Etudiant : Laure NOWACKI

Master 2 Management Sectoriel

Les violences envers les professionnels et leurs impacts sur les établissements spécialisés.

Année universitaire 2024/2025 - Master Management Sectoriel - Management des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Composition du jury :

- Président du Jury : Monsieur OCCELLI Florent - Maître de Conférences - ILIS
- Directrice de mémoire : Madame VANDUYNSLAGER Sophye - Chef de service éducatif - Papillons Blancs de Roubaix-Tourcoing
- 3ème membre du jury : Madame DECLERCQ Cécile - Responsable de Pôle Adjointe MDPH -Secteur Roubaix Tourcoing

Date de soutenance : Vendredi 4 juillet 2025

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce Mémoire.

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire, anciennement maître de stage, Madame VANDUYNSLAGER Sophye, pour le temps qu'elle a pu m'accorder tout au long de l'année. Son suivi et ses conseils m'ont permis de structurer et d'alimenter mon mémoire.

Je remercie également tous les professionnels, de toutes les professions, intervenants dans mon mémoire, qui, par leurs conseils, leurs temps et leurs témoignages, ont permis d'analyser les données et de publier un mémoire complet.

Je remercie également le personnel administratif et enseignant d'ILIS* pour m'avoir accompagnée durant mes deux années de Master Management Sectoriel et ont permis de me réorienter après trois années de droit.

Je tiens à remercier l'UDAPEI 59, notamment Ludovic VANDAELE, directeur de 3 établissements et directeur d'alternance, pour le temps qu'il m'a consacré et pour tout ce qu'il m'a enseigné cette année.

Je remercie ensuite mes parents qui ont été d'un grand soutien tout au long de ma scolarité, de mes premiers pas jusqu'au mémoire de Master 2.

Table des matières

Sigles/abréviations **4**
Table des figures **9**
Table des tableaux **9**
Introduction **10**
I. Contexte et cadre théorique **13**
A. Les violences envers les professionnels 13
1. Différentes violences au sein des établissements 13
1.1. Définition de la violence 13
1.2. Fréquence et reconnaissance des violences en établissement 13
1.3. Catégorisation des violences 14
1.4 L'évolution des politiques publiques face aux violences dans le médico-social 15
2. Facteurs de risque spécifiques au secteur du handicap et à la déficience intellectuelle : pourquoi deviennent-ils violents ? 16
2.1 Les causes des comportements violents en établissement médico-social 16
2.2. Les facteurs environnementaux et communicationnels 17
2.2.1 Les difficultés de communication 17
2.2.2 L'hypersensibilité sensorielle 17
2.2.3 La rigidité comportementale et les troubles de l'adaptation 18
2.3 Les spécificités des personnes atteintes de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)* sévères 18
2.3.1. Douleurs et malaises physiques 18
2.3.2. Troubles anxieux et de l'humeur 19
2.3.3. Antécédents de traumatismes 19
2.4 Prévention et stratégies d'accompagnement 19
3. Conséquences psychologiques et professionnelles sur les employés 20
3.1 Une charge émotionnelle et psychologique importante 20
3.2 Les impacts psychologiques des violences sur les professionnels 21
3.3 Les répercussions professionnelles : désengagement et turnover 21
3.4 Vers une « résignation apprise » et des stratégies d'évitement 22
4. Degré de prise en charge des violences au sein des structures 23
4.1. Reconnaissance institutionnelle des violences 23
4.2. Dispositifs de prévention et de gestion des violences 23
4.3. Soutien aux équipes et climat institutionnel 24
4.3.1 Un soutien affectif essentiel 24
4.3.2 Des politiques managériales en ESSMS : des réponses apportées 25
B. Recrutement et turnover dans les établissements spécialisés 26
1. Définition et indicateurs du turnover et des difficultés de recrutement 26
1.1 Le turnover dans les établissements médico-sociaux 26

1.1.1 Définition et causes du turnover 26
1.1.2 Conséquences du turnover sur les établissements et les professionnels 26
1.2 Impact du turnover sur la prise en charge des usagers 27
2. Tendances actuelles dans le secteur médico-social 27
2.1. Une crise du recrutement persistante 27
2.2. Tendances et données chiffrées 28
3. Lien entre turnover et épuisement professionnel 29
3.1. Burn-out et surcharge de travail 29
3.2. Une perte de sens du métier 29
4. Impact des conditions de travail sur l'attractivité des postes 29
4.1. Un secteur marqué par des conditions de travail difficiles 29
4.2. Une reconnaissance sociale et financière insuffisante 30
4.3. Un cercle vicieux entre conditions de travail et turnover 30
4.4. Une problématique reconnue au niveau institutionnel 31
4.5. Des facteurs environnementaux et organisationnels aggravants 31
4.6. Vers une amélioration des conditions de travail ? 32
II. Enquête de terrain 33
A. Choix de la méthodologie 33
1. Logique d'ensemble : une analyse mixte 33
1.1 Volet quantitatif (Annexe 1) 33
1.2 Volet qualitatif 34
2. Triangulation et intégration 35
3. Limites et garanties 36
4. Éthique et RGPD 36
B. Résultats : Une approche mixte pour comprendre les violences et leurs effets dans le médico-social 36
1. Une exposition multiple aux violences 37
1.1 La majorité des professionnels touchés 37
1.2 Différents types de violences 39
2. Vers une banalisation des violences : entre normalisation et silence 40
2.2 Un processus de déclaration complexe, amenant à la banalisation 40
2.3 Une banalisation des violences ancrée dans les mentalités 41
3. Des répercussions concrètes sur l'engagement et les trajectoires professionnelles 42
3.1 Un impact sur la motivation 42
3.2 Un soutien encore partiel 43
4. Une organisation fragilisée : surcharge, instabilité et manque de coordination 44
4.1 Le profil type 44
4.2 Une surcharge de travail au quotidien 45
4.3 Le turnover aggrave la situation 45
4.3.1 Un changement de professionnels constant 45
4.3.2 Des difficultés de recrutement, un manque de personnel 46

4.4 Une problématique d'organisation en interne et en externe 46
4.4.1 La communication avec la MDPH 46
4.4.2 Une organisation en interne en difficulté 47
5. Vers un cercle vicieux 49
III – Vers une amélioration continue du secteur 51
A. Consolider le secteur par des leviers existants à renforcer 51
1. Reconnaître et valoriser les professionnels 51
1.1 Valoriser les rémunérations et les parcours 51
1.2 Répartir plus équitablement les dotations et les effectifs 52
1.3 Fidéliser les équipes par une gestion de carrière structurée 52
1.3.1 : Structurer un plan de carrière en trois étapes progressives. 53
1.3.2 Généraliser un tutorat en début de carrière 53
1.3.3 Conditionner l'accès aux formations de spécialité : Omega, PCMA* (Professional Crisis Management Services Association), gestion de crise, à un engagement d'au moins deux ans. 53
1.4 Prévenir la banalisation et la perte de sens 54
2. Renforcer la qualité de vie au travail par la démarche qualité 54
2.1 Articulation des démarches QVT avec le DUERP et les obligations réglementaires 55
2.2 Mettre en place un tableau de bord QVT ciblé 55
2.3 Diffuser une culture de prévention et d'amélioration continue 56
3. Favoriser l'inclusion des personnes avec déficience légère 57
3.1 Renforcer l'accès au milieu ordinaire ou aux logements autonomes pour les publics à besoins modérés 58
3.2 Réserver les capacités institutionnelles aux situations complexes par une structuration innovante des orientations 59
3.3 Co-construire les parcours avec les familles et la MDPH 62
B) Piste complémentaire : une équipe mobile 63
1. Des besoins identifiés 63
2. Une équipe pluridisciplinaire réactive 64
2.1 Les professionnels 64
2.2 Un suivi en amont et en aval 64
2.3 Un projet novateur RSE 65
3. Conditions de réussite globale pour améliorer la prévention des violences 65
3.1 Financements et soutiens institutionnels 65
3.2 Articulation avec les politiques publiques 66
Conclusion : 68

Sigles/abréviations

A :

ABA / Applied Behaviour Analysis : méthode d'intervention fondée sur l'analyse appliquée du comportement, utilisée surtout auprès de personnes avec TSA.

AESH : Accompagnant des élèves en situation de handicap

AFAPEI : fédération d'associations de parents défendant les droits des personnes en situation de handicap intellectuel.

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et de la QVT.

ANESM : instance élaborant les recommandations de bonnes pratiques et l'évaluation des établissements médico-sociaux.

APF : association des paralysés de France, militante et gestionnaire d'établissements et services pour personnes avec handicaps moteurs.

ARS : agence régionale de santé, autorité déconcentrée régulant l'offre de soins et médico-sociale à l'échelle régionale.

ASAPAD : Accompagnement et Services Aux Personnes À Domicile

ASH : agent des services hospitaliers chargé de l'entretien et de l'hygiène des locaux dans les structures de santé.

B:

C:

CASF : code de l'action sociale et des familles, cadre législatif de l'ensemble du secteur social et médico-social.

CDD : contrat à durée déterminée, forme d'emploi dont la date de fin est fixée dès la signature.

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, finance les politiques d'accompagnement du handicap et de la dépendance.

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens liant un gestionnaire d'ESSMS et l'ARS pour le financement.

CSE : comité social et économique, instance unique de représentation du personnel dans les entreprises.

CSSCT : commission santé, sécurité et conditions de travail, émanation du CSE dédiée à la prévention des risques.

D:

DRH : direction des ressources humaines, département gérant le recrutement, la formation et la politique sociale.

DSDEN : direction des services départementaux de l'Éducation nationale, relais territorial de l'administration scolaire.

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels, inventaire obligatoire des dangers et mesures de prévention.

E :

EAM : établissement d'accueil médicalisé pour adultes polyhandicapés ou avec handicaps complexes nécessitant des soins constants.

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, lieu de vie médicalisé pour seniors en perte d'autonomie.

EMASCO : équipe mobile d'appui à la scolarisation, dispositif médico-social itinérant soutenant les écoles dans l'inclusion d'élèves handicapés.

ESSMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux, ensemble des structures du secteur.

F :

G :

H :

HAS : Haute Autorité de la santé

I :

IFAQ-ESMS : dispositif d'incitation financière récompensant les démarches d'amélioration de la qualité au sein des ESSMS.

ILIS : Institut Lillois de l'ingénierie et du management de la santé.

IME : institut médico-éducatif accueillant enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle.

INRS : institut national de recherche et de sécurité, expert en prévention des risques professionnels.

J :

K :

KPMG : cabinet international d'audit, d'expertise comptable et de conseil en management.

L :

M :

MDPH : maison départementale des personnes handicapées, guichet unique d'accueil et d'instruction des droits liés au handicap.

MPA : matériel pédagogique adapté, équipement spécifique facilitant l'apprentissage d'élèves ayant des besoins particuliers.

N :

O :

OMEGA : outil d'évaluation de la charge en soins infirmiers pour dimensionner effectifs et budgets.

OMS : organisation mondiale de la santé, institution spécialisée de l'ONU dédiée aux enjeux sanitaires internationaux.

P :

PCMA : (Professional Crisis Management Services Association)

PH : personne en situation de handicap, terme juridique englobant toute limitation durable d'activité ou de participation.

Q :

QVT : qualité de vie au travail, approche visant à améliorer le bien-être des salariés et la performance organisationnelle.

R :

RAPT : réponse accompagnée pour tous, démarche sécurisant les parcours des personnes handicapées grâce à un plan d'appui.

RETEX : retour d'expérience, analyse systématique de succès et d'échecs pour améliorer les pratiques.

RH : ressources humaines, fonction assurant la gestion stratégique et administrative du personnel.

RSE : responsabilité sociétale des entreprises, intégration volontaire d'enjeux sociaux et environnementaux dans la stratégie.

S :

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale, appui ambulatoire favorisant l'autonomie des adultes handicapés.

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile accompagnant des enfants handicapés dans leur milieu ordinaire.

SPDA : service public départemental de l'autonomie, coordination locale des politiques en faveur des personnes âgées et handicapées.

T :

TDBMS : tableau de bord médico-social, outil de suivi d'indicateurs pour le pilotage d'établissements du secteur.

TND : troubles du neuro-développement, ensemble de pathologies affectant le développement cognitif et comportemental.

TSA : troubles du spectre autistique, désordre neuro-développemental caractérisé par des altérations de la communication sociale.

U :

ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire, dispositif d'enseignement adapté intégré dans une école ou un collège.

UNAFAM : union nationale de familles et amis de personnes malades et handicapées psychiques, association de défense des droits.

UNIOPSS : union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, réseau de représentation du secteur.

V:

W:

X:

Y:

Z:

Table des figures

- Figure 1 : Impact des risques psychosociaux [24]
- Figure 2 : Aggravation des difficultés de recrutement par secteur [37]
- Figure 3 : Types de professions interrogées
- Figure 4 : Taux de professionnels touchés par des violences
- Figure 5 : Types de violences subies
- Figure 6 : Fréquence des violences
- Figure 7 : Cercle vicieux : violences/turnover

Table des tableaux

- Tableau 1 : Types de violences
- Tableau 2 : Mode de récolte des données quantitatives
- Tableau 3 : Mode de récolte des données qualitatives
- Tableau 4 : Profil type - données quantitatives
- Tableau 5 : Exemple de plan d'action ciblé QVT-violences
- Tableau 6: Indicateurs de suivi des orientations
- Tableau 7 : Exemple de tableau de bord pour les établissements

Introduction

«Écrire est la seule façon de partager et de transmettre pour ne pas que s'évapore le contenu réel et symbolique de la relation éducative, qui est aussi une relation de soin. Et puis, au soir d'une dure journée avec un groupe de mômes perturbés, après une "crise" avec tel ado agressif, écrire c'est chercher le refuge des mots. Écrire est un acte simple, humble et besogneux. Point n'est besoin, pour commencer, de style. C'est écrire qui donne le style en récompense. Certes, et si écrire était la marque, le signe d'un engagement, d'un risque: s'exposer, monter à l'assaut de la critique, témoigner pour une cause qui est toujours la cause d'autrui.»

Ces mots de Jean Catry, éducateur spécialisé, capturent l'essence même du secteur médico-social, un engagement quotidien au service des autres, empreint d'humanité, mais aussi une réalité souvent méconnue et exigeante. Ils résonnent particulièrement dans un contexte où la relation éducative et soignante, au cœur de ces métiers, est confrontée à des défis immenses, notamment liés aux violences que subissent les professionnels.

Le secteur médico-social, essentiel à l'intégration et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, s'est structuré progressivement, sous l'impulsion des familles dès les années 1950. Leur mobilisation a conduit à la création d'établissements spécialisés comme les Instituts Médico-Educatifs (IME)* et Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)*, ainsi qu'à l'élaboration de politiques publiques marquées par les lois de 1975 et 2005 sur l'égalité des chances et des droits [1].

Toutefois, cette structuration s'inscrit dans une histoire plus ancienne. Jusqu'à la Révolution française, la prise en charge des plus vulnérables relevait essentiellement de la charité religieuse. La IIIe République marque une avancée avec les lois de 1893 et 1905, instaurant l'assistance médicale gratuite et l'aide aux vieillards et infirmes. Après la Seconde Guerre mondiale, la mise en place de la Sécurité sociale en 1945 permet une reconnaissance progressive des besoins des personnes en situation de handicap.[2]

Un tournant majeur s'opère en 1975 avec l'instauration d'une obligation de solidarité nationale et le développement des établissements médico-sociaux. Cette dynamique se renforce en 2005 avec une loi consolidant l'inclusion, l'accessibilité et la compensation du handicap. Parallèlement, la diversification des Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)*, notamment avec les Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)*, favorise l'accompagnement en milieu ordinaire [1].

Le cadre juridique du médico-social repose sur des principes inscrits dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)*, qui définit les missions des établissements, leurs obligations et leurs modes de financement. Les Agences Régionales de Santé (ARS)** et les Départements assurent la régulation de l'offre médico-sociale en lien avec les besoins du territoire, garantissant ainsi l'adéquation entre les places disponibles et la demande croissante d'accompagnement. Ces dernières années, plusieurs réformes ont été mises en œuvre pour favoriser un modèle plus inclusif. Par exemple, la Réponse accompagnée pour tous (RAPT)*, lancée en 2014, vise à apporter une réponse individualisée à chaque personne exposée à un risque de rupture d'accompagnement, dans un parcours conforme à son projet de vie. De même, la création du Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA)* vise à mieux coordonner l'accompagnement des personnes en situation de handicap et à fluidifier les parcours [3][1].Ces évolutions institutionnelles, bien qu'indispensables, ne suffisent pas, à elles seules, à répondre aux réalités de terrain. Elles s'inscrivent dans un contexte où les professionnels font face à des contraintes de plus en plus fortes.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'interroger l'impact de ces conditions de travail sur la fidélisation des équipes et le turnover dans les établissements, afin d'identifier des leviers d'amélioration à la fois pour les professionnels et pour la prise en charge des usagers. Si les avancées législatives et structurelles du médico-social ont permis d'améliorer considérablement la prise en charge des personnes en situation de handicap intellectuel, elles n'ont pas, pour autant, résolu toutes les difficultés inhérentes à ce secteur.

Dans ce cadre, la question des violences envers les professionnels du médico-social devient centrale. En quoi les violences faites par les personnes en situation de déficience intellectuelle impactent les structures médico-sociales qui les accueillent?

Mon choix de consacrer ce mémoire à cette thématique découle de divers échanges avec des professionnels, au cours desquels j'ai été frappée par la récurrence de récits relatant des situations de violence. Ces témoignages m'ont fait m'interroger sur leurs répercussions, non seulement sur les individus, mais aussi sur le fonctionnement global des établissements. Cette problématique, à la croisée des dimensions humaines et organisationnelles, m'a paru incontournable pour comprendre les défis actuels du secteur et contribuer à des pistes d'amélioration concrètes.

Pour atteindre l'objectif principal de décryptage des interactions entre les violences subies par les professionnels, les conditions de travail et les défis de recrutement dans les établissements médico-sociaux, ce mémoire s'organise en trois parties :

- Une présentation du contexte et du cadre théorique, en définissant les notions clés comme la violence, la déficience intellectuelle, le turnover et l'attractivité professionnelle et en identifiant les facteurs de risque liés aux violences, appuyée sur une revue personnelle approfondie de la littérature.
- Une enquête de terrain comprenant des entretiens semi-directifs et des questionnaires anonymes adressés à des professionnels du secteur, des recruteurs et des responsables d'établissements, avec une attention particulière portée aux expériences des professionnels et à l'impact sur les dynamiques organisationnelles et Ressources Humaines (RH)*.
- Enfin, la troisième partie propose des pistes d'amélioration en matière de prévention des violences et de renforcement de l'attractivité des métiers, grâce à une analyse comparative des résultats avec les études préexistantes.

  Ainsi, ce mémoire permettra de contribuer à une meilleure compréhension des défis contemporains du secteur du handicap, tout en apportant des solutions concrètes pour un environnement de travail plus sécurisant et attractif pour tous.

I. Contexte et cadre théorique

A. Les violences envers les professionnels

1. Différentes violences au sein des établissements

1.1. Définition de la violence

La violence peut être définie comme tout acte, comportement ou omission qui cause un préjudice physique, psychologique, moral ou social à une personne ou à un groupe. Elle peut être intentionnelle ou non et s'exerce dans différents contextes, notamment professionnels, sociaux et familiaux. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)*, la violence est " l'usage délibéré de la force physique ou du pouvoir, sous forme de menace ou d'action, contre soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès" [4].

Le mémoire de FREIHOLZ Fanny, concernant les violences sur les professionnels dans ce secteur, souligne que toutes les formes de violences ne sont pas perçues de la même manière par les professionnels. Alors que les agressions physiques sont immédiatement reconnues comme des violences, les violences verbales et psychologiques sont plus souvent minimisées. Cette banalisation découle d'une vision implicite du métier, selon laquelle les professionnels doivent faire preuve de résilience face aux comportements difficiles des usagers. Ce phénomène entraîne une acceptation tacite de certaines formes de violence et rend leur reconnaissance institutionnelle plus complexe. [5]

1.2. Fréquence et reconnaissance des violences en établissement

Selon l'article d'Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH)* [6], les professionnels du secteur médico-social sont confrontés à une diversité de violences, allant des agressions physiques aux violences verbales et psychologiques. Il met en évidence que ces incidents sont souvent sous-déclarés et qu'ils s'inscrivent dans un cadre institutionnel où les moyens de prévention restent limités.

1.3. Catégorisation des violences

Les formes de violences volontaires ou involontaires faites par les personnes accompagnées, auxquelles les professionnels du médico-social sont exposés,peuvent être regroupées selon leur nature. Le tableau suivant en présente une typologie issue des définitions retenues par les organismes de référence.

Tableau 1 : Types de violences

Type de violence	Définition	Exemples	Références officielles
Violences physiques	Tout acte où la force physique est utilisée de manière intentionnelle contre un professionnel, pouvant causer une blessure, une douleur ou un traumatisme.	Coups, bousculades, morsures, griffures, jets d'objets.	OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002 [4]
Violences verbales	Tout comportement ou propos exprimé oralement ou par des gestes, visant à intimider, humilier, insulter ou menacer un professionnel.	Cris, insultes, propos dégradants, menaces.	INRS*, *Prévenir les incivilités et violences externes*, 2023 [7]; La violence verbale et le discours de haine, Conseil de l'Europe. [8]

Violences sexuelles	Tout comportement, geste, parole ou contact de nature sexuelle, imposé à un professionnel sans son consentement. Cela inclut le harcèlement, l'agression ou l'exhibition.	Propositions déplacées, gestes inappropriés, attouchements, exhibition.	La violence sexuelle - OMS [9]; Code Pénal (articles 222-22 à 222-33) [10].
Violences psychologiques	Toute forme de pression, de manipulation ou d'atteinte à la dignité visant à fragiliser psychiquement le professionnel, souvent de manière insidieuse ou répétée.	Dévalorisation, chantage affectif, isolement, menaces implicites.	Article 222-14-3 du Code Pénal [11] ; INRS, Violences internes et souffrance au travail, 2021. [12]

Si la violence envers les professionnels du secteur médico-social peut prendre différentes formes et affecter leur bien-être au travail, elle ne peut être analysée indépendamment des facteurs qui la précipitent. En effet, au-delà d'une simple catégorisation des violences subies, il est essentiel de s'interroger sur les origines de ces comportements et sur les spécificités du public accompagné.

1.4 L'évolution des politiques publiques face aux violences dans le médico-social

Depuis quelques années, les politiques publiques commencent à reconnaître l'impact des violences dans le secteur médico-social, notamment celui du handicap. Pourtant, cette prise de conscience ne suffit pas à combler les manques criants sur le terrain. Dans le Nord, le sénateur Éric Bocquet [13] a alerté sur l'insuffisance de places pour les jeunes autistes devenus adultes, laissant des familles démunies,

sans solution durable. Ce discours a été tenu par le président de l'AFAPEI* du Calaisis en 2024 lors des vœux et "a fustigé le manque de places dans les IME et la politique ministérielle à l'égard des structures d'aide aux personnes en situation de handicap". À cela s'ajoute une politique d'école inclusive généralisée qui, bien qu'animée par des intentions louables, n'est pas toujours adaptée aux enfants présentant une déficience intellectuelle sévère. Faute de création de nouveaux IME, de nombreux enfants se retrouvent sans accompagnement adéquat. Pour répondre à l'urgence, l'État a lancé, en 2023, le plan des 50 000 solutions, dans le cadre de la Conférence nationale du handicap, visant à créer 50 000 nouvelles solutions médico-sociales pour les personnes en situation de handicap d'ici 2030. De plus, "pour les personnes handicapées, un levier peut être mobilisé : la dérogation, pour un motif d'intérêt général, à la procédure d'appel à projets en cas d'extension des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées (PH)*." Pour soutenir cette ambition, une enveloppe budgétaire de 1,5 milliard d'euros a été allouée sur la période 2024-2030. Pourtant une réponse plus structurée, plus proche des réalités du terrain, est encore attendue. [14] [15].

2. Facteurs de risque spécifiques au secteur du handicap et à la déficience intellectuelle : pourquoi deviennent-ils violents ?

2.1 Les causes des comportements violents en établissement médico-social

Les violences subies par les professionnels, principalement verbales et physiques, sont souvent liées à des troubles de la communication ou à des frustrations des usagers porteurs d'une déficience intellectuelle. La déficience intellectuelle est un déficit de l'intelligence, notamment calculé par un Quotient intellectuel inférieur à 70. Elle se traduit par des troubles de la communication, de l'autonomie ou des compétences sociales. Les violences restent sous-déclarées et insuffisamment prises en compte par les institutions, contribuant à un stress chronique et à une perte de motivation des équipes.

Il apparaît clairement que la mise en place d'un cadre à la fois structuré, lisible et stable entraîne une nette diminution des comportements violents. Ce changement a

un impact décisif, tant pour les personnes accompagnées que pour les professionnels sur le terrain. [16] [17]

2.2. Les facteurs environnementaux et communicationnels

Les violences commises par des usagers en situation de handicap intellectuel, ou avec des troubles associés, sont souvent amplifiées par ce que vit la personne en son for intérieur, sa façon de percevoir, de comprendre, de ressentir, mais aussi par ce qui l'entoure. L'environnement joue un rôle clé. Un cadre mal adapté, trop stimulant ou trop flou peut devenir un réel déclencheur.

2.2.1 Les difficultés de communication

Les personnes avec une déficience intellectuelle ont souvent du mal à dire ce qu'elles ressentent ou ce dont elles ont besoin. Et lorsqu'elles se sentent incomprises, la frustration monte. Dans certains cas, la personne accompagnée fait preuve d'agressivité, non pas pour nuire, mais pour se faire entendre, ou simplement obtenir l'objet de son souhait et/ou besoin.

La Haute Autorité de la santé (HAS)* rappelle d'ailleurs que les réponses à ces comportements ne peuvent pas se limiter à la personne elle-même. Il est aussi essentiel de regarder ce qui l'entoure : son cadre de vie, les relations, les repères. [18]

2.2.2 L'hypersensibilité sensorielle

Le document de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)* le souligne bien : certains stimuli, comme le bruit, la lumière ou le simple fait d'être trop proche des autres, peuvent provoquer des réactions très vives [19]. Chez les personnes atteintes de troubles autistiques sévères, la réaction peut aller jusqu'à une crise violente liée à différentes expositions citées ci-dessous :

- "une intolérance profonde aux lumières vives ;
- une certaine irritabilité et de l'anxiété face à trop de stimuli visuels ;

- une aversion pour le contact physique ;
- une sensibilité extrême à certaines matières et textures ;
- une tendance à se boucher les oreilles en cas de bruits trop forts ;
- des difficultés à supporter les lieux bruyants ou agités ;" [20]

2.2.3 La rigidité comportementale et les troubles de l'adaptation

La rigidité comportementale correspond à un besoin prégnant de stabilité et de prévisibilité. Le moindre changement dans les habitudes ou dans l'environnement peut générer une anxiété profonde, et parfois des réactions d'opposition.
Un cadre mal pensé, un emploi du temps flou ou mal adapté, alimentent la frustration et génèrent des comportements dits "défis". Le Réseau-Lucioles,[18] à travers une recherche-action, a montré que ces troubles sont bien souvent une réponse à un environnement que la personne ne comprend pas, ou qu'elle subit sans avoir de prise réelle. D'où l'importance concrète de proposer un cadre adapté, lisible et rassurant. Mais il est aussi nécessaire de penser à la communication, à la manière dont on entre en relation. Ce sont ces ajustements qui font la différence, pour apaiser les tensions et améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées. [19]

2.3 Les spécificités des personnes atteintes de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)* sévères

L'environnement ou les difficultés de communication ne peuvent, à eux seuls, expliquer certains comportements violents. Chez les personnes atteintes de TSA sévères, d'autres éléments entrent en jeu, liés directement à leur fonctionnement.

Ces réactions ne sont pas forcément tournées vers l'autre avec l'intention de blesser. Bien souvent, il s'agit seulement de l'expression d'un mal-être intense, d'une souffrance intérieure qui n'a pas trouvé d'autre moyen d'expression.

Pour vraiment comprendre ce qui se joue, il faut aller plus loin et tenir compte de leur réalité psychologique, mais aussi de ce que leur corps vit au quotidien. C'est en connaissant ces spécificités qu'il est possible de proposer des réponses plus justes, plus adaptées, et surtout plus respectueuses. [20]

2.3.1. Douleurs et malaises physiques

Des études menées auprès de personnes atteintes de TSA* sévère montrent que beaucoup ressentent des douleurs ou des malaises, mais ne peuvent pas le verbaliser. Alors, quand la souffrance devient trop forte, elle passe autrement, par le corps, par des gestes brusques, parfois violents. L'objectif premier n'est pas forcément de faire mal, mais sert de signal, afin d'exprimer un mal-être. C'est une détresse physique, souvent invisible, qui cherche un canal d'expression. [21]

2.3.2. Troubles anxieux et de l'humeur

Quand des troubles anxieux ou de l'humeur ne sont pas diagnostiqués, ils peuvent générer des situations de violence. La personne devient encore plus sensible à ce qui la dépasse : les imprévus, le stress, les changements de rythme. Et dans ce contexte, le risque de réaction violente augmente. Ce n'est pas de la "mauvaise volonté", c'est une manière, parfois brutale, de faire face à ce qu'elle n'arrive plus à contenir. [18]

2.3.3. Antécédents de traumatismes

Enfin, des antécédents de traumatismes ou d'abus peuvent accentuer l'irritabilité, rendant les réactions violentes davantage liées à un mécanisme de défense qu'à une réelle volonté de nuire.

Les comportements violents, loin d'être des actes intentionnels, sont souvent des réponses à des situations perçues comme menaçantes ou insupportables par les usagers. [18] [21]

2.4 Prévention et stratégies d'accompagnement

Le document "Les comportements problèmes" de l'ANESM [19] met l'accent sur un point essentiel : "prévenir vaut mieux que subir". Et pour ça, la structuration des espaces joue un rôle clé. Un cadre clair, prévisible, pensé pour les besoins réels des personnes, permet de limiter bien des tensions. Ce même document insiste aussi sur l'importance de former les équipes régulièrement à la gestion des comportements défis. Il recommande la mise en place de protocoles simples et concrets, et des adaptations environnementales pensées au cas par cas.

Parmi les pistes efficaces, on retrouve les interventions comportementales individualisées, issues de l'approche ABA* (Applied Behaviour Analysis - Analyse Appliquée du Comportement), qui visent à réduire les comportements violents chez les personnes atteintes de TSA tout en favorisant un accompagnement plus serein.

Dans son mémoire, Fanny Freiholz [5] tire une conclusion très proche. La violence exprimée par les usagers est souvent une réponse à une frustration trop grande, née d'un environnement mal ajusté ou d'un message mal compris. Elle montre aussi que l'attitude des professionnels fait toute la différence. Quand une équipe n'a pas été formée ou ne sait pas comment réagir face à l'angoisse d'un usager, la situation peut vite dégénérer.
Ce constat vient renforcer une idée importante, les violences ne doivent pas être vues uniquement comme un "problème de personne accompagnée". Elles sont aussi le reflet d'un système, d'interactions, et parfois d'un cadre institutionnel qui n'a pas su s'ajuster à l'évolution des profils.

3. Conséquences psychologiques et professionnelles sur les employés

3.1 Une charge émotionnelle et psychologique importante

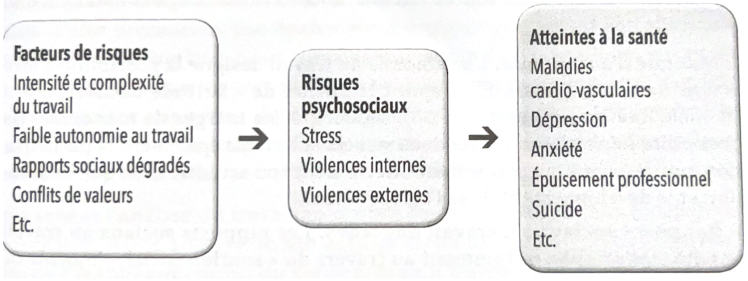
Travailler auprès de personnes en situation de handicap intellectuel implique une charge émotionnelle et psychologique conséquente. Bertrand Escaig, Vice-Président de l'Union NAtionale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychique (UNAFAM)*, en charge de la recherche en 2009, souligne que ces personnes souffrent souvent d'une perception altérée du monde extérieur, d'une instabilité psychique et de troubles cognitifs affectant leur autonomie et leur capacité à établir des liens sociaux. Pour les professionnels, cela se traduit par un stress constant lié aux malentendus, aux situations imprévisibles et aux difficultés de communication, contribuant ainsi au sentiment d'impuissance et à l'épuisement professionnel [22].

L'exposition répétée aux violences dans le secteur médico-social est un facteur majeur de stress, pouvant aller jusqu'à la détresse psychologique. Le document met en évidence une augmentation du nombre d'arrêts maladie liés à des affections

psychiques, confirmant ainsi les tendances observées dans d'autres études sur les risques psychosociaux en travail social. Cette réalité contribue à un phénomène d'érosion des effectifs, où de nombreux professionnels choisissent de quitter le secteur face à l'absence de solutions adaptées. [23]

3.2 Les impacts psychologiques des violences sur les professionnels

Figure 1 : Impact des risques psychosociaux [24]



Les violences subies dans le secteur médico-social ont des répercussions psychologiques profondes. D'après le livre "Le management du travail dans le secteur social et médico-social" [24], lorsqu'un professionnel travaille dans un environnement tendu, mal organisé ou en perte de sens, le stress finit par s'installer. Petit à petit, ce mal-être peut se transformer en troubles plus profonds comme l'anxiété, l'épuisement ou la dépression, et parfois même affecter la santé physique, jusqu'à provoquer des maladies graves, parfois irréversibles. Selon le livre Prévenir les violences et les risques psychosociaux en travail social [25], ce secteur est particulièrement touché par les risques psychosociaux, avec un nombre important d'accidents de travail liés à des affections psychiques. Les professionnels de santé sont ainsi bien plus susceptibles de subir des arrêts de travail que les employés d'autres secteurs.

En premier lieu, ces violences peuvent générer un stress chronique et une anxiété quotidienne. Les agressions verbales ou physiques entraînent un épuisement professionnel, des blessures physiques et des arrêts de travail de courte ou de longue durée selon l'affliction .

L'exposition régulière à des situations violentes peut même entraîner des troubles de santé mentale, y compris la détresse psychologique et le syndrome de stress post-traumatique [26].

3.3 Les répercussions professionnelles : désengagement et turnover

Une diminution de la qualité du travail peut être observée, avec un désengagement progressif des professionnels. Le stress et la peur des agressions réduisent leur motivation et leur implication, impactant directement la qualité des soins prodigués aux usagers.

L'absentéisme et le turnover sont aussi des conséquences majeures de cette situation. Les agressions, qu'elles soient verbales ou physiques, entraînent, selon une étude de KPMG*, une augmentation des départs : 38 % des professionnels rapportent que leurs collègues ont quitté leur poste en raison du climat agressif. [26] Cette fuite du personnel accentue la surcharge de travail pour les équipes restantes, créant ainsi des tensions et alimentant un cercle vicieux de départs successifs.

De plus, la gestion quotidienne des violences, sans formation ou soutien institutionnel adéquat, accroît le stress chronique et le sentiment d'impuissance des professionnels. Le rapport de l'ANESM [19] souligne que la perception de ces comportements joue un rôle clé. Lorsqu'ils sont perçus comme intentionnels ou agressifs, le risque d'épuisement émotionnel est plus élevé. Une gestion institutionnelle inadaptée ou insuffisante ne fait qu'amplifier ces conséquences, générant un cercle vicieux de tensions et de démissions. Il est donc essentiel de mettre en place des mesures de prévention et de soutien pour protéger la santé mentale et physique des professionnels du secteur médico-social. [27]

3.4 Vers une « résignation apprise » et des stratégies d'évitement

Enfin, l'étude de FREIHOLZ Fanny [5] met en évidence que les violences répétées ont un impact profond sur l'engagement des professionnels. Certains finissent par développer une forme de « résignation apprise », c'est-à-dire qu'ils cessent progressivement de réagir face aux violences, faute de soutien institutionnel et de solutions concrètes. Cette situation favorise le développement du stress chronique, d'un sentiment d'impuissance et d'une perte progressive de motivation.

Parallèlement, d'autres professionnels adoptent des stratégies d'évitement, réduisant leurs interactions avec les usagers les plus violents, ce qui peut altérer la qualité de l'accompagnement.

4. Degré de prise en charge des violences au sein des structures

4.1. Reconnaissance institutionnelle des violences

Si les agressions physiques les plus graves font généralement l'objet d'un signalement officiel à l'ARS et/ou au Département selon l'autorité de tarification et de contrôle, les violences verbales et psychologiques sont bien souvent banalisées ou sous-déclarées. En effet, les professionnels du secteur ont intégré une certaine "tolérance" aux comportements violents des usagers, qu'ils perçoivent parfois comme une partie inhérente à leur métier. Cette résignation contribue à invisibiliser ces formes de violences et empêche leur prise en compte par les structures.

Le mémoire de FREIHOLZ Fanny met en évidence que les professionnels ont tendance à ne pas considérer les insultes et menaces comme des violences à part entière, notamment en raison de la vision implicite du métier, qui exige une résilience face aux comportements difficiles des usagers. Cette normalisation conduit à une sous-déclaration des faits, rendant difficile l'évaluation réelle de la situation.

Par ailleurs, les violences sont souvent insuffisamment documentées au sein des établissements. Elles ne sont souvent consignées que lorsqu'elles entraînent des blessures graves, comme des fractures ou des hospitalisations, tandis que les violences "moins visibles", comme les agressions verbales ou les comportements d'intimidation, ne font pas systématiquement l'objet de rapports. Ce manque de données quantitatives nuit à la reconnaissance institutionnelle du problème et freine la mise en place de réponses adaptées. [5]

4.2. Dispositifs de prévention et de gestion des violences

Face à ces constats, certaines structures médico-sociales ont mis en place des dispositifs de prévention et de gestion des violences. Toutefois, leur efficacité reste inégale et dépend fortement des ressources allouées et de la politique institutionnelle de chaque établissement.

Les recherches menées par l'ANESM montrent que la mise en place de protocoles institutionnels, spécifiques, permet de mieux anticiper et gérer les comportements défis des usagers. En effet, des structures disposant d'un cadre structurant et

prévisible parviennent à réduire significativement les situations de crise et à limiter l'impact des violences sur les professionnels. Cependant, ces dispositifs restent minoritaires et leur application est parfois inégale d'un établissement à l'autre.

Un autre levier d'action réside dans la formation des équipes. Selon le rapport de l'ANESM, les établissements qui investissent dans des formations spécialisées sur la gestion des comportements défis et sur la prévention des violences constatent une diminution des incidents. Pourtant, ces formations sont encore trop rares ou jugées inadaptées aux réalités du terrain. Certains professionnels estiment ne pas être suffisamment préparés à gérer les situations de violence, ce qui alimente un sentiment d'impuissance et accroît le stress au travail [5] [19].

4.3. Soutien aux équipes et climat institutionnel

4.3.1 Un soutien affectif essentiel

La prise en charge des violences ne se limite pas à leur reconnaissance ou à la mise en place de protocoles. Elle implique également un soutien effectif aux professionnels confrontés quotidiennement à ces situations. Or, il ressort des enquêtes et témoignages que les espaces de parole dédiés à ces problématiques sont encore trop peu développés.

Les professionnels rapportent un manque de lieux d'échange où ils pourraient partager leurs expériences et élaborer collectivement des stratégies de gestion des violences [5]. L'absence de dispositifs de soutien psychologique institutionnels est également un frein à la prise en charge de la souffrance des équipes. Selon le rapport "Violences en établissement" sur ASH, le manque de soutien de la hiérarchie face aux violences subies est un facteur aggravant du stress et de l'épuisement professionnel [23].

Enfin, la perception des professionnels vis-à-vis de la réaction de leur hiérarchie joue un rôle central dans leur sentiment de sécurité au travail. Lorsque les violences sont minimisées ou considérées comme faisant partie du métier, les professionnels ont le sentiment d'être abandonnés par leur institution. Cela peut accentuer la démotivation et, à terme, favoriser le turnover. [23]

4.3.2 Des politiques managériales en ESSMS : des réponses apportées

Dans le secteur social et médico-social, le terme « management » suscite encore des réticences, souvent associé à une culture d'entreprise jugée éloignée des valeurs humaines portées par les ESSMS. Pourtant, plusieurs voix appellent à repenser ce concept à travers une approche plus éthique et relationnelle. Le "management par les valeurs" repose sur la qualité des liens, la confiance et l'intégrité, intégrant pleinement l'empathie et l'écoute active dans les pratiques professionnelles. Cette posture exige un équilibre entre proximité et distance, et un réel engagement personnel. Les neurosciences viennent aujourd'hui confirmer les effets bénéfiques de cette approche sur la santé mentale et la motivation au travail [28]. Dans cette même dynamique, la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) s'impose progressivement comme un levier de transformation. Définie par la Commission européenne comme "l'intégration volontaire par les entreprises de préoccupations sociales et environnementales à leurs activités", la Responsabilité sociétale des Entreprises (RSE)* s'ancre dans le référentiel HAS à travers des exigences concrètes, notamment sur les achats durables (critère 3.15.1). Le guide "*Comprendre et entreprendre une démarche RSE"* donne ainsi des outils pour accompagner cette transition vers un management éthique et durable [29].

Dans cette logique d'évolution, le modèle Buurtzorg, né aux Pays-Bas en 2006 à l'initiative de Jos de Blok, propose un management fondé sur l'autonomie, la confiance et la responsabilité. Il s'appuie sur de petites équipes d'infirmiers de 5 à 12 personnes, autonomes sur l'ensemble du parcours de soins et appuyées par des fonctions support réduites [30] [31]. Ce modèle repose sur six piliers : vision globale du soin, primauté du lien humain, autonomie locale, allègement des tâches administratives, outils numériques adaptés et développement des réseaux communautaires. En France, des structures comme Association des Paralysés de France (APF)* France handicap à Villeneuve d'Ascq ont adopté ce mode d'organisation avec des résultats probants : baisse de l'absentéisme, meilleure connaissance des bénéficiaires, valorisation du métier [32] [19]. Des expérimentations comme celles d'Accompagnement et Services Aux Personnes À Domicile (ASAPAD)* démontrent que ce modèle améliore à la fois la qualité de vie au travail et l'efficacité des accompagnements à domicile. [33] [34]

B. Recrutement et turnover dans les établissements spécialisés

L'instabilité des effectifs, résultant en grande partie des conditions de travail difficiles et des violences subies par les professionnels, soulève des enjeux majeurs en matière de recrutement et de fidélisation du personnel au sein des établissements médico-sociaux.

1. Définition et indicateurs du turnover et des difficultés de recrutement

1.1 Le turnover dans les établissements médico-sociaux

1.1.1 Définition et causes du turnover

Le turnover dans les établissements médico-sociaux désigne le taux de renouvellement du personnel sur une période donnée, qu'il s'agisse de départs volontaires ou involontaires. Il constitue un indicateur clé de la santé organisationnelle des structures médico-sociales et reflète souvent des dysfonctionnements structurels. Ce phénomène résulte de plusieurs facteurs, notamment des conditions de travail difficiles, une surcharge de travail, un environnement stressant, une rémunération jugée insuffisante et un manque de reconnaissance institutionnelle.

Les établissements médico-sociaux rencontrent d'importantes difficultés de recrutement. Une étude menée par Nexem et Fehap en 2021 montre que certains établissements peinent à pourvoir jusqu'à 4.4 % de leurs postes, illustrant la complexité du recrutement et de la fidélisation des professionnels du secteur. [35]

1.1.2 Conséquences du turnover sur les établissements et les professionnels

Le turnover engendre des conséquences multiples, notamment une perte de compétences, un allongement des délais d'adaptation pour les nouvelles recrues et une augmentation des coûts liés au recrutement et à la formation. Il a également un impact sur la qualité de l'accompagnement des usagers, fragilisant la continuité des soins et favorisant un climat de stress pour les équipes en place. Cette instabilité accentue la surcharge de travail des professionnels restants, qui, à leur tour, sont plus exposés à l'épuisement et au désengagement. L'effet cumulatif de ces départs successifs forme un cercle vicieux dans lequel la désorganisation renforce la

détérioration des conditions de travail, alimentant ainsi de nouveaux départs. Si certains considèrent un renouvellement modéré des équipes comme une opportunité d'innovation, les impacts négatifs d'un turnover excessif tendent à dominer. Cette dynamique met en évidence la nécessité de stratégies visant à améliorer les conditions de travail et à fidéliser les professionnels [19] [35]

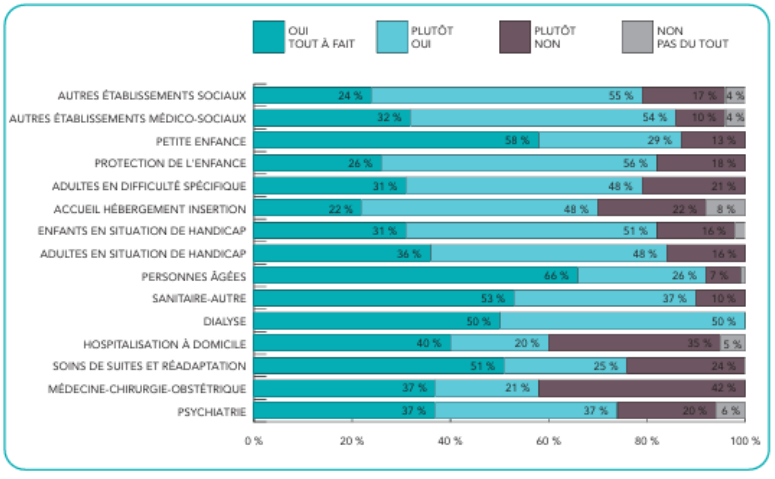
1.2 Impact du turnover sur la prise en charge des usagers

L'instabilité du personnel a également des répercussions sur les usagers, notamment ceux en situation de handicap psychique ou présentant des troubles du comportement. L'alternance fréquente des professionnels entraîne une perte de repères et un renforcement de l'anxiété chez ces personnes, pouvant aggraver certains comportements défis et complexifier la gestion des crises. Cette réalité accentue la pression exercée sur les équipes en place, rendant d'autant plus urgente la nécessité de stabiliser les effectifs pour préserver la qualité de l'accompagnement et la santé mentale des professionnels [36].

2. Tendances actuelles dans le secteur médico-social

2.1. Une crise du recrutement persistante

Figure 2 : Aggravation des difficultés de recrutement par secteur [37]



Le secteur médico-social fait face à une crise du recrutement qui s'est accentuée au fil des années. Selon une question écrite adressée au Sénat, plusieurs facteurs contribuent à cette pénurie de personnel : une attractivité limitée

des métiers du médico-social, une rémunération peu compétitive par rapport à d'autres secteurs et des conditions de travail particulièrement exigeantes.

Cette crise touche aussi bien les professionnels de terrain que les cadres et directions d'établissements, ce qui impacte directement la gestion et l'organisation des structures médico-sociales. [37]

2.2. Tendances et données chiffrées

L'étude de l'Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss)* en 2023, centrée sur le secteur de la protection de l'enfance, confirme cette tendance avec une proportion écrasante d'établissements ayant signalé des difficultés accrues de recrutement. [38]

Dans le magazine "Repères statistiques", [39] la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA*) met en lumière les tensions croissantes en matière de ressources humaines dans le secteur médico-social en s'appuyant sur les données issues du tableau de bord annuel de la performance médico-sociale (TDBMS)*. Trois indicateurs clés permettent de suivre cette évolution : le taux d'absentéisme, le taux de vacance de poste, et le taux de rotation des effectifs. Entre 2017 et 2022, chacun de ces indicateurs s'est détérioré, bien que de manière inégale selon les années.

Les données disponibles pour l'année 2023 les plus récentes à ce jour montrent des dynamiques contrastées. Le taux d'absentéisme, qui avait connu une forte hausse pendant la crise sanitaire, passant de 11,5 % en 2019 à près de 13 % en 2020, revient aujourd'hui à un niveau équivalent à celui d'avant la pandémie. Le taux de rotation du personnel, en hausse continue depuis 2018 (où il s'établissait autour de 19 %), atteint un pic de 24,8 % en 2022, avant de redescendre légèrement à 24,4 % en 2023. En revanche, le taux de vacance de poste poursuit sa trajectoire ascendante puisqu'il est passé en moyenne de 2,1 % en 2017 à 4,5 % en 2023.

Ces tendances ne sont pas uniformes d'un type d'établissement à l'autre. Les services "multi-clientèle" apparaissent comme les plus fragilisés, avec un taux de présence moyen annuel d'environ 80 %. Les établissements accueillant des adultes en situation de handicap suivent de près, avec un taux de présence de 82,4 %.

3. Lien entre turnover et épuisement professionnel

3.1. Burn-out et surcharge de travail

L'épuisement professionnel constitue un facteur clé du turnover dans le secteur médico-social. Selon le rapport Burn-out des travailleurs sociaux [40], une majorité des professionnels interrogés fait état d'une fatigue émotionnelle et psychologique accrue, d'une surcharge de travail chronique et d'un manque de soutien institutionnel, aggravant leur détresse. Cette situation favorise un désengagement progressif, jusqu'à la décision de quitter le poste afin de préserver son bien-être mental.

3.2. Une perte de sens du métier

Au-delà des conditions de travail difficiles, une des causes majeures du désengagement professionnel réside dans la bureaucratisation croissante du métier. Le rapport de Médiapart, sur le Burn-out des travailleurs sociaux [40], met en évidence que de nombreux professionnels considèrent que leur travail s'éloigne progressivement de sa mission première. L'augmentation des tâches administratives et la rigidité relative des protocoles réduisent le temps consacré aux interactions humaines avec les usagers. Cette évolution peut générer frustration et démotivation, alimentant un cycle de turnover qui vient renforcer les difficultés de recrutement dans le secteur médico-social.

4. Impact des conditions de travail sur l'attractivité des postes

4.1. Un secteur marqué par des conditions de travail difficiles

Dans le médico-social, beaucoup de professionnels vivent un quotidien sous pression, en sous-effectif et à un rythme difficilement tenable. Cette charge constante finit par user, au point de décourager même les plus investis. Cela peut rendre les équipes instables à long terme.

À cela s'ajoute la violence, parfois verbale, parfois physique, venant des usagers ou de leur entourage. Faute d'outils concrets pour y faire face comme des formations à

la gestion de crise ou des repères clairs pour réagir, un sentiment d'impuissance s'installe. Et quand les protocoles sont imprécis, voire absents, le stress s'installe. D'après un rapport du Sénat, plus de 70 % des établissements peinent à recruter des professionnels formés à ces situations, ce qui alourdit la charge mentale et augmente les risques d'épuisement professionnel et personnel. [36]

4.2. Une reconnaissance sociale et financière insuffisante

La Convention Collective Nationale 66 (CCN 66) [41], régissant une large part du secteur médico-social à but non lucratif, présente des grilles salariales qui, malgré des revalorisations ponctuelles, demeurent en deçà des attentes des professionnels. En effet, selon un rapport du Sénat, environ 15 % des salariés couverts par cette convention percevaient, en équivalent temps plein, une rémunération inférieure au SMIC conventionnel, même après application des primes d'ancienneté et de sujétion [42]. Cette situation s'explique notamment par une progression salariale lente et des écarts de rémunération faibles entre différents niveaux de qualification, limitant ainsi la reconnaissance des compétences et l'attractivité des métiers du secteur . De plus, la valeur du point, élément central du calcul des salaires, a connu une stagnation ces dernières années, contribuant à une érosion du pouvoir d'achat des professionnels [43].

Face à ces constats, des négociations sont en cours pour envisager une refonte des grilles salariales de la CCN 66, avec pour objectifs de mieux valoriser les qualifications, de réduire les écarts injustifiés et d'adapter les rémunérations aux évolutions du secteur [43].

4.3. Un cercle vicieux entre conditions de travail et turnover

Entre les violences au travail, la surcharge permanente et le manque de reconnaissance autant sur le plan financier que symbolique, beaucoup de professionnels finissent par décider de partir. Certains n'ont simplement plus la force et ressentent un épuisement professionnel. D'autres cherchent un poste où ils se sentiront davantage respectés, écoutés, ou du moins protégés. Ils se tournent alors vers des structures où la pression est moins forte, comme les SESSAD, les IMPro ou encore les foyers d'hébergement pour adultes. Ce constat fait écho aux situations

observées dans le cadre de mon alternance, où plusieurs professionnels expriment leur souhait de rejoindre des structures perçues comme moins exposées.

Ces départs fragilisent les établissements. Les postes vacants s'accumulent petit à petit. Les recrutements deviennent plus compliqués, parfois impossibles au vu par exemple de la réputation de certains établissements catégorisés comme "sources de violences". Il est alors nécessaire de recruter du personnel formé, prêt à gérer des situations complexes, dans un contexte où ces profils se font encore assez rares. Ainsi, la charge repose sur ceux qui restent, déjà épuisés. Et le cercle vicieux se referme, plus de travail, plus de stress, plus de départs. [44] Ce déséquilibre ne fait qu'amplifier la crise. Le rapport sur le burn-out des travailleurs sociaux [40] met en évidence que la surcharge de travail liée aux départs successifs entraîne un épuisement accéléré des professionnels encore en poste, favorisant ainsi de nouvelles démissions.

4.4. Une problématique reconnue au niveau institutionnel

Les difficultés à recruter et à fidéliser les professionnels dans le secteur médico-social ne sont pas seulement observées sur le terrain : elles sont aussi reconnues officiellement. Un rapport du Sénat consacré aux tensions dans le secteur du handicap met clairement en cause le manque d'attractivité des métiers. Ce qui freine les recrutements, ce sont des salaires peu motivants, un travail souvent épuisant physiquement et émotionnellement, et très peu de perspectives d'évolution. Le rapport montre aussi que les conditions actuelles favorisent un enchaînement de démissions qui fragilise les équipes et nuit directement à la qualité de l'accompagnement [36] [44].

4.5. Des facteurs environnementaux et organisationnels aggravants

Dans le milieu médico-social, les effectifs ou l'organisation du travail ne sont pas les seuls éléments déclencheurs de difficultés au travail. L'environnement joue un rôle parfois important dans la qualité de vie au travail. Les bâtiments parfois vétustes, les espaces pas toujours adaptés, le manque de consignes claires quand une situation dégénère. Ces éléments, souvent mis de côté, pèsent lourd au quotidien. L'Observatoire national des violences en santé l'a déjà pointé : "Quand les repères

manquent, que l'organisation ne suit pas, les équipes se sentent seules. Délaissées. C'est là que la motivation s'effrite." Ce que confirme aussi une enquête publiée sur Le Média Social & Emploi [44]*: "*une étude confirme les difficultés de recrutement : entre la pression constante, l'usure émotionnelle et le manque de reconnaissance, les départs se multiplient." Ce roulement permanent déstabilise les structures. L'article le dit clairement "Quelles catégories sont les plus concernées ? En premier lieu, dans 93 % des structures, il manque des soignants (infirmiers, aides-soignants, etc.). Mais le personnel éducatif et social fait aussi défaut dans trois quarts des situations, ainsi que les médecins, recherchés par deux tiers des structures."

Une étude publiée dans la revue Le Sociographe met en évidence que le turnover fréquent et l'intérim, purement provisoire, en rompant la continuité des soins, engendre une perte de compétences et altère la qualité de l'accompagnement médico-social, aggravant ainsi le cercle vicieux du stress et des départs successifs [45].

L'OMS alerte également sur les risques accrus d'épuisement professionnel dans des environnements où la pression organisationnelle est élevée et où les ressources sont insuffisantes. Selon l'OMS, l'épuisement professionnel représente une menace sérieuse pour la qualité des soins et la sécurité des usagers, soulignant ainsi la nécessité d'interventions structurelles pour améliorer les conditions de travail [46].

4.6. Vers une amélioration des conditions de travail ?

Face à ces constats, certaines solutions sont mises en avant par les professionnels et les chercheurs, pour limiter le turnover et améliorer l'attractivité des métiers. Des initiatives telles que la formation continue et la valorisation des compétences apparaissent comme des leviers essentiels. Toutefois, sans des changements structurels, le secteur médico-social risque de continuer à se fragiliser, avec des conséquences négatives à la fois pour les professionnels et pour les usagers. Une approche globale et concertée est donc nécessaire pour enrayer la crise actuelle et garantir un accompagnement de qualité. Les entretiens et autres méthodes de récolte d'informations continuent dans ce sens et tirent la sonnette d'alerte concernant le manque de considération du problème des violences et l'impact évident sur le recrutement et le turnover en établissement.

II. Enquête de terrain

A. Choix de la méthodologie

Il m'est arrivé d'échanger avec divers professionnels du secteur médico-social sur la thématique des violences dans leur environnement de travail. Ces échanges m'ont fait prendre conscience de la dimension complexe d'une problématique sensible où des dimensions personnelles et organisationnelles viennent s'entrelacer.

1. Logique d'ensemble : une analyse mixte

Pour éclairer le lien entre violences et turnover, une méthode mixte est appliquée : Un premier volet quantitatif mesure l'ampleur du phénomène et repère les zones d'alerte. Un second volet qualitatif explore les mécanismes sous-jacents et restitue les significations subjectives. Ce couplage répond à la recommandation de Bertaux selon laquelle "le savoir pratique, inscrit dans le parcours, échappe aux seuls pourcentages" : la statistique situe, le récit fait sentir. [47]

1.1 Volet quantitatif (Annexe 1)

Grâce à un questionnaire, un nombre suffisant de données ont permis de connaître les grandes tendances qui animent la problématique de ce mémoire et de croiser turnover, violences et impact sur les professionnels.

Tableau 2 : Mode de récolte des données quantitatives

Élément	Choix opérés
Instrument	Questionnaire « Google Form » en ligne structuré en cinq blocs : (i) profil professionnel ; (ii) expérience des violences (typologie, fréquence, contexte) ; (iii) conséquences des violences (iv) ; Soutien institutionnel et gestion des violences. (v) ; Solutions et recommandations. Deux questions ouvertes ferment le dispositif pour capter des nuances non prévisibles.
Diffusion	Relais LinkedIn / Instagram et mailing ciblé auprès de 42 directions générales d'ESSMS ; incitation à la diffusion interne dans le lieu d'alternance.
Échantillon	101 réponses ; 3 émanant d'EHPAD* exclues → n = 98 (50% terrain, 35 % encadrement, 15 % paramédical et enseignant).
Traitement	Statistique descriptive sous Excel ; χ^2 exploratoires pour tester des liens entre les réponses recueillies. Exploitation des données et mise en relation avec les entretiens semi-directifs.

Le choix de ne pas collecter la variable sexe concentre l'analyse sur les déterminants professionnels et limite les biais d'attribution genrée de la violence.

Un mail a été diffusé à 20 directeurs d'ESSMS (Annexe 2) afin de diffuser mon questionnaire à un plus large panel de professionnels.

1.2 Volet qualitatif

Les informations qualitatives ont été récoltées auprès de plusieurs professionnels de divers horizons. En premier lieu, des éducateurs (Annexes 3 et 4) ont été interrogés afin de connaître les réalités du terrain, la partie opérationnelle et recueillir les aménagements effectués dans leur propre structure mais aussi le ressenti du soutien apporté par leur cadre supérieur. Des cadres intermédiaires ont ensuite été interrogés afin de connaître les différentes stratégies managériales mises en place, mais aussi le soutien apporté par leur hiérarchie dans l'accompagnement face aux violences. Un entretien avec le directeur des ressources humaines de plusieurs établissements a permis de donner une dimension plus stratégique au sujet du mémoire. Enfin, un dernier entretien avec une responsable de pôle de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH)* donne une vision plus institutionnelle et organisationnelle intéressante, notamment sur les pistes d'amélioration possibles.

Tableau 3 : Mode de récolte des données qualitatives

Élément	Choix opérés
Échantillonnage raisonné	6 entretiens semi-directifs : 2 éducateurs, 2 cadres intermédiaires, 1 DRH associatif, 1 référente MDPH. Diversité recherchée en termes de fonction, ancienneté et exposition déclarée.
Recueil	Contacts par mail, téléphone ou contact direct ; entretiens enregistrés par téléphone (45 min ± 15) puis verbatims utilisées.
Analyse	Analyse selon la procédure Miles & Huberman : réduction des données, mise en matrice (utilisation des verbatims), élaboration d'un schéma.

2. Triangulation et intégration

Les résultats de l'enquête sont organisés selon une méthode en trois étapes, axe par axe. Pour chaque axe, une logique progressive est suivie dans chaque sous partie de l'analyse :

1. Une statistique de tendance est d'abord présentée pour donner une vue d'ensemble chiffrée, par exemple : "68 % des répondants disent avoir subi des violences verbales".
2. Ensuite, un ou plusieurs verbatims (extraits d'entretiens) viennent illustrer cette tendance, en apportant un éclairage humain, incarné et concret.
3. Enfin, une mise en correspondance est faite. Les données quantitatives et qualitatives sont croisées pour renforcer la compréhension globale du phénomène.

Ensuite, le mémoire rassemble ces éléments, en proposant une typologie des situations observées, c'est-à-dire une classification des profils types rencontrés. Par exemple :

- des professionnels très exposés à la violence mais peu soutenus : "haute violence/faible soutien",
- d'autres peu exposés mais bien encadrés,...

Cette typologie met en évidence les convergences (ce qui revient souvent) et les divergences (les situations atypiques ou contrastées).
Elle sert de transition logique vers la partie suivante (la partie III), où des pistes et des leviers d'action concrets sont proposés .

L'ensemble de cette démarche suit une logique en trois temps :

- Expliquer les faits par des chiffres et des observations,
- Comprendre ce que cela signifie sur le terrain en croisant les données,
- Puis proposer des solutions adaptées en réponse à ces constats.

3. Limites et garanties

Il est possible que, par le biais d'auto-sélection, il y ait une surexpression des salariés les plus exposés, atténuée par la diffusion large et anonyme. Une sous-déclaration est également possible, dans la mesure où certains incidents restent tus. Cependant les questions ouvertes et les entretiens visent à récupérer ces éléments.

Le mode de diffusion circonscrit, dans la majeure partie des cas, les résultats aux ESSMS du Nord. Mais la diffusion sur Linkedin a amélioré la transférabilité. Il serait intéressant de développer un questionnaire sur tout le territoire français, impulsé par un organisme capable de le diffuser à un public plus large.

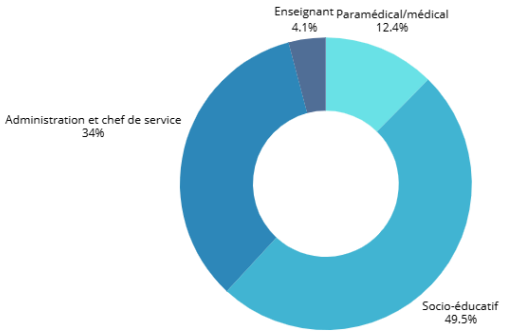
4. Éthique et RGPD

Le consentement éclairé pour chaque répondant a été mis en avant. Les verbatims ont été strictement anonymisés. La conservation chiffrée est faite sur disque dur. Aucune donnée ne sera utilisée, hors travail universitaire, en rapport avec ce Mémoire. Une demande d'enregistrement a été signée, à chaque entretien, en amont de l'utilisation des données. (Annexe 5)

B. Résultats : Une approche mixte pour comprendre les violences et leurs effets dans le médico-social

Afin de mieux comprendre l'exposition des professionnels du secteur médico-social aux violences, une enquête a été conduite auprès de 101 répondants issus de structures variées (MAS, IME, SESSAD, etc.) après le nettoyage du fichier EXCEL, comportant en tout 98 répondants. Les données collectées permettent de dresser un premier panorama des métiers les plus exposés et d'en interroger les causes, au croisement des résultats quantitatifs et des témoignages recueillis. Cette section vise à articuler ces deux volets pour faire émerger les logiques sous-jacentes à la banalisation de la violence en milieu médico-social.

Figure 3 : Types de professions interrogées



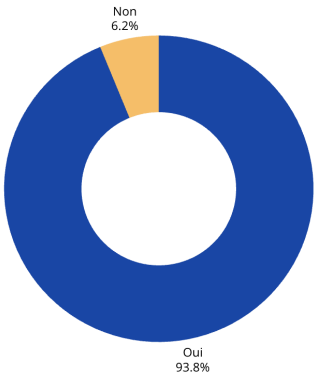
Sur l'ensemble des répondants, les fonctions éducatives sont majoritaires, les éducateurs spécialisés représentent, à eux seuls, un tiers de l'échantillon (n=33). Viennent ensuite les chefs de service (n=12), les accompagnants éducatifs et sociaux (AES*, n=12), les directeurs ou directeurs adjoints (n=8) et les infirmiers (n=5). Ce panel, bien que non exhaustif, reflète une diversité de positions dans l'organisation du travail, de l'intervention directe jusqu'au pilotage.

Les premiers résultats mettent en lumière une différence marquée dans l'exposition à la violence selon les métiers avec une surreprésentation de la violence au sein des fonctions éducatives, laissant entrevoir un phénomène structurel, que l'analyse détaillée s'attachera à comprendre.

1. Une exposition multiple aux violences

1.1 La majorité des professionnels touchés

Figure 4 : Taux de professionnels touchés par des violences



Cette enquête met tout d'abord en lumière l'ampleur de l'exposition des professionnels aux violences. Sur les 98 répondants, une écrasante majorité (93.8%) éclare y avoir été confrontée au moins une fois dans le cadre de son travail. Le constat est donc sans appel : la violence fait partie du quotidien, parfois au point de ne plus la distinguer comme telle.

Certaines fonctions apparaissent particulièrement touchées. Tous les accompagnants éducatifs et sociaux interrogés ont déclaré avoir subi des violences, tout comme l'ensemble des chefs de service ayant répondu. Les éducateurs spécialisés, qui représentent à eux seuls un tiers du panel, ne sont pas

loin derrière, avec un taux d'exposition de 97 %. Les directeurs ne sont pas épargnés (87,5 %), et même parmi les infirmiers, dont les interventions sont souvent ponctuelles, 4 sur 5 déclarent avoir été confrontés à des situations violentes. Ces chiffres posent une question centrale : comment expliquer une telle généralisation de la violence, tous métiers confondus, mais avec une intensité marquée dans les fonctions éducatives ?

Les types de violences décrites sont fréquemment variés et souvent cumulés : coups, morsures, insultes, gestes déplacés, menaces... Elles sont d'ailleurs connues par les cadres intermédiaires ainsi que les directeurs généraux : " *Oui, il y a une augmentation, je l'ai dit, il y a une augmentation des violences, de manière générale, des personnes accueillies à l'égard des salariés, oui. Alors, les termes violences peuvent paraître assez forts, mais on peut quand même se les dire.*"

De même, un professionnel évoque les jeunes considérés comme "hors de contrôle" : *"[...] il m'a tabassée. Je suis ressortie de là, j'avais des griffes de partout, des bleus de partout.*

Parce que violence physique à fond, il n'y allait pas de main morte. On a dû être à trois pour le maîtriser. Les flics sont intervenus (...) Ils ont dit : "Oh non, on vous laisse faire". ou encore lors d'un autre entretien : "*Jusqu'au moment où, pour ma part, la crise était trop fréquente et on recevait trop de violence pour pouvoir prendre de la distance face à ça.*"

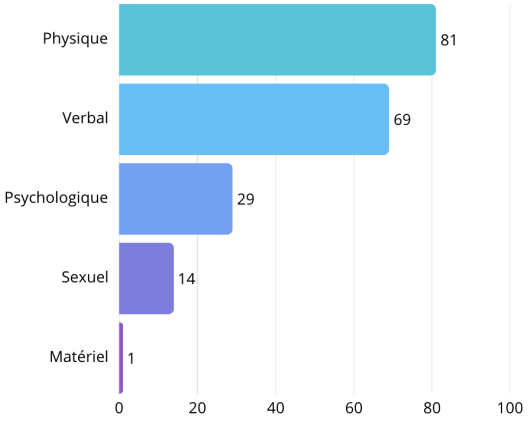
Au travers de ces paroles brutes, on peut lire à la fois la lassitude et le besoin de comprendre. Ce n'est pas l'événement isolé qui marque, mais bien la répétition, le sentiment que la violence est inhérente à l'accompagnement. Elle touche tous les niveaux hiérarchiques, mais s'abat avec une force particulière sur ceux qui assurent la continuité du lien au quotidien : les éducateurs, les AES, les chefs de service en contact direct.

Ces premiers résultats permettent de poser un cadre : les violences ne sont ni anecdotiques, ni exceptionnelles. Elles sont installées. La suite de l'analyse s'intéressera à ce qui favorise leur tolérance, voire leur banalisation, au fil des années.

1.2 Différents types de violences

Dans les différentes réponses au questionnaire, nous pouvons retrouver plusieurs types de violences avec ces proportions :

Figure 5 : Types de violences subies

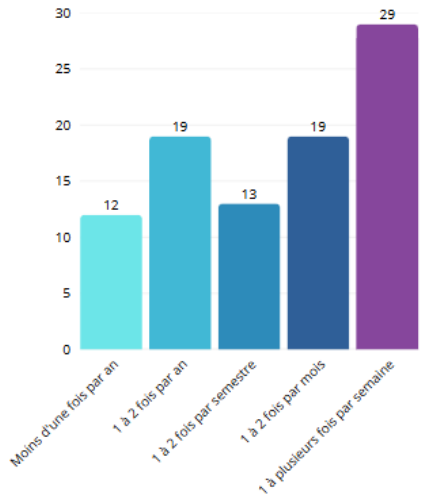


Les formes de violences les plus fréquemment rapportées sont physiques et verbales, avec respectivement 81 et 69 signalements. Les violences psychologiques apparaissent moins nombreuses, mais restent significatives (29 cas). Les situations de violence sexuelle sont évoquées par 14 répondants. Enfin, une seule personne mentionne un dommage matériel. Cette répartition souligne la diversité des atteintes subies, avec une prédominance marquée des agressions directes. Si les violences sexuelles sont moins évoquées, leur simple présence, dans les réponses, mérite une attention particulière. Ce type d'agression, plus sensible à déclarer, peut aussi être sous-estimé.

Ensuite, l'analyse statistique confirme un lien significatif entre le type de structure et la fréquence des violences subies ($\chi^2 = 243{,}69$; $p < 0{,}001$). Le test du khi² (ou chi carré) permet de vérifier s'il existe une différence réelle entre plusieurs groupes ici, entre les types de structures. Une p-value inférieure à 0,05 signifie que cette différence n'est probablement pas due au hasard. Ainsi, les établissements comme les IME et les MAS concentrent la majorité des violences déclarées sur une périodicité de "plusieurs fois par semaine", tandis que les structures à domicile ou en foyer logement rapportent principalement des expositions ponctuelles. Ce résultat statistique valide l'intuition partagée par les professionnels interrogés. Certains contextes d'accompagnement, plus intensifs ou moins soutenus, exposent davantage les équipes à la violence.

2. Vers une banalisation des violences : entre normalisation et silence

Figure 6 : Fréquence des violences



Une part importante des professionnels déclare être confrontée à des violences de manière fréquente, 29 personnes indiquent en subir entre une et plusieurs fois par semaine.

À l'inverse, 12 personnes déclarent être exposées moins d'une fois par an, 19 se disent victimes 1 à 2 fois par mois et 19 disent l'être une à deux fois par an.

Ces résultats montrent que, si la fréquence varie, les violences sont une réalité régulière pour une large partie du personnel, bien au-delà de cas exceptionnels. Au-delà de la fréquence des actes violents, un autre phénomène émerge clairement de l'enquête : la manière dont ces violences sont perçues, acceptées, parfois tues. De nombreux professionnels décrivent une forme d'accoutumance, comme si, à force de répétition, la violence avait fini par s'intégrer dans la routine du travail. Ce processus de banalisation joue un rôle central dans la manière dont les équipes vivent les agressions, y réagissent ou non et influencent, en retour, le climat institutionnel.

2.2 Un processus de déclaration complexe, amenant à la banalisation

L'analyse des réponses montre également que la présence ou non d'un protocole institutionnel de gestion des violences n'a pas toujours d'impact concret sur le vécu des équipes. Parmi les répondants dont la structure est dotée d'un protocole, 15% affirment ne pas en connaître l'existence ou ne pas savoir comment il fonctionne. 20% disent clairement qu'aucun protocole n'a été publié. Cela interroge la diffusion réelle des outils censés protéger les professionnels, mais aussi leur appropriation. Il est donc évident que dans ces conditions, les déclarations ne sont pas facilitées.

Plusieurs éléments viennent appuyer ce constat. D'abord, une proportion non négligeable de répondants affirme ne pas signaler systématiquement les violences

subies. Lorsque cette question est posée, certains répondent “non”, d’autres “oui, parfois”, ce qui peut laisser penser à une absence de réflexe ou de cadre clair. Parmi les justifications données, l’une d’elles apparaît de manière récurrente : “Sentiment que rien ne changera”.

Ce simple retour condense, à lui seul, l’une des causes profondes du silence, l’impression d’une action sans effet, d’une violence tolérée, inscrite dans les murs. D’autres répondants évoquent des peurs plus concrètes, comme la crainte de représailles ou de tensions avec l’équipe. Le désengagement progressif s’exprime souvent par un repli : on cesse de remonter les faits, on gère seul ou on subit.

Le lien entre l’aide psychologique et le taux de déclaration officielle est clair et net : $\chi^2 = 146{,}08$ | $p < 0{,}000000000008$. Ainsi, les répondants ayant signalé des violences sont nettement plus nombreux à avoir bénéficié d’un soutien psychologique. Ce résultat montre que le signalement joue un rôle déclencheur dans la chaîne de prise en charge. Mais il met aussi en lumière un biais inquiétant, ceux qui ne signalent pas restent sans aide. Cela questionne directement la responsabilité des établissements, car beaucoup de professionnels n’osent pas parler, par peur ou par découragement.

2.3 Une banalisation des violences ancrée dans les mentalités

En parallèle, certains témoignages recueillis lors des entretiens qualitatifs confirment cette dynamique de banalisation. Un éducateur évoque par exemple le fait que, dans son établissement, "c’est devenu normal d’être insulté", au point où "on ne se pose même plus la question de faire un signalement, sauf si c’est vraiment très grave". Cette hiérarchisation implicite des violences montre à quel point les équipes ont parfois intégré une forme de seuil de tolérance, ajusté au contexte et au niveau de gravité perçu.

La banalisation a des effets insidieux. Elle fragilise les liens entre collègues, renforce l’isolement, réduit les marges d’alerte. Elle entretient une forme d’invisibilité institutionnelle des violences du quotidien. Les données recueillies, notamment en entretien qualitatif, le montrent bien, la majorité des professionnels ne se sentent pas soutenus de manière formelle après un événement violent, ou évoquent un simple "*soutien moral ou hiérarchique de l’équipe*", sans réel suivi.

Cette dynamique de banalisation n'est pas sans conséquence sur le climat général, sur la capacité des structures à retenir leurs professionnels, ni sur la qualité de l'accompagnement. Elle s'inscrit dans une forme de résignation, renforcée par des conditions de travail dégradées, un manque d'effectifs, et parfois l'absence de reconnaissance hiérarchique. C'est notamment ce que souligne un éducateur : "*En fait, je ne me rendais pas compte quand justement, on était confronté à la violence comme ça. On revenait dans la salle de pause et puis j'expliquais, en fait, j'excusais le comportement parce que je savais pourquoi elle en était arrivée là, cette jeune. Et ma collègue me dit, mais tu te rends compte que les femmes battues excusent autant les coups de leur mari parce qu'en fait, ils banalisent la violence.*"

La partie suivante s'attachera à mesurer les répercussions de ces violences sur l'engagement professionnel, les parcours et les intentions de départ.

3. Des répercussions concrètes sur l'engagement et les trajectoires professionnelles

Les résultats de l'enquête confirment que les violences subies ne s'arrêtent pas au moment où elles se produisent. Elles laissent des traces durables chez les professionnels, affectant leur motivation, leur santé mentale, et parfois leur envie de rester dans le secteur. Ces conséquences apparaissent à la fois dans les chiffres et dans les témoignages.

3.1 Un impact sur la motivation

Parmi les professionnels déclarant avoir été confrontés à des violences, un peu plus de 16 répondants sur 87 disent que cela a diminué leur motivation à exercer leur métier. À ces réponses s'ajoutent trois personnes qui disent à la fois que leur motivation a baissé et que cela les a renforcées, ce qui montre à quel point les réactions peuvent être ambivalentes. La majorité des répondants disent que leur motivation n'a pas été affectée, mais il est important de noter que plusieurs ont aussi exprimé une forme d'usure dans les réponses libres.

L’impact sur la motivation n’est pas sans lien avec les envies de départ. Neuf personnes ayant subi des violences disent avoir sérieusement envisagé de quitter leur poste pour cette raison. De plus, 50.5% des répondants disent connaître une personne qui a décidé de démissionner à cause de violences. Le croisement des données montre que parmi celles qui ont vu leur motivation diminuer, une part importante a aussi envisagé de démissionner. Dans cette sous-population, le mal-être est palpable : la répétition des situations violentes, combinée au sentiment d’isolement ou de banalisation, finit par user les plus engagés.

Certains témoignages laissent entendre un glissement progressif. Une éducatrice explique simplement : “Je viens faire mon travail, je ne m’implique plus autant qu’avant.” D’autres verbatims parlent de stress prolongé, d’appréhension avant les prises de poste, d'urticaire ou encore de nuits perturbées par des reviviscences de la scène vécue. La souffrance n’est pas toujours spectaculaire, mais elle est là, en toile de fond, diffuse.

3.2 Un soutien encore partiel

La plupart des répondants déclarent ne pas avoir reçu de soutien formel après les violences. Beaucoup parlent d’un appui de l’équipe ou de collègues directs, mais cela reste informel et fragile. Seules quelques personnes mentionnent un accompagnement psychologique structuré. Ce manque de soutien peut renforcer le sentiment que la violence fait partie du métier, et qu’il ne sert à rien de la signaler ou de chercher des solutions.

Enfin, l’enquête révèle aussi que certaines personnes ont vu des collègues quitter leur poste en raison de violences. Le phénomène ne touche donc pas uniquement l’individu qui subit, mais peut aussi fragiliser toute une équipe, en créant des déséquilibres ou en alimentant une instabilité organisationnelle. La violence devient ainsi un facteur de désaffection collective. Les données recueillies permettent donc de poser un diagnostic clair, les violences vécues par les professionnels ne sont pas seulement un problème ponctuel. Elles altèrent le lien au métier, perturbent l’équilibre psychologique et physique, et pèsent sur les dynamiques de recrutement et de fidélisation. Elles participent à un cercle d’usure professionnelle qu’il est urgent de rompre.

4. Une organisation fragilisée : surcharge, instabilité et manque de coordination

4.1 Le profil type

L'analyse croisée des réponses issues du questionnaire et des entretiens qualitatifs permet de dégager plusieurs profils récurrents de professionnels confrontés à la violence dans leur quotidien. Ces profils ne prétendent pas couvrir l'ensemble des réalités, mais illustrent des configurations caractéristiques observées à travers l'étude : fonction occupée, type de structure, fréquence des agressions, qualité du soutien perçu et conséquences sur l'engagement professionnel.

Le tableau ci-dessous synthétise trois figures représentatives, construites à partir de tendances empiriques fortes dans l'échantillon. On y distingue notamment le rôle structurant de la fréquence des violences et du niveau de soutien institutionnel dans la manière dont les violences sont vécues et supportées. Cette typologie permet d'éclairer les enjeux spécifiques selon les positions dans l'organigramme (éducatif, encadrement, accompagnement direct) et de poser les bases d'une réponse différenciée en matière de prévention et de soutien.

Tableau 4 : Profil type - données quantitatives

Profil type	Métier	Fréquence des violences	Soutien perçu	Conséquence déclarée
1. Éducateur en tension	Éducateur spécialisé	Plusieurs fois par semaine	Soutien informel des collègues	Baisse de motivation, angoisse, envie de démission
2. Cadre en déséquilibre (management + terrain)	Chef de service	1 à 2 fois par mois	Reconnaissance hiérarchique partielle	Stress, mais maintien dans le poste, peu de déclaration
3. Agent de terrain isolé	Moniteur -éducateur / AES / AMP	Violences physiques régulières	Faible reconnaissance institutionnelle	Sentiment d'usure, invisibilité de la souffrance

4.2 Une surcharge de travail au quotidien

Au fil de l'enquête, un constat s'impose : les violences subies par les professionnels s'insèrent dans un quotidien marqué par la surcharge, le manque de moyens et une organisation du travail en tension. Les agressions ne sont pas toujours liées à un geste brutal ou isolé, mais bien à un ensemble de conditions structurelles qui épuisent les équipes, fragilisent les repères et limitent la capacité d'anticipation.

L'un des premiers facteurs évoqués est la charge de travail. Dans les réponses libres, plusieurs professionnels dénoncent le manque de personnel et de temps. Une éducatrice résume ainsi : "*On a très peu de temps pour préparer, pour faire tout ce qu'on doit. On a de plus en plus d'écrits, de plus en plus d'administratif, qu'on n'a pas forcément le temps de faire.*" Cette réalité s'accompagne d'une sensation d'urgence constante et d'une pression qui empêche de prendre du recul sur les situations difficiles.

4.3 Le turnover aggrave la situation

4.3.1 Un changement de professionnels constant

Le turnover aggrave la désorganisation. Les données du questionnaire confirment une perception généralisée : 82 % des répondants estiment que la complexité des publics contribue à une instabilité des équipes. Lorsqu'un professionnel quitte son poste, ce sont les repères qui s'effacent. Le lien de confiance avec les personnes accompagnées est rompu. Comme le note un éducateur : "*Le turnover, le fait qu'il y ait toujours des nouvelles personnes... Ils ne connaissent pas l'enfant. C'est un cercle vicieux et l'enfant, du coup, il va retester.*"

Cette instabilité ne touche pas que les professionnels. Elle se répercute directement sur les usagers. Les remplacements rapides, les contrats précaires, les absences non anticipées provoquent des effets en chaîne. "*Quelqu'un devrait arriver sur une structure, il devrait avoir un temps juste pour observer et comprendre le groupe*", souligne un témoignage.

4.3.2 Des difficultés de recrutement, un manque de personnel

Comme le souligne un directeur RH, "*On arrive effectivement dans des situations où c'est compliqué pour recruter*". La difficulté de recrutement se fait sentir auprès des équipes. C'est notamment ce que pointent du doigt près de 10 personnes en questions ouvertes à la fin du questionnaire quantitatif. Celles-ci demandent, dans les solutions, plus de personnel pour faire face aux violences et prendre plus facilement du relais. Un éducateur avoue même : "...on a été plusieurs éducateurs à être en arrêt parce que c'était trop difficile." Ainsi, le nombre constant d'arrêts, ajouté à la difficulté de recrutement, met en évidence une pression sur les équipes et sur les cadres intermédiaires qui doivent, pour la plupart, assurer le remplacement dans l'urgence sans forcément de pool de contrats à durée déterminée (CDD)*.

4.4 Une problématique d'organisation en interne et en externe

4.4.1 La communication avec la MDPH

Certains professionnels évoquent un manque de communication avec la MDPH dans les réponses ouvertes du questionnaire quantitatif. De plus, lors d'un entretien, une cadre de la MDPH évoque : "*On voudrait une simplification des parcours. Le Nord a fait des efforts avec la nouvelle nomenclature et les règles d'assouplissement, mais il reste des zones floues, surtout autour des DAME. Parfois, on ne délivre pas les bonnes notifications parce que le dossier est pauvre. On ne rencontre pas les usagers dans 90 % des cas : on travaille sur pièces. Donc si on n'a pas les bilans, on ne peut pas répondre au juste besoin de compensation. Certains établissements n'ont pas encore le réflexe de nous transmettre leurs éléments d'observation. Pourtant, c'est essentiel. On ne cherche pas à leur mettre la pression, on veut juste mieux comprendre pour mieux accompagner*."

Ce manque de transmission freine l'évaluation des situations et retarde les ajustements nécessaires et peut amener à une mauvaise orientation. Cette situation peut avoir des conséquences graves, puisque la personne, présentant des troubles du comportement, peut se retrouver dans un environnement inadapté, exacerbant les troubles préexistants.

4.4.2 Une organisation en interne en difficulté

L'organisation actuelle des services et le taux d'encadrement ne permettent pas non plus toujours de faire face aux cas les plus critiques.

Enfin, plusieurs professionnels notent que les outils d'aide, tels que les protocoles internes ou les formations, existent sur le papier mais restent inaccessibles dans les faits. L'une résume cette contradiction : "*On nous parle beaucoup de formations, mais on n'a pas le temps de les faire*." Une autre rappelle qu'après une agression, "*le soutien vient surtout de l'équipe, du service infirmier ou du chef de service. C'est l'écoute qui fait tout, mais on ne peut pas toujours tout porter entre collègues.*"

Cette fragilité organisationnelle, combinée au manque de coordination entre établissements et à l'évolution des publics accueillis, crée un climat propice à l'émergence de tensions non régulées. Comme l'exprime une responsable de pôle à la MDPH, "*les établissements médico-sociaux se retrouvent en difficulté avec des usagers qui montrent beaucoup de violences. […] Et sur lesquels on arrive sur des droits de retrait.*"

Il devient alors difficile de garantir un accompagnement serein, à la fois pour les usagers et pour les professionnels. Cette situation appelle des réponses structurelles, qu'il s'agisse d'un meilleur taux d'encadrement, d'une révision des logiques d'orientation, ou de la création d'espaces tiers comme les équipes mobiles capables d'apporter un appui extérieur temporaire mais structurant. Le chapitre suivant explorera ces pistes de transformation concrètes.

Face à la banalisation des violences et à la désorganisation structurelle du secteur, certains établissements tentent de construire des réponses. Si elles restent souvent partielles ou informelles, elles montrent toutefois que des leviers existent. L'analyse des résultats de l'enquête révèle un besoin de structuration plus ambitieux, soutenu par des professionnels en quête de solutions concrètes, stables et collectives.

Plusieurs répondants mettent en avant l'importance du soutien mutuel entre collègues. Dans l'immédiateté, c'est souvent ce qui permet de tenir, faute de dispositif formel. Une chef de service témoigne :

"*Le soutien aussi des équipes, qui se soutiennent mutuellement, c'est en plus. […]*

J'ai envie de dire que la simple écoute se satisfait elle-même."

Mais cette régulation informelle ne suffit pas à prévenir l'usure ni à contenir l'accumulation de tension dans les équipes.

La question de la formation revient comme une priorité. Plusieurs personnes interrogées dans les entretiens évoquent le besoin de se former à la gestion des situations de crise, aux troubles du comportement, ou à la régulation d'équipe. Une chef de service ajoute : "*À la suite de ces événements-là, on a mis en place une formation OMEGA*, une formation qui permet aussi d'anticiper, et de travailler en équipe autour de la gestion des situations de conflit ou de violence*."

Le soutien psychologique est également mentionné comme un besoin, mais il reste peu accessible. Dans les établissements, l'intervention des psychologues est, la plupart du temps, orientée vers les publics accueillis. Ils sont donc rarement mobilisables pour accompagner les équipes. Une proposition fréquemment formulée consiste à intégrer un soutien plus systématique après chaque événement violent, soit par un professionnel interne dédié, soit par une cellule extérieure. Comme l'exprime un répondant du questionnaire : "*Mise en place d'un soutien psychologique pour les équipes, systématique après chaque situation.*"

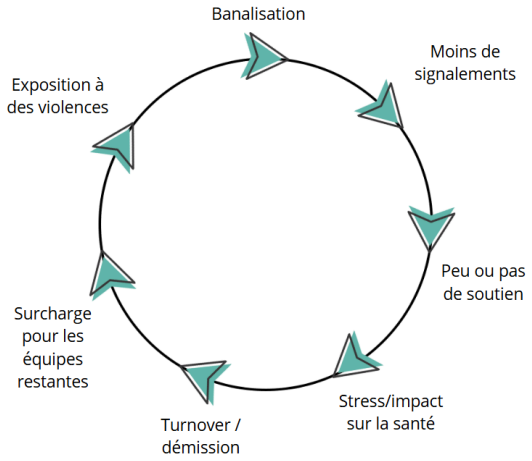
Mais la solution la plus structurante, évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens, est celle d'une équipe mobile d'appui, formée et disponible à la demande des établissements. L'objectif n'est pas de remplacer l'équipe en place, mais de proposer une présence ponctuelle, à la fois éducative, clinique et stratégique, pour analyser les situations, prendre du recul, et proposer des ajustements. Une responsable de pôle MDPH souligne : "*Je suis convaincue que le fait de dire qu'on prend sur un temps donné, qu'on remet tout en question, qu'on analyse ce qui va, ce qui ne va pas, ce qui pourrait être fait de manière complémentaire, c'est hyper enrichissant*."

Elle ajoute : "*Moi, je rêve sur le territoire de pouvoir rassembler, dès qu'on a une situation individuelle, critique ou complexe, une commission technique avec les directeurs des établissements concernés. Ce serait un vrai levier pour soutenir les équipes.*"

La mise en réseau de ces dispositifs, en lien avec la MDPH, les centres ressources, ainsi que les “Communautés 360, annoncées lors de la Conférence Nationale du Handicap du 11 février 2020 et déployées en juin 2020, afin d’apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu’à leurs familles”, est un levier puissant de transformation, en appui direct des professionnels [48].

5. Vers un cercle vicieux

Figure 7 : Cercle vicieux : violences/turnover



Pour conclure cette analyse, la méthode MILES et Huberman a été appliquée pour créer ce schéma mettant en évidence les mécanismes d’un cercle vicieux de l’usure professionnelle, nourri par l’exposition répétée aux violences et l’insuffisance de réponses institutionnelles. Ainsi, un cercle vicieux s’installe progressivement dans certains établissements médico-sociaux confrontés à des situations de violence. Tout commence souvent par une forme de banalisation de ces actes, perçus comme inhérents au métier. En conséquence, les signalements diminuent, faute de temps, par peur de stigmatiser les personnes accompagnées ou simplement parce qu’on ne voit plus l’intérêt d’en parler. Le manque de soutien institutionnel ou managérial qui en découle accentue le sentiment d’isolement chez les professionnels. À terme, cela engendre du stress, voire des troubles physiques ou psychiques. Certains finissent par partir, ce qui alourdit la charge des équipes restantes, déjà fragilisées. La pression monte, l’exposition à de nouvelles violences augmente, et le cycle recommence, nourrissant un système d’épuisement qui devient presque invisible à force d’habitude.

L’analyse des enquêtes montre que les réponses existent, mais qu’elles manquent de coordination, de moyens, et surtout de reconnaissance. Les bonnes volontés individuelles, les formations ponctuelles ou les appuis informels ne suffisent plus. Afin de briser la spirale de la résignation, il devient urgent de structurer des réponses collectives, pérennes, accessibles à tous les établissements confrontés à des situations de violence récurrente. Pour cela, les leviers déjà existants peuvent être consolidés (A), de nouveaux dispositifs d’appui, tel qu’une équipe mobile, sont imaginés(B), des moyens à petite et à grande échelle doivent être mobilisés (C).

III – Vers une amélioration continue du secteur

Les différentes données recueillies, de manière quantitative et qualitative, dressent un tableau convergent. La récurrence des situations de violence, couplée à un manque de reconnaissance et de soutien, fragilise durablement les équipes et menace la continuité de l'accompagnement.

Pour répondre à ces tensions, cette troisième partie chemine du plus concret au plus stratégique : d'abord consolider les leviers déjà disponibles dans le secteur, puis illustrer, à titre d'hypothèse, la pertinence d'un dispositif mobile d'appui répondant aux besoins ressortis, enfin préciser les conditions institutionnelles indispensables pour pérenniser toute amélioration. Ce fil directeur articule ainsi résultats empiriques et exigences de gouvernance, afin de proposer une réponse à la fois réaliste et ancrée dans une démarche d'amélioration continue.

A. Consolider le secteur par des leviers existants à renforcer

1. Reconnaître et valoriser les professionnels

1.1 Valoriser les rémunérations et les parcours

Les conventions collectives "datées des années 1960" sont aujourd'hui rattrapées par le Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC)*, certains métiers peu rémunérés découragent l'engagement durable des jeunes professionnels .

Il est intéressant d'adosser la revalorisation, issue du Ségur, à la complexité réelle des prises en charge (pondération par fréquence des comportements défis, horaires atypiques). Il est aussi possible de créer un "bonus de compétences cumulables" (gestion de crise, tutorat, recherche-action) visible sur la fiche de paie ;

Afin de pallier, au maximum, aux manques de formation qui reviennent continuellement dans les demandes des professionnels et des institutions, il est possible d'inscrire chaque nouveau poste dans un parcours tremplin comprenant une formation initiale systématique, accompagnement réflexif, perspectives de spécialisation (TSA, vieillissement, alzheimer, coordination).

1.2 Répartir plus équitablement les dotations et les effectifs

“Si on avait deux personnes en plus…” : l’éducatrice décrit comment un effectif “à flux tendu” oblige, parfois, à passer d’un accompagnement éducatif à “une simple garde” . L’analyse du questionnaire révèle un déséquilibre structurel entre les besoins exprimés par les professionnels et les effectifs réellement disponibles. Ce constat est corroboré par les témoignages, dont celui d’une éducatrice spécialisée qui, faute de renforts, voit sa mission d’accompagnement glisser vers une fonction de simple surveillance. Autrement dit, la tension sur les ressources humaines conduit à dégrader la nature même de l’intervention socio-éducative en la réduisant à une présence sécuritaire.

Partant de ce diagnostic, deux leviers apparaissent pertinents pour anticiper les situations critiques. Le premier est une clé de dotation composite, intégrant trois indicateurs objectivables, soit le taux d’incidents : le nombre de FEI ou fiches d’évènements indésirables, d'Événements Indésirables Graves (EIG) et d’Évènements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS), le niveau moyen d’autonomie des personnes accompagnées et le turnover. Dès qu’un seuil, prédéfini, est franchi, cette clé s’active automatiquement, pour mobiliser un fonds de renfort en quelques semaines seulement, évitant ainsi que la surcharge ne s’installe durablement. D’autre part, la publication annuelle d’un baromètre charge/ressources offre un référentiel partagé qui, en rendant visibles les écarts entre besoins et moyens, limite les négociations ponctuelles et subjectives. En combinant ces deux mécanismes, de déclenchement rapide de renforts et de transparence continue des indicateurs, l’établissement dispose d’outils à la fois réactifs et structurants pour sécuriser la qualité de l’accompagnement.

1.3 Fidéliser les équipes par une gestion de carrière structurée

L’enquête met en lumière un phénomène de “cercle vicieux”. Chaque départ alourdit la charge de travail des équipes restantes, ce qui accroît à son tour le risque de nouveaux départs. Si certaines mesures de bien-être (moments conviviaux, petits avantages internes, offres de formation ponctuelles) atténuent temporairement la pression, elles ne suffisent pas à enrayer durablement la spirale. Autrement dit, la

fidélisation passe moins par des gratifications ponctuelles que par l'inscription de chacun dans un projet de carrière lisible et valorisé.

Dans ce contexte, trois leviers apparaissent décisifs :

1.3.1 : Structurer un plan de carrière en trois étapes progressives.

- Premier palier : Le professionnel commence par être référent violence, pour les professionnels, aguerri à la prévention et à la gestion des situations d'agressions.
- Deuxième palier : Il devient coordinateur inclusion, chargé de promouvoir la participation sociale des usagers et d'animer les partenariats extérieurs.
- Troisième palier : Finalement, il est nommé chargé de formation interne, responsable de la capitalisation des savoir-faire et de l'animation des modules maison.

Chacun de ces paliers est assorti d'un écart salarial significatif et de jours de formation dédiés. L'objectif double est , tout d'abord, de créer une perspective ascendante de carrière et, deuxièmement, de reconnaître l'expertise déjà acquise, afin de transformer l'ancienneté en valeur ajoutée plutôt qu'en routine.

1.3.2 Généraliser un tutorat en début de carrière

Tout nouveau salarié peut intégrer un binôme avec un professionnel expérimenté pendant trois mois. Ce tutorat, reconnu dans la fiche poste du tuteur et rémunéré sous forme de prime, sécurise la prise de fonction, réduit la phase de flottement initiale souvent citée comme facteur de décrochage et renforce la cohésion intergénérationnelle de l'équipe. Ce suivi à l'arrivée du professionnel doit alors être intégré au processus d'intégration des professionnels dans chaque établissement.

1.3.3 Conditionner l'accès aux formations de spécialité : Omega, PCMA (Professional Crisis Management Services Association), gestion de crise, à un engagement d'au moins deux ans.*

Enfin, certaines compétences, coûteuses à acquérir, génèrent un retour sur investissement, uniquement si le salarié reste suffisamment longtemps pour les mettre au service de l'institution. Lier de tels programmes à une clause minimale de

présence, négociée et proportionnée, permet de concilier montée en compétences et stabilité des effectifs.

1.4 Prévenir la banalisation et la perte de sens

L'idée que "les violences font partie du métier" revient fréquemment dans les entretiens, signe d'un processus d'usure discret mais profond. Un répondant sur quatre déclare n'avoir bénéficié d'aucun soutien psychologique après un incident, et plusieurs affirment ne pas se sentir "légitimes" pour en demander.

Afin d'éviter la banalisation des violences, il est pertinent d'instaurer, après chaque situation violente, un temps de débriefing de quinze minutes au retour d'expérience, animé par un pair formé et/ou un référent comme évoqué précédemment.

Une autre action paraît simple et accessible, il s'agit d'harmoniser et d'alléger la procédure de signalement, par exemple en utilisant un formulaire unique accessible depuis un smartphone, afin de briser la loi du silence.

Enfin, proposer un "forfait écoute", comprenant trois séances de consultation avec le psychologue du travail, prises en charge sans validation hiérarchique, activables en ligne à toute heure, représente une aide importante pour les professionnels estimant ne pas être légitimes pour solliciter de l'aide à un psychologue.

2. Renforcer la qualité de vie au travail par la démarche qualité

Les 98 réponses au questionnaire, croisées avec les entretiens, montrent que la quasi-totalité des professionnels ont déjà été confrontés à une forme de violence (93,8 %) et que ces situations pèsent sur la santé mentale, l'absentéisme et, in fine, le turnover. Pourtant, moins de deux tiers déclarent connaître un protocole institutionnel dédié et à peine six répondants sur dix disent avoir effectivement bénéficié d'un soutien psychologique après un incident. Les écarts entre obligations légales, dispositifs disponibles et vécu de terrain soulignent l'importance d'inscrire la qualité de vie au travail (QVT*) dans une démarche qualité structurée, articulée au Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP*).

2.1 Articulation des démarches QVT avec le DUERP et les obligations réglementaires

Le DUERP, obligatoire depuis le Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001, dans tout établissement et critère du référentiel de la HAS de 2021, recense déjà les risques liés aux troubles musculo-squelettiques, aux produits chimiques ou encore aux chutes. Les violences vécues par le personnel devraient y apparaître avec le même niveau de précision : fréquence, gravité, impact psychique. Or les entretiens révèlent une normalisation : “On a accès à une psychologue… mais ce n’est pas un réflexe, on ne se sent pas légitimes .”

Ainsi, intégrer la violence comme risque prioritaire en inscrivant un item dédié dans le DUERP (exposition aux agressions physiques, verbales et psychologiques) et fixer un objectif annuel de réduction permet à chaque établissement de fixer des objectifs concrets au niveau de la direction. Il est alors possible d’aligner le plan d’actions QVT sur ce diagnostic et de prévoir, au minimum, un point d’étape semestriel avec le Conseil Social et Économique (CSE)* et la direction pour vérifier la mise en œuvre, sous la forme de séances de formation, de renforts RH, ou encore d’aménagement des espaces. Enfin, le traçage des décisions et mesures adoptées, comme la création d’une salle de repli, un renfort d’équipe, ou une supervision clinique, peut apparaître dans le programme annuel de prévention et dans le compte-rendu de la commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT)*.

Cette formalisation rompt donc avec l’idée que “les violences font partie du métier” et crée un cadre de responsabilité partagée entre employeur et salariés.

2.2 Mettre en place un tableau de bord QVT ciblé

Sans indicateurs, la prévention reste déclarative. Les données du questionnaire offrent une base pour un premier jeu de marqueurs, mais il peut évoluer au fil des évènements des établissements.

Tableau 5 : Exemple de plan d'action ciblé QVT-violences

Indicateur	Valeur actuelle	Source	Objectif	Pilote
Taux de professionnels exposés à une violence dans l'année	93,80%	Questionnaire (n = 98)	–15 % / an	x
Part du personnel ayant reçu un soutien psychologique après incident	61%	Questionnaire	+20 pts	x
Connaissance d'un protocole formalisé	65%	Questionnaire	100%	x
Intentions de départ liées aux violences	10 % envisagent de démissionner	Questionnaire	< 5 %	x
Absentéisme lié aux arrêts pour "accident ou stress"	Donnée interne RH	DUERP	–10 % / an	x

À ces indicateurs "violence", l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)* recommande d'ajouter des variables ergonomiques (bruit, espaces de détente) et organisationnelles (charge mentale, autonomie) pour donner une vision globale du climat de travail . Le tableau de bord peut être présenté en CSSCT, puis en réunion d'équipe, devenant un outil de pilotage partagé et permettant à chacun de visualiser l'effet des actions engagées.

2.3 Diffuser une culture de prévention et d'amélioration continue

La technique ne suffit pas : il faut agir sur les représentations. Une éducatrice rapporte qu'avant l'instauration d'une supervision externe, les crises étaient "trop fréquentes" et l'équipe "subissait", faute de relais . D'autres professionnels soulignent l'absence ou la méconnaissance de procédures claires, d'où un sentiment de solitude persistant .

Le retour d'expérience (RETEX)* est systématisé, au cours d'un débriefing, d'une quinzaine de minutes, animé par un pair formé et/ou un référent violences, après chaque incident violent. Il permet aux équipes de comprendre et de communiquer autour d'un événement et de consigner les éléments sur une grille simple, versés à la fois au DUERP et au tableau de bord. Cette pratique représente un excellent

moyen de soutien des professionnels en leur procurant une vraie considération, que ce soit en cas de violence légère ou plus grave.
Dans un second temps, toutes les données récoltées, régulièrement, peuvent donner lieu à des groupes de pratiques et supervision, comprenant des séances mensuelles animées par un psychologue ou un formateur externe sur la régulation émotionnelle, l'analyse de cas complexes. Le désamorçage verbal permet de soutenir et mettre en place des actions ciblées. L'OMS rappelle que de tels espaces réduisent le risque d'épuisement professionnel dans les secteurs à forte charge émotionnelle .

Enfin, adapter le plan de formation annuel est une manière pérenne de donner aux professionnels les clefs pour accompagner de façon optimale et gérer au mieux les potentielles violences. Il peut ainsi inclure les formations Omega, techniques de désengagement, gestion de crise (la formation "Crisis Institute" signalée dans les entretiens est citée comme "vraiment top" pour pacifier les situations avant qu'elles n' escaladent) . L'inscription de ces formations dans le DUERP garantit leur actualisation et la prise en compte pérenne dans les établissements.

En liant ainsi diagnostic réglementaire, indicateurs partagés et démarches apprenantes, l'établissement passe d'une gestion "au coup par coup" à une logique de prévention active ; il réduit les violences, améliore la santé psychique des équipes et, ce faisant, renforce l'attractivité du secteur.

3. Favoriser l'inclusion des personnes avec déficience légère

Les politiques publiques françaises encouragent désormais un « virage inclusif ». En effet, la loi de 2005 sur l'égalité des droits, puis le dispositif RAPT, invitent à privilégier l'accompagnement en milieu ordinaire lorsque les besoins le permettent . Cette orientation présente un double intérêt : elle répond au souhait d'autonomie de nombreux usagers et libère des capacités d'accueil pour les situations les plus complexes, où l'intensité de soin et la fréquence des crises dépassent le cadre scolaire ou familial.

3.1 Renforcer l'accès au milieu ordinaire ou aux logements autonomes pour les publics à besoins modérés

Plusieurs entretiens soulignent que l'orientation vers un établissement spécialisé reste parfois la solution de confort pour des jeunes dont la déficience légère peut être compensée par un dispositif Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)*, un SESSAD ou un temps partagé IME/école. "On se bat pour dix places" témoigne une éducatrice, précisant que des familles sollicitent un internat faute d'alternative locale.

Ainsi, il est possible d'étendre les unités externalisées, comme les SESSAD renforcé, ou les Équipes Mobiles d'Appui à la SCOlarisation (EMASCO)*, afin d'accompagner la scolarisation ordinaire tout en apportant un soutien spécialisé ponctuel.
Créer un contrat d'accompagnement modulable avec un même jeune, pour passer d'un temps plein ordinaire à un mi-temps institutionnel lorsque la situation l'exige, peut éviter des admissions définitives prématurées.
Pour que cette inclusion soit faisable il est essentiel de former les enseignants et Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap (AESH)* aux TSA et aux troubles spécifiques du langage, condition sine qua non pour que l'inclusion soit vécue comme un progrès et non comme une délégation de difficultés.

Concernant les adultes, des solutions inclusives existent également et pourraient être renforcées afin de libérer d'autres places : les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)* peuvent intervenir au domicile des personnes les plus autonomes. Des logements de type foyer d'hébergement ou foyer logement sont proposés par les associations aux adultes en situation de handicap les plus autonomes. Il s'agit d'appartements complets, associés à des parties communes, voire de logements diffus. Les personnes y bénéficient d'un léger accompagnement avec soutien le matin, le soir ou les week-ends. Dans le Nord, des résidences services s'adressent aux plus autonomes, avec la possibilité d'intégrer ce type de logement, sans notification MDPH et donc sans bénéficier de l'aide sociale.

Evidemment, ces réorientations doivent se faire dans le respect de l'autodétermination posée par la loi 2002-2 et par le référentiel national de l'évaluation de la qualité de 2022 [49], selon lequel, quatre valeurs explicites sont

contenues dans la notion d'autodétermination en ESSMS : "le pouvoir d'agir de la personne, le respect des droits fondamentaux, l'approche inclusive des accompagnements et la réflexion éthique des professionnels."

3.2 Réserver les capacités institutionnelles aux situations complexes par une structuration innovante des orientations

Si des places sont libérées grâce à une meilleure inclusion des profils les plus autonomes, il est alors plus simple d'orienter les cas dits "complexes", présentant des troubles du comportement vers les établissements les plus adaptés. Lorsque les unités spécialisées accueillent des profils modérés faute d'alternative, elles ne peuvent absorber les cas les plus lourds (polyhandicap, comportements d'auto-agression et d'hétéro-agression). Le manque de place accroît la durée d'attente et la tension familiale, comme l'ont rappelé les cadres associatifs rencontrés . Comme le résume une responsable de pôle MDPH : "La transformation de l'offre fait que les publics les plus lourds arrivent aujourd'hui en priorité ; c'est cohérent avec la loi de 2005." Cela confirme le bien-fondé d'un aiguillage systématique vers le milieu ordinaire pour les profils à besoins modérés, libérant des ressources pour les situations complexes.

Pour opérationnaliser l'orientation, il est possible de créer une fiche de complexité comportementale à code couleurs, insérée dans le volet 4 du GEVA. La catégorie "vert" désigne des incidents rares et maîtrisés, justifiant une inclusion en milieu ordinaire soutenue par un SESSAD, pour les enfants et, pour les adultes, un soutien par un SAVS ou une orientation vers des logements de type foyer logement ou résidence service ; la catégorie "orange" correspond à des crises hebdomadaires nécessitant, en plus de la prise en charge en IME, foyer de vie ou Établissement d'Accueil Médicalisé (EAM)*, un relais spécialisé ponctuel, tel qu'un temps partagé IME-école dans une ULIS, pour les enfants et, pour les adultes, un temps de répit dans un autre établissement ou l'intervention d'une équipe mobile ; la catégorie "rouge" est réservée aux mises en danger quotidiennes ou aux comorbidités psychiatriques sévères et entraîne une priorité d'admission en EAM, MAS ou IME renforcé. La couleur est attribuée lors d'une réunion pluridisciplinaire interne à l'établissement, sur la base des journaux d'incident, de l'avis clinique et de l'entretien

famille-professionnel, garantissant ainsi un consensus argumenté plutôt qu'un score automatisé. La MDPH est invitée à se joindre à ces réunions pour les profils considérés comme entrant dans la catégorie "rouge", pour davantage de neutralité. Cet aiguillage visuel facilite l'allocation des ressources sans réduire la personne à une valeur numérique et demeure révisable à chaque réévaluation du projet personnalisé. Une fois cette gradation partagée, reste à garantir qu'elle soit respectée dans la durée et inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, passé avec l'ARS et/ou le Département.

Cette priorité doit néanmoins s'accompagner d'un cadre clair ; la même interlocutrice à la MDPH rappelle que "les établissements n'ont pas toujours le réflexe de nous alerter ; il manque un relais pour fluidifier la communication." Le plafond contractuel devient, alors, ce relais explicite. Dès que le taux de profils modérés dépasse 25 %, la structure se tourne vers la MDPH et le SESSAD ou le SAVS pour organiser une transition.

La répartition de la charge peut être formalisée dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)* conclu avec l'ARS et/ou le Département. L'établissement fixe un taux maximal, par exemple, 25 % de places dédiées aux profils entrant dans les catégories "vert" ou "orange". Chaque trimestre, un état des admissions compare le nombre réel de situations modérées au seuil plafond ; dès que celui-ci est atteint, toute nouvelle entrée génère une réflexion sur la réorientation des personnes dans l'établissement suffisamment autonomes pour être orientées vers l'inclusion ordinaire avec appui SESSAD ou ULIS pour les jeunes, et pour les adultes, l'appui d'un SAVS ou l'entrée dans un établissement inclusif. Ce mécanisme contractualisé présente trois atouts :

- il rend la règle publique et transparente pour les familles,
- il sécurise la capacité d'accueil des cas de la catégorie "rouge" les plus complexes,
- il fournit à l'ARS, au Département et à la MDPH un indicateur simple de pilotage régional des flux.

Le plafond reste négociable à la révision quinquennale du CPOM, en fonction de l'évolution démographique et de la montée en charge du secteur inclusif.

Parallèlement à cette proposition, l'ARS ou le Département peuvent affecter un budget délégué à la création d'unités d'accueil temporaire, dans la limite de 90 jours selon l'article D312-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles, sauf dérogation [50].

Ce dispositif présente un double effet levier. D'une part, il évite de "figer" une personne en hébergement permanent pour un problème conjoncturel, et d'autre part, il réduit la durée d'attente des demandes urgentes en libérant plus rapidement les places spécialisées.

Un bilan annuel du nombre d'entrées, de la durée moyenne de séjour et du taux de réintégration réussie, alimente le dialogue de gestion entre l'établissement et l'ARS, permettant d'ajuster le financement sur des critères de résultats.

Tableau 6 : Indicateurs de suivi des orientations

Code couleur	Critères de fréquence et de gravité	Orientation principale proposée	Soutien complémentaire à prévoir	Révision recommandée
Vert	Incidents rares, maîtrisés ; pas de mise en danger	Enfants : inclusion scolaire ordinaire avec SESSAD ; Adultes : logement autonome, SAVS	Équipe mobile ponctuelle si besoin	Tous les 12 mois ou à la demande de la famille
Orange	Crises hebdomadaires ou épisodes de fuite/auto-agression modérée	Enfants : IME ou temps partagé IME/école ; Adultes : foyer de vie ou EAM	Relais spécialisé (séjour répit, équipe mobile)	Tous les 6 mois
Rouge	Mises en danger quotidiennes, auto- ou hétéro-agression sévère, comorbidité psychiatrique	Admission prioritaire : IME renforcé, EAM ou MAS	Programme intensif, renfort psychiatrique, formation proches	Tous les 3 mois, avant toute sortie

Tableau 7 : Exemple de tableau de bord pour les établissements

Trimestre	Nombre de places autorisées	Catégorie vert	Catégorie orange	Total modérés	Pourcentage modérés	Décision d'orientation si seuil franchi
T1 2025	60	10	4	14	23 %	Aucune action (sous seuil)
T2 2025	60	11	5	16	27 %	Lors de nouvelles admissions « vert/orange », les personnes de la catégorie vert, déjà en places, sont orientées, si possible, vers le milieu ordinaire, avec appui
T3 2025	60	9	6	15	25 %	Suivi mensuel renforcé, maintien plafond
T4 2025	60	8	8	16	27 %	Signalement à la MDPH; plan de transition pour deux profils modérés d'ici T1 2026

3.3 Co-construire les parcours avec les familles et la MDPH

Plusieurs répondants, du questionnaire quantitatif, soulignent que certaines décisions d'orientation sont prises "sans connaissance fine du terrain", ce qui engendre des ruptures de parcours et des crises évitables. Cette distance institutionnelle est corroborée par le questionnaire, où la méconnaissance réciproque entre établissements et MDPH apparaît comme un frein majeur. C'est d'ailleurs ce que la cadre de la MDPH remonte : "*certains établissements ne remplissement pas le dossier de la personne accompagnée, ce qui réduit la capacité d'orientation précise par la MDPH.*"

Une première piste consiste à institutionnaliser, en amont de toute décision d'orientation, une réunion rassemblant la famille, la MDPH, la structure pressentie d'accueil et, lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, le service de scolarisation. Cette concertation préalable permet de confronter immédiatement les besoins exprimés au niveau d'autonomie, aux capacités réelles de l'établissement et aux ressources de droit commun déjà mobilisables. Elle réduit, dès l'origine, le risque de décalage entre notification administrative et réalité opérationnelle.

La seconde mesure vise à sécuriser la mise en œuvre par un plan de transition formalisé, rédigé à l'issue de la réunion multi-acteurs et fixant des objectifs concrets, comme, par exemple, la fréquence des temps en inclusion ordinaire. Ce plan précise également les indicateurs de réussite et programme deux revues de parcours à six et douze mois. Ce calendrier balisé autorise alors une réorientation sans délai si l'inclusion échoue ou si la situation évolue, tout en offrant aux professionnels un cadre clair pour ajuster l'accompagnement.

Enfin, l'intervention d'un pair-aidant, mandaté comme médiateur tout au long du processus, favorise l'adhésion des parties prenantes. Fort de son expérience vécue du handicap, il traduit les attentes de la famille et de la personne accompagnée dans le langage professionnel, clarifie les enjeux institutionnels et soutient l'usager face aux éventuelles résistances. En donnant une place formelle à cette parole experte, l'établissement renforce la dimension participative du projet et consolide, par la même occasion, la confiance entre la MDPH, le terrain et les proches.

B) Piste complémentaire : une équipe mobile

1. Des besoins identifiés

L'enquête croisée (questionnaires + entretiens) révèle trois manques saillants :

- un soutien psychologique insuffisant après incident,
- une formation continue trop théorique et insuffisante et enfin,
- une absence de protocole lorsqu'une crise comportementale s'aggrave.

Afin de répondre à ces besoins sur tout le territoire, notamment celui du nord, il est essentiel de venir directement dans les établissements, afin d'intervenir dans le quotidien des professionnels et des personnes accompagnées. Le projet a d'ailleurs été évoqué dans un entretien avec la responsable de pôle MDPH, sans même que je n'évoque le projet de ce mémoire.

2. Une équipe pluridisciplinaire réactive

2.1 Les professionnels

L'équipe mobile repose sur une équipe pluridisciplinaire composée de :

- Un chef de service : Il assure le pilotage de l'équipe pluridisciplinaire et centralise les informations nécessaires à la préparation et à la coordination des interventions au sein des établissements.
- Un psychologue ou psychiatre : Il apporte une expertise clinique pour analyser les situations complexes, soutenir les professionnels confrontés à des comportements violents et orienter les réponses thérapeutiques si besoin.
- Un formateur : Il transmet des outils pratiques aux équipes sur le terrain, anime des modules de sensibilisation et renforce les compétences en gestion des troubles du comportement.
- Un pair-aidant : Il intervient comme médiateur, en mobilisant son vécu du handicap, pour favoriser la compréhension mutuelle et apaiser les tensions entre professionnels et personnes accompagnées.
- Un référent RH : Il accompagne les équipes de direction dans la gestion des ressources humaines, aide à prévenir les risques psychosociaux et soutient la résolution des conflits internes.
- Un éducateur spécialisé, formé à l'accompagnement et l'amélioration des espaces pour les personnes accompagnées ainsi que de la gestion des comportements difficiles.

2.2 Un suivi en amont et en aval

Une équipe mobile peut répondre simultanément à ces besoins. Elle intervient à la demande d'un établissement partenaire dans un délai de 72 h.

La mission se déroule en quatre temps :

1. Première journée d'observation-diagnostic,
2. Trois à cinq jours d'appui in situ (co-animation d'ateliers, débriefings, ajustements environnementaux),
3. Visioconférence de suivi à un mois, avec planification de différentes formations nécessaires selon les besoins évalués durant l'observation.
4. RETEX organisé avec l'équipe mobile, les professionnels concernés ainsi que les cadres intermédiaires de l'équipe dans les 3 à 6 mois.

2.3 Un projet novateur RSE

Financièrement, le dispositif repose sur le redéploiement du budget formation et un forfait journalier imputé aux crédits "qualité de vie au travail". Pour les équipes en place dans l'établissement, l'équipe mobile offre un soutien psychologique immédiat en "one shot", renforce les compétences de désescalade et prévient le droit de retrait. Pour l'institution, elle limite les ruptures de parcours et alimente le plan d'amélioration continue exigé dans le cadre de l'évaluation externe posé par la HAS.

Ainsi, le projet s'aligne sur trois cadres convergents : la loi 2005 et le "virage inclusif", la stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement et, pour les adultes vieillissants, la proposition de loi "bien vieillir" (2024) [51]. Lors des entretiens préparatoires, une cadre intermédiaire, et la responsable de pôle MDPH ont, toutes deux, souligné que la création d'une équipe mobile peut constituer une réponse adaptée à un réel besoin de soutien des établissements confrontés aux crises comportementales.

3. Conditions de réussite globale pour améliorer la prévention des violences

3.1 Financements et soutiens institutionnels

Le montage financier repose sur quatre canaux complémentaires :

- L'ARS : appel « Innovation médico-sociale » (enveloppe annuelle destinée aux projets QVT et gestion des crises).
- La CNSA : fonds IFAQ-ESMS* pour cofinancer l'ingénierie de l'équipe mobile et les actions d'amélioration continue.

- Le Département : crédits d'investissement ou de fonctionnement pour les aménagements matériels (salle de repli, financements de postes pour les projets innovants)

- La Direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN)* : matériel pédagogique adapté (MPA)*

- Fondations privées (Fondation de France, Handicap Agir Ensemble, Fondation Mallet) : subventions ciblées sur la prévention de l'usure professionnelle.

Actuellement, les dotations actuelles ne reflètent pas toujours l'intensité des besoins, d'où l'intérêt, d'une part d'un CPOM qui sécurise la montée en charge et évite le cumul de financements ponctuels et, d'autre part, de rechercher des sources alternatives de financement, en plus des dotations accordées par les autorités de tarification et de contrôle.

3.2 Articulation avec les politiques publiques

Le dispositif proposé s'inscrit dans la continuité de plusieurs orientations nationales majeures, qui toutes convergent vers un même objectif : garantir un accompagnement plus fluide, plus inclusif et faisant preuve de davantage de soutien, tant pour les personnes en situation de handicap que pour les professionnels qui les entourent.

D’abord, la loi du 11 février 2005, socle fondateur du “virage inclusif”, encourage le maintien en milieu ordinaire chaque fois que possible. Ce principe suppose cependant un soutien renforcé des structures médico-sociales, lorsqu’elles accueillent des personnes présentant des troubles du comportement ou des profils complexes. Le déploiement d’équipes mobiles s’inscrit pleinement dans cette logique d’adaptation des réponses sans rupture de parcours.

Ensuite, la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement (TND)* insiste sur la coordination des acteurs, la précocité des interventions et la prévention des ruptures de suivi. Un dispositif d’équipe mobile, tel que celui envisagé, contribue à répondre à ces exigences, en venant outiller les équipes de terrain confrontées à des situations où la complexité dépasse leurs ressources habituelles. [52]

Enfin, les mesures récentes autour du bien vieillir, dans le champ du handicap adulte, rappellent que les accompagnements doivent évoluer avec l’âge, et que de nouvelles vulnérabilités apparaissent, notamment dans les MAS et les foyers de vie. Le soutien d’une équipe pluridisciplinaire mobile permet d’apporter un regard extérieur dans des situations d’usure, de démence, ou d’aggravation comportementale, en lien avec le vieillissement.

Les entretiens menés au cours de ce travail, notamment avec une chef de service, et une responsable de pôle MDPH, confirment l’actualité de cette réflexion. Toutes deux ont évoqué “un vrai besoin” d’intervention tierce, à la fois pour soutenir les équipes avant que la crise ne s’installe, mais aussi pour accompagner la personne dans un parcours plus cohérent après un épisode de violence. Cette demande rejoint d’ailleurs des dynamiques institutionnelles plus larges, telles que le développement des équipes des Communautés 360, la structuration de parcours complexes, ou encore l’expérimentation de dispositifs inter-établissements.

Le dispositif d’équipe mobile s’inscrit ainsi, à l’intersection d’objectifs partagés : prévenir l’épuisement professionnel, sécuriser les trajectoires et construire des appuis souples et ajustables, en phase avec les évolutions de l’offre médico-sociale.

Conclusion :

Ce travail est parti d'un terrain connu, mais trop peu questionné qui est celui des violences que subissent les professionnels au quotidien, souvent dans le silence ou l'acceptation forcée. Ce sujet, parfois perçu comme tabou ou inévitable, mérite pourtant qu'on le regarde en face, non pas pour accuser, mais pour comprendre ce qu'il révèle du fonctionnement des établissements médico-sociaux du handicap.

Les données recueillies, tant quantitatives que qualitatives, dessinent un paysage clair : les violences sont fréquentes, touchent presque tous les professionnels interrogés, et pèsent lourdement sur le recrutement dans les établissements. Pour certains, elles génèrent de la distance, pour d'autres, une réelle lassitude, parfois même l'envie de partir. Ces réactions ne sont pas isolées : elles sont le fruit d'un quotidien marqué par la tension, le manque de relais, et une organisation souvent trop tendue pour prévenir ou encadrer ces situations.

Ce mémoire n'a pas seulement cherché à dresser un constat. Il a aussi permis de faire émerger des pistes, en s'appuyant sur les retours des professionnels eux-mêmes : Besoin de formation renforcée, de moments de débriefing collectifs, d'un soutien psychologique accessible et de protocoles réellement appliqués. Autant de propositions simples sur le papier, mais qui nécessitent une volonté institutionnelle forte pour exister dans la durée. Certaines initiatives, déjà expérimentées, ici ou là, comme les équipes mobiles d'appui, les temps de supervision ou la création de fonctions-relais montrent que des solutions sont possibles, dès lors qu'elles s'adaptent aux réalités du terrain.

L'idée n'est pas de réinventer l'accompagnement, mais de lui redonner des appuis. Mieux soutenir ceux qui accompagnent, c'est aussi garantir à long terme la stabilité des équipes, la qualité de la relation éducative, et le sens du travail pour chacun. En ce sens, la lutte contre les violences ne peut être dissociée d'une réflexion plus large sur les conditions d'exercice dans le médico-social, sur la reconnaissance réelle des métiers, et sur le rôle que peut jouer la coordination interinstitutionnelle dans les parcours dits "complexes".

Du côté professionnel, ce mémoire m'a permis d'avoir des pistes d'amélioration concernant les équipes. En tant que qualiticienne en alternance, mon rôle est de promouvoir l'amélioration continue de la qualité, les règles de bonnes pratiques, la qualité de vie au travail et la bientraitance. Ce sujet, d'apparence purement managérial, dépasse les frontières et pourrait faire partie intégrante des plans stratégiques des établissements. Le sujet des violences dans les établissements est à prendre en considération, dans une optique d'amélioration de la qualité de vie au travail au niveau national.

Rendre visible ce que vivent les professionnels, c'est déjà une manière de reconnaître leur parole. Ce mémoire espère y avoir contribué, en posant les bases d'un dialogue entre terrain, institutions, et porteurs de pistes d'amélioration concrètes grâce à de multiples témoignages et anecdotes.

Car comme énoncé dans l'introduction, par la citation de Jean CATRY : "Certes, et si écrire était la marque, le signe d'un engagement, d'un risque: s'exposer, monter à l'assaut de la critique, témoigner pour une cause qui est toujours la cause d'autrui."

Bibliographie / sitographie :

1. *Lefebvre DALLOZ. In* Dictionnaire Permanent Social (Ed.), *Politiques publiques dédiées au handicap* (à jour au 1er janvier 2025). Paris : Éditions Législatives.

2. *In* Dictionnaire Permanent Social (Ed.), *Aide et action sociales : les éléments fondamentaux – Repères historiques du secteur médico-social* (à jour au 1er janvier 2025). Paris : Éditions Législatives.

3. Camberlein, P. (2024). *Politiques et dispositifs du handicap en France*. 5e édition. Paris : Dunod. Collection « Aide-mémoire ».

4. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano-Ascencio, R. (Eds.). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002. En ligne : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf

5. Freiholz, F. (2021). *La violence des personnes atteintes de déficiences intellectuelles sur les éducateurs et éducatrices sociales. Comment les équipes éducatives font-elles face à cette violence ?* (Mémoire de Bachelor en travail social, HES·SO Valais-Wallis). Haute école de travail social, Sion. En ligne : https://roar.hep-bejune.ch/global/documents/316259

6. Marquet, A. (2022). Violence(s) en établissement : les professionnels en première ligne. *Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH)*. En ligne : https://www.ash.tm.fr/autonomie/violences-en-etablissement-les-professionnels-en-premiere-ligne-709459.php

7. INRS. (2023). *Agressions et violences externes : prévention*. Institut national de recherche et de sécurité. En ligne : https://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/prevention.html

8. Conseil de l'Europe. (s.d.). *Violence verbale et discours de haine*. En ligne : https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/verbal-violence-and-hate-speech

9. Organisation mondiale de la Santé. 2012. La violence sexuelle. In OMS (Ed.), *Comprendre et aborder la violence à l'égard des femmes : guide à l'intention des professionnels de santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. En ligne : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf

10. Legifrance. (2018). *Code pénal, article 222-33 : De l'exhibition sexuelle et du harcèlement sexuel*. Version en vigueur depuis le 6 août 2018. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289193

11. Code pénal. Version en vigueur depuis le 11 juillet 2010. Article 222-14-3. Légifrance.

12. INRS. (2022). Harcèlements et violences internes au travail : prévention. Institut national de recherche et de sécurité.

13. Sénat. (2023). *Question orale n° 04055S de M. le sénateur Éric Bocquet à Mme la ministre déléguée chargée des personnes handicapées : Manque de places d'accueil pour les jeunes autistes adultes dans le département du Nord*. *Journal Officiel du Sénat*, 2 février 2023. En ligne : https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230204055S.html

14. Le Média Social. (2023). Handicap : 1,5 milliard d'euros pour créer 50 000 nouvelles solutions d'ici 2030. En ligne : https://www.lemediasocial.fr/handicap-1-5-milliard-d-euros-pour-creer-50-000-nouvelles-solutions-d-ici-2030_SNaOXO

15. Le Média Social.(2025) Handicap : *dérogation à la procédure d'appel à projets pour créer des places en ESMS*. En ligne :

https://www.lemediasocial.fr/handicap-derogation-a-la-procedure-d-appel-a-projets-pour-creer-des-places-en-esms_EwUhMT

16. ARS. (2022) *L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) : chiffres clés du rapport 2022*. Agence régionale de santé. En ligne : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

17. Ministère de la Santé. (2024). *Observatoire national des violences en santé (ONVS).* Direction générale de l'offre de soins. En ligne : https://www.ars.sante.fr/lobservatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2022

18. Lacau J.-M., Martinet M., Detraux J.-J., Gerlach D., Merucci M., Frattini G. (2017). *Troubles du comportement et handicap mental sévère : rapport et préconisations*. Villars-les-Dombes : Réseau-Lucioles. (Modifié le 12 mars 2025). En ligne : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/2017/06/rapport-recherche-action_resume_troubles-du-comportement-et-handicap-mental-severe.pdf

19. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). (2016) *Les "comportements-problèmes" : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés*. Saint-Denis : Anesm. En ligne : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf

20. Autisme Info Service. (s.d.). *Hypersensibilité sensorielle chez les personnes autistes*. En ligne : https://www.autismeinfoservice.fr/adapter/professionnels-sante/hypersensibilite

21. Phantom. (2018). *Les enfants autistes « sévères » et leur place dans la recherche scientifique*. En ligne : https://comprendrelautisme.com/les-enfants-autistes-severes-et-leur-place-dans-la-recherche-scientifique/

22. Escaig, B. (2009). *Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus*. In *Revue Française des Affaires Sociales*, 2009(4), 85-93. Paris : Ministère des Affaires Sociales. Document apporté par la bibliothèque départementale du Nord.

23. Marquet, A. (2022). *Violence(s) en établissement : les professionnels en première ligne*. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 4 novembre 2022. En ligne : https://www.ash.tm.fr/autonomie/violences-en-etablissement-les-professionnels-en-premiere-ligne-709459.php

24. Dupuis, J.-C. (2018). *Le management du travail dans le secteur social et médico-social : concilier performance, santé et qualité de vie au travail.* Montrouge : ESF éditeur. Collection « Actions sociales / Référence ». ISBN : 978-2-85086-314-1.

25. Maquet, L. (2021). *Prévenir les violences et les risques psychosociaux en travail social.* Préface de Jacques Trémintin. Rennes : Presses de l'EHESP. Collection « Savoirs pros ». ISBN : 978-2-8109-0975-9.

26. Crisis Prevention Institute (CPI). (2025). *La sécurité des professionnels face aux comportements agressifs*. En ligne : https://www.crisisprevention.com/fr-FR/blog/medico-social/la-securite-des-professionnels-face-aux-comportements-agressifs/

27. Carra, C. & Ridel, D. (2017). *L'expérience de violence dans le secteur de la santé : le vécu de professionnels dans le Nord de la France*. *Déviance et Société*, 41(3), 447-479. En ligne : https://shs.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2017-3-page-447

28. Doumenc, C. (2024). *Éthique et engagement professionnel : interview de Colette Doumenc, présidente d'IHOS, dans Innovations et Perspectives*. IHOS. En ligne : https://www.ihos.fr/ethique-et-engagement-professionnel-interview-de-colette-doumenc-presidente-dihos-dans-innovations-et-perspectives/

29. Cousyn, G. (2023). *Démarche RSE en ESMS : points de repère, conseils et outils*. Qualinéo. En ligne : https://www.qualineo.io/post/demarche-rse-esms-conseils-outils

30. Dialog Health. (2021). *Le modèle managérial Buurtzorg*. En ligne : https://www.fr.dialog-health.com/sante-le-modele-buurtzorg

31. Le Média Social. (2025). *Aide à domicile : les clés de l'auto-organisation des équipes*. En ligne : https://www.lemediasocial.fr/aide-a-domicile-les-cles-de-l-auto-organisation-des-equipes_G1YT2T

32. Fondation Partage et Vie. (2022). *Dossier de présentation ASAPAD - Buurtzorg*. En ligne : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.fondationpartageetvie.org/upload/docs/application/pdf/2022-08/dossier_de_presentation-asapad-buurtzorg-web.pdf

33. Fondation Partage et Vie. (2019). *Un nouveau modèle d'organisation d'un service d'aide à domicile : l'ASAPAD s'inspire de Buurtzorg*. Montrouge : Fondation Partage et Vie. En ligne : https://www.fondationpartageetvie.org/fpv/le-modele-de-buurtzorg-mis-en-oeuvre-par-l-asapad-fpv_11506

34. Stratélys. (2022). *Évaluer la transformation organisationnelle de services d'aide et d'accompagnement à domicile en équipes locales et autonomes. Première phase de l'évaluation*. Paris : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). En ligne : https://www.stratelys.fr/sites/default/files/2022-06/INNO_Tranche1_rapport-evaluation-transfo-saad-buurtzorg_vf.pdf

35. Derquenne, M. (2024). *Tensions de recrutement dans le social et médico-social : 4,4 % des postes seraient vacants*. *Le Média Social*, 29 avril 2024. En ligne : https://www.lemediasocial.fr/tensions-de-recrutement-dans-le-social-et-medico-social-5-des-postes-seraient-vacants_0eRPJp

36. Sénat. (2025). *Question écrite n° 50475 de Mme la sénatrice Cathy Apourceau-Poly à Mme la ministre déléguée chargée des personnes handicapées : Difficultés de recrutement dans le secteur du handicap*. Journal Officiel du Sénat, 9 mai 2025. En ligne : https://www.senat.fr/questions/base/2025/qSEQ250504753.html

37. Sénat. (2022). *Question écrite n° 3196 de M. le sénateur Pierre-Antoine Levi à M. le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées : Recrutement dans les établissements médico-sociaux*. Journal Officiel du Sénat, 20 octobre 2022. En ligne : https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ221003196.html

38. Uniopss & Uriopss. (2023). *Résultats de l'enquête sur les tensions de recrutement dans les établissements et services de protection de l'enfance*. En ligne : https://www.uniopss.asso.fr (PDF consulté : resultats_enquete_du_reseau_uniopss-uriopss_protection_de_lenfance_-_nov_2023_0.pdf)

39. Lévy, M. (2025). *Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux*. Repères statistiques n° 24. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En ligne : https://www.cnsa.fr/publications/rs-ndeg24-absenteisme-vacance-et-rotation-dans-les-etablissements-et-services-medico

40. Guiller, A. (2024). *Burn-out des travailleurs sociaux : l'échec du collectif*. *Mediapart*, 1er février 2024. En ligne : https://www.mediapart.fr (PDF : *Burn out travailleurs sociaux 01-février-2024.pdf*)

41. UNIFED. (2022). *Convention collective nationale des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966*

(CCN 66), édition mise à jour. Paris : Direction de l'information légale et administrative.

42. Puissat, F., & Bourcier, C. (2024). *Négociations salariales et smicardisation : faux débat, vrai problème*. Rapport d'information n° 689 (2023-2024), déposé le 12 juin 2024. Sénat, Commission des affaires sociales. En ligne : https://www.senat.fr/rap/r23-689/r23-689.html

43. Martin, P. (2025). *Évolution des grilles salariales et de la valeur du point dans la Convention 66 : Perspectives pour 2025. Business Ambitieux*, 20 mars 2025.En ligne : https://www.business-ambitieux.fr/evolution-des-grilles-salariales-et-de-la-valeur-du-point-dans-la-convention-66-perspectives-pour-2025/

44. Bouttier, N. (2022). *Médico-social : une étude confirme les difficultés de recrutement*. *Le Media Social Emploi*, 8 février 2022. En ligne : https://www.lemediasocial-emploi.fr/article/medico-social-une-etude-confirme--èyf_les-difficultes-de-recrutement-2022-02-08-07-00

45. Charles, C. (2018). *Les paradoxes de l'intérim dans le travail social : le cas des intérimaires des foyers de l'enfance*. *Le Sociographe*, n° 64, pages 23 à 37. En ligne : https://shs.cairn.info/revue-le-sociographe-2018-4-page-23

46. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Notre devoir de diligence : protéger la santé et le bien-être des personnels de santé et d'aide à la personne*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. En ligne : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/working4health/20221005-wishreport_fr.pdf

47. Costa, L. R., & dos Santos, Y. G. (2021). *Revisiter le « récit de vie », une approche en sciences sociales. Entretien avec Daniel Bertaux*. *Recherches qualitatives*, 40(2), 146–175. En ligne : https://www.erudit.org/fr/revues/rechqual/2021-v40-n2-rechqual06569/1084071ar/

48. Secrétariat d'État chargé des Personnes Handicapées. (2021). *Communautés 360 : structuration d'un réseau de professionnels soutenant les parcours de vie des personnes*. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. En ligne : https://handicap.gouv.fr/communautes-360-structuration-dun-reseau-de-professionnels-soutenant-les-parcours-de-vie-des

49. Haute Autorité de Santé (HAS). (2022). *Évaluation des ESSMS : référentiel et manuel*. Mis en ligne le 10 mars 2022, mis à jour le 17 mars 2022. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3324490/fr/evaluation-des-essms-referentiel-et-manuel

50. Legifrance. (2025). *Code de l'action sociale et des familles, article D312-10 : Accueil temporaire des personnes handicapées*. Version en vigueur au 4 juin 2025. En ligne : https://www.legifrance.gouv.fr

51. Vie publique. (2024). *Loi du 8 avril 2024 : Bien vieillir, grand âge et autonomie*. Vie-publique.fr. En ligne : https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad

52. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2023). *Nouvelle stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, Dys, TDAH, TDI (2023-2027)*. Handicap.gouv.fr. En ligne : https://handicap.gouv.fr/nouvelle-strategie-nationale-pour-les-troubles-du-neurodeveloppement-autisme-dys-tdah-tdi

Table des annexes :

Annexe 1 : Tableau de récolte des données quantitatives - Exemple 10 professionnels

Annexe 2 : Mail type à destination des directeurs généraux d'ESSMS

Annexe 3 : Entretien d'un éducateur

Annexe 4 : Autorisation d'enregistrement type

Annexe 5 : Guide d'entretien cadre intermédiaire

Annexe 1 : Tableau de récolte des données quantitatives - Exemple 10 professionnels.

Profil des professionnels :

Horodateur	1.1 Quel est votre métier?	1.2 Depuis combien de temps travaillez vo	1.3 Dans quel type de structure travaillez vo	1.4 Quel est le public accompagné dans vo
2/27/2025 21:17:49	Infirmier	Plus de 10 ans	Foyer de vie	Personne en situation de handicap intellectue
3/4/2025 15:11:35	Aide-soignant	8 à 10 ans	MAS (Maison d'Accueil Spécialisé)	Personne en situation de handicap intellectue
3/19/2025 16:43:25	directeur adjoint	Plus de 10 ans	MAS (Maison d'Accueil Spécialisé)	Polyhandicap, Personne en situation de handi
3/19/2025 16:43:48	Educateur spécialisé	4 à 7 ans	IME (Institut Médico Educatif)	Personne en situation de handicap intellectue
3/22/2025 9:38:05	Educateur spécialisé	8 à 10 ans	IME (Institut Médico Educatif)	Personne en situation de handicap intellectue
3/22/2025 20:38:19	Chef de service	1 à 3 ans	SAD	Personne en situation de handicap intellectue
3/22/2025 21:06:53	Chef de service	8 à 10 ans	ITEP	Adolescents avec troubles du comportement
3/22/2025 21:55:17	Accompagnant Educatif et S	1 à 3 ans	A domicile et en établissement	Personne en situation de handicap intellectue
3/22/2025 22:44:02	Rh	8 à 10 ans	Habitat inclusif	Personne en situation de handicap intellectue

Expérience des violences :

3.1 Quels impacts ces violences ont-elles	3.2 Quels impacts ces violences ont eu su	3.3 Ces violences ont-elles influencé votr	3.4 Avez vous envisagé de démissionner	3.5 Connaissez vous une personne qui a d
Stress, Anxiété	Problèmes dermatologiques	Oui, elles ont diminué ma motivation	Oui	Oui
Stress, Anxiété	Blessure légère, Blessure grave	Non, elles n'ont pas influencé ma motivation	Non	Non
Aucun impact	Aucun impact	Non, elles n'ont pas influencé ma motivation	Non	Non
Stress	Blessure légère	Oui, elles ont diminué ma motivation	Non	Oui
Stress, Anxiété, Burn-out	Blessure grave	Oui, elles ont diminué ma motivation	Oui	Oui
Stress, Anxiété	Blessure légère	Oui, elles ont renforcé ma détermination	Non	Oui
Stress, Anxiété	Blessure légère	Oui, elles ont diminué ma motivation	Oui	Oui
Stress, Anxiété	Blessure légère	Non, elles n'ont pas influencé ma motivation	Non	Oui
Stress, Anxiété	Trouble somatique	Non, elles n'ont pas influencé ma motivation	Oui	Non

Conséquences des violences :

4.1 Votre structure dispose t-elle d'un proto	4.2 Avez vous déjà signalé des violences :	4.3 Si non, pourquoi?	4.4 Avez-vous reçu un soutien psychologi
Je ne sais pas	Oui, parfois	Sentiment que rien ne ch	Oui, un soutien de la hiérarchie
Je ne sais pas	Oui, parfois	Sentiment que rien ne ch	Oui, un soutien de la hiérarchie
Oui	Non	aucune violence subie	Non, aucun soutien
Non	Oui, parfois	Sentiment que rien ne ch	Oui, un soutien de la hiérarchie
Non	Oui, systématiquement		Oui, un soutien de la hiérarchie
Oui	Oui, parfois	Sentiment que rien ne ch	Oui, un soutien de la hiérarchie
Non	Oui, systématiquement		Oui, un soutien de la hiérarchie
Oui	Non	Pas l'impression que c'é	Oui, un soutien de la hiérarchie
Oui	Non	Sentiment que rien ne ch	Oui, un soutien de la hiérarchie

Soutien institutionnel et gestion des violences :

5.1 Pensez-vous que le public complexe ar	5.2 Quelles mesures pourraient permettre	5.3 Quelles solutions pourraient, selon vo
Oui	Voir une psychologue systématiquement après une agression	Avoir suffisamment de personnel
Oui		
Oui	groupe de travail, groupe de parole, GAPP, formation, procédure en cas de violence	formation, cohésion d'équipe
Oui	Un psychologue et une prise en charge sérieuse lors d'une violence (hors déclaration AT)	Formations adaptées (TSA...)
Oui		
Non	Plus de moyens humains, dans l'encadrement des bénéficiaires en institution.	Plus de moyens d'encadrement et mieux formés.
Oui	Une reconnaissance, des échanges réguliers, du cadre, un retrait provisoire au besoin	Des institutions elles-mêmes non violentes dans leur organisation, et ayant des réponses plus individuelles. Un travail de coopération plus efficace avec l'Aide Sociale à l'Enfance
Oui		
Oui	Analyse de pratiques, espaces de ressourcement dédiés pour mieux revenir à son poste	Clarification des procédures, traduction en FALC pour les usagers, que ce soit un sujet de formation interne
Oui	Présence psychologue	Accompagnement d'un psychologue
Oui		

Annexe 2 : Mail type à destination des directeurs généraux d'ESSMS

Bonjour [redacted]

Actuellement en Master 2 Management des établissements de santé, je travaille en tant que qualiticienne en alternance au sein de l'UDAPEI 59 à la MAS de Thumeries, l'IMPro et SESSAD de Wahagnies.

Mon mémoire de recherche a pour thème : l'impact de l'agressivité des personnes en situation de handicap intellectuel sur les structures médico-sociales et le recrutement. Dans cette perspective, je sollicite votre aide pour diffuser un questionnaire anonyme auprès des équipes de vos établissements. L'objectif est de recueillir des données quantitatives permettant d'identifier les difficultés rencontrées par les professionnels et les cadres et d'explorer les leviers d'amélioration possibles.

Ce questionnaire, entièrement anonyme, ne prend que quelques minutes à remplir. Vous trouverez le lien ci-dessous :
https://forms.gle/ihGMwSwKCVt6ywSS8

Il est à destination des éducateurs, AES, IDE, AS, cadres, responsables RH, directeurs d'établissement et directeurs généraux.
Toute participation et diffusion contribuent à apporter une meilleure compréhension des enjeux du secteur et à nourrir des pistes de réflexion sur le sujet.

Par ailleurs, si vous le souhaitez, je me tiens à votre disposition pour vous transmettre mon mémoire, une fois finalisé.
Je vous remercie par avance pour votre précieuse collaboration et reste disponible pour toute question.

Bien cordialement,

NOWACKI Laure

Tél : 06.23.01.77.57
Linkedin : Laure NOWACKI

Annexe 3 : Entretien d’un éducateur

Laure :

Bon, voilà, j'enregistre. Du coup, est-ce que tu peux me présenter brièvement ton parcours et les missions que tu fais maintenant dans l'établissement ?

Educateur :

J'ai fait mes trois ans d'études en Belgique, j'ai fait des stages sur le service TSA adultes, sur un internat enfant d'efficience sociale avec troubles du comportement et ensuite, j'ai fait mon job étudiant sur le secteur adulte TSA jusqu'à ce que j'arrive ici en septembre 2020. J'arrive ici en septembre 2020 en remplacement et du coup, j'accompagne ici des enfants portant une déficience intellectuelle entre 5 et 12 ans.

Laure :

Ok, et tu fais aussi les dispositifs de vacances sur les temps de répit ?

Educateur :

Pendant les vacances d'avril, donc une semaine en avril et en général deux semaines en août.

Laure :

Et au niveau des dispositifs, tu as eu des retours des parents où ils disaient que c'était un soulagement ?

Educateur :

Encore là, cette semaine, on a une jeune où son père ne peut pas la conduire, il n'y a pas de transport en place et du coup, elle a pu venir un jour sur la semaine et il nous a dit que c'était hyper compliqué à la maison, qu'il préférait, c'est un soulagement et que c'était du répit vraiment quand elle venait ici. Mais pour toutes les familles en général, en août on est un peu plus ouvert, mais en avril on n'est vraiment que sur du répit. Donc les parents sont

contents. Ils se battent pour avoir des places. Parce qu'on a un effectif référent du coup. On a 10 places, on n'en a pas 11.

Laure :

D’accord, c’est bien. Et hormis le sujet que j'aborde dans mon mémoire, est-ce qu'il y a des difficultés que tu rencontres au quotidien ? Dans ton quotidien, des freins à ce que tu peux mettre en place ?

Educateur :

Ben... Ça peut être le manque de temps. Oui, complètement. Il y a déjà le manque de temps où on nous en demande beaucoup. On a très peu de temps pour préparer, pour faire tout ce qu'on doit. On a de plus en plus d'écrits, de plus en plus d'administratifs qu'on n'a pas forcément le temps de faire. Là j'ai un rendez-vous, ça fait 3 mois, peut-être pas 3 mois, mais ça fait vraiment un mois et demi que je dois mettre en place un rendez-vous avec une famille et j'ai pas le temps de le faire. Donc on a le manque de temps, le manque de préparation. Il y en a aussi des effectifs sur le terrain, où effectivement, quand on n'a pas de stagiaire, c'est hyper compliqué. On a un groupe, il faut qu'on soit 3 minimum dessus. Si on veut faire quelque chose d'éducatif, on doit être au moins 3 dessus. Quand on est 1 ou 2, c'est hyper compliqué. On fait de l'occupationnel, clairement. Ça devient la garderie. À des moments, on est obligé, quand il manque quelqu'un. Mais à contrario, comme on a beaucoup de stagiaires, on compte beaucoup dessus, alors qu’on n’est pas censé compter dessus. C'est quelqu'un en plus. Il ne doit pas faire partie des effectifs, mais quand ils ne sont pas là, on le ressent énormément. Du coup, le manque de communication sur quand ils ne sont pas là. Il y a 15 jours, je me suis retrouvée toute seule, toute une matinée, sur le groupe des petits. C'est pas possible. Depuis cette année, nous n'avons qu'une jeune qui est un peu plus déficiente et qui a un peu plus accès aux sessions à la violence. Et quand elle pète, elle s'en prend aux autres enfants, elle s'en prend à nous.Donc il faut se relayer, il faudrait être 2 minimum pour qu'il y ait le groupe et l'autre pour la gérer. C'est vrai que des fois, tu ne peux pas. Des fois, on n'y arrive pas.

Laure :

Oui, les moyens humains, ça a été remonté aussi par X dans l'entretien précédent. Il a dit exactement la même chose. Moyens humains, on a du mal. Et du coup, j'imagine que oui. Est-ce que tu as été confrontée à des situations de violence ?

Educateur :

Oui !

Laure :

Et quel type verbal, physique ?

Educateur :

Les deux, verbal, physique, j'ai eu la première expérience qui m'a marquée ici et qui m'a même un peu, vachement perturbée. On avait un jeune que tu n'as pas connu, qui pétait facilement, qui avait en plus de sa déficience un trouble psy. Et pour remettre le contexte, c'est un jeune qui s'est fait virer de 14 familles d'accueil.

Laure :

D'accord. 14 familles d'accueil.

Educateur :

L'ASE ne donnait plus aucun relais. Parce qu'ils avaient aussi épuisé leurs ressources. Et quand on les appelait pour savoir où aller dormir le soir, l'enfant, ils n'avaient pas de réponse à nous donner. Et des fois, ils ne nous répondaient même plus. Et il y a un jour, il montait vraiment très facilement en tension. Et il y a un jour, il y a une éducatrice qui l'a fait péter. Et il a fugué. Et en fait, j'ai eu le malheur de lui courir après. Et clairement, à l'arrêt de bus, il m'a tabassée. Je suis ressortie de là, j'avais des griffes de partout, des bleus de partout. Parce que violence physique à fond, il n'y allait pas de main morte. On a dû être à trois pour le maîtriser. Les flics sont intervenus. Et beh, ils ont pas... Ils ont dit, oh non, on vous laisse faire.

Laure :

Ils se sont dédouanés ?

Educateur :

Complètement. Complètement. En fait, parce que du coup, j'étais aussi une victime du regard des autres.

Laure :

Dans la rue du coup ?

Educateur :

Oui dans la rue, dans la rue. Et en fait, il y a des gens qui ont appelé les flics en disant que je frappais un enfant. Alors qu'il fallait remettre les choses dans le contexte, que j'étais la victime dans l'histoire. Parce que j'ai eu le malheur de le rattraper. On est sur un boulevard. Il peut se faire écraser comme il veut. Surtout que je n'étais pas consciente du danger. Donc oui, ça a été assez marquant. Il m'a fallu du temps. Et après, je faisais un déni en mode, ça va, tout va bien.

Laure :

Tu minimisais la chose ?

Educateur :

Et en fait, j'arrivais à un stade où quand j'entendais sa voix le matin, je commençais à vraiment me sentir... J'avais chaud, ça me grattait de partout. Ça a duré quelques temps. Et après, ça a été. Mais avec lui, les violences, c'était répétitif. C'était quotidien. Et cet enfant, à l'heure actuelle, on ne sait plus où il est. On ne sait pas où il est. Tout le monde se renvoyait la balle et il s'en va. On sait qu'il a fait un passage à Gravelines. Et là, on sait qu'il est encore dans le circuit. Mais on ne sait pas où il est.

Laure :

Donc en fait, ce qui était complexe, c'était les troubles psy liés aux troubles du comportement. Du coup, en IME, ça n'allait pas parce qu'il y a les troubles psy ?

Educateur :

Bah en psychiatrie, ils ne veulent pas parce qu'il y a un handicap intellectuel. Et puis, il est jeune. À l'époque, il avait 12-13 ans. Donc, il faisait des petits séjours de temps en temps à Robentier, à l'EPSM. Mais ils nous renvoyaient. On leur envoyait un traitement, ils s'adaptaient. Oui, ils s'adaptaient. Donc ça, ça a été un truc qui m'a marquée. Et après, dans le quotidien ici... À part une jeune qui peut frapper. En fait, on va avoir de la violence verbale. On va avoir très peu de violence physique. Et très peu de violence verbale de façon générale. Parce qu'on les comprend. On arrive à les canaliser assez vite. Et à faire en sorte qu'ils évitent de monter sur le temps du quotidien. Après, sur les dispositifs, c'est là qu'on va être confrontés à pas mal de violences qui sont liées à la déficience. On a beaucoup de TSA, d'enfants TSA qui n'ont absolument pas accès au verbal. En quelque sorte, quelle que soit la communication, ils n'y ont pas accès en fait. Et leur seul moyen de dire les choses, c'est par les gestes. Oui, certains même les pictogrammes. Là, sur les 10 du moment, il y en a peut-être 2 qui ont accès au picto. Et du coup, les autres, c'est les gestes. Et quand les gestes, on est sur des coups qui sont volontaires. On est sur des griffures, des coups de poing, des coups de pied, des morsures, des crachats.

Laure :

Ah, agréable !

Educateur :

On a évolué, on est parti sur des crachats pas mal. Là, on a les bras, moi ça va. Pour l'instant, je m'en sors pas mal. Pour un dispositif, ça va. Pour un dispositif, je m'en sors pas mal. Il y en a, ils ont les bras remplis de griffes.

Laure :

Oui. Mais est-ce que, pour le dispositif, des fois, vous recrutez à l'extérieur, mais en règle générale, vous avez des formations pour gérer les violences ?

Educateur :

Ouais. Par exemple, cette année, j'ai été formée, j'ai eu 2 formations. La CIS, Crisis Institut... Je ne sais plus quoi. C'est une formation irlandaise, je pense, ou anglaise. Sur les techniques de désengagement, on va dire.

Laure :

OK.

Educateur :

Et pour les techniques aussi de maintien sans faire mal et sans se faire mal. Et là, récemment, j'ai eu la formation Omega. Très bonne formation. Elle est vraiment top, cette formation. On est surtout sur comment réagir quand... Le gros de la formation, c'est qu'on est sur de la pacification. On essaie de laisser parler, de faire parler pour que la crise, elle se désamorce comme ça, mais on a dû apprendre aussi quand on est victime d'un étranglement, quand on essaie de nous griffer, de nous mordre, comment se dégager de façon correcte, sans trop se faire mal, sans trop risquer aussi de nous faire mal et de faire mal à la personne en face.

Laure :

Et quand vous vous êtes mordre, prendre un coup, est-ce que tu penses que vous êtes assez soutenus hiérarchiquement parlant ? Dans le sens où il y a des protocoles qui vont être suivis pour la morsure et ça va toujours se passer de la même façon. Et il y a un suivi, si par exemple il y a vraiment une grosse violence, un nez cassé, une grosse conséquence du moins, est-ce que vous vous sentez soutenus ?

Educateur :

On a toujours le même protocole à faire quand on est victime d'une violence. On doit le déclarer au niveau de l'infirmerie chez nous et on doit faire une fiche fusion sur un événement indésirable pour expliquer la situation et la situation est relayée tout de suite à la direction et au chef de service. Et ensuite il y a des mesures qui peuvent être mises en place, qui peuvent être mises en place, qui peuvent être prises tout simplement. Après, personnellement, sur tout ce qui m'est arrivé, je n'ai pas l'impression d'avoir eu beaucoup de gros cas, je n'ai pas eu de fracture ni rien. Je ne sais pas s'il y a un gros soutien.

Laure :

Il y a une aide psychologique ou pas ?

Educateur :

Oui, on peut avoir accès, on a la psychologue de l'association qui est disponible par mail, on peut la rencontrer comme on veut. Mais ce n'est pas un réflexe ? Ce n'est pas un réflexe parce qu'on est légitime d'appeler la psychologue. Parce qu'on peut savoir ce qui peut se passer ailleurs. J'ai en tête les collègues du recueil qui, eux, doivent déclarer des coups tous les jours. Et est-ce qu'ils font appel à cette psychologue ? Je ne pense pas, je ne sais pas. Mais oui, on a accès à une psychologue en tout cas.

Laure :

Oui je l'ai su avec mon entretien avec X, parce qu'on a parlé justement qu'il avait une pression.

Educateur :

Euh... Oui. Du coup, on a une... Je sais même plus pas comment elle s'appelle. Elle est venue se présenter en réunion générale sur tous les établissements, je pense. Ouais. Mais non, on a accès à une psychologue. Après, on décharge beaucoup en équipe. Ok. Ce qui fait aussi la force de notre équipe, c'est qu'on décharge beaucoup auprès de nos collègues. Et ça nous permet...

Laure :

Ouais, le bureau de pôle ?

Educateur :

Une réunion par semaine, c'est pas mal aussi. Une réunion par semaine, c'est pas mal. Le bureau de Paul. Puis après, on n'est jamais tout seul dans le bâtiment non plus. On a toujours quelqu'un. Puis la force de notre équipe, c'est qu'on s'entend aussi tous vraiment très très bien et qu'on se voit en dehors du travail.

Laure :

Oui, vous êtes assez soudés.

Educateur :

Ouais, on a cette chance là. On est assez soudés.

Laure :

Et maintenant, du coup, c'est plus des questions en global. Selon toi, qu'est-ce qui motive les professionnels à rester dans ce secteur malgré les difficultés ? Que ce soit au DAME, au Recueils ?

Educateur :

Je pense que pour certains, c'est purement un travail. Monétaire. Ça ramène de l'argent. Après, je pense aussi qu'il faut avoir envie. L'envie d'être là. Il faut être motivé. Je ne vais pas dire motivé, mais pour certains, ça peut être une vocation. Wow, c'est dur ta question en fait.

Laure :

C'est déjà pas mal. C'est déjà pas mal.

Educateur :

Après, on rigole bien.

Laure :

Non, mais c'est vrai que tu n'es pas assise derrière un bureau.

Educateur :

Non, c'est ça. Après, je pense que c'est aussi en fonction de chacun. Je sais que je serais incapable de rester assise derrière un bureau toute une journée. J'ai fait 4 jours assis en formation, ça m'a saoulé. J'avais mal partout le fait de rester assis.

Laure :

Et oui. Est-ce que tu penses que les conditions de travail actuellement dans le DAM, ça permet de faire un travail de qualité ? Est-ce qu'on vous donne les outils nécessaires pour fournir un travail de qualité ?

Educateur :

Si on avait deux personnes en plus. Oui, c'est ça, il manque du personnel. Si on pouvait avoir un peu plus de personnel. Alors qu'on remplit nos effectifs. Ce serait bien que l'ARS nous fournisse un petit peu plus de main. Ce serait chouette. Ça vous laisserait en plus du temps de prép.

Laure :

C'est ça. Vous avez combien de temps de prép ?

Educateur :

En théorie, on a, je dis bien en théorie, on est censé avoir 3 heures par semaine. Et en réalité, on n'a pas assez de 3 heures par semaine. Parce que vous allez remplacer. Parce qu'on remplace très, très souvent. Ou on doit faire des conduites. Juste pour mon exemple. Alors déjà, mes 3 heures de prép, elles sont coupées en 3 temps. Ah oui, ce n'est pas en

continu. Ce n'est pas en continu. J'ai une heure le mardi. Et en fait, je dois aller faire une conduite. Je dois aller chercher les enfants à l'école. Le temps d'aller chercher le véhicule. De venir prendre les sièges auto. D'aller à l'école. Récupérer les enfants. Revenir. Mon heure, elle est passée. Donc, ma prép du mardi, je ne l'ai pas. Le mercredi, c'est la seule qui n'est pas touchée. Parce qu'en fait, je l'ai quand les enfants sont à la cantine.

Laure :

Ok. Ah oui.

Educateur :

Ma prép est de midi à 13h. Super. Donc, voilà. Et le vendredi, pareil, j'ai une heure. Que je n'ai pas souvent. Parce que soit il faut... L'emploi du temps, le planning fait qu'on part à la matinée sur Lille. Et que du coup, c'est moi qui y vais. Ou c'est qu'il faut remplacer parce qu'il y a une collègue absente. Donc, ouais. Donc, pour faire les PPI... C'est un petit peu compliqué. Après, on ne se sent pas... Pour ma part, je ne me sens pas... Je trouve que c'est un peu injuste. Parce que j'ai des collègues. Et je ne leur en veux pas du tout. Ce n'est pas de leur faute. C'est l'organisation générale qui fait que... Qui ont deux demi-journées, par exemple. Qui peuvent avoir deux demi-journées. Oui, oui. Et puis aussi, c'est la différence entre un temps plein IME et du SESSAD.

Laure :

Oui, c'est vrai.

Educateur :

Le SESSAD, tu organises ton temps un peu comme tu veux. Tu peux te dire... Là, je ne prends aucune prise en charge. Parce que du coup, sur cette plage horaire-là, je ne prends aucune prise en charge. Parce que je veux faire ma PrEP. Qu'en IME, tu ne peux pas. L'emploi du temps, il est un peu... Tu le décides. Tu décides les modules que tu veux mettre en place. Mais il est un peu imposé en fonction de... Les temps d'école, les temps scolaires. Si tu as des projets à l'année, tout ça.

C'est imposé en fonction des intervenants. En SESSAD, tu peux te permettre de dire... Il y en a, ils ont bloqué, par exemple, leur lundi matin. Leur lundi matin, de 8h45 à midi, ils n'ont aucune prise en charge.

Laure :

Oui. Oui, donc ça aide.

Educateur :

Et puis, en SESSAD, quand tu as un enfant qui est absent, tu peux prendre ce temps-là pour travailler. Tu ne l'as pas en séance, donc tu as séance à 7. C'est ça. Qu'en IME, même si tu as un enfant qui est absent, tu as le groupe qu'il y a. Donc tu es quand même sur le groupe.

Laure :

Oui. Est-ce que tu aurais des idées, toi, pour... une partie, améliorer les conditions de travail des professionnels et pour réduire les violences ?

Educateur :

C'est... Il y a... Oh là, je bug. Il y a beaucoup de crises, de violences qui peuvent être réduites, voire complètement... Voilà. Enfin, stoppées. Quand il y a du rituel. Et quand il y a des personnes de référence. Oui. Par exemple, le turnover, le fait qu'il y ait toujours des nouvelles personnes, ça remet... Ils ne connaissent pas l'enfant. C'est un cercle vicieux. C'est un cercle vicieux et l'enfant, du coup, il va retester. C'est un peu le cadre. Si la personne en face n'est pas cadrante et n'est pas sûre d'elle, ça va faire un effet boule de neige. Et puis, un enfant qui fait une crise, ça va énerver les autres dans le groupe. Donc, déjà, le fait d'avoir toujours les mêmes personnes... Après, c'est pas bien, ce que je veux dire, mais les arrêts maladie, ça peut nous mettre dedans, en fait.

Alors, on a le droit d'être malade, je suis d'accord. Pour moi, la première. Mais en fait, du coup, quand tu enlèves quelqu'un, tu ramènes quelqu'un pour remplacer au mieux, si tu peux. Et en fait, la personne qui vient ne connaît pas les jeunes. On lui en donne beaucoup. Alors que quand quelqu'un devrait arriver sur une structure, il devrait avoir un temps, déjà,

juste pour observer et comprendre le groupe. Là, on balance plein d'infos. C'est pas sain. Pour la personne, c'est pas du coup... C'est pas sain pour les enfants. Et du coup, quelque chose qui n'est pas structuré, quelque chose qui n'est pas cadré, ça crée... En fait, ça crée de l'angoisse, tout simplement. Et l'angoisse, chez l'enfant... Ça fait une crise. Ça fait bam, ça fait bim. Il n'y a pas que ça, mais il y a aussi... Est-ce que l'enfant a bien dormi ? Oui, il y a tous les facteurs. Les factures. Je suis fatiguée. Il y a tous les facteurs. L'abaissement aussi. Est-ce qu'il a bien rangé ? C'est des trucs tout bêtes, mais... Le matin, on le voit quand il arrive, si on va avoir une bonne journée, si ça va être compliqué. Et puis la fatigabilité pour les enfants. Ça, c'est à prendre en compte aussi. Les temps de pause, il ne faut pas... Il faut les faire. Il faut les faire. Parce que c'est comme ça aussi qu'on peut avoir des troubles du comportement.

Laure :

Mais du coup, finalement, est-ce que vous n'êtes pas tous tombés dans une sorte de banalisation des violences ?

Educateur :

Complètement. Complètement. Ça fait partie du quotidien, et puis c'est normal. Non, ce n'est pas normal, mais pour nous, ça l'est maintenant.

Laure :

Ok. Non, mais c'est ça. Oui, oui.

Educateur :

C'est complètement banalisé. On a toujours quelqu'un dans l'équipe qui va nous dire non, ce n'est pas normal. Il faut faire quelque chose. Mais en fait, ça nous rebooste deux heures. Sérieusement, ce n'est pas normal. Mais après... Ça retombe dans l'oubli. Ça retombe dans l'oubli, parce que c'est le quotidien. C'est complètement banalisé, en fait. Eh oui. Un truc de fou.

Laure :

Écoute, est-ce qu'il y a un point que je n'ai pas abordé, qu'il se passe par la tête ?

Educateur :

Non. Sur le sujet, non ? Bon, je... Je ne pense pas.Non. C'est bon, tu m'appelles. C'est bien, par contre. C'est bien la question. C'est bien la dernière question, en tout cas. La banalisation. Je ne pensais pas que tu allais en dire, là. Oui. Mais c'est complètement banalisé. C'est un truc de fou, oui.

Annexe 4 : Autorisation d'enregistrement type

Je soussigné(e) :
Nom et prénom : .....
Profession : ……...
Établissement : .....

Autorise **Laure Nowacki**, dans le cadre de la réalisation de son mémoire de fin d'études de Master, à enregistrer l'entretien réalisé en date du :
.....

Je consens à ce que les données issues de cet entretien soient utilisées exclusivement à des fins de recherche académique.
Je suis informé(e) que cet enregistrement pourra être retranscrit et analysé, et que l'anonymat pourra être préservé si je le souhaite.

☐ Je souhaite que mon identité soit **anonymisée** dans le mémoire.
☐ J'accepte que mon **nom et ma fonction** apparaissent dans le mémoire.

Je comprends que ma participation est volontaire et que je peux retirer mon consentement à tout moment avant la publication finale du travail en juin 2025.

Fait à : .....
Le : .....

Signature du participant :
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Annexe 5 : Guide d'entretien cadre intermédiaire

1. Parcours professionnel et contexte

- Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce type de structure ?
- Quelles sont vos missions actuelles en tant que cheffe de service éducatif ?

2. Perception et définition de la violence

- Comment définiriez-vous la violence dans le cadre du travail médico-social?
- Avez-vous observé des formes de violences différentes selon les types de professionnels ? Les types de publics accompagnés ?

3. Expériences vécues ou observées

- Avez-vous déjà été personnellement confrontée à des situations de violence dans votre cadre professionnel ?

  >(Si oui) Pourriez-vous me décrire une situation qui vous a marquée ?

- Avez-vous déjà été témoin de violences subies par vos collègues ou équipes ?

  >(Si oui) Quel a été votre rôle dans cette situation ?

- Comment ces situations ont-elles été gérées dans l'établissement ? (alerte, procédures, soutien, etc.)

4. Impact sur les professionnels

- Quels impacts observez-vous chez les professionnels victimes de violences ? (émotionnels, professionnels, relationnels…)
- Y a-t-il un soutien institutionnel prévu (psychologue, supervision, etc.) ?
- Estimez-vous que vos équipes sont bien préparées / formées à gérer ces situations ?
-

5. Ressenti en tant que cadre

- En tant que cheffe de service, vous sentez-vous suffisamment soutenue par la hiérarchie, les institutions ?
- Avez-vous parfois ressenti un sentiment d'impuissance, d'isolement ou de pression suite à ces situations ?

6. Prévention, gestion, solutions

- Quelles actions ou dispositifs de prévention sont mis en place dans votre structure ?
- Selon vous, quelles seraient les améliorations à apporter pour mieux prévenir ou gérer les violences ?
- Avez-vous connaissance d'initiatives inspirantes (équipes mobiles, médiation, pair-aidance, etc.) ?
- Seriez-vous favorable à l'expérimentation d'un dispositif mobile de soutien et d'écoute pour les professionnels => expliquer projet ? Pourquoi ?

7. Clotûre

- Y a-t-il un message que vous souhaiteriez transmettre concernant la réalité des violences dans le secteur médico-social ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé et qui vous semble important ?

Ce mémoire explore l'impact des **violences** subies par les professionnels dans le secteur du handicap, notamment le **handicap intellectuel**. À travers un questionnaire et des entretiens, il met en évidence l'omniprésence de violences verbales, physiques et parfois sexuelles, souvent banalisées par les institutions. Ces agressions affectent fortement la santé mentale des professionnels, entraînant **désengagement**, épuisement et absentéisme. Le phénomène alimente un **turnover** important, aggravé par des conditions de travail dégradées et un manque de reconnaissance. Cette instabilité impacte également la qualité de l'accompagnement des usagers. Le mémoire identifie un **cercle vicieux** : surcharge de travail, départs successifs, stress accru et nouvelles violences. Il propose enfin des leviers d'action : renforcement de la qualité de vie au travail, reconnaissance institutionnelle, formation spécialisée et innovations managériales. À travers cette étude, ce travail appelle à une transformation structurelle du secteur pour restaurer l'attractivité des métiers et garantir la sécurité des équipes comme des usagers.

Mots clefs : Violences - handicap intellectuel - désengagement - turnover - cercle vicieux

---

This thesis examines the impact of **violence** experienced by professionals in medico-social institutions, particularly in the **mental disability** sector. Using a mixed-methods approach (surveys and interviews), it reveals the widespread occurrence of verbal, physical, and sometimes sexual violence, often **normalized** by institutions. These incidents deeply affect workers' mental health, leading to **disengagement**, burnout, and absenteeism. This situation fuels high **turnover**, further worsened by poor working conditions and lack of recognition. The resulting staff instability also undermines the quality of care provided to users. A **vicious cycle** emerges: work overload, repeated departures, growing stress, and new incidents of violence. The thesis highlights concrete paths for improvement, including strengthening workplace well-being, institutional recognition of violence, specialized training, and innovative management models. Through this research, the author calls for systemic changes to restore the sector's appeal and ensure safety for both staff and service users.