adultes en situation de handicap psychique*. Éditions IES.
- Cudré-Mauroux, A. (2012). *Le personnel éducatif face aux comportements-défis. André de gestion du stress dans l'intervention auprès de personnes avec déficiences intellectuelles*. De Boeck.
- Diaz, L., Guinchat, V., Lorilleux, A., Alati, J. & Lefèvre-Utile, J. (2018). Gestion de la violence. Un dispositif innovant auprès de personnes autistes. *Le journal des psychologues*, 358, 20-26.
- Emerson, E. & Einfeld, S. (2016). *Les comportements-défis : analyser, comprendre et traiter*. Éditions de Boeck (traduction française de la 3<sup>e</sup> édition de *Challenging Behaviour*)
- Harris, B. & Leather, P. (2011). Levels and Consequences of Exposure to Service User Violence: Evidence from a Sample of UK Social Care. *British Journal of Social Work*, 42(5), 851-869.
- Gremaud, G. & Tessari Veyre, A. (2017). *Augmenter les opportunités de communiquer. Manuel de situations et de stratégies*. Fondation Eben-Hézer.
- Groleau, R. & Da Silva Guerreiro, J. (2019). Agression en milieu psychiatrique fermé : identification des déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 45-68.
- Guinchat, V., Cora, C., Diaz, L., Assouline, M., Lazartigues, A., Fiard, D., Cohen, D. & Consoli, A. (2015). Intérêt des unités neurocomportementales multidisciplinaires dans la prise en charge des décompensations aiguës des patients présentant un trouble du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(6), 351-361.
- Hastings, R. P. (1997). Staff beliefs about the challenging behaviors of children and adults with mental retardation. *Clinical Psychological Review*, 17, 775–90.

- Hastings, R. P. (2002). Do challenging behaviours affect staff psychological well-being? Issues of causality and mechanism. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 207-221.
- Hastings, R. P. & Brown, T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs, and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 144-150.
- Horat, S. (2015). *Entre dirigisme et inertie. Conception d'un dispositif de gestion de risques d'agression pour le personnel des établissements socio-éducatifs vaudois*. IDHEAP.
- Howard, R., Rose, J. & Levenson, V. (2009). The psychological impact of violence on staff working with adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(6), 538-548.
- Joint Commission (2012). *Comprehensive Accreditation Manual for Behavioral Health*. CMS. ed. The Joint Commission Accreditation Behavioral Health Care.
- Joly, F. (2010). Violence(s) et autisme II. D'une violence à l'autre. *Enfances & Psy*, 2(2), 168-173.
- Kaision, J.-M., Camus, D. & Cossy, Y. (2004). Violence en psychiatrie : Une recherche prospective au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) interrogée à la lumière du modèle cindynique. *L'Écrit*, 52, 1-26.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE Publications Inc.
- Kuehni, M. & Bovey, L. (2017). Personnel éducatif et déficience intellectuelle : vers une redéfinition des territoires et des valeurs professionnelles. *Pensée plurielle*, 3(3), 149-162.
- Kuehni, M. & Bovey, L. (2018). En première ligne. Le personnel éducatif face à la violence dans les établissements socio-éducatifs : une question de genre. *Regards sociologiques*, 52, 121-139.
- Kuehni, M., Bovey, L., Cerrone, T. & Richard, N. (2017). Les situations dites complexes des personnes en situation de handicap : plaisir et souffrance dans le travail éducatif (rapport basé sur la recherche 7241). *Working paper du LaReSS*, 2.
- Kuehni, M., Bovey, L., Cerrone, T. & Richard, N. (2018). Défis professionnels et dynamique plaisir-souffrance dans le travail éducatif : une typologie des équipes. *Travailler*, 40, 187-209.
- Lacau, J.-M., Martinet, M., Detraux, J.-J., Gerlach, D., Merucci, M. & Frattini, G. (2018). *Recherche-action « Troubles du comportement et handicap mental sévère »*. Analyse de 25 itinéraires de personnes en situation de handicap intellectuel sévère ayant été accompagnées vers une réduction significative de troubles sévères du comportement (Rapport final). [https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/2017/06/Rapport-recherche-action\\_resume\\_Troubles-du-comportement-et-handicap-mental-severe.pdf](https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/2017/06/Rapport-recherche-action_resume_Troubles-du-comportement-et-handicap-mental-severe.pdf)
- Laloye, S. (2015). Le dimanche matin, c'était bagarre... Quand le collectif autorise une régression réparatrice. *Empan*, 99(3), 80-88.

- Lambert, J. L. (2002). Le personnel éducatif face aux comportements-défis d'adultes déficients intellectuels : I. Les théories implicites. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 13(1), 125-132.
- Lambert, J.-L. (2003). Le personnel éducatif face aux comportements-défis d'adultes déficients intellectuels : II. Stratégies d'intervention, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 14(1), 41-47.
- Lambrechts, G., Petry, K. & Maes, B. (2008). Staff Variables that Influences Responses to Challenging Behaviour of Clients with an Intellectual Disability: a Review. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43(4), 454-473.
- Lanctôt, N. & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501.
- Lecaplain, P. (2009). Jeunesse à risques et dysfonctionnements des services de la protection de l'enfance : comment penser les pratiques d'accompagnement de jeunes désignés comme violents ? *Société et jeunesse en difficulté* [en ligne], 7. <https://journals.openedition.org/sejed/6166?lang=en>
- Lechevalier Hurard, L. (2013). Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique. *Sociologie du travail*, 55, 279-301.
- Lechevalier Hurard, L. (2018). Des libertés au prix de l'enfermement : le cas d'une unité Alzheimer. In Velpy, L., Vidal-Naquet, P. & Eyraud, B. (dir.). *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer* (pp. 71-86). Presses universitaires de Rennes.
- Loser, F. & Romagnoli, S. (2019). La prudence comme fondement de l'intervention sociale et comme antidote à l'aliénation. In Kuehni, M. (dir.). *Le travail social sous l'œil de la prudence* (pp. 65-86). Schwabe Verlag, HETSL.
- Mall, W. (1994). Basale Kommunikation ein Weg zum andern. *Geistige Behinderung*.Ed. SZH/SPC.
- Masse, M. & Petitpierre, G. (2011). *La maltraitance en institution. Les représentations comme moyen de prévention*. IES, Centre de recherche sociale.
- McGonigle, J. J., Venkat, A., Beresford, C., Campbell, T. P. & Gabriels, R. L. (2014). Management of Agitation in Individuals with Autism Spectrum Disorders in the Emergency Department. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 83-95.
- Melchior, J.-P. (2011). De l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, 5(5), 123-130.
- Messer, I. (2018). Derrière le voile des 'situations complexes. *REISO, Revue d'information sociale* [en ligne].
- Messer, I. & Scholder, M. (dir.), *Pour en finir avec les malheurs de Sophie. Comment sortir une jeune femme atteinte d'autisme des mesures de contrainte*. Alphil.

- de Miribel, J. (2018). La formation en matière de violence. Enjeux et pratiques dans le contexte des soins en psychiatrie. *Les sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle*, 51, 111-116.
- Moreau, S., Guyot, S., Langevin, V. & Van Weerd, C. (2011). *Quand travailler expose à un risqué d'agression : des incivilités aux violences physiques*. Note scientifique et technique n°288, Institution National de recherche et de Sécurité. <https://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication.html?refINRS=NOETUDE/P2010-136/NS288>
- Nunno, M. A., Holden, M. J. & Tollar, A. (2006). Learning from Tragedy: a Survey of Child and Adolescent Restraint Fatalities. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1333–1342.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. In P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Armand Colin.
- Petitpierre, G., Masse, M., Martini-Willemin, B.-M. & Delessert, Y. (2013). A Complementarity of Social and Legal Perspectives on What Is Abusive Practice and What Constitutes Abuse. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 10(3), 196-206.
- Piveteau, D. & al. (2014). "Zéro sans solution" : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000376.pdf>.
- Richter, D. (2006). Nonphysical Conflict Management and Deescalation. In D. Richter & R. Whittington (Eds), *Violence in Mental Health Settings. Causes, Consequences, Management* (pp. 125-144). Springer. [https://www.researchgate.net/publication/285333419\\_Nonphysical\\_Conflict\\_Management\\_and\\_Deescalation](https://www.researchgate.net/publication/285333419_Nonphysical_Conflict_Management_and_Deescalation)
- Richter, D. & Whittington, R. (Eds) (2006). *Violence in Mental Health Settings. Causes, Consequences, Management*. Springer.
- Roberts, A. R. (2000). An Overview of Crisis Theory and Crisis Intervention. In A. R. Roberts, *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (pp. 3–30). Oxford University Press.
- Rosen, A. (1997). Crisis Management in the Community. *The Medical Journal of Australia*, 167, 633–638.
- Souli, I., Vandyk, A., Versailles, D., Marcoux, I., Salvador, A., Peterson, W., Hu, J. & Stacey, D. (2018). Les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation de l'évaluation du risque de violence auprès des personnes ayant des troubles mentaux : perceptions du personnel soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 2(2).
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 62-69.

- Thévenot, J.-P., Philippe, A. & Casadebaig, F. (2008). *Suivi d'une cohorte d'enfants porteurs de troubles autistiques et apparentés en Île-de-France de 2002 à 2007 : situation des enfants lors de l'inclusion.* <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/Rapports/InclusionAutistes.pdf>.
- Trémintin, J. (2002). Le syndrome de la patate chaude. *Lien Social* [en ligne], 634.
- Velpry, L. (2018a). Agir au mieux en situation extrême : la gestion des troubles du comportement sévères dans une unité de soins intensifs pour personnes autistes. In Velpry L., Vidal-Naquet P. A., Eyraud B. (dir.), *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer.* Presses universitaires de Rennes.
- Velpry, L. (2018b). Réguler les interventions en situation d'agitation extrême : formalisation des gestes et réflexivité. *Le Journal des psychologues*, 358(6), 27-31.
- Velpry, L. & Vidal-Naquet, P. (2019). Dans l'ordinaire de l'aide et du soin : la prudence éthique. *Revue française d'éthique appliquée*, 7, 28-42.
- Velpry, L., Vidal-Naquet, P. & Eyraud, B. (dir.) (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer.* Presses universitaires de Rennes.
- Vidal-Naquet, P. (2018). Des régulations hiérarchiquement enchevêtrées. Le cadrage de la contrainte dans un foyer de vie. In Velpry, L., Vidal-Naquet, P. & Eyraud, B. (dir.) (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer* (pp. 153-170). Presses universitaires de Rennes.
- Whitaker, P., Joy, H., Harley, J. & Edwards D. (2002). *Challenging Behaviour and Autism: Making Sense-Making Progress.* Autism Asperger Publishing Co.
- Whittington, R. & Wykes T. (1996). Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 35.
- Willaye, E. & Magerotte, G. (2008). *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme.* De Boeck.
- Wistanley S. & Hales, L. (2008). Prevalence of Aggression Towards Residential Social Workers: Do Qualifications and Experience Make a Difference? *Child & Youth Care Forum*, 37(2), 103-110.

## ANNEXES

---

### Annexe 1 : Présentation de la formation de la SPDM sur la gestion des crises comportementales

---

*Lautaro Diaz, Vincent Guinchat, Arnaud Ayrinhac, Sarah Peverelli*

#### 1. Présentation

---

En dépit des avancées théoriques et pratiques sur l'accompagnement des personnes avec handicap mental, des situations de blocage persistent où les professionnel-le-s sont en difficulté face à des problématiques comportementales complexes et où les besoins spécifiques des bénéficiaires ne sont pas pris en charge de façon adéquate. De surcroît, il est reconnu que les difficultés comportementales des usagers et usagères constituent un facteur de risque important de détérioration de leur qualité de vie, ainsi que de dégradation des conditions de travail des professionnel-le-s. C'est la raison pour laquelle la prévention et la gestion des crises et troubles graves du comportement constituent un important défi pour l'accompagnement professionnel des situations complexes dans le domaine du handicap. Il est alors primordial de créer un cadre suffisamment contenant et rassurant pour la personne accompagnée et les équipes, afin d'améliorer les conditions et la qualité de l'accueil.

La formation dans les techniques de gestion des crises et des troubles sévères du comportement de la SPDM propose des outils concrets pour identifier les signes précurseurs, prévenir les crises et favoriser un apaisement du comportement de la personne. Elle présente les gestes à poser pendant et après la crise, afin de savoir comment agir si la situation se détériore. Ainsi, elle implique une importante pratique physique autour de gestes de déplacement, contention manuelle et sécurité personnelle. Elle aborde aussi les aspects organisationnels et de retour de l'expérience.

#### 2. Contexte

---

Certaines situations des personnes avec déficit intellectuel sévère et troubles graves du comportement peuvent être catégorisées d'hypercomplexes. Ces manifestations renvoient à des expressions comportementales atypiques comme les automutilations, l'hétéro-agressivité, l'hyperactivité, la léthargie, la régression et perte des acquis, etc. Par leur sévérité, ces comportements ont des séquelles irréversibles et/ou mettent en danger l'entourage immédiat des patient-e-s, leur faisant vivre des situations d'une violence extrême. L'organisation et la poursuite de l'accompagnement quotidien de ces personnes deviennent très difficiles (Piveteau, 2014), avec un risque majeur d'épuisement des aidant-e-s, de rupture de prise en charge et de marginalisation (Thévenot, 2008). Le fléchissement du cadre de vie de ces

personnes nécessite alors un soutien sanitaire spécialisé afin de faciliter l'accès aux soins de la personne et de décrypter les multiples étiologies et souffrances.

Pour mieux répondre aux besoins médico-éducatifs de cette population vulnérable, la création de l'Unité de Crise Neuro Comportementale (UCNC) voit actuellement le jour sur le site de l'Hôpital de Cery (mai 2021). Ce projet mené au sein du Service des Troubles du Spectre Autistiques et Apparentés (STSA) est soutenu par le Département de la Santé et Action Sociale (DSAS), la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et le Centre Hospitalo-Universitaire Vaudois (CHUV). Le concept de cette unité s'inspire de notre expérience précédente d'ouverture d'une Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU) en Île-de-France.

L'USIDATU fonctionne depuis 2012 sur le site du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière à Paris avec le financement de l'Agence Régionale de Santé. Elle fait partie d'un maillage sanitaire plus large en région francilienne, constitué entre autres par des Unités Mobiles Interdépartementales (UMI) et visant à répondre au manque de prises en charge d'une population avec des troubles neuro-développementaux et déficit intellectuel.

Lors de l'ouverture de l'USIDATU, le défi a été de constituer une équipe pluridisciplinaire capable de gérer les troubles sévères du comportement des patient-e-s de façon professionnelle et innovante. Il était nécessaire de s'assurer que les réponses aux troubles du comportement soient les plus respectueuses possible de la dignité de la personne, ainsi que différentes de celles que les patient-e-s recevaient d'habitude dans leurs lieux d'accueil. L'enjeu majeur était d'éviter le recours aux mesures de contrainte, lesquelles préservent les conditions de sécurité des soignant-e-s, mais limitent les possibilités d'observation et la mise en place d'un accompagnement individualisé et adapté. Pour autant, il était aussi indispensable d'offrir un cadre suffisamment rassurant aux équipes.

A l'ouverture de l'USIDATU, nous nous sommes retournés vers certaines formations existantes dans le marché des formations des professionnel-le-s, avec des instructeurs expérimentés dans la problématique des TSA et du déficit intellectuel. Ainsi, une partie des professionnel-le-s de l'équipe de l'USIDATU a pu bénéficier d'une formation avec l'organisme nord-américain *Professional Crisis Management Association* (PCMA). Un psychologue de l'USIDATU a passé d'abord la formation d'instructeur et 3 autres professionnel-le-s ont reçu la certification d'intervenant-e-s, dont deux éducatrices et une aide-soignante. Alors que les premières sessions de formation PCMA ont eu lieu dans un établissement socio-éducatif expérimental parisien, une dernière session destinée aux professionnel-le-s de l'USIDATU a eu lieu dans les locaux de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

La formation PCMA a rapidement montré tout son intérêt pratique car elle a permis à une partie de l'équipe de l'USIDATU de s'outiller pour la gestion de la violence des patient-e-s et de donner de réponses professionnelles à cette problématique. Cependant, nous avons rencontré d'importantes difficultés dans la généralisation de cette formation à l'ensemble de l'équipe de l'USIDATU et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, le matériel et les informations transmis pendant la formation PCMA sont soumis à des droits d'auteur. Dans la

mesure où seule une partie de l'équipe avait été formée à cette méthode, le transfert de compétences entre professionnel-le-s n'a donc pas pu bénéficier de conditions facilitées ni de fluidité. En deuxième lieu, la formation PCMA est une formation certifiante qui répond à la législation et aux standards nord-américains pour l'accréditation des établissements. Cependant, les standards en France sont différents. Si les professionnel-le-s de santé doivent avoir leur titre professionnel pour pouvoir exercer, aucune législation ne les oblige à être certifié-e-s pour la gestion de troubles du comportement. En troisième lieu, PCMA propose une formation par niveaux dont seulement les stagiaires les plus habiles bénéficient des pratiques physiques des gestes plus contraignants. La première conséquence de cette hiérarchisation de la formation était de ne pas répondre aux besoins de l'USIDATU au sein de laquelle il était nécessaire que l'ensemble des professionnel-le-s ait une formation à toutes les techniques, même les plus contraignantes. Autre conséquence, la dissymétrie que cette formation installait au sein de l'équipe soignante ne nous aidait pas dans notre recherche de construction et de consolidation d'une cohérence interne au sein d'une équipe de surcroît toute nouvelle.

Ce décalage entre le système de formation nord-américain et la réalité du terrain du système sanitaire français ainsi que les propositions insatisfaisantes d'autres organismes de formation jugées peu opérationnelles pour notre patientèle nous ont amené à créer, au sein de l'USIDATU, une formation interne ainsi que des outils de sécurisation adaptés au travail quotidien avec des patients agités. La formation *Gestion des Crises et Troubles du Comportement* (GCTC) a ainsi été conçue par trois professionnel-le-s de l'USIDATU en collaboration avec un professionnel d'une UMI. Parallèlement, un infirmier inscrit en thèse menait une réflexion sur les outils de sécurisation en collaboration avec d'autres professionnel-le-s de l'USIDATU (médecins, ergothérapeute, etc.). Ces outils étaient ensuite présentés durant la formation GCTC accompagnés d'une explication sur la façon de les manipuler ainsi que sur les risques et bénéfices que pouvaient entraîner leur utilisation. L'USIDATU devenait ainsi une plateforme unique de mise à l'épreuve des techniques de gestion des crises comportementales au service des nécessités d'observation clinique, d'ouverture du cadre de vie et d'adaptation individualisée des soins.

Cette nouvelle formation nous a permis de former l'ensemble des collaborateurs et collaboratrices de l'USIDATU en priorisant les soignant-e-s qui travaillaient quotidiennement dans l'unité. Par la suite, des séances de formation ont été organisées régulièrement pour les personnes nouvellement engagées. Des séances de rappel des gestes physiques étaient aussi organisées, mais de façon plus irrégulière. D'autres formations plus théoriques étaient animées par les médecins, psychologues, éducateurs ou éducatrices, psychométricien-ne-s et ergothérapeutes, et avaient pour objectifs de fournir des grilles de lecture sur les pathologies prises en charge dans l'unité, d'expliquer les thérapeutiques proposées, de présenter les outils d'évaluation, ainsi que de réfléchir autour des particularités comportementales des patient-e-s. Finalement, un groupe d'élaboration animé par des professionnel-le-s d'orientation psychanalytique avait lieu toutes les semaines, afin de permettre aux soignant-e-s d'aborder leurs vécus d'un quotidien professionnel très chargé sur le plan émotionnel.

### 3. Cadre conceptuel de la formation et stratégie d'intervention : s'inscrire dans une logique de soin

---

Le cadre conceptuel et la stratégie d'intervention ont été élaborés à partir des travaux de différents auteurs issus de domaines variés. Ils reposent sur le constat que les personnes atteintes de troubles neuro-développementaux et de déficit intellectuel sont plus vulnérables et susceptibles de présenter des comportements-problèmes de sévérité variable à différents moments de leur vie. Un large ensemble de facteurs peuvent prédisposer la personne à une fragilité et une instabilité sur le plan comportemental. On peut notamment citer les difficultés communicationnelles (notamment au niveau expressif), des habilités sociales pauvres, des réponses sensorielles atypiques avec recherche ou évitement de certains stimuli ; une sensibilité particulière aux changements, des difficultés à interpréter son environnement immédiat en raison de faibles capacités cognitives, des aspects émotionnels et relationnels, des comorbidités somatiques et psychiatriques.

#### *Le modèle de l'iceberg*

Dans cette perspective, les comportements-problèmes sont l'expression d'une autre problématique et apparaissent dès lors comme « la partie émergée de l'iceberg » (McGonigle et al., 2014). Selon ce modèle, les comportements-problèmes apparaissent comme la manifestation de causes sous-jacentes et difficilement observables lors d'une première présentation de la situation. Pour dégager et identifier les facteurs à l'origine des troubles du comportement, une observation clinique approfondie est nécessaire. Cette observation minutieuse du comportement de la personne est réalisée dans différents contextes. Les entretiens avec les aidants et les examens médicaux permettent de formuler les premières hypothèses cliniques et de mettre en place les premières thérapeutiques adaptées. Elle nécessite de disposer d'un temps assez long et d'un cadre de soins suffisamment ouvert.

La gestion des crises comportementales prend ici toute sa valeur comme complément du dispositif thérapeutique. En effet, elle ne vise pas tant à réduire les risques qu'à permettre à la personne de développer son comportement afin de mieux le comprendre.

#### *Les phases d'une crise comportementale*

Pour intervenir lors d'une crise comportementale, il est primordial de constituer un cadre conceptuel pragmatique. Les opérateurs qui nous ont semblé les plus pertinents sont issus du modèle de Rosen (1997) qui décrit la crise comme un processus, avec différentes phases. Le nombre de phases diffère selon les auteurs. Dans un souci de synthèse nous en retenons ici quatre.

D'abord, à l'extrême le plus éloigné de la crise, se situe une première phase d'équilibre psycho-affectif de la personne. Celle-ci a un fonctionnement stable, elle participe à son quotidien comme d'habitude. Elle est calme, plutôt ouverte et à l'écoute des interventions, consignes et suggestions des professionnel·le·s.

Ensuite s'ouvre une seconde phase, l'escalade de la crise, qui fait souvent suite à un évènement désagréable pour la personne. Il ne s'agit pas encore de la crise proprement dite,

mais de signes de tension et de stress de la personne, qui sont en général facilement observables : la personne se montre un peu plus irritable, elle a un fonctionnement plus irrégulier et se montre moins perméable à la communication. Les professionnel·le·s ont souvent l'impression de « marcher sur des œufs » lorsqu'ils et elles s'adressent à elle.

Ces signes sont les précurseurs d'une troisième phase : la crise comportementale. Pendant cette crise comportementale, la personne présente un état de désorganisation majeur, avec des comportements d'agression, d'automutilation ou de destruction d'objets qui sont fréquents et extrêmement sévères. L'intégrité et la sécurité de la personne elle-même et de son entourage sont en danger.

Une phase de pseudoadaptation peut survenir ensuite, quand la personne semble apaisée mais que son tableau reste fragilisé. En effet, un infime événement peut réenclencher le processus de la crise, avant de retrouver plus tard à nouveau une période d'accalmie et de sérénité.

### *Les stratégies de gestion en amont de la crise*

Tout comme son comportement, l'état psychologique de la personne varie à chaque phase du processus de crise. L'intervention du/de la professionnel·le doit alors s'adapter aux spécificités de chaque phase et de chaque situation. Nous nous sommes inspirés de la littérature (Whitaker et al., 2002) pour formaliser des stratégies spécifiques de réponses adaptées à chaque phase du processus de crise.

Pendant la première phase, alors que la personne se trouve dans un fonctionnement stable, le plus pertinent est de consolider les domaines adaptatifs et développementaux plus fragiles et instables. Ce travail de prévention vise, d'une part, à pallier les difficultés pratiques que la personne rencontre dans son interaction quotidienne avec l'environnement, qui sont susceptibles d'être à l'origine des crises comportementales. Ainsi, pendant cette première période, il est essentiel d'apprendre à connaître la personne hospitalisée, ses centres d'intérêt, ses capacités ainsi que ses difficultés. Il peut également être utile d'apprendre à la personne de nouvelles stratégies ou méthodes de communication, de l'aider à être plus autonome dans ses loisirs et ses occupations, de pratiquer des techniques de relaxation, etc. D'autre part, des aménagements environnementaux peuvent réduire les stimuli qui gênent la personne ou faciliter l'accessibilité à cette dernière. En retour, la personne est alors plus disponible pour réaliser des examens et consultations médicales ou pour suivre des thérapies visant à réélaborer des aspects affectifs ou relationnels, par exemple. Enfin, une attention spéciale est portée à la qualité et aux conditions de vie de la personne autiste, qui ont une fonction considérable dans la prévention des troubles du comportement, comme le montrent Willaye et Magerotte (2008).

Pendant la seconde phase d'escalade de la crise, des interventions spécifiques sont utilisées pour désamorcer la crise. Elles varient selon la personne et la situation. Il est important de recueillir des informations pendant les entretiens avec les aidant·e·s ou les observations de la personne pour connaître les éléments susceptibles de la distraire ou de l'apaiser dans un

moment de tension accrue. Ce sont des astuces et recettes de désamorçage que les équipes acquièrent souvent avec leur connaissance du fonctionnement de la personne.

Les techniques utilisées pendant ces deux premières phases sont des techniques de prévention. Elles ont une importance extrême dans la prise en charge des personnes autistes avec des troubles du comportement. Elles impliquent que les professionnel·le·s aient une importante connaissance de la personne, qu'ils et elles aient passé du temps avec elle dans des contextes et activités différentes. La construction d'un lien et d'une relation de confiance avec le patient est d'une grande valeur et rendent les techniques de prévention beaucoup plus efficaces. Prioriser la prévention permet de réduire le risque d'apparition des crises, en évitant ainsi de devoir mobiliser des techniques plus intrusives et contraignantes.

### *Les techniques d'intervention physique lors de la crise*

Cependant, si la crise n'a pas pu être évitée, la phase suivante, celle de la crise proprement dite, requiert souvent l'utilisation de techniques de gestion physique pour arrêter les comportements qui entretemps sont devenus dangereux. Tout d'abord, il est déconseillé de communiquer verbalement – ou par d'autres moyens – avec la personne pendant la crise, qui correspond à un moment de déséquilibre psycho-émotionnel de la personne. Dans le meilleur des cas, la personne n'est pas perméable à la communication. Dans d'autres cas, l'utilisation de stratégies de communication fait empirer son état émotionnel. Les gestes physiques sont donc la seule réponse adaptée aux comportements de la personne.

Cependant, il importe de respecter l'éthique et les droits fondamentaux des personnes et de préserver le lien thérapeutique avec les patient·e·s. Les gestes physiques sont donc adaptés à chaque situation et visent à contenir plutôt qu'à punir. Ce résultat est favorisé si l'on définit un large éventail de gestes d'intervention physique répondant à une graduation du niveau de contrainte exercée, ainsi qu'une procédure pour les utiliser en fonction de la sévérité de la crise. Par ailleurs, la gestion physique doit être arrêtée dès que la personne récupère le contrôle d'elle-même. En utilisant cette technique pour des périodes courtes et de façon répétée, on instaure un processus de *biofeedback* au cours duquel la personne apprend progressivement à reprendre seule le contrôle de son comportement et de son autonomie.

Cette gestion physique de la crise suppose que le personnel suive une formation approfondie, une supervision régulière et un entraînement continu aux différents gestes. Il faut signaler que toute technique d'intervention physique entraîne des risques pour la sécurité psychique et physique de la personne accompagnée, mais aussi pour les professionnel·le·s impliqué·e·s dans la procédure. Les professionnel·le·s étant tenu·e·s d'augmenter la sécurité de la procédure, ils et elles doivent donc être formé·e·s aux premiers secours. Les gestes doivent être précis, clairs et coordonnés, priorisant toujours les procédures les moins coercitives. A cet égard, les procédures d'immobilisation par intervention physique ne devraient être utilisées que dans des cas extrêmes et arrêtés dès que la personne récupère son contrôle (Joint Commission, 2012). Il ne faut pas perdre de vue que dans une démarche de soins ou éducative, il est important de rassurer la personne pour l'aider à consolider une relation de confiance avec le ou la professionnel·le. Le non-respect de la dignité de la personne,

l'utilisation de la douleur ou l'utilisation inadaptée des gestes physiques peuvent produire au contraire des sentiments de peur, de colère ou d'injustice chez la personne prise en charge. Une mauvaise application de ce type de procédures a des résultats non désirés pour le projet thérapeutique ou éducatif du/de la patient-e.

Il est aussi important de souligner que, même pendant la crise comportementale d'un-e patient-e, les autres patient-e-s ou résident-e-s ont besoin d'être accompagné-e-s et rassuré-e-s. La gestion des ressources est importante, d'une part, pour qu'une situation ne monopolise pas l'attention de toute l'équipe. D'autre part, il faut prendre en compte le risque que, pendant une crise comportementale, la personne attaque et détruit des objets dont les débris peuvent être dangereux pour les autres patient-e-s. Les professionnel-le-s doivent alors être attentifs et attentives à cet aspect et au réaménagement de l'environnement.

### *Le maintien de la stabilité du comportement en aval de la crise*

Après la crise, une fois que la personne a récupéré un peu son contrôle sur elle-même, l'accompagnement doit être poursuivi pour éviter une nouvelle escalade. En effet, pendant cette période postérieure à la crise, l'équilibre émotionnel de la personne en question reste fragile. Tout message peut être interprété de façon négative par la personne et toute remarque mal vécue. D'autre part, lui poser des questions et lui demander de rendre compte de ce qui vient de se passer peut être une tâche très difficile au regard de l'équilibre psychologique de la personne et source d'anxiété supplémentaire. Il est conseillé de garder une écoute attentive et empathique des différentes justifications et/ou plaintes qu'elle formule. Si possible, il faut réintroduire la personne dans l'activité précédente, tout en adaptant son environnement, la difficulté de la tâche et sa durée afin de ne pas la mettre en échec. Lui proposer de réaliser une tâche plus facile et la possibilité de la terminer rapidement pour ensuite avoir un temps d'hypostimulation s'avère souvent une stratégie efficace.

D'autres alternatives peuvent aussi être envisagées en fonction de l'évaluation et des critères des professionnel-le-s. Il est aussi conseillé, dès que la situation le permet et selon les possibilités de compréhension de la personne, de faire un débriefing avec elle en lui expliquant les raisons qui ont amené les professionnel-le-s à utiliser des interventions physiques (Joint Commission, 2012). La législation actuelle préconise aussi de tenir un registre écrit, avec un descriptif détaillé des différents événements, des appréciations cliniques, des différentes techniques utilisées ainsi que de l'information destinée aux familles.

### *Conditions de mise en œuvre des interventions*

Dans leur définition, ces techniques de prévention et d'intervention physique se différencient fortement des mesures de contrainte et de privation des libertés. D'abord, parce que les interventions physiques n'interviennent que lorsque les techniques de prévention échouent. Tout au long du déroulement de la crise, il s'agit d'accompagner de près la personne afin de l'aider à reprendre le contrôle et de lui apprendre à se maîtriser. Ces interventions sont donc vouées à s'estomper avec la progression de la thérapie. Si ce n'est pas le cas, la prise en charge est réajustée.

Cela se justifie notamment par le fait que, les troubles du comportement dont il est question ici renvoient à une problématique développementale. Des réponses institutionnelles restrictives ou aversives systématiques pourraient être mal comprises par la personne et s'avérer délétères. Dans l'unité hospitalière spécialisée, au contraire, l'expression comportementale de la violence est considérée comme un outil privilégié d'interaction avec l'entourage à forte valence émotionnelle. Le comportement est donc pris dans une lecture professionnelle, bienveillante mais garde une tonalité affective neutre, ceci dans le but de renforcer de nouvelles potentialités chez la personne. En outre, l'application de procédures ajustées au niveau de développement de la personne permet de construire à la fois un lien dynamique avec celle-ci et de lui apporter un environnement plus cohérent et prédictible. Ces deux éléments sont des préalables indispensables pour envisager la mise en place d'outils de communications alternatifs susceptibles de diminuer chez la personne le recours à l'agir dans de nombreux contextes.

Enfin, il faut rappeler que dans les interventions physiques, il existe toujours un risque pour la sécurité physique et le bien-être psychologique des patient·e·s et des professionnel·le·s. Elle peut causer des lésions, des atteintes psychologiques, la perte de dignité, la violation des droits fondamentaux et même causer la mort (Nunno et al., 2006). Lors des interventions physiques, certains éléments sont indispensables pour minimiser ces risques :

- Les gestes doivent être précis et coordonnés ;
- Les actions sont réfléchies en amont pour augmenter la sécurité lors de leur utilisation ;
- L'utilisation de la douleur doit être bannie de ces pratiques ;
- Il est primordial de garder le respect et la dignité de la personne.

En outre, le personnel doit être formé aux premiers secours (ANESM, 2016; Joint Commission, 2012). Surtout, il est essentiel que les techniques que l'on envisage d'utiliser soient discutées en équipe pluridisciplinaire, en présence du corps médical et paramédical.

#### 4. Déroulement de la formation

---

La formation est actuellement organisée par des professionnel·le·s de la Section Psychiatrique du Développement Mental (SPDM) du CHUV. Elle est destinée à des professionnel·le·s du secteur socio-éducatif, médico-social ou sanitaire. Elle se déroule sur 3 journées, voire 4 dans le cas où les professionnel·le·s formé·e·s accompagnent des personnes nécessitant des techniques plus contraignantes dans la gestion de la crise, comme les immobilisations horizontales.

Sur ces journées, la formation alterne l'exposé des contenus théoriques, des échanges autour des pratiques des professionnel·le·s et une pratique intensive des gestes physiques pour la gestion comportementale. Les contenus de la formation concernent :

- la définition de la crise selon le modèle de la sociologie des organisations ;
- les aspects éthiques ;

- les stades de l'équilibre psychoaffectif, la pré-crise, la crise comportementale et la période du pseudo-équilibre postérieur ;
- les stratégies à envisager selon le niveau de la crise ;
- les comportements inopinés et la surveillance ;
- l'organisation des équipes ;
- le retour de l'expérience et
- la pratique des gestes physiques de déplacement, d'immobilisation et de sécurité.

À la fin de la formation, une évaluation est proposée avec la pratique effective des gestes physiques à partir d'une *check-list* de répétition des gestes à compléter pendant la formation, une évaluation des gestes physiques à développer en séance individualisée (ou en binôme) et un examen écrit comprenant des questions théoriques et l'analyse de vignettes cliniques. La présence aux trois ou quatre jours de formations est requise et attestée par une feuille d'émargement.

## 5. Conclusion

---

La gestion bienveillante des crises comportementales est un outil essentiel pour le travail avec une population de patient-e-s en crise avec des troubles neuro-développementaux et déficience intellectuelle. Il est essentiel de créer des outils efficaces dans la gestion des crises comportementales et de former les professionnel-le-s non seulement aux techniques de prévention, mais aussi aux interventions physiques pendant la crise.

Notre expérience montre que ce type de techniques, associées à des outils de sécurisation, permettent de contenir et de mobiliser les troubles du comportement des patient-e-s dans un cadre souple, cohérent et sécurisant – condition nécessaire pour pouvoir développer l'expertise clinique avec ces patient-e-s – afin de proposer une thérapie individualisée et adaptée à chaque période de l'hospitalisation. Ce type de techniques peut aussi être proposé dans le lieu de vie de la personne afin d'améliorer son accompagnement et de sécuriser les interactions avec les professionnel-le-s.

À l'heure actuelle, les points à développer concernent le recrutement et la formation de nouveaux formateurs et formatrices, la construction d'un matériel pédagogique écrit avec des images des gestes et des explications diverses sur la gestion de crises, ainsi que le management des ressources pour répondre à une demande croissante de formations.

## Annexe 2 : Version complète du tableau des formations

Formation	Public visé		Définition de la violence		Méthodes et techniques employées				
	Bien-être des professionnel-le-s ou des personnes concernées ?	Tout public ou personnes avec DI ou TSA ?	Mots-clés	Violence envers les résident-e-s ou les professionnel-le-s ?	Formation à la carte ?	Situations tirées de l'expérience des professionnel-le-s ou amenées par les formateurs/trices ?	Inscription individuelle ou en équipe ?	Formation ponctuelle ?	Approches théoriques ou pratiques ?
Sensibilisation à la prévention de la maltraitance	Personnes concernées	DI ou TSA	Maltraitance	Résident-e-s	Non		Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Prévention de la violence		Tout public	Violence, agressivité		Non		Individuelle	Ponctuelle	Théorique
Gestion de la violence et de l'agressivité - APIC	Les deux	Tout public	Violence, agressivité	Les deux	Non	Formateurs/trices	Individuelle	Ponctuelle	Mixte
ICP-interventions de crise et prévention	Professionnel-le-s	Tout public	Crise, événement critique	Professionnel-le-s	Non		Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Gestion de l'agressivité et prévention de la violence (TATOUT)	Professionnel-le-s	Tout public	Violence, agressivité, comportements-défis	Les deux	Oui	Mixte	Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Qui sommes-nous face à la violence ?	Les deux	DI ou TSA	Violence		Non		Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Faire face à l'agressivité et à la violence en milieu institutionnel (Le CENAC)		Tout public	Violence, non-violence		Oui	Mixte	Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Comment savoir gérer les situations difficiles ?		Tout public	Agressivité		Non	Formateurs/trices	Individuelle	Ponctuelle	Théorique
Comportements-défis évaluation et intervention	Personnes concernées	DI ou TSA	Comportements-défis		Non		Individuelle	Ponctuelle	Théorique
A.B.A. et troubles graves du comportement (comportement-défi)	Personnes concernées	DI ou TSA	Comportements-défis		Non	Formateurs/trices	Individuelle	Ponctuelle	Théorique
Gestion du stress dans l'accompagnement des personnes présentant de comportements défis	Professionnel-le-s	DI ou TSA	Comportements-défis		Non	Mixte	Individuelle	Ponctuelle	Mixte
Formation Améthyste									
Stimulation basale et snoezelen									
Approche par guidance (méthode Affolter)									
Gestion de la violence et de l'agressivité (SBSS - Ecole Professionnelle Suisse de Sécurité)		Tout public	Violence, communication non-violente	Professionnel-le-s	Oui		Individuelle	Ponctuelle	Mixte
[Titre inconnu] centre d'expertise en autisme, modèle saccade.									