



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement social,  
sanitaire et médico-social**

Promotion : **2014-2015**

Date du jury : **décembre 2015**

---

## **La bientraitance et ses multiples facettes**

*Pour un management de la bientraitance  
ou un management par la bientraitance ?*

---

**Véronique ARTH**

---

# Remerciements à

---

M. Jacques ORVAIN, pour ses conseils méthodologiques, sa patience et pour son accompagnement bienveillant dans la rédaction de ce mémoire,

Mme Hélène CARIO LE GOUADEC, directrice du Centre de l'enfance Henri Fréville pour avoir encadré mon stage de professionnalisation, pour sa confiance, le partage et la transmission des valeurs qui président à l'accompagnement d'enfants confiés,

Tous les professionnels du Centre de l'enfance, pour leur accueil, mon intégration, leur professionnalisme et leur investissement auprès des enfants, mais aussi des familles,

*Et sur un plan plus personnel,*

Léa, pour son soutien sans faille, pour ses remarquables capacités d'adaptation  
et tout simplement pour avoir fait de moi une maman comblée,  
Vincent, pour ses encouragements quotidiens depuis l'Alsace,  
Et enfin Rebecca, qui a contribué d'une certaine façon à ce parcours professionnel.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Bientraitance versus maltraitance, de la reconnaissance de la maltraitance en institution à la création d'une agence de la bientraitance .....</b>	<b>6</b>
1.1 Corollaire ou contraire ? .....	6
1.2 Des notions au cœur des politiques publiques .....	9
1.3 La protection de l'enfance, une politique décentralisée .....	11
1.4 De l'éthique au droit ? .....	15
1.5 Évaluation ou contrôle, une régulation différente.....	17
1.6 La bientraitance en tant qu'environnement institutionnel .....	20
<b>2. Le CDE Henri Fréville, un établissement bienveillant et contenant.....</b>	<b>24</b>
2.1 Méthodologie d'investigation .....	25
2.2 Le cheminement de l'établissement vers une culture de non –violence.....	26
2.3 L'identification et l'évaluation des risques pour les usagers.....	28
2.4 L'analyse des résultats.....	32
2.5 Les outils juridiques de lutte contre la maltraitance et les outils développés dans le cadre de la culture de non-violence .....	33
2.6 Le point de vue des usagers .....	36
2.7 Les fondamentaux pour une culture de bientraitance selon l'ANESM.....	37
<b>3. Vers la maturation des organisations pour un management par la bientraitance .</b>	<b>41</b>
3.1 L'engagement du directeur.....	42
3.2 Le soutien aux professionnels .....	44
3.3 La réécriture du projet d'établissement.....	47
3.4 La création d'une instance de soutien et d'aide à la décision .....	48
3.5 Le renforcement des partenariats.....	50
<b>Conclusion.....</b>	<b>52</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>54</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

*nb : ce mémoire a également fait l'objet d'une soutenance à la faculté de droit et de science politique de l'Université de Rennes 1 dans le cadre du Master II mention droit public, spécialité « Droit, santé, éthique » et co-habilité par l'EHESP.*

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACT :	autorités de contrôle et de tarification
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS :	Agence régionale de santé
ASE :	aide sociale à l'enfance
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CDE :	Centre de l'enfance Henri Fréville
CNESMS :	Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale
DAI :	document d'accompagnement individualisé
DDASS :	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DRASS :	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRCS :	Direction régionale de la cohésion sociale
EHESP :	École des hautes études en santé publique
HACCP :	Hazard Analysis Critical Control Point
HAS :	Haute autorité de santé
HPST :	hôpital, patients, santé et territoire - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires -
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LFSS :	loi de financement de la sécurité sociale
OMS :	Organisation mondiale de la santé
RBP :	recommandation de bonnes pratiques
RGPP :	révision générale des politiques publiques

*« [...] les droits que l'on donne à l'enfant ne seront jamais de vrais droits parce que des vrais droits sont toujours le résultat d'un rapport de forces : le droit des peuples à l'indépendance, le droit du prolétariat aux syndicats, le droit des femmes au vote ont tous été arrachés de haute lutte. Or les enfants ne se battent pas pour les droits de l'enfant ; ce sont des droits que nous, les adultes, nous leur octroyons et que nous pouvons toujours leur enlever s'ils ne veulent pas se taire en mangeant leur soupe. »*

Stanislas TOMKIEWICZ, « Les droits de l'enfant »,  
Médecin pédopsychiatre et psychothérapeute (1925-2003)  
Actes du colloque européen, 8-9 et 10 novembre 1990 - Amiens. CRDP, 1991

## Introduction

Aujourd'hui encore, la violence, l'atteinte à la dignité, l'absence de valeurs partagées, le délitement du respect, ternissent le tableau de notre société. Dans les villes, dans les quartiers, au sein même des familles, les exemples de violence abondent. Comment réguler ces excès, ces dépassements de la norme que constitue l'éthique de l'humanité ? La violence s'immisce même au sein des familles, touchant leurs membres les plus vulnérables, les enfants. La maltraitance des enfants est un phénomène qui perdure et qui fait l'objet de chocs médiatiques régulièrement. Êtres vulnérables, en pleine construction, les enfants mineurs disposent pourtant d'un régime de protection : le droit des personnes protégées qui s'est peu à peu substitué au droit des incapacités, « *l'honneur du droit* »<sup>1</sup>, selon Philippe Malaurie.

Au sens du droit, les enfants sont mineurs et ainsi frappés d'incapacité d'exercice générale. « *Sujet de droit, démuné, inexpérimenté, dépendant et partant vulnérable le mineur bénéficie de protections à moduler selon son âge* »<sup>2</sup>. Ainsi, la considération du seul statut juridique du mineur constitue une première vulnérabilité. Pour autant, les parents ont pour mission de protéger leur enfant, ils sont normalement dotés de l'autorité parentale. Les mineurs sont ainsi soumis aux détenteurs de l'autorité parentale. Cet état de dépendance et de soumission peut constituer un second niveau de vulnérabilité. Un troisième niveau peut apparaître lorsque le cadre protecteur de référence connaît certaines défaillances et que l'enfant peut se trouver en danger et se retrouver confié à l'Aide sociale à l'enfance, puis accueilli en établissement. La vulnérabilité de l'enfant est exacerbée par cet accueil qui constitue un déracinement tant spatial qu'affectif. Car quelles que soient les raisons du placement, les enfants développent un sentiment d'appartenance, d'attachement, d'amour et de loyauté à l'égard de leurs parents et de leur famille. Ils sont naturellement suggestibles et en pleine construction identitaire, laquelle s'appuie sur leur environnement et les personnes qui l'entourent. L'enfant arrive ainsi dans des situations de grande détresse, et de souffrance, fragilisé par des sentiments de culpabilité, mésestime, voire d'humiliation.

Pourtant, les institutions chargés d'accueillir ces enfants peuvent également être source de violences ainsi qu'en témoignent les travaux de recherche de Stanislas Tomkiewicz dans les années 80. Comment imaginer qu'au sein même d'établissements dits de protection des faits de maltraitance ou de violence émergent ? Quid de la vocation des professionnels ? Les institutions sociales et médico-sociales peuvent effectivement être

---

<sup>1</sup> MALAURIE P., 2014, « *Les personnes, la protection des mineurs et des majeurs* », LGDJ, p.234

<sup>2</sup> Isabelle Corpart, in « *Le droit à l'épreuve de la vulnérabilité - Études de droit français et de droit comparé* », Bruylant, Paris, 2011

source de violence si l'accueil et l'accompagnement de la personne au sein d'un collectif n'est pas individualisé, si la souffrance générée par les situations, tant à l'endroit des usagers que des professionnels, n'est pas prise en compte, si des règles ne sont pas posées et si la réflexion collective sur l'accompagnement de personnes en souffrance n'est pas engagée.

La prise de conscience de risque de maltraitance institutionnelle est apparue dans le secteur de l'enfance et a mis des mots sur un nouveau concept qu'est celui de la bien-traitance. Ce terme est né des réflexions et travaux des praticiens des années 1980, dans le cadre de « l'Opération pouponnières », en réponse à la souffrance des bébés accueillis en pouponnière et séparés de leur mère. Elle se traduit par la recherche active « *des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance.* »<sup>3</sup> Ce changement de paradigme a permis de poser un regard objectif sur la problématique globale de la famille et introduit de l'humanité dans les accompagnements et les conditions d'accueil. Ce concept vise à prendre en considération la souffrance de la séparation de l'enfant et de ses parents et de l'impact que peut produire le transfert de cette souffrance sur les professionnels. Néologisme « bottom up », né des pratiques professionnelles, il est aujourd'hui largement usité et associé à la lutte contre la maltraitance. Sa promotion a été confiée à une agence dédiée : l'agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Mais de quoi parle-t-on ? La bien-traitance est elle le contraire de la maltraitance ? L'absence de maltraitance génère-t-elle de la bien-traitance ? La bien-traitance suffit-elle à éradiquer le risque de maltraitance ? Peut-on résumer les notions à bien traiter et mal traiter ? Comment aborde-t-on ces questions dans un foyer de l'enfance ? Qui les aborde ? Quels sont les pré requis à la création d'un environnement bien-traitant ? La bien-traitance doit elle se limiter aux seuls établissements ou à tout le système ? Autant de questions que nous inspirent ces notions qu'il convient rapidement de préciser par une tentative de définition avant de les développer plus amplement.

Terme en vogue, la bien-traitance n'a pas été définie en terme juridique. Elle pourrait cependant s'apparenter à une traduction pragmatique de la charte des droits et libertés des usagers. La définition initiale « *bien-traiter, n'était-ce pas faire émerger les potentialités et les ressources propres à tous les acteurs de ce passage en pouponnière : les parents, les professionnels concernés, l'enfant, et ceci non seulement durant son séjour mais aussi en aval et en amont ? C'était surtout, malgré les séparations ou les ruptures, respecter la*

---

<sup>3</sup> Rapoport D., 2006, « *La bien-traitance envers l'enfant* » Belin, Paris, p. 21

*continuité du développement de cet enfant dans son histoire et l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses compétences. »<sup>4</sup>*

La bien-traitance est alors une traduction du respect de l'enfant en tant que sujet de droit, en tant que personne humaine à qui le respect est dû, un respect dans toutes les composantes de la vie de l'enfant, son histoire, sa famille, son environnement, la problématique en question, son accueil en établissement et son avenir. La poursuite et la guidance de son développement sont essentielles à son construction et sa compréhension de ce qu'il a pu vivre. Il s'agit ainsi de considérer l'usager dans sa souffrance et de ne pas l'accentuer. Tous les acteurs sont ici convoqués. Il ne s'agit donc pas d'une posture au service d'une déontologie, mais bien d'une posture institutionnelle qui veille à ce que toutes les dimensions de l'organisation et du fonctionnement contribuent à garantir un traitement favorable à ses usagers.

Les termes de violence ou maltraitance institutionnelle sont employés alternativement selon le langage politique, civil ou juridique mais définis par Stanislas Tomkiewicz comme : *« toute action commise dans et par une situation, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou entrave son évolution ultérieure »<sup>5</sup>*. Selon Éliane Corbet, *« toute institution, sans une vigilance constante pour combattre les tendances lourdes qui l'animent est une institution à risque de violence, notamment les institutions résidentielles ou qui assurent une suppléance des fonctions parentales. »<sup>6</sup>*. Les causes de violence en institution sont multiples et peuvent se manifester du fait de la faiblesse des usagers, si celle-ci n'est pas considérée, des conditions de vie ou des conditions de travail, du mode de management du directeur. Il convient de préciser ici ce que sont les institutions qui assurent des fonctions de suppléance parentale et plus précisément, les foyers de l'enfance.

Le rapport de 2011 du Défenseur des droits, consacré aux droits de l'enfant, en donne une définition explicite : *« les foyers de l'enfance accueillent à tout moment tout mineur en situation difficile nécessitant une aide d'urgence. Lieux d'observation et d'évaluation, ils doivent permettre de préparer l'orientation du mineur – retour en famille, placement en famille d'accueil, placement en établissement, adoption -. »* Ils sont donc des établissements de protection mais des lieux de passage, de transition.

Les foyers de l'enfance ne sont qu'acteurs de la mise en œuvre des prescriptions émises par les autorités judiciaires ou administratives, ils n'ont pas pouvoir à intervenir dans la décision même en invoquant l'intérêt de l'enfant, d'où l'importance de la coopération et de

---

<sup>4</sup> Rapoport D., *« De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant »*, Informations sociales, n° 160, 2010, p. 117.

<sup>5</sup> ibidem

<sup>6</sup> ibidem

la concertation entre les différents intervenants. Certains accueils sont prescrits dans l'urgence alors même qu'ils pourraient être organisés et anticipés. Non pas que l'accueil d'urgence ne soit pas légitime, mais certaines situations, dans l'hypothèse d'une meilleure préparation et communication entre les acteurs en présence, pourraient être moins violents. Le cloisonnement qui persiste dans le secteur de la protection de l'enfance est regrettable, au nom justement, de l'intérêt de l'enfant.

Le Centre de l'Enfance Henri Fréville, dans lequel j'ai réalisé mon stage de professionnalisation, est un établissement public départemental et autonome, foyer de l'enfance d'Ille et Vilaine, il est habilité à accueillir des enfants de 3 jours à 18 ans. Il participe ainsi à la mise en œuvre des missions du Département et assure la mission d'accueil d'urgence en Ille et Vilaine. Le Département lui a également confié la permanence départementale qui consiste à prendre le relais lors de la fermeture des services de l'ASE, soit les jours de semaine, de 18 h à 8 h, les week-ends et les jours fériés. Les enfants et les jeunes qui arrivent n'ont pas choisi d'être là et n'ont pas vocation à rester dans l'établissement. Ils ont été confiés à l'Aide sociale à l'enfance, sur décision du juge des enfants ou par contractualisation entre les parents et le service de l'ASE.

Le Centre de l'enfance conscient de la violence que peut produire l'accueil en établissement a mené une politique de non-violence dès les années 1980, en suivant les expérimentations portées par « l'Opération pouponnière » élargies ultérieurement à toutes les catégories d'âge et dispositifs d'accueil. Il a instauré un changement de paradigme dans la relation à la famille, la mixité dans les groupes, une diversification des modalités d'accueil et d'accompagnement, axé le plan de formation du personnel sur la non-violence. Il promeut aujourd'hui une culture de non-violence et de bienveillance. L'établissement met en œuvre les outils créés par le législateur afin de contrer le risque de maltraitance et a répondu aux obligations réglementaires d'évaluation interne et externe.

Mais ces outils sont-ils suffisants et permettent-ils de garantir l'effectivité des droits des enfants et adolescents accueillis ? Par quels moyens le Directeur peut-il s'assurer de l'effectivité du respect de l'utilisateur dans les services ? Les risques de maltraitance sont-ils éradiqués par la politique de non-violence mise en œuvre et les outils juridiques de la loi 2002-2 ? Quels sont les pré-requis pour garantir un environnement bientraitant ?

Après un diagnostic et une analyse des risques a posteriori sur la base de l'existant, il s'avère qu'il n'y a aucun contentieux en cours avec les usagers ou leurs familles, pas de plaintes, ni de réclamations. Les questionnaires de satisfaction révèlent des points positifs. Une récente visite de conformité a néanmoins pointé des facteurs de risques pouvant porter atteinte à l'intégrité des enfants. Des fiches incidents existent mais ne concernent que la

gestion des risques professionnels et sont analysées en CHS-CT afin de venir alimenter, le cas échéant, le document unique d'évaluation des risques professionnels.

Cependant, à l'analyse des 42 déclarations (tous les services ne sont pas déclarants) de l'année 2014, 22 incidents incluent également l'utilisateur, dont 11 indirectement.

Les utilisateurs sont donc également soumis à des risques de dommage au sein de l'établissement.

Pourquoi ne pas élargir ce dispositif aux utilisateurs et expérimenter un document unique d'évaluation des risques pour les utilisateurs ? Telle sera la méthode d'investigation retenue pour vérifier sur le terrain le principe de non-violence et pour s'assurer que l'organisation, le fonctionnement et les pratiques permettent d'offrir la sécurité et le bien être de base, pré-requis indispensable à la mise en œuvre d'une démarche de bientraitance. Bien que les professionnels devront se substituer pour ce travail aux jeunes utilisateurs et porter un regard objectif sur leurs pratiques et leurs fonctionnements, les adolescents seront également questionnés sur leur ressenti sur la question de la sécurité et du bien-être au sein de l'établissement.

La construction du document unique fondée sur la charte des droits des utilisateurs a permis de poser un diagnostic et des préconisations visant à renforcer l'établissement dans sa culture de bienveillance et de non-violence et à formuler des préconisations visant à faire évoluer l'organisation de l'établissement vers la formalisation d'un environnement bientraitant garantissant le bien être tant des utilisateurs que des professionnels et valorisant ainsi le chemin parcouru. Il a permis aux professionnels une prise de recul et un questionnement sur les fonctionnements et pratiques. Cependant, la réflexion doit être pérennisée.

Il appartient dès lors au directeur, garant de la bientraitance, d'organiser la réflexion sur ce concept et d'en construire le cadre conceptuel en concertation avec les professionnels. Le directeur devra alors affirmer son engagement dans la démarche de bientraitance, définir une organisation ad'hoc et formaliser cet engagement au sein du projet d'établissement, document de référence des institutions sociales et médico-sociales.

Une première partie s'attachera ainsi à opposer et rapprocher les notions de maltraitance et de bientraitance afin de comprendre les fondements dans leurs conceptions et la manière de les déceler. (1) La seconde partie sera consacrée à la confrontation des concepts dans un établissement, par l'identification des risques d'atteinte aux droits des utilisateurs au sein des services, et l'analyse des outils requis par la lutte contre la maltraitance et des fondamentaux requis pour une démarche bientraitante (2). Les résultats du diagnostic sont ensuite traduits en termes de préconisations pour une maturation des organisations (3.)

# 1. Bienveillance versus maltraitance, de la reconnaissance de la maltraitance en institution à la création d'une agence de la bienveillance

Concepts nés des accompagnements de personnes particulièrement vulnérables que sont les enfants confiés, la maltraitance institutionnelle et la bienveillance en établissement ont rapidement été promus par les politiques publiques en renforçant les pouvoirs de contrôle des autorités compétentes et en les sensibilisant à l'accompagnement des établissements vers une culture de bienveillance. Cependant, cette promotion et l'accompagnement des établissements seront variables selon les autorités de contrôle et de tarification, il en va ainsi pour la protection de l'enfance dont le pilotage a été décentralisé au niveau des départements.

Le législateur a tenté de traiter ces concepts mais ne les a pas clairement définis. S'il a construit des outils visant à lutter contre la maltraitance, il a confié indirectement à l'ANESM le soin de définir la bienveillance et d'accompagner les établissements dans sa mise en œuvre. La bienveillance est née des pratiques mais ne peut se développer que dans un environnement sécurisant pour les professionnels et les usagers. Il appartient dès lors au directeur d'activer les leviers nécessaires et de formaliser son engagement pour une politique de bienveillance.

## 1.1 Corollaire ou contraire ?

La maltraitance est définie comme des « *mauvais traitements envers une catégorie de personne (enfants, personnes âgées..)* » par le dictionnaire Larousse. La bienveillance, quant à elle, est traduite comme le fait de « *bien traiter un enfant, une personne âgée ou dépendante..., l'ensemble des bons traitements eux même.* » Selon les définitions étymologiques, les deux termes s'opposeraient entre mauvais traitements et bon traitements, entre bien et mal. Les points de contingence sont le traitement envers les personnes fragilisées, vulnérables. Cette proximité n'est pas sans importance puisqu'il faut considérer cette vulnérabilité des personnes accompagnées dans les institutions, cette vulnérabilité pouvant être facteur de maltraitance tout en étant le fondement de la bienveillance en ce que la fragilité si elle n'est pas prise en compte dans tout ce qu'elle génère peut conduire à des comportements et des façons d'accompagner non adaptées tandis qu'à contrario si elle est posée en tant que raison même de l'objet de l'accompagnement et suscitant par là même l'empathie, elle amène les professionnels et l'institution à s'adapter à la personne en tant que sujet à part entière.

La fragilité des enfants et adolescents accueillis en foyer risque en effet d'être génératrice de maltraitance si l'environnement n'est pas pensé pour en limiter les facteurs et garantir leur sécurité, leur protection et leur bien-être, l'individualité de chacun étant compromise par un accueil en collectif. Cette même fragilité inspire également les professionnels à une vigilance accrue dans leurs postures et pratiques et leur souci de bien faire et de protéger les jeunes accueillis, la protection étant à l'origine de l'accueil.

Les usagers des foyers de l'enfance sont par essence vulnérables du fait de leur jeune âge. Confiés à l'aide sociale à l'enfance, ils sont accompagnés par des professionnels qui viennent suppléer l'autorité parentale et les placer dans une relation de dépendance. Leur souffrance, leur faiblesse ne leur permet pas de se manifester sur un accompagnement inadapté, sur leur inconfort ou le non-respect de leurs droits en tant que personne humaine, malgré la communication faite autour de ceux-ci et des moyens de signalement mis à leur disposition le cas échéant.

Soumis à l'autorité des équipes éducatives, le risque de maltraitance peut se manifester par de la négligence, de la non considération, un non-respect des besoins, un abus de pouvoirs...Il se traduit donc en action ou en omission. Érigée en tant que risque institutionnel, la maltraitance peut se manifester par d'autres facteurs tels les conditions d'accueil, les conditions de travail, l'organisation institutionnelle ou encore le mode de management du directeur qui peut être trop « *paternaliste* » ou à l'inverse trop « *dictatorial* »<sup>7</sup>.

L'impact émotionnel de la prise en charge d'enfants en souffrance doit également être pris en considération. Les professionnels absorbent les émotions de la personne accueillie et doivent ainsi être accompagnés régulièrement sur la régulation et l'analyse de leurs pratiques, la bonne distance par rapport à leurs affects et la décharge de leurs émotions afin de conserver les bonnes postures dans leur travail éducatif.

Autant d'éléments qui peuvent faire l'objet de prévention. C'est au sein même des institutions accueillant des enfants qu'ont été mis au jour les aspects de violence institutionnelle par les travaux de Stanislas Tomkiewicz dès 1979.

La bien-traitance est une notion qui est également apparue dans le secteur de l'enfance dans le cadre des travaux de « l'Opération pouponnières » impulsée et subventionnée par le Ministère de la santé et de la famille en 1978 : cette opération vise à démontrer, sur la « *question des carences affectives en pouponnière, qu'à certaines conditions, le séjour prolongé des enfants en collectivité séparés de leurs parents pouvait ne pas se révéler*

---

<sup>7</sup> Rapport de commission d'enquête n° 339 (2002-2003) de MM. Jean-Marc JUILHARD et Paul BLANC, fait au nom de la commission d'enquête, déposé le 10 juin 2003 du Sénat « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence »

*toxique.* »<sup>8</sup>. Une nouvelle pédagogie s'est ainsi développée et a mené à un changement des pratiques et des représentations dans le secteur : une réhabilitation des familles et la prise en considération de l'importance du lien mère-enfant ainsi qu'une humanisation des conditions d'accueil. Ce changement de paradigme a été progressivement étendu aux autres catégories d'âges et dispositifs d'accueil des enfants placés. Ce contexte a permis une prise de conscience ; le rapport Bianco Lamy en 1980 préconisant la réduction de la taille des unités de vie et l'amélioration des relations avec les familles a donné suite à une circulaire le 23 janvier 1981 pour une nouvelle politique de l'ASE et à une loi en 1984<sup>9</sup> relative aux droits des usagers de l'ASE. Selon Dominique Fablet, ce concept est le « *seul exemple de processus réformateur impulsé par le sommet qui ait atteint un tel succès dans le champ de la suppléance familiale* »<sup>10</sup>. En effet, il a mené à de conséquents redéploiements et réorganisations de foyers de l'enfance. Delà a été construit le néologisme bien-traitance, dans les années 1990, dans le cadre des travaux du comité de pilotage de l'Opération pouponnières, composé de psychologues, médecins, auxiliaires de puériculture et de formateurs.

Pour autant, la démarche reste volontariste et dépendra de l'adhésion des décideurs institutionnels. Initialement bien-traitance, ce néologisme est aujourd'hui largement promu sans trait-d'union. Danièle Rapoport rappelle qu'il est orthographié avec un trait d'union afin de ne pas en faire un simple contraire de la maltraitance.

*« Dans la perte de ce trait d'union d'origine, le risque n'était pas négligeable d'un engouement éphémère pour un slogan, un label vide de sens, une définition hâtive qui en feraient le simple contraire de la maltraitance, le situant d'emblée sur une sorte d'axe du mal et du bien faire. Pourtant, au fil de cette dernière décennie, ce néologisme s'est révélé de plus en plus complexe, devenant une véritable notion, voire un concept qui va bien au-delà d'une simple plus-value ou d'un « petit plus » : il s'inscrit dans de nouveaux processus de penser et de ressentir qui changent avant tout notre manière d'être avec nous-même et avec l'autre, retentissant sur les manières de faire et de dire. »*<sup>11</sup>

Ainsi la bien-traitance naît d'une réflexion éthique qu'il convient de manier avec précaution afin de lui conserver tout son sens et se traduit concrètement au sein d'une démarche empathique. Elle ne peut reposer sur un fondement moral distinguant le bien et le mal. Le bien est d'ailleurs une notion qui suppose la définition préalable d'une norme. La valeur

---

<sup>8</sup> FABLET D., « *L'émergence de la notion de parentalité en milieu(x) professionnel(s)* », Sociétés et jeunesses en difficulté, n°5, Printemps 2008, mis en ligne le 15 octobre 2009. URL : <http://sejed.revues.org/3532>

<sup>9</sup> Loi du 6 juin 1984 relative aux droits de familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance et au statut des pupilles de l'État

<sup>10</sup> FABLET D., « *Expérimentations et innovations en protection de l'enfance. De la séparation au maintien des liens parents-enfants* », L'Harmattan, Paris, p. 31

<sup>11</sup> RAPOPORT D., « *De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant* », Informations sociales 2010/4 (n° 160)

dépendra ainsi du contenu qui aura été donné à cette norme. « *Se prononcer sur ce qui est bien c'est donc poser un principe d'existence et de sens, qui relève souvent d'une métaphysique, et toujours d'une morale ou d'une éthique.* »<sup>12</sup> De façon relative la notion qualifie ce qui est utile à la réalisation d'une fin supérieure, comme ici l'intérêt supérieur de l'enfant.

La lutte contre la maltraitance n'est donc pas synonyme de bien-traitance et inversement la bien-traitance n'éradique pas le risque de maltraitance. Les deux notions apparaissent consubstantielles et doivent être abordées et appréhendées au sein d'une réflexion éthique afin de fixer les principes d'intervention des pratiques professionnelles et d'en poser les garde-fous. La réflexion doit être permanente et contribuer à évaluer ces notions et leur mise en application.

## **1.2 Des notions au cœur des politiques publiques**

Si la maltraitance institutionnelle a fait l'objet d'une appropriation franche par les pouvoirs politiques et plus réservée par le législateur, la bien-traitance est une notion difficilement définissable en droit, même si d'une certaine façon elle conduit à une traduction en pratique du respect des droits des usagers et du respect de l'usager dans son individualité et sa singularité.

Le risque de maltraitance a été reconnu dès 1998 par les pouvoirs publics pour les enfants accueillis en institution et encadré par le renforcement des missions de contrôle et d'accompagnement des établissements dans la mise œuvre d'une politique de lutte contre la maltraitance. Cette considération a été peu à peu élargie aux personnes âgées puis aux personnes handicapées, outillant au fur et à mesure les autorités de contrôle et de tarification de référentiels et guide de contrôle et d'inspection. La lutte contre la maltraitance a été généralisée à tout le secteur social et médico-social et inscrite au cœur de la loi n°2002- 2, sans que la maltraitance ne soit pour autant définie, par la consécration des droits des usagers des institutions et l'introduction d'une démarche qualité voulue par la réitération d'évaluation interne et externe. L'évaluation et la qualité se révèlent comme étant des remparts aux risques de maltraitance, en ce qu'elles viennent interroger les pratiques et les fonctionnements pour les faire évoluer vers une amélioration.

Le législateur emploie le terme « *mauvais traitements* » en 1989 afin de mettre en place un dispositif de prévention, confié à l'ASE. L'enfant maltraité est alors victime de ses protecteurs naturels. Dans la continuité des travaux, la circulaire DAS/DSF 2 n° 98-275 du

---

<sup>12</sup> La philosophie de A à Z, Hatier, 2000

5 mai 1998 relative à la prise en compte de situations de maltraitance à enfants au sein des établissements sociaux et médico-sociaux demande aux DDASS de veiller « *à la conformité des établissements aux réglementations existantes, à la formation et la qualification des professionnels concernés, à l'existence au sein des établissements d'un dispositif de régulation, de supervision et de soutien qui prenne en compte les difficultés inhérentes à ce travail auprès d'enfants en difficulté, à l'implication et la prise en compte des parents et des familles, dans le projet et la pratique des établissements, à l'information des enfants accueillis et au respect de l'obligation légale d'afficher les coordonnées du SNATEM (numéro vert enfance maltraitée 119). Parallèlement à l'obligation de dépistage et de signalement, il est nécessaire d'assurer une vigilance constante sur la qualité de la prise en charge des personnes accueillies en institution.* » Autant de dispositifs institutionnels qui permettent de lutter contre la maltraitance, dont le dispositif de supervision et de soutien, la qualité et l'association des usagers. La difficulté de travail auprès d'enfants en difficulté est ici reconnue et son accompagnement est une condition sine qua none à la lutte contre la maltraitance.

Suite à ce renforcement des pouvoirs de contrôle, un guide méthodologique à l'attention des médecins inspecteurs de santé publique et des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales est créé en 1999 : « *Prévenir, repérer, et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales* ». La bien-traitance est là considérée au niveau des pratiques, « bien-traiter », une réflexion sur les pratiques s'impose au regard notamment de la souffrance et des difficultés que l'accompagnement peut générer entre les différents protagonistes.

La circulaire n° 2001-306 du 3 juillet 2001<sup>13</sup> relative à la prévention des violences et maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables s'adressant aux préfets de région et de département vient rappeler et renforcer les pouvoirs des autorités de contrôle au titre de l'ordre public mais commande également la mise en œuvre d'une politique de prévention locale des violences en institution sociales ou médico-sociales. Elle souligne « *la responsabilité de ces établissements et services [...] tant vis-à-vis des mineurs que de leurs parents. [...] Acteurs en première ligne de ce long et difficile travail de reconstruction familiale, les professionnels œuvrant dans nos institutions sociales et médico-sociales accomplissent, avec compétence et dévouement, une mission essentielle : réparer le délicat mécanisme de transmission d'éducation. Ces professions exigent une rigueur sans faille quant à l'éthique du respect absolu dû aux enfants et adolescents vulnérables.* »

---

<sup>13</sup> Non publiée au JO

L'éthique est à nouveau promue, ainsi que la reconnaissance de la « délicatesse du mécanisme. ».

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées de l'époque attend de cette politique locale, la généralisation des inspections, sans pour autant qu'un signalement ait eu lieu, afin de vérifier le fonctionnement et de faire émerger un « *dialogue constructif* » avec les institutions et leur venir en appui. L'inspection et le contrôle sont aujourd'hui très peu pratiqués, ce qui conduit indissociablement à une absence de dialogue et d'appui de la part des autorités déconcentrées.

Là encore la notion d'ouverture, de soutien des établissements dans leurs missions difficiles et la vigilance à apporter à l'accompagnement des acteurs en présence, que sont les enfants, les parents, mais aussi les professionnels et les directeurs se fait ressentir. Le développement des politiques publiques dans le cadre de la lutte contre la maltraitance en protection de l'enfance met en exergue les leviers d'action du directeur pour y contribuer : un dialogue constructif avec les ACT, un dispositif de soutien aux professionnels et la qualité. Pour autant, bien que la bientraitance soit née des pratiques auprès d'enfants confiés, sa promotion dans les politiques publiques dépendra du chef de file.

### **1.3 La protection de l'enfance, une politique décentralisée**

Dans le cadre de la RGPP, les autorités déconcentrées sont rationalisées : l'autorité déconcentrée en charge des foyers de l'enfance devient la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale. La loi HPST<sup>14</sup> crée les ARS, cette recomposition redistribue les missions des anciennes DRASS et DDASS. Il peut être risqué de constater que le social a été l'oublié de cette grande réforme territoriale de la santé, notamment si l'on considère la santé dans son sens large, qui couvre alors aisément les problématiques des mineurs confiés à l'ASE. La maltraitance, au-delà, d'un problème sociétal est aussi un problème de santé publique. L'OMS dans un aide-mémoire sur la maltraitance des enfants<sup>15</sup> la définit comme « *les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de*

---

<sup>14</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>15</sup> La maltraitance des enfants - Aide-mémoire N°150 - Décembre 2014 - OMS

*responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes. »*

L'OMS rappelle surtout l'ampleur des conséquences de la maltraitance à enfants : « *Elle provoque un stress auquel on associe une perturbation du développement précoce du cerveau. Un stress extrême peut affecter le développement du système nerveux et immunitaire. Dès lors, les enfants maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers troubles comportementaux, physiques ou psychiques [...] Au travers de ces conséquences comportementales et psychiques, la maltraitance peut favoriser les pathologies cardiaques, le cancer, les suicides et les infections sexuellement transmissibles. »*

La maltraitance ou le risque de l'être sont pourtant les raisons qui motivent les décisions de placement. Mais elle n'est pas prise en compte dans les politiques de santé publique. Certains auteurs ont d'ailleurs justement fait remarquer que les réformes successives dans le secteur sanitaire, social et médico social ont conduit à diverses « fragmentations » dont notamment la coupure entre le médico-social et le social. Jean-François Bauduret, lors d'une intervention à l'EHESP sur son ouvrage « *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques* », pose le constat du paradoxe de la loi HPST dans la gouvernance de proximité : en colmatant la brèche entre le sanitaire et le médico-social (par la création des ARS), le législateur a ouvert une nouvelle faille dans la gouvernance entre le médico-social et le social.

Les ministères concourant à l'accompagnement des personnes âgées et personnes handicapées sensibilisent et appuient régulièrement leurs services déconcentrés autour de la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Les ARS sont fortement sollicitées dans la continuité des ex DDASS ou DRASS à développer un accompagnement aux établissements contrôlés et tarifés ainsi qu'en témoignent les plans politiques dans le secteur.

Concernant la protection de l'enfance et la difficulté de coordonner les acteurs dans le cadre d'une politique décentralisée, la politique et cet accompagnement appartiennent au Département, l'ingénierie et l'accompagnement seront donc variables en fonction des politiques locales et le cloisonnement est regrettable. Ainsi, si les personnes âgées et les personnes handicapées accueillies en établissement sont bénéficiaires d'un plan gouvernemental pour la bientraitance, de conventions tripartites et d'outils d'autoévaluation, de CPOM, de négociation, le cas échéant, de moyens supplémentaires pour la mise en

œuvre et l'intégration de leur démarche qualité par exemple, il n'en est pas de même pour les enfants placés alors même que la notion est née de leurs problématiques et de leurs vulnérabilités.

Ce constat soulève la question des compétences et moyens pour la mise en œuvre d'une politique décentralisée. Il faut également rappeler que les décisions de placement sont prises par le juge des enfants, prescripteur relevant du Ministère de la justice. Le département met ainsi en œuvre et finance des décisions prises par l'État.

La protection de l'enfance est un vaste champ pluri ministériel et nécessiterait une coordination nationale et l'impulsion d'une cohésion dans les pratiques des pilotes de cette politique. Mais ceci est un autre débat qui a, par ailleurs, été développé dans le rapport de la mission d'évaluation de la gouvernance de la protection de l'enfance menée conjointement par l'IGAS et l'inspection générale des services judiciaires en juillet 2014.

La décentralisation, dans son acte premier<sup>16</sup>, a confié l'aide sociale aux départements, faisant progressivement du Conseil général, le chef de file de cette politique. Politique décentralisée, elle est pilotée selon les orientations et préoccupations de chaque Département. En Ille et Vilaine, l'accompagnement des établissements habilités à l'aide sociale à l'enfance est faible et la relation partenariale peine à se mettre en place, malgré la restructuration du service protection de l'enfance au sein de la collectivité territoriale. Une mission « établissements et services » a été créée en mai 2014 dans l'objectif de mettre en œuvre une politique partenariale et d'accompagner les établissements dans la réponse aux obligations légales et réglementaires qui leur incombent, d'analyser les rendus compte des établissements : rapport d'activité, évaluation externe, etc.. afin d'instaurer un dialogue de gestion et un accompagnement au plus près. À ce jour, ce partenariat n'a pas encore été formalisé.

L'accompagnement des foyers de l'enfance dépendra ainsi de la réappropriation de ce redécoupage par les DRJSCS aujourd'hui devenus DRCS et les politiques départementales, selon les territoires et de la future loi pour la protection de l'enfance.

Les différentes circulaires et instructions gouvernementales du secteur lient consubstantiellement lutte contre la maltraitance et renforcement des contrôles. L'article L313-13 du CASF dispose que « *le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.* ». Le législateur précise toutefois que : « *quelle que soit l'autorité qui a délivré*

---

<sup>16</sup> Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État

*l'autorisation, le représentant de l'État dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. »*

Le Défenseur des droits souligne que « *de fait, les contrôles effectués par les départements sont peu fréquents, sauf sur demande lorsque par exemple la sécurité d'un enfant est en cause ou en cas de dysfonctionnement grave dans l'établissement* »<sup>17</sup>. Le constat peut être complété par le rapport de la Cour des comptes sur la protection de l'enfance<sup>18</sup> estimant qu'« *en tout état de cause, aucune administration n'est en mesure d'assumer le pilotage d'ensemble de l'action de l'État dans le domaine de la protection de l'enfance. La fonction d'édicter des normes et des règles communes s'imposant sur l'ensemble du territoire est au cœur des compétences de l'État. Dans le domaine d'une politique décentralisée, cette compétence est difficile à mettre en œuvre puisque les prérogatives de gestion quotidienne échappent à ses services* ».

Ces constats ne visent pas à déplorer le faible taux de contrôle mais à souligner l'absence d'accompagnement, de soutien et de coordination dans la prévention de la maltraitance et dans la promotion d'une culture de bienveillance.

Le directeur se retrouve seul et très peu outillé pour répondre aux éventuels contrôles de conformité. Par ailleurs, il n'existe pas de cahier des charges encadrant les activités d'un foyer de l'enfance, en termes de ratio d'encadrement ou de modalités d'accueil, seule les pouponnières à caractère social sont encadrées dans le CASF par un arrêté datant de 1974<sup>19</sup>. Ainsi sur quoi vont se fonder les autorités pour leurs contrôles ? Le récent guide de l'IGAS pose un cadre pour les missions de contrôle, ce document de 297 pages décliné dans un cahier spécifique de 460 pages<sup>20</sup>, né d'une réflexion approfondie et croisée par tous les intervenants constitue un outil privilégié pour le Directeur. Cependant vu l'envergure des dimensions abordées et l'absence d'échange avec les ACT, le directeur se retrouve isolé dans son appropriation et la grande formalisation requise. Il n'existe à ce jour aucune mise à disposition ou partage des fonctions supports de la collectivité (partenariat avec la PMI et ses compétences médicales, diffusion de bonnes pratiques, veille juridique...)

Toutefois, dans le courant des politiques de lutte contre la maltraitance, mais aussi suite aux travaux de l'opération pouponnière et à son succès, la notion de bien-être a été reprise dans le langage politique pour la protection de l'enfance.

---

<sup>17</sup> Défenseur des droits, 2011, *Rapport annuel consacré aux droits de l'enfant. Enfants confiés, enfants placés : défendre et promouvoir leurs droits*

<sup>18</sup> Cour des Comptes, 2009, *Rapport public thématique « La protection de l'enfance »*

<sup>19</sup> Arrêté du 28 janvier 1974 relatif à la réglementation des pouponnières

<sup>20</sup> Contrôle des structures sociales et médico-sociales - Cahier n° 1 - Aide à la construction du contrôle d'un établissement ou d'un service prenant en charge des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant de l'aide sociale à l'enfance

Un premier plan d'action pour la bientraitance a été promu en 2000, lors d'une déclaration de Mme Ségolène Royal, ministre déléguée à la famille et à l'enfance, sur les mesures à prendre pour protéger les enfants maltraités. L'axe 3 du plan annoncé vise à lutter contre la maltraitance institutionnelle en renforçant la protection des agents déclarant des faits, en créant une cellule nationale de suivi des actes de maltraitance en institution et en accentuant la vigilance à l'occasion des recrutements. Ce fut le premier et dernier plan.

Une réforme de la protection de l'enfance est aujourd'hui à l'œuvre, suite à l'évaluation de la loi de 2007<sup>21</sup>. La Ministre actuelle a présenté la feuille de route pour 2015-2017 et l'un des objectifs majeurs est de « *Sortir la protection de l'enfance de l'angle mort des politiques publiques, pour porter un projet politique partagé en faveur des enfants les plus vulnérables.* »<sup>22</sup>. Elle proclame également en valeur « *la perspective de la bientraitance comme moteur de toutes les actions* ». L'amélioration de la gouvernance devrait être ainsi améliorée et notamment l'accompagnement des établissements. « *Renforcer les contrôles et prévenir les violences institutionnelles* » est l'un des leviers de changement de la politique annoncée. Des mesures non législatives devraient clarifier les modalités d'accompagnement des établissements et leur soutien dans leur mise en œuvre d'une démarche de bientraitance...

#### **1.4 De l'éthique au droit ?**

Au sens du droit, la lutte contre la maltraitance est évoquée dans le CASF, sans être définie. Le législateur crée des outils juridiques qui doivent permettre la garantie du respect des droits des usagers ainsi qu'une évaluation interne et externe obligatoire des activités et de la qualité des prestations. La gestion des risques de maltraitance pour les usagers ne fait pas l'objet d'une commande claire dans ce secteur. Il n'existe pas de dispositions explicites au sein du CASF. La remise de ces outils est-elle suffisante ? Suffit-elle à prévenir les risques de maltraitance ?

Pour autant, l'évaluation des risques que peuvent produire les établissements pour les enfants est un questionnement essentiel afin de mesurer la garantie d'un accompagnement respectant les usagers. Cette démarche courageuse participe de la bientraitance car les professionnels doivent se substituer à la grande vulnérabilité des usagers liée à leur âge, leur détresse. Les mineurs sont par essence vulnérable et particulièrement suggestibles, ils nécessitent une protection et une suppléance dans la mise en œuvre de leurs droits et

---

<sup>21</sup> Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

<sup>22</sup> Protection de l'enfance, feuille de route 2015-2017, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Secrétariat d'état chargé de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie

invitent les professionnels à porter un regard objectif sur la recherche et l'identification de facteurs de risques pouvant porter atteintes aux jeunes accueillis. Ainsi, la lutte contre la maltraitance induit la notion de prévention et de gestion des risques dans le secteur social et médico-social. Le cadre réglementaire<sup>23</sup> fixé pour les évaluations interne et externe comprend un volet relatif à ce dispositif. Le cadre juridique a mis en évidence plusieurs moyens de lutte contre le risque de maltraitance et ouvert un espace de réflexion à ce que pourrait être un environnement bientraitant.

La culture de bientraitance n'a pas été traduite en droit positif, la circulaire n°DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les ESMS relevant de la compétence des ARS rappelle qu' « *Il appartient dès lors à l'État, garant de la protection des personnes vulnérables, [...] d'accompagner les structures dans la mise en œuvre d'une politique active de bientraitance et, le cas échéant, de sanctionner tout acte grave de maltraitance.* »

La bientraitance fait l'objet de plusieurs circulaires ou instructions sans être définie. Le législateur ne se l'est pas approprié non plus mais la cite toutefois parmi les missions de l'ARS, intégrant ainsi la bientraitance dans le Code de la santé publique : « *elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* »<sup>24</sup>

Mais qu'est-il entendu par bientraitance ? Le concept de bientraitance n'est pas traduit en terme juridique du fait de la difficulté à lui donner une définition, la définition et la démarche de mise en œuvre doit faire l'objet d'une réflexion collective dans les établissements afin d'en garantir l'appropriation. Il s'agit de réfléchir à la façon dont les droits de l'enfant sont effectivement mis en œuvre dans son intérêt supérieur. La création de l'ANESM, sous l'égide de la promotion de la bientraitance, vise à accompagner les établissements dans la définition et l'appropriation de la démarche, l'associant par là même aux démarches d'évaluation et de qualité. Ce concept est ainsi promu dans tout le secteur social et médico-social et importé dans le champ sanitaire ainsi qu'en témoigne les publications de la HAS et le dernier référentiel pour la certification des établissements de santé.

Il convient ici de rappeler les ambitions de la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la création du conseil national d'évaluation sociale et médico-sociale, le

---

<sup>23</sup> Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

<sup>24</sup> Article L1431-2 du Code de la santé publique

CNESMS, qui consacre l'introduction de l'évaluation et la qualité dans le secteur. L'évaluation vise, d'une part, à poser un rempart aux risques de maltraitance institutionnelle en conduisant les directions à mener une évaluation de la qualité de leurs prestations et, d'autre part, à accroître la maîtrise du fonctionnement des structures. Roland Janvier<sup>25</sup> rappelle le difficile équilibre à trouver dans les démarches d'évaluation. « *Le CNESMS promouvait une évaluation ouverte* »<sup>26</sup>, [afin de ne pas enfermer les établissements dans un système normatif de vérification des conformités, consacrant ainsi toute la complexité du secteur social à rationaliser les relations humaines], *il a été mis fin à ses fonctions* ». Le positionnement pris par le CNESMS venait se heurter à la volonté du gouvernement d'instaurer une démarche qualité dont les concepts et la méthodologie avaient déjà fait leur preuve dans le secteur industriel et sanitaire. Créé par la loi n° 2002-2 et installé en 2005, le conseil avait vocation à accompagner les établissements dans leurs démarches d'évaluation et de produire des recommandations de bonnes pratiques. L'ANESM, créée par la LFSS de 2007 sous la forme d'un groupement d'intérêt public relevant de l'État, prend la suite et tente de répondre aux objectifs de la réforme. Proclamée agence de la bientraitance par Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, dans le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance en mars 2007, l'agence « *constitue un élément clé du dispositif de mise en place effective des démarches de bientraitance.* »

## 1.5 Évaluation ou contrôle, une régulation différente

À l'aide de ses RBP, l'ANESM doit accompagner les établissements vers une culture de la bientraitance. Cependant, si les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM répondent à certaines thématiques, aucune ne porte sur une démarche ou une méthode systémique. Une recommandation « cadre » est consacrée à la bientraitance, posant un cadre de référence dont les établissements peuvent s'inspirer tout en gardant la liberté de leur méthodologie. Ainsi, la bientraitance reste un concept qui trouve des repères de mise en œuvre au sein des recommandations de l'ANESM.

Les recommandations de bonnes pratiques ne doivent pas être considérées comme des normes enfermantes mais comme une orientation à concrétiser les dispositions de la charte

---

<sup>25</sup> Docteur en sciences de l'information et de la communication et directeur général de la Fondation Massé

<sup>26</sup> Journée régionale ANMECS « Évaluation : entre dynamique de prévention des risques et processus d'amélioration continue de la qualité » IRTS Reims, 20 février 2015 – intervention disponible sur le blog de l'auteur

des droits et libertés des personnes accompagnées. Elles peuvent permettre le cas échéant de valoriser les fonctionnements existants et à tout le moins d'entamer une réflexion et une amélioration. Le respect de la réglementation et des RBP de l'ANESM seront pourtant examinés à la lecture des rapports d'évaluation des établissements.

Les établissements sont tenus de s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, lorsqu'elles existent. La question de savoir si ces recommandations sont opposables dans leur contenu n'est aujourd'hui pas tranchée. Différentes théories sont avancées. Par exemple, Me POINSOT, sur son blog, commente l'arrêt du Conseil d'Etat, du 27 avril 2011, Association FORMINDEP c/ HAS, n° 334396 sur la portée juridique des recommandations de la HAS. Le Conseil d'état considère les recommandations comme des actes réglementaires, susceptibles de recours et rappelle « *qu'eu égard à l'obligation déontologique, incombant aux professionnels de santé en vertu des dispositions du code de la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment de ces recommandations de bonnes pratiques, ces dernières doivent être regardées comme des décisions faisant grief susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir.* ».

Le commentateur d'arrêt émet la supposition que la même considération pourrait être appliquée aux RBP de l'ANESM. Le dictionnaire juridique de l'action sociale porte la même analyse en rappelant que les RBP « *représentent l'état de l'art qui fait consensus à un moment donné. Une pratique n'est pas bonne dans l'absolu. Elle l'est par rapport à un objectif à atteindre.* » Il rappelle l'obligation des professionnels de se tenir informés des règles de l'art. L'analyse est poursuivie à juste titre sur le contenu de l'article L312-8 du CASF qui précise que les évaluations sont réalisées au regard des RBP, ce qui donne un fondement juridique à leur utilisation.

La bientraitance s'impose alors aux établissements et s'introduit dans les points de contrôle des autorités. L'absence d'une politique de bientraitance pourra-t-elle être sanctionnée au même titre que la maltraitance institutionnelle relevée à l'occasion de contrôle ? Si les concepts de maltraitance et de bientraitance relèvent d'autorités de régulation différentes, la bientraitance est cependant sous-jacente à l'objet des contrôles.

Les contrôles ou inspections sont exercés par les autorités compétentes, conformément à l'article L 313-13 du CASF : « *Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.* » Il s'agit ici du Conseil départemental. L'article rappelle également les compétences du représentant de l'État dans le département qui peut diligenter des contrôles d'ordre public. Et enfin il pose la distinction entre contrôle et inspection laquelle porte sur l'objet : « *Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être*

*physique ou moral des bénéficiaires accueillis dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et social ».*

<sup>27</sup>. Le dernier guide méthodologique pour la construction d'un contrôle indique que les contrôles s'appuient des règles et peuvent prendre en compte des recommandations dans l'analyse de la situation.

À ce titre, le cahier d'aide à la construction du contrôle d'un établissement ou d'un service prenant en charge des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant de l'aide sociale à l'enfance, de l'IGAS datant de 2014, inscrit la politique de bientraitance dans sa cartographie des processus d'un établissement type, au sein de la fonction « gestion de la qualité ». Les objectifs du contrôle seraient ainsi d'apprécier le degré d'implication des instances dirigeantes et l'engagement du directeur pour la promotion de la bientraitance et s'assurer de l'existence de protocoles et de leur application dans le cadre de la sécurité des personnes. Les inspecteurs vérifieront s'il existe une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risques, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels ...)

La bientraitance ne doit pas se limiter aux « bonnes pratiques » mais être portée au rang des valeurs éthiques et habiter ainsi toutes les strates d'un environnement institutionnel.

Les sanctions peuvent mener à la fermeture de l'établissement notamment lorsque sont constatées des infractions susceptibles d'entraîner la mise en cause de la responsabilité civile ou pénale ou au titre de l'ordre public, s'il est porté atteinte à la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être des bénéficiaires.

Alors entre contrôle et évaluation, comment mesurer la bientraitance ? L'évaluation se distingue d'un contrôle de normes, elle trouve son fondement dans le décret de 2007 : *« L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs tels que précisés ci-après, en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique. »*

Les résultats de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations prévue à l'article L 312- 8 du CASF sont soumis à une transmission aux ACT mais les évaluations interne et externe se distinguent sur leur rapport au renouvellement de l'autorisation. La première se

---

<sup>27</sup> Article L 313-13 du CASF

fonde sur un référentiel construit par l'établissement<sup>28</sup>, la seconde est réalisée par un organisme extérieur et selon un cahier des charges réglementaire<sup>29</sup>. Ces évaluations visent à inscrire les établissements dans une démarche continue d'amélioration de leurs prestations et sont réalisées au regard de procédures de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou en cas de carence élaborées par l'ANESM. La réalisation et les résultats de l'évaluation externe conditionnent le renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans. L'absence d'évaluation interne tous les 5 ans n'est pas sanctionnée mais peut interpeller l'ACT.

La bientraitance apparaît donc opposable au titre des recommandations de bonnes pratiques. Quels sont les éléments à réunir pour développer une politique de bientraitance ?

Les contraintes juridiques ont ouvert un espace à la réflexion éthique dont il appartient à chaque dirigeant de se saisir afin de poser un cap à l'institution selon lequel il souhaite la diriger. Ainsi la bientraitance en tant que valeur éthique nécessite d'être réfléchie collectivement pour trouver le sens qu'on veut lui donner et la façon dont on souhaite la mettre en œuvre, tout en gardant à l'esprit le risque de maltraitance et en se référant aux recommandations de bonnes pratiques.

## **1.6 La bientraitance en tant qu'environnement institutionnel**

La bientraitance est un concept traductible en démarche qui engage le directeur, garant de l'environnement institutionnel.

La RBP-cadre de l'ANESM en esquisse les contours et fixe des repères pour la mise en œuvre. Elle précise toutefois qu'il s'agit d'une « démarche volontariste » qui « *situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La démarche est à la fois positive et mémoire du risque* »<sup>30</sup>. La RBP précise qu'une « *culture de la bientraitance ne peut intervenir que pour autant que les besoins primordiaux de sécurité des usagers soient effectivement pris en compte* »<sup>31</sup> et recommande vivement aux

---

<sup>28</sup> Circulaire DGCS/SD5C no 2011-398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>29</sup> Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>30</sup> RBP ANESM, « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » juin 2008, p. 13

<sup>31</sup> Ibidem, p. 25

établissements d'en prendre les mesures nécessaires « *par l'identification et la prévention de tous les risques concernant spécifiquement les populations accompagnées.* ».

Le repérage des risques des maltraitances est donc une étape incontournable au service d'une démarche de bientraitance. Pour autant, l'appropriation des RBP, l'engagement dans la démarche et son succès sera tributaire de la volonté du directeur et de sa capacité à fédérer les professionnels autour du concept. La construction d'un environnement générateur de bientraitance lui appartient, c'est son système de management qui sera évalué, voire contrôlé, cf. cahier de contrôle de l'IGAS.

Le directeur devra définir une stratégie, la structurer dans l'organisation et en assurer l'exécution et l'évaluation. Sans feuille de route précise, il convient de s'inspirer des travaux des autres secteurs et de ceux de l'ANESM pour la mise en œuvre d'un environnement bientraitant. La HAS par exemple, dans son approche du concept de bientraitance dans les établissements de santé, propose la définition suivante : « L'institution favorise la bientraitance du patient, de l'usager, par l'intégration de cette dimension dans l'ensemble de ses processus dont les processus de pilotage et supports. Le processus de pilotage se définit dans le management et l'amélioration de la qualité et la gestion des risques. Les processus supports intègrent la gestion des ressources humaines, la gestion du système d'information, l'hôtellerie, les achats-approvisionnements médicaux, l'hygiène, la sécurité-maintenance ainsi que la logistique. » Cette mise en œuvre nécessite un management par les processus, ce qui n'est pas forcément le management retenu dans les établissements de protection de l'enfance.

L'ANESM a publié très peu de recommandations pour le secteur de la protection de l'enfance et la RBP relative à la bientraitance ne pose que des repères. La RBP-cadre de l'ANESM sur la bientraitance approche la notion, tantôt comme une démarche, un concept, une posture, une culture. Il appartient effectivement aux établissements de la définir et de l'ériger en objectif. Selon les repères de l'ANESM, la définition des valeurs et intentions, la vigilance, la mobilisation des professionnels et l'amélioration continue apparaissent comme des vecteurs de bientraitance et contribuent in fine à générer un environnement bientraitant. L'environnement nécessite un cadre formalisé évaluatif. La RBP poursuit sa tentative de définition par l'énoncé des fondamentaux qui y sous-tendent. La bientraitance naît d'un « questionnement éthique » qui guide les pratiques, elle naît d'une recherche collective de sens. Ce sens se fonde sur « *les valeurs de liberté, justice, de solidarité et de respect de la dignité.* » Les travaux de l'ANESM aboutissent à 4 dimensions, « *complémentaires et inséparables* » pour la mise en œuvre d'une culture de la bientraitance :

- l'usager co-auteur de son parcours,
- la qualité du lien entre professionnels et usagers,
- l'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes, et enfin,
- le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

L'élaboration d'une politique de bientraitance nécessite donc au préalable un diagnostic de l'établissement, une identification et un traitement des risques liés à la vulnérabilité des jeunes accueillis. Ce diagnostic devra être régulièrement entretenu par la sensibilisation des professionnels aux notions de maltraitance et de bientraitance et la remontée d'information à ce sujet. Une analyse des dimensions requises pour une démarche de bientraitance complètera le diagnostic avant d'aboutir à des préconisations pour la formalisation d'une culture de bientraitance. Christian PEROZ dans son ouvrage « *La démarche qualité, vecteur de bientraitance* » souligne que « *la recherche de bientraitance exige de se doter de normes ou de règles de conduite, de valeurs qui doivent être mises en pratique et faire l'objet d'une réflexion systématique* ». Il évoque la démarche, comme une démarche apprenante, refusant les certitudes par des évaluations régulières. « L'apprentissage continu » doit être favorisé par l'institution offrant « des espaces de paroles, des temps de régulation, d'échanges formalisés, les pratiques étant lisibles et le projet formalisé. » L'auteur rappelle également à juste titre que la notion de bientraitance concerne également les professionnels qui, « *s'ils se sentent estimés et reconnus, seront plus aptes à exercer leur métier en plaçant le bien-être des usagers au centre de leur mission.* »

Du croisement de ces données apparaissent les outils et leviers d'action pour la promotion de la bientraitance au sein d'un établissement :

- l'engagement du directeur dans la démarche, sans lequel la démarche ne peut être intégrée,
- des espaces de parole pour les professionnels visant à les soutenir dans leur quotidien,
- une recherche de définition des notions de maltraitance et bientraitance associant les professionnels et les usagers, au regard de l'histoire et de l'organisation de l'établissement, au sein d'un espace de réflexion pérenne,
- l'érection de la bientraitance en tant que valeur et objectif d'action au sein même du projet d'établissement, le projet d'établissement donnant le sens et les orientations pour les 5 années à venir,

- la recherche de formalisation, non pas des pratiques, les relations humaines ne pouvant faire l'objet de protocoles, mais des principes qui les animent et qui les cadrent tout au long de l'accompagnement des usagers,
- une organisation permettant l'amélioration continue des pratiques et du fonctionnement par la prévention et la gestion des risques et la promotion des bonnes pratiques.

-----

La bientraitance n'a pas donc pas donné lieu à une définition claire et précise. C'est un concept issu des pratiques professionnelles qui a fait l'objet d'une saisine par les pouvoirs publics pour contrer le risque de maltraitance et donner une valeur positive à l'accompagnement des personnes vulnérables, qui intrinsèquement induit le risque de maltraitance. L'ANESM, créée par la LFSS 2007, proclamée comme agence de la bientraitance, n'a elle-même pas arrêté une définition et oscille entre concept, démarche, posture. Elle pose les repères mais laisse aux dirigeants le soin de décliner l'approche au sein des établissements. En effet, il ne s'agit pas d'appliquer les RBP selon des comparaisons synoptiques, mais bien de mener une réflexion pluridisciplinaire sur ce que peut être un accompagnement bientraitant et sur ce qu'il requiert comme moyens incontournables. Forte d'une connotation positive, elle ne peut effectivement être le simple contraire du risque de maltraitance mais appelle à une réflexion continue sur l'action quotidienne auprès des jeunes accueillis et leurs problématiques et la façon la plus adaptée de mener à bien leurs accompagnements.

Ainsi, les fondamentaux fixés par l'ANESM sont des dimensions à explorer afin de garantir un environnement bientraitant, traduisant ainsi le sens que souhaite donner le directeur et les professionnels à leurs principes d'intervention.

Le directeur est garant de cette promotion au sein de l'établissement et celle-ci doit se traduire par un engagement responsable traduit dans son mode de management.

L'accompagnement et le rappel régulier des principes sont nécessaires pour les professionnels qui risquent de se laisser envahir ou dépasser par la difficulté de leurs missions. Responsable de la sécurité et du bien-être des professionnels et des usagers, le directeur doit développer un cadre sécurisant et protecteur.

Une mise en pratique de cette approche sera tentée en seconde partie par un diagnostic de l'établissement en regard des droits des usagers, puis l'exploration des outils juridiques de lutte contre la maltraitance, pour enfin confronter la situation de l'établissement aux fondamentaux prescrits par l'ANESM.

## **2. Le Centre de l'enfance Henri Fréville, un établissement bienveillant et contenant**

L'introduction de l'établissement ne peut se faire sans un passage historique afin de mesurer le chemin parcouru vers une politique de non-violence. L'établissement a développé une expertise reconnue en matière d'apaisement de l'enfant et d'accueil d'urgence. Le respect de l'utilisateur notamment au travers de sa participation tant à son projet qu'au projet de l'institution est une préoccupation permanente.

Cependant, la démarche de non-violence est peu formalisée et il n'existe pas de dispositif permettant de vérifier et prouver le respect de ce principe et le respect de l'utilisateur au sein des services. La nécessité de se doter d'un dispositif de prévention et de traitement des risques liés à la vulnérabilité des usagers est prônée à plusieurs reprises, dans le cadre de la lutte contre la maltraitance et de la promotion de la bientraitance ou dans le cadre plus global d'une politique de qualité et de gestion des risques.

Une fiche incident a été construite et est aujourd'hui utilisée pour identifier, prévenir ou traiter les risques professionnels dans l'établissement et venir alimenter le document unique d'évaluation des risques professionnels requis par le Code du travail<sup>32</sup>. L'idée de l'élargir à tous les risques est ici évoquée, pour autant il convient de réaliser le même travail en amont, soit un document unique pour les risques usagers. Il conviendra également de réfléchir, au moment des préconisations, au circuit de cette fiche et à l'instance qui pourrait être chargée de l'analyse et du suivi du document unique.

Dans un premier temps, l'expérimentation d'un document unique d'évaluation des risques pour les usagers, sera un outil idéal pour poser un diagnostic et accompagner les équipes professionnelles à porter un regard objectif sur leurs pratiques et fonctionnements eu égard au respect de l'utilisateur et de vérifier si la sécurité de base, requise pour l'accompagnement des usagers, visant à garantir, leur sécurité, leur santé et leur bien-être au sein de l'établissement, est satisfaite.

---

<sup>32</sup> Article R4121-1 et s. du Code du travail : L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques.

## 2.1 Méthodologie d'investigation

Après une analyse des risques a posteriori par l'étude des dossiers d'assurance en responsabilité civile, des questionnaires de satisfaction, des fiches incidents pour les professionnels, des protocoles existants, des rapports d'activité et de deux procès-verbaux de visite de conformité, un premier état des lieux a été dressé.

Les facteurs de risques identifiés dans les fiches incidents émanent, d'une part, de comportements individuels et font suite à des situations de violence entraînant blessures, risques de défenestration et atteinte à l'intégrité psychique du groupe. Cependant, les services déclarants ne sont qu'au nombre de trois et les situations déclarées concernent deux usagers en particulier.

La dernière visite de conformité a, quant à elle, pointé des facteurs de risques dans les locaux provisoires de la pouponnière : absence ou méconnaissance de protocoles d'hygiène et de soins, méconnaissance des consignes en cas d'incendie, risques liés à la qualité de l'air, croisement des circuits linge, déchets, repas, absence d'harmonisation des pratiques professionnelles, inadaptation de l'équipement ou des locaux, insécurisation du rangement des médicaments.

Il apparaît important de souligner, que jusqu'alors, les visites de conformité ne se pratiquaient pas et que les services du Conseil général, dans le cadre de leur réorganisation, ont créé en mai 2014 un service dédié aux établissements et services qui vise peu à peu à répondre aux missions dédiées aux ACT.

La création d'une grille d'évaluation des risques pour les usagers par lieu de vie a été l'une de mes missions principales. Considérant l'actualité et la dynamique institutionnelle, il n'a pas été jugé opportun de créer un groupe de travail. Mes principaux interlocuteurs ont donc été l'équipe de direction et l'équipe d'encadrement.

Partant ex nihilo, une première proposition d'identification des risques selon le processus d'accompagnement de l'utilisateur a été faite mais a été jugée trop enfermante.

Inspirée du guide de prévention de la maltraitance dans les établissements accueillant des personnes âgées et handicapées<sup>33</sup>, j'ai proposé une grille similaire et adaptée aux enfants et adolescents accueillis. Le document unique pour les usagers a été construit sur la base

---

<sup>33</sup> Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés, *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode, repères, outils*, décembre 2008

de la charte des droits et libertés des usagers, et vient interroger le respect des droits dans les 4 dimensions composantes du séjour en établissement : risques liés aux conditions d'installation, risques liés à l'organisation et au fonctionnement, risques liés aux conditions de l'accompagnement, risques liés aux comportements individuels.

Celle-ci a fait l'objet d'un consensus, après avoir cependant été complétée d'exemples afin d'éclairer les professionnels.

La grille a été testée à la pouponnière, service volontaire et acculturé à ces questions par la récente visite de conformité, puis au Jardin d'enfants, service dans lequel j'assurai l'intérim de la chefferie. L'outil s'avérant probant, il a été élargi à tous les services d'internat, cependant, la durée du stage ne m'a pas permis de finaliser l'identification et surtout l'évaluation sur tous les services.

L'analyse des risques identifiés, des outils juridiques et ceux déployés dans le cadre de la politique de non violence, puis celle des fondamentaux de la bientraitance contribueront à poser un diagnostic.

## **2.2 Le cheminement de l'établissement vers une culture de non – violence**

Le choix des mots est ici volontaire et adapté à la culture de l'établissement. En 1986, une étude a été menée par le Conseil général d'Ille et Vilaine quant à l'avenir du foyer départemental au regard de son coût et de ses modalités de fonctionnement qui généraient de la violence au sein des groupes. Ce rapport aboutit à l'affirmation du maintien de l'institution en tant que telle pour les jeunes enfants et le développement d'un placement familial spécialisé dans l'accueil d'urgence au sein de l'établissement. Un groupe d'adolescents pourrait être supprimé pour un groupe unique devenant mixte. L'hypothèse d'un service hors les murs pour les adolescents ne trouvant pas de réponse adaptée dans le collectif est également avancée. La baisse du nombre de places et le redéploiement vers des dispositifs innovants devait permettre un accompagnement de meilleure qualité.

Les réflexions et hypothèses avancées ont conduit à l'érection du Centre départemental de l'enfance en établissement autonome : le Centre de l'enfance Henri Fréville, dans un objectif de plus grande souplesse et de responsabilisation afin de permettre la bonne réussite de la restructuration envisagée.

Dans les mêmes années l'établissement participe à l'expérimentation de l'Opération pouponnières, opération ministérielle initiée en 1983, accompagné en cela par Dominique

Fablet<sup>34</sup> et Paul Durning<sup>35</sup>. La baisse du nombre de places et la restructuration de la pouponnière en trois unités ont permis de travailler différemment et ont contribué à l'amélioration des pratiques. Les prémisses de projets bienveillants ont été posées.

Face aux problématiques des populations adolescentes accueillies, une réflexion sur la violence dans l'institution s'est poursuivie. En effet, l'institution vivait une situation inextricable, animée par la « loi du plus fort » et des relations en symétrie entre professionnels et usagers. Le travail initié s'est poursuivi avec les deux experts en sciences sociales. La mixité des groupes et la verticalité ont été des projets révolutionnaires dans le secteur.

Dès lors, plusieurs bouleversements sont venus modifier le fonctionnement et surtout les postures professionnelles pour juguler l'exacerbation des crises de violence et ne pas produire de contamination de la violence.

Dans le cadre du schéma départemental, un important travail de réflexion sur l'adaptation des modes de réponse du CDE est réalisé en interne, aboutissant à un document intitulé « schéma départemental et évolution des modes de réponses du Centre de l'enfance ».

Un conseil éducatif est créé, chargé de la réflexion et la structuration des pratiques, en particulier la référence éducative et le projet de prise en charge. Divers projets innovants sont ensuite développés : le service de placement familial pour l'accueil d'urgence, un projet de studios dans la « cité » pour les adolescents

Dominique Fablet souligne l'importance de l'accompagnement des professionnels dans leurs pratiques quotidiennes. Et il précise que : « *Ce n'est donc pas tant sur le plan de la connaissance que l'on peut escompter des apports des pratiques d'intervention [...] l'apport essentiel se situe au niveau de l'action ; c'est pour cette raison qu'il apparaît indispensable d'aider les professionnels à résister aux routines envahissantes de la pratique. La présence de chercheurs, d'intervenants ou de formateurs semble souvent constituer une garantie pour la stimulation de professionnels trop souvent enfermés dans l'entre-soi.* »<sup>36</sup>

Les agents ont bénéficié de formation collective à la non violence, axe permanent du plan de formation, et ont participé aux réflexions sur les projets institutionnels. La direction n'a

---

<sup>34</sup> Docteur en sciences de l'éducation. Enseignant-chercheur à l'Université Paris X-Nanterre dans le département de sciences de l'éducation.

<sup>35</sup> Professeur de sciences de l'éducation à l'université Paris Ouest-Nanterre-La Défense, il a dirigé l'Observatoire national de l'enfance en danger, dont il a participé à l'élaboration, de 2004 à 2009.

<sup>36</sup> « Dominique Fablet (1953-2013) », Vie sociale 3/2013 (N° 3) , p. 7-9

pas hésité à évincer les agents et chefs de service qui n'adhéraient pas au principe de non violence.

Les principes généraux guidant l'action du CDE se sont construits autour de la volonté de « *limiter les dommages liés à l'éclatement du milieu familial et à relativiser ceux liés à la perte maternelle ou parentale, par un dispositif éducatif spécialisé dans l'accueil d'urgence et l'accompagnement de la crise, bien que le sens commun prête aux internats pour enfants et, en particulier, pour les jeunes enfants, la responsabilité de traumatiser ceux-ci et sont souvent imaginés ou ressentis comme des milieux négatifs.* » - Projet d'établissement 1999.

Initialement présentée comme une « prétention », cette affirmation est devenue aujourd'hui un point d'expertise du CDE. Les modes d'action adoptés très tôt visaient à préserver l'intégrité de l'enfant, lui donner une place de sujet de droit, non seulement dans la vie quotidienne, mais aussi dans son histoire, à établir avec l'enfant une relation différenciée des parents, à mettre en place un rapport humain duquel les parents ne sont pas exclus, à maintenir les liens existants en particulier avec les parents et en créer d'autres tout aussi importants. L'établissement a ainsi développé un réel savoir-faire pour l'accueil et l'apaisement des jeunes. Ce portage institutionnel de non-violence a été érigé en valeur de l'établissement. Régulièrement formés aux postures et à la communication non violente, les professionnels sont également mobilisés par un management participatif et une dynamique de projets institutionnels.

Ces éléments suffisent-ils à garantir un environnement bienveillant ? Quels sont les ressentis des professionnels, des usagers ? Qu'est-ce qui prouve que sont mis en œuvre les principes de bienveillance et de non violence au sein des services ? Comment se traduit la lutte contre la maltraitance prescrite par le législateur ?

### **2.3 L'identification et l'évaluation des risques pour les usagers**

Le rapport d'évaluation externe pointe l'absence de dispositif d'évaluation et de prévention des risques « usagers » et propose de mener une réflexion sur un dispositif identique à celui produit pour les professionnels afin d'identifier les risques pour les usagers liés à leur vulnérabilité et par là-même à leur impossibilité selon les âges de signaler un événement indésirable.

Le directeur doit pouvoir garantir la sécurité et la protection des professionnels comme des usagers, qui sont placés sous sa responsabilité. La prévention des risques participe de ses missions opérationnelles. De manière générale, dans les établissements sociaux et

médico-sociaux, cette prévention est réalisée manière cloisonnée en réponse aux obligations légales et réglementaires : ERP, sécurité incendie, risques professionnels...

Le risque de maltraitance, inhérent à l'accueil de personnes vulnérables, est prévenu par le déploiement des outils juridiques de la loi 2002-2. Mais ces outils ne sont pas suffisants.

La démarche d'évaluation et d'identification des risques pour les usagers a donc été initiée et, après validation par la direction dans un premier temps, a été présentée en réunion d'encadrement. Elle a été présentée sous le signe du respect des droits des usagers sans évoquer la maltraitance en tant que telle, respectant ainsi les valeurs et le cheminement de l'établissement et des professionnels. Les objectifs annoncés de la démarche ont été les suivants :

- vérifier si l'organisation et le fonctionnement de l'établissement permettent de répondre à l'obligation d'assurer la sécurité et la protection des personnes accompagnées en référence aux normes en vigueur et aux droits des usagers,
- procurer une sécurité de base à travers l'organisation et le fonctionnement de l'établissement ;
- compléter le dispositif de gestion des risques existants (risques professionnels, sécurité des bâtiments...);
- sensibiliser les professionnels à poser un regard objectif sur tout incident qui pourrait porter atteinte à la sécurité ou à la protection tant des usagers, que des professionnels ou des visiteurs, le faire remonter et ainsi contribuer à une démarche globale d'amélioration continue des prestations. La démarche ne doit justement pas être assimilée à une recherche de faute ou de responsabilité.
- anticiper ainsi la mise en place d'un dispositif qui fera l'objet d'une évaluation à l'occasion des prochaines itérations d'évaluation interne et externe, et à terme sera sans doute un dispositif obligatoire, à l'image de ce qui se pratique dans le secteur sanitaire et médico-social.

La crainte des chefs de services éducatifs que la démarche vienne entraver la prise de risque nécessaire à toute action éducative ou à la créativité et l'expérimentation nécessaires a été écartée. En effet, nous avons acté le principe que les risques pris lors d'accompagnement individuel étaient appréhendés au cas par cas et validés par le chef de service et n'entraient pas dans la démarche en cours, qui ne vise que les risques liés au fonctionnement institutionnel.

L'outil validé, cf. annexe 1, a été présenté en réunion de service de la pouponnière, service pilote, qui venait par ailleurs d'être sensibilisé aux risques des suites d'une visite de

conformité. Après une première présentation, des temps de travail en équipe ont permis d'identifier les situations risquant de porter atteinte aux droits et au respect des bébés accueillis. L'expérimentation a été poursuivie au « Jardin d'enfants », dans lequel j'ai assuré l'intérim de chefferie de service pendant 6 semaines. Des réunions de fonctionnement spécifiques ont été organisées afin d'aborder une à une les catégories de facteurs de risques. Les droits des usagers y ont été opposés permettant ainsi d'accompagner les équipes à l'identification de situations pouvant porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique des usagers.

L'outil s'étant avéré probant, il a été déployé sur tous les services d'internat. La durée du stage n'a pas permis de mener l'identification et l'évaluation à terme. Pour autant, la démarche a permis aux équipes de déceler certains dysfonctionnements et surtout de prendre du recul sur leurs pratiques et organisations afin de réfléchir collégalement aux éléments qui pourraient être améliorés.

Des propositions de corrections ont été évoquées. Toutefois il appartiendra à l'instance chargée du suivi du document unique d'en analyser et prioriser les actions.

La synthèse des risques identifiés est concentrée au sein du tableau suivant :

	ALIZEE, OCEANE et KALLIMA Unités de la pouponnière dans ses locaux provisoires – 3 unités de 6 places pour des enfants de 3 jours à 3 ans	JARDIN D'ENFANTS 8 places pour des enfants de 3 à 8 ans	ALBATROS 10 places pour des enfants de 8 à 16 ans	TARMAC 4 places en semi-collectif, 8 places en studio et une place en suivi individualisé pour des adolescents de 15 à 18 ans	CHRYSALLIS 6 places dans une maison, 6 places en studio et une place en suivi individualisé pour des adolescents de 15 à 18 ans
Risques liés aux conditions d'installation	<p><b>Intimité, perturbation des cycles</b> : isolation phonique, une ou pas de chambre individuelle. Cohabitation étroite</p> <p><b>Sécurité</b> : pas de dispositif de surveillance à l'entrée</p> <p>Fixation des sièges automobiles</p> <p>Absences de veilleuses de secours en cas de coupure d'électricité</p>	<p>Insécurité : absence de réflexion globale sur les règles de sécurité incendie (formation du personnel, comptage des enfants, retraits de poignées aux portes et aux fenêtres)</p> <p>Insécurité et risque de blessures : porte d'entrée très lourde, pas d'interphone</p> <p>Hygiène et risque alimentaire : absence de protocoles</p>	<p>Intimité : pas d'espace pour recevoir les parents. Chambre d'urgence ne permet pas le respect de l'intimité (salon), absence de sas à l'entrée.</p> <p>Sécurité : fenêtres non sécurisées, pas de détecteurs de fumée dans les chambres, ouvertures non sécurisées au rez de chaussée</p>	<p>Intimité : risque d'atteinte en cas d'accueil en surnombre. Pas d'espace pour les entretiens individuels. Bureau mal insonorisé.</p>	<p>Les risques recensés vont faire l'objet d'une étude par un programmiste afin d'optimiser les espaces.</p> <p>Les consignes de sécurité incendie n'ont pas été adaptées à la nouvelle maison</p> <p>Absence de protocoles d'hygiène</p>
Risques liés à l'organisation et au fonctionnement	<p>Perte d'informations : circulation de l'information par mail non maîtrisée</p> <p>Partenaires : absence du référent ou de suivi régulier : ralentissement de l'évolution du projet.</p> <p>Risque alimentaire : pas de protocoles pour les aliments venant de l'extérieur</p> <p>Défaut d'information, insécurité : personnel de remplacement</p>	<p>Défaut de surveillance ou de vigilance : absence de procédure d'accueil d'un nouveau professionnel</p> <p>Insécurité et risque d'incohérence : fonctionnements par habitude, règles variables selon les professionnels</p> <p>Rupture : pas de formalisation du partenariat avec les écoles</p>	<p>Défaut de surveillance, absence de personnalisation : ratios et roulement du personnel vs présence des jeunes (2 en journées, 1 le WE)</p> <p>Insécurité : gestes de premiers secours : formation insuffisante ( 1 service par an)</p> <p>Absence de protocoles sanitaires</p>	<p>Hygiène et sécurité alimentaire : absence de protocoles.</p> <p>Insécurité : absences d'exercice, pas de liste des jeunes présents, les nouveaux professionnels ne sont pas sensibilisés aux consignes</p> <p>Pas de protocoles pour les médicaments.</p>	<p>Insécurité : turn over de l'équipe, absence de cohésion d'équipe et de cohérence. Absence d'organisation de l'accueil des nouveaux professionnels.</p> <p>Accompagnement individuel : l'organisation du travail ne permet pas un accompagnement adapté. Le roulement des équipes nuit à la conduite de projet pour les jeunes.</p>
Risques liés aux conditions de l'accompagnement	<p>Individualisation de l'acc. : recours au DAI insuffisant</p> <p>Intégrité psychique : accueil collectif, impact des comportements des uns sur les autres</p> <p>Maintien du lien familial : distance liée à la planification des visites.</p> <p>Intimité : visites médiatisées sur le lieu de vie.</p> <p>Défaut de surveillance, insuffisance d'accompagnement lors de travail hors doublure, limitation des sorties</p>	<p>Vie privée : circuits croisés des familles en visite</p> <p>Accompagnement individualisé : temps d'observation individuel non développé, DAI non systématique</p> <p>Risque d'atteinte à l'intégrité psychique : violence ou crise au sein du groupe, risque de reproduction d'actes.</p>	<p>Accompagnement personnalisé : indisponibilité de l'équipe en raison des accompagnements à l'extérieur.</p>	<p>Rupture : pas de temps privilégiés pour les rencontres avec les partenaires</p> <p>Les équipes ne disposent pas systématiquement des autorisations de soins car plus signés par les CDAS.</p>	<p>Non abordé</p>
Risques individuels	<p>Comportements à risques des parents (violence, tabac, alcool)</p>	<p>Gestion au cas par cas</p>	<p>Gestion au cas par cas, protocole pour les jeunes alcoolisés en lien avec SOS médecins, accompagnement à l'usage des réseaux sociaux , rappel à la loi (stupéfiants)</p>	<p>Gestion au cas par cas. Evaluation des risques par l'équipe psycho éducative. Protocole avec SOS médecins</p>	<p>Non abordé</p>

## **2.4 L'analyse des résultats**

### **Risques liés aux conditions d'installation**

Certains points relevés sont intrinsèques à l'architecture des bâtiments et ne peuvent faire l'objet de résolution qu'au travers d'opération de restructuration des services, comme par exemple, les espaces dédiés à l'accueil des familles. Des opérations de travaux sont régulièrement programmées afin d'améliorer le confort et le bien être des jeunes accueillis. Tout obstacle à cet objectif est réfléchi par les équipes afin de trouver une alternative acceptable, comme par exemple, l'affectation en chambre individuelle selon les besoins de l'enfant.

Un facteur de risque important concerne la sécurité incendie. En effet, les exercices incendie et d'évacuation ne sont pas régulièrement organisés. Certains agents ne connaissent pas les consignes. Les enfants n'y sont pas sensibilisés. Certaines équipes se questionnent sur la compatibilité du retrait des poignées des fenêtres à l'étage, par souci de sécurité et la conformité aux règles de sécurité incendie. Une réorganisation et une planification de la fonction sécurité incendie s'impose.

### **Hygiène et sécurité alimentaire**

Tous les services ne sont pas satellitaires de la cuisine centrale et ne sont pas soumis aux normes HACCP. L'absence de protocoles en matière d'hygiène et de sécurité alimentaire a été soulignée. La visite de conformité des locaux provisoires de la pouponnière a émis des réserves quant à ce défaut de formalisation. Un important travail protocolaire et d'uniformisation des pratiques a été réalisé au sein de ce service, et pourra inspirer les services voisins. Ce travail de formalisation nécessitera cependant un pilotage central et un suivi de l'appropriation et de l'évaluation des procédures ou protocoles.

### **Risques liés à l'organisation et au fonctionnement**

Certains services fonctionnent par habitude et ne questionnent pas leurs pratiques. Deux services ont notamment soufferts d'une défaillance de la fonction encadrement. Les règles de vie ne sont pas formalisées dans tous les services.

L'accueil des nouveaux professionnels n'est pas organisé. Autant d'éléments qui peuvent nuire à un accompagnement de qualité et qui nécessitent d'être mis au travail. Les services ont une liberté et une souplesse d'organisation qui leur permet de moduler et d'adapter les accompagnements sans les enfermer dans des normes contraignantes. Cependant, certaines pratiques varient d'un professionnel à l'autre et une cohérence doit être recherchée afin d'assurer la stabilité du cadre de vie.

## **Risques liés aux conditions de l'accompagnement**

Certains risques sont liés aux contraintes de l'accueil en collectif, tels les crises ou les passages à l'acte, et sont traités au cas par cas. L'établissement a développé un document d'accompagnement individualisé, visant à fixer les objectifs du séjour et constituant un support de travail avec le jeune et sa famille le cas échéant. Son utilisation n'est pas systématique et demande un développement.

Certains partenariats ne sont pas entretenus, et des professionnels regrettent l'absence de temps dédiés pour les rencontres avec les partenaires.

## **2.5 Les outils juridiques de lutte contre la maltraitance et les outils développés dans le cadre de la culture de non-violence**

### **Les outils juridiques**

L'article L 311-4 du CASF dispose qu'« *afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :*

- a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie ;*
- b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.*

*Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. »*

Les livrets d'accueil ont été réalisés dès 2003-2004 par chaque équipe avec une partie institutionnelle pour chaque service. Il existe un livret pour les parents et une version adaptée pour les enfants. Ils sont remis et lus avec les enfants. Dans un service, il n'est pas utilisé, car obsolète.

Le règlement de fonctionnement a également été élaboré durant cette période. Le choix a été fait de ne pas l'annexer au livret d'accueil mais de l'afficher dans les services, à l'instar de la charte des droits et libertés. Il est mentionné dans le livret des parents qu'il est disponible sur simple demande. Rédigé succinctement, le règlement de fonctionnement présente les règles de fonctionnement communes à l'ensemble de l'institution et n'est pas décliné par service. Il rappelle, en son article 11 relatif à la protection des personnes, que « *l'établissement inscrit son action dans un principe de non violence. Tout acte de violence ou de maltraitance envers les usagers et leurs familles ainsi qu'envers le personnel est passible des sanctions prévues par le Code pénal.* ». Cependant, la mise en œuvre du

respect des droits des usagers n'est pas déclinée, alors même que le règlement de fonctionnement pourrait constituer un outil pédagogique tant pour les usagers, que pour les professionnels. Comment est respectée l'intimité par exemple ? Quel engagement de l'établissement ? Pourtant l'établissement apporte une réponse satisfaisante au respect de l'intimité et sa traduction au sein d'un document institutionnel permettrait d'approfondir la question avec les usagers et de mettre en valeur ce qui est réalisé.

Le document d'accompagnement individualisé n'est pas investi dans tous les services en support de contractualisation et de projection, un travail est en cours afin de l'intégrer.

La création des outils juridiques au CDE et l'affirmation des droits des usagers a renforcé le concept de bienveillance à l'œuvre. Les professionnels ont été sensibilisés et accompagnés vers une reconsidération de l'enfant et de sa famille. Une réflexion a été menée pour l'organisation de l'accès au dossier et surtout sur son contenu et celui des rapports éducatifs. Morceaux d'histoire d'une personne, ces écrits doivent être respectueux de la personne concernée. Cependant, les outils nécessiteraient d'être évalués. Certains adolescents rencontrés ne lisent pas le livret d'accueil. N'est-il pas assez attractif, ludique ? En quoi peut-il devenir support de l'accompagnement ?

### **Les outils développés dans le cadre de la démarche de non-violence**

À la suite de l'adaptation de l'offre de services dans les années 1990, le CDE a prévu des supervisions pour les équipes professionnelles. Ces espaces de parole sont aujourd'hui encore proposés à raison d'une supervision tous les deux ans par équipe. Cependant, ce terme « supervision » est employé largement et parfois remplacé par « analyse de pratiques ». Les termes ne sont pas définis, ni les objectifs de ces accompagnements professionnels.

En creusant, car ces termes m'étaient inconnus, il s'avère qu'il n'existe pas de définition précise de ces espaces, qui pourtant sont des évidences selon le personnel éducatif. Or, justement, sans définition et sans cahier des charges, ces espaces peuvent rapidement avoir des effets pervers. Jean-René LOUBAT, dans un article sur la supervision, rappelle que « *Les attentes vis-à-vis d'une supervision peuvent porter sur plusieurs champs et concerner plusieurs niveaux d'approche. Plusieurs champs : les attentes peuvent s'avérer davantage centrées sur l'acteur lui-même, sur une équipe, ou bien plutôt sur des situations professionnelles. Plusieurs niveaux méthodologiques : les attentes peuvent davantage faire appel à une démarche plutôt « objectivante », faisant appel à des jeux de rôle, à des mises en situation, à des exercices éventuellement filmés, bref, à des procédures établies, ou solliciter davantage une démarche subjectivée, faisant appel aux représentations des*

*acteurs, au retentissement personnel et affectif. Si l'on croise ces champs et ces niveaux, nous obtenons plusieurs thématiques. »<sup>37</sup>*

Certaines équipes pointent l'insuffisance de ces espaces en ce qu'ils les aident dans leurs réflexions sur les pratiques, sur la gestion de leurs affects, et la « bonne distance ». La bonne distance, régulièrement évoquée par les éducateurs, est rarement définie. Michel Terestenchko l'évoque comme *une « certaine manière d'être présent à l'autre. Dans la mesure où ce qui est en question, c'est bel et bien une attitude à avoir, nous sommes d'emblée placé dans le domaine de l'éthique »<sup>38</sup>*. Cette posture relève également de la réflexion éthique qui doit accompagner les professionnels dans leurs relations avec des enfants particulièrement vulnérables, relations mêlant les sentiments de souffrance, ce qu'ils peuvent renvoyer aux professionnels, la façon dont les professionnels réceptionnent la souffrance, et la façon selon laquelle ils ne se laissent pas envahir. Cette réflexion apparaît incontournable car travaillant avec des enfants en souffrance, dans le champ de la suppléance familiale, il convient justement pour les professionnels de trouver leur « place » et d'y rester. Faut-il désaffectiver les relations, faire l'impasse sur les affects que des relations « professionnels-usagers » génèrent ? Ces questions méritent d'être abordées collégialement afin de permettre au professionnel de trouver justement la bonne distance.

Dans certains services, les espaces de parole que sont les réunions de service et de fonctionnement ou les espaces de supervision ou d'analyse de pratiques ne sont pas investis et les questions essentielles ne semblent pas y trouver leur place.

En effet, les réunions de service et de fonctionnement sont prévues pour échanger autour des situations des jeunes et de l'organisation interne. Animées par le chef de service, celui-ci intervient en tant que régulateur des pratiques. Il a pu être observé que selon les services, ces espaces fonctionnent différemment. Peu de temps est accordé à l'analyse des pratiques. Par ailleurs, ces temps de réunion ne font l'objet d'aucun compte-rendu et n'offrent pas de lisibilité à la direction.

Malgré ce constat, le climat social se révèle satisfaisant. Une récente enquête sur la qualité de vie au travail apporte des réponses favorables de la part des professionnels. L'ensemble des répondants se déclare satisfait de travailler au Centre de l'enfance. Cependant, l'insuffisance d'espace de « décharge émotionnelle » a été soulignée.

---

<sup>37</sup> LOUBAT J.-R. « Quand la supervision prend sens », Le Lien social – n° 556 du 14 décembre 2000  
<sup>38</sup> TERESTCHENKO M., décembre 2010 « La question de la "bonne distance" », <http://michel-terestchenko.blogspot.fr/>

La lutte contre la maltraitance telle que prescrite par le législateur est ainsi organisée par la promotion des droits des usagers et la mise en pratique des outils juridiques. Les principes de non-violence et de bienveillance sont confortés par une organisation visant à offrir aux professionnels des outils de soutien et une organisation contenant permettant de garantir la place de chacun, celle de l'enfant, du professionnel et de la famille.

L'évaluation des risques pour les usagers en raison de leur grande vulnérabilité vient élargir le dispositif et invite à la réflexion sur les risques d'atteinte aux droits de l'utilisateur. Elle a permis aux professionnels une prise de recul et un questionnement sur leurs fonctionnements et sur le respect effectif des enfants et adolescents accueillis confirmant l'intérêt de l'évaluation et du questionnement. Le document unique tel qu'expérimenté a vocation à être pérennisé à l'instar du document unique pour les professionnels sous réserve d'être évalué tous les ans et d'être alimenté régulièrement par la remontée d'information sur les incidents ou situations pouvant porter atteinte à l'intégrité physique et psychique des usagers.

## **2.6 Le point de vue des usagers**

Sept jeunes ont contribué au questionnaire sur le respect de leurs droits au sein de l'établissement et sur leurs sentiments quant à leur bien-être, leur sécurité et leur protection, *cf. annexe 2*. Des entretiens ont été réalisés avec trois jeunes de l'unité de grands adolescents et quatre jeunes de l'unité des 8-16 ans.

Les jeunes qui se sont exprimés sur l'établissement, son organisation, son fonctionnement sont globalement satisfaits des conditions d'accueil et d'accompagnement proposés : « *Ma mère m'a mis dans un bon foyer...* », « *les éducateurs sont disponibles, parfois notre éducateur référent nous emmène manger à l'extérieur* ».

Ils ne connaissent pas « la direction », certains évoquent les chefs de service pour les questions relatives à la direction. Aucun n'a eu de fait particulier à signaler ou d'évènement qui ait pu les surprendre dans le déroulement de leur séjour. Les éducateurs sont leurs principaux interlocuteurs. Dans l'hypothèse d'un problème ou d'un évènement anormal, les jeunes estiment qu'ils le signaleraient à leur éducateur.

L'idée d'une boîte à suggestion a été approuvée par trois des jeunes, afin de faciliter le circuit de communication entre eux et l'administration, estimant que les éducateurs, récepteurs de toutes les informations, doléances, etc... n'avaient pas forcément toujours le temps de faire remonter les informations.

L'échange s'est rapidement orienté à leur initiative vers les raisons qui ont donné lieu à l'accueil au CDE et leurs problématiques familiales. Il est fort tangible que les jeunes sont envahis par d'autres problématiques que celle du fonctionnement de l'établissement.

Une confiance avérée des jeunes envers les équipes professionnelles s'est fait ressentir et certains ont souligné que leurs comportements ont pu évoluer de manière favorable depuis leur accueil. L'accueil en collectif ne semble pas être toujours évident, notamment la proximité permanente avec d'autres jeunes : « *Les jeunes se mêlent de tout. Ils ne respectent pas nos envies d'isolement ou de ne pas parler. Moi je sais ce que c'est, donc quand ils ne vont pas bien je ne vais pas leur poser de questions. Parfois on a envie de pleurer ou d'être seul, ici c'est pas possible, alors je pars faire un tour et je reviens* », extrait d'un entretien avec une adolescente.

Deux jeunes de l'unité des 8-16 ans ont fait connaître leur souhait d'être accueilli dans un semi collectif.

Si les usagers se sentent bien dans l'établissement et considérant l'absence de plaintes et de contentieux et le retour favorable des questionnaires de satisfaction des jeunes, se pose la question de savoir ce qu'il manque encore pour formaliser une politique de bientraitance au regard des fondamentaux requis par la recommandation cadre de l'ANESM qui nécessitent d'être ici interrogés.

## **2.7 Les fondamentaux pour une culture de bientraitance selon l'ANESM**

### **La culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité**

Cet aspect fondamental est l'un des points forts du Centre de l'enfance qui a développé très tôt une culture de bienveillance en considérant l'enfant dans sa dignité et sa singularité. Le projet d'établissement échu précisait que l'action du CDE s'inscrit dans le respect de la personne, fondement de la relation professionnelle. Ce point est effectivement le fondement de la bientraitance et se rapproche parfaitement de la définition proposée par Danièle Rapoport : « *C'était surtout, malgré les séparations ou les ruptures, respecter la continuité du développement de cet enfant dans son histoire et l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses compétences.* ». Les postures bienveillantes, le soutien à la parentalité, le niveau de réflexion mené jusqu'à présent sur l'accompagnement de personnes en souffrance permettent de garantir que cet

aspect est un point d'expertise de l'établissement. L'histoire de l'établissement, la posture des professionnels et le retour des usagers en sont la preuve.

### **Une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes**

« *Née dans une culture partagée, la posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. [...] mais cette posture n'est pas faite que d'acceptation.* »<sup>39</sup>. Cette posture n'est pas faite que d'acceptation et nécessite un cadre institutionnel stable, avec des règles claires et sécurisantes pour tous et implique que les professionnels eux même soit reconnus et soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes, énonce la recommandation. Si les principes sont régulièrement rappelés, la proximité avec les équipes assurée, la culture orale se révèle insuffisante pour encadrer des pratiques aussi sensibles. Certes, les pratiques ne pourront faire l'objet de procédures ou de protocoles mais à tous le moins de règles ou de principes. Au regard de l'analyse de l'établissement, cet axe mérite d'être amélioré par une clarification des règles de bonnes pratiques, la définition de garde fous et une organisation de la réflexion éthique.

### **Une valorisation de l'expression des usagers**

La participation de l'utilisateur est une préoccupation permanente de la direction qui vise à promouvoir une démarche inclusive quant à la participation sociale des usagers. L'expression de l'utilisateur s'apprécie à deux niveaux : sur le plan individuel et l'expression autour de son accompagnement et de son projet et sur le plan collectif et la participation au fonctionnement institutionnel. Au plan individuel, la participation de l'enfant ou de sa famille est constamment recherchée. Les rapports éducatifs sont lus aux enfants selon leur âge et à leurs parents s'ils sont présents. Un service expérimente par ailleurs la participation des parents aux réunions de synthèse réunissant tous les partenaires du projet pour l'enfant.

Mais l'accueil d'urgence vient nuancer le fonctionnement de l'établissement à tous les endroits. Ainsi le conseil de la vie sociale n'apparaissait pas adapté au fonctionnement du CDE, considérant la durée moyenne de séjour des usagers dans l'établissement.

Le CVS a ainsi été transformé en « commission des usagers », dont la représentativité est assurée par des représentants d'associations d'utilisateurs. Celle-ci se réunit à un rythme quadrimestriel autour de questions ayant trait au fonctionnement de l'établissement et à la qualité des prestations. Elle a également pour mission d'analyser les questionnaires de satisfaction transmis aux utilisateurs.

---

<sup>39</sup> RBP ANESM « la bientraitance », p. 15

En effet, soucieuse de la participation de l'utilisateur, la direction a étoffé le dispositif par des questionnaires de satisfaction déployés dans chaque unité, pour les parents et pour les enfants.

Le rapport d'évaluation externe souligne la démarche de l'établissement en matière de participation des usagers au fonctionnement et l'encouragement à poursuivre la réflexion.

### **Un aller – retour permanent entre penser et agir**

Cet axe exige une « *culture de questionnement permanent pour une réflexion collective sur les pratiques pour une prise de recul régulière des professionnels et une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion a muries et préconise pour améliorer les pratiques* »<sup>40</sup>. Ainsi, le questionnement, l'évaluation et l'amélioration continue sont vecteurs de bientraitance et nécessitent ici d'être organisés et pérennisés. En effet, le CDE est un établissement engagé et dynamique mais souffre de l'absence d'une culture évaluative. Cet axe a été retenu comme orientation stratégique du projet d'établissement en cours de réécriture. Les projets ne sont pas coordonnés et l'érection d'une instance pérenne pour l'amélioration continue est à un axe à explorer. Ainsi pour exemple, une démarche de développement durable a été initiée, avec un comité de pilotage dédié, un plan d'actions est à l'œuvre mais son suivi et son intégration se perdent. Il en va de même pour le comité de pilotage de l'évaluation interne réalisé en 2008 et son plan d'actions. Un groupe de clinique institutionnelle avait été créé, dans la continuité du conseil éducatif, mais son activité s'est délitée en regard de la charge des travaux de préparation.

### **Une démarche continue d'adaptation à une situation donnée :**

Sont convoquées pour cet aspect fondamental la « *réflexion et une collaboration continues à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié à un moment donné.* »

La collaboration et le partenariat entre les professionnels, les usagers et les autres acteurs du parcours doivent être facilités et entretenus, voire formalisés.

Les décisions de placement sont prescrites par les services de l'ASE, le juge des enfants, voire même le procureur. Le président du conseil départemental prononce l'admission à l'ASE et est garant du parcours de l'enfant et de la coordination des acteurs. Pour autant, l'établissement est également concerné par l'entretien des relations avec ses différents partenaires et des rencontres pourraient être organisées à l'initiative de la direction ou suggérées au service de « protection de l'enfance », d'autant plus que l'établissement assure la permanence départementale des services de l'ASE et est en contact direct avec les différents prescripteurs.

---

<sup>40</sup> Ibidem

L'identification des risques pour les usagers a été un moment apprécié par les équipes professionnelles, car les réunions de travail ont permis une prise de recul et un temps dédié à l'analyse de leur fonctionnement au regard des usagers.

Des propositions d'amélioration ont été faites mais il appartient à la direction et à l'instance qui sera chargée de l'évaluation, la qualité et la bientraitance de mener une réflexion sur les actions à mener à court terme ou à plus long terme et à en assurer la cohérence au plan institutionnel.

L'analyse des différents outils de lutte contre la maltraitance qui ne peuvent s'effacer derrière une politique de bientraitance soulignent l'intérêt de l'évaluation. Un questionnement régulier vient protéger les professionnels et les usagers contre le risque de maltraitance et contribue à la promotion de la bientraitance.

Les recommandations des politiques publiques des autres secteurs rappellent également l'importance de l'accompagnement des professionnels dans leurs missions et l'ANESM invite à une réflexion éthique pour un environnement bientraitant sur la base des fondamentaux précités.

Le Centre de l'enfance Henri Fréville a largement cheminé vers la bientraitance, cependant afin de lui donner sens, il convient d'inviter les professionnels à la définir et à la traduire en pratique et de consolider l'organisation existante afin d'assurer le soutien aux professionnels et rendre lisible le projet d'établissement.

### 3. Vers la maturation des organisations pour un management par la bientraitance

Le directeur est garant de la démarche de bientraitance. C'est un enjeu considérable. Pour promouvoir la bientraitance et fédérer les professionnels, le directeur doit s'engager dans la démarche et définir la bientraitance de manière collégiale pour ensuite l'affirmer au sein du projet d'établissement, document de référence de l'établissement et de ses agents. Les principes doivent être véhiculés et sans cesse rappelés mais aussi prendre forme au sein d'une organisation sécurisante et bientraitante.

Le directeur doit ainsi promouvoir un cadre permettant de considérer les risques de maltraitance, et accompagner les professionnels à poser un regard objectif sur leurs pratiques. Cet accompagnement doit trouver corps auprès de principes d'intervention arrêtés, au sein par exemple d'une charte de bientraitance ou d'un guide de bonnes pratiques. Ces éléments servent de cadre à l'évaluation et au questionnement permanent nécessaire à la culture de bientraitance. Enfin, afin de soutenir les professionnels dans leur quotidien et dans leurs postures professionnelles, des espaces de réflexion éthique doivent être formalisés.

Le projet d'établissement apparaît ici comme l'outil privilégié du directeur pour fixer les orientations, donner du sens et fédérer les équipes autour de valeurs partagées.

Ce document stratégique pour un établissement vise à définir « *ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* »<sup>41</sup>. « *Les principes d'intervention reflètent les choix de l'établissement ou du service. Ces choix généraux servent de référence et de guide lorsqu'il s'agit de traiter des situations individuelles ; il est aussi nécessaire de prévoir des lieux de régulation pour permettre un questionnement éthique autour de situations complexes. Ces lieux de régulation peuvent être des réunions de supervision, d'analyse des pratiques, des réunions de consensus, des espaces de réflexion éthique, etc.* »<sup>42</sup>

Il s'agit alors d'accompagner l'établissement vers une maturation de son organisation afin de poser un cadre sécurisant et décloisonné aux professionnels en exercice et aux usagers accueillis.

---

<sup>41</sup> Article L 311-8 du CASF

<sup>42</sup> RBP ANESM « la bientraitance », p. 44

### 3.1 L'engagement du directeur

Le concept engage le directeur dans son management et dans l'environnement qu'il aura créé. Contrairement à la maltraitance, la bientraitance ne pourra faire l'objet d'un contrôle de conformité, elle n'est pas fondée sur une culture de résultat. Une évaluation pourra a contrario porter sur la bientraitance de l'environnement et l'assurance qualité qu'elle aura générée dès lors que celle – ci aura été érigée en objectif.

Le directeur dans sa volonté de créer un environnement bientraitant doit ainsi garder l'esprit la connotation du concept et le risque de maltraitance. « *Une culture de la bientraitance ne peut intervenir que pour autant que les besoins primordiaux de sécurité des usagers soient effectivement pris en compte. Outre le respect de dispositions réglementaires, il est recommandé que les structures prennent toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des personnes par l'identification et la prévention de tous les risques concernant spécifiquement les populations qu'elles accompagnent.* »<sup>43</sup>. Offrir un espace garantissant la sécurité et le respect des droits des usagers est l'étape de base.

L'appropriation de ces deux concepts que sont la maltraitance et la bientraitance en institution, alors même qu'elles paraissent indéfinissables au sens du droit, pose la question de leur interprétation. Les notions appellent à des mécanismes de régulation différents, passant d'un objet de contrôle à la promotion de recommandations pour un environnement bientraitant et nécessite une réflexion institutionnelle. Elles doivent faire l'objet d'une réflexion et d'un accompagnement des professionnels par la définition des principes d'intervention traduits au sein du projet d'établissement, document de référence de chaque professionnel.

La protection des usagers et des professionnels est par ailleurs une mission du directeur d'établissement. Le bien-être, la santé, la sécurité des personnes sont des domaines qui engagent sa responsabilité. Ces considérations viennent se coupler aux missions du directeur reprises dans le référentiel métier, soit le développement « *d'une politique d'évaluation continue des bonnes pratiques professionnelles et [l'assurance] de la qualité des prestations.* »<sup>44</sup>. Le directeur d'établissement a donc pour mission d'assurer la protection de ses usagers et de ses professionnels et de prévenir les risques pouvant porter

---

<sup>43</sup> Ibidem, p.25

<sup>44</sup> Référentiel métier du DESSMS

atteinte à cette protection. Cette mission entre tant dans le champ de la lutte contre la maltraitance que celui de la promotion de la bientraitance.

Ainsi, le directeur doit affirmer sa volonté de développer une démarche de bientraitance, en exposant aux professionnels les enjeux qui la sous-tendent et le lien consubstantiel avec le risque de maltraitance. En présentant les outils juridiques, les risques de contrôle et sa responsabilité intrinsèque et sur l'appui des RBP, il inscrira la bientraitance au cœur même du projet d'établissement et invitera les professionnels à réfléchir à la façon selon laquelle ils perçoivent ces notions. Il appartient au directeur de faire connaître l'état du droit aux professionnels. Au-delà de la réflexion éthique qui devra prendre corps au sein d'une instance dédiée, le directeur exposera dans le projet, l'organisation qu'il aura arrêtée pour mener l'établissement vers un environnement bientraitant des professionnels et des usagers.

Il convient de présenter le concept, la démarche, les pré-requis et toute la dimension législative relative à la lutte contre la maltraitance aux professionnels. La réflexion sur la bientraitance peut être le support de l'appropriation de tout le dispositif législatif et d'une remise en question de la procédure en cas de maltraitance, existante au sein de l'établissement, mais dans laquelle la maltraitance n'est pas définie et dont l'application n'est pas évaluée. L'adhésion des professionnels et leur compréhension est un élément essentiel pour passer à la définition de ce que peut être la bientraitance et sa traduction dans les pratiques.

Il s'agit bien du devoir des professionnels de porter un regard et un questionnement objectif sur leurs fonctionnements, organisations et pratiques afin de venir suppléer la vulnérabilité de l'enfant. En fonction de l'âge de l'utilisateur, les besoins d'accompagnement seront plus implicites qu'exprimés. C'est là l'un des enjeux d'une politique de bien-traitance : faire évoluer les représentations des professionnels qui craignent la recherche d'erreur, de responsable, de mauvaises pratiques.

Le directeur en souhaitant initier une démarche de bientraitance doit également veiller à la bientraitance de son management. Afin de promouvoir la bientraitance avec les usagers et la légitimité de l'action, le mode de management devra également être respectueux des professionnels.

La RBP de l'ANESM requiert trois dimensions managériales au regard du principe de bienveillance<sup>45</sup> :

- l'engagement : l'engagement du directeur ne doit faire aucun doute pour les professionnels et être fort de conviction, son équipe d'encadrement doit véhiculer les mêmes convictions, *« l'engagement de l'encadrement est également le moteur de celui des professionnels. Cela induit une animation d'équipe visant explicitement à encourager la réflexion sur les pratiques quotidiennes et à développer son autonomie. Cela signifie que l'encadrement sache transmettre le sens de la mission et en conséquence, encourager un exercice professionnel réfléchi, distancié et donc, responsable. »*
- la responsabilité : les professionnels sont responsables devant le directeur et l'encadrement doit être régulièrement amené à rendre compte et répondre de ses actions en terme de bienveillance et de lutte contre la maltraitance. Pour ce faire, l'équipe doit être positionnée clairement pour être garant de la bienveillance
- la justice : *« Définie comme juste milieu entre l'excès d'autorité et la permissivité, la justice appelle un positionnement équilibré de l'encadrement correspondant à la volonté de rendre à chacun ce qui lui est dû. »*

### **3.2 Le soutien aux professionnels**

Le guide méthodologique *« prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales »*<sup>46</sup> évoque la bienveillance dans les pratiques : *« Une réflexion sur les pratiques de l'institution doit permettre d'interroger son fonctionnement au regard de la "bienveillance" des enfants et des jeunes et d'accompagner son évolution au vu de ces objectifs fondamentaux : - définir et développer des relations professionnelles inter-actives et respectueuses, seules susceptibles de définir un monde adulte respectable aux yeux des enfants ; - encourager l'empathie des professionnels envers les enfants accueillis tout en étayant leur pratique ; - reconnaître les difficultés inhérentes à cette fonction d'accueil et de soins d'enfants souffrants, pour parvenir à les surmonter ; - permettre à l'institution de s'ouvrir au monde, de briser le huis clos qui engendre la violence. »*

---

<sup>45</sup> RBP ANESM, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », p. 13

<sup>46</sup> Guide méthodologique « prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales - 1999

L'étayage des pratiques, le soutien aux professionnels dans les difficultés inhérentes à leurs missions sont des dimensions reprises dans tous les plans de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

Il convient ainsi de les organiser et de s'assurer de leur bon fonctionnement. L'analyse des pratiques semble être un point nodal au CDE, relevé dans certains plans d'actions et soulevés à l'occasion des instances. L'enquête sur la qualité de vie au travail a pointé une absence de connaissances interservices et l'insuffisance d'espace de décharge émotionnelle.

Les réunions de service et de fonctionnement sont des espaces créés pour contribuer à l'analyse et la régulation des pratiques. De plus, la politique de l'établissement est d'accorder tous les deux ans un accompagnement par un intervenant extérieur pour une analyse des pratiques ou supervision. Ce sont les professionnels qui choisissent le prestataire...Pour autant, ni la sémantique de ces espaces ni leur contenu ne sont préalablement définis.

La révision de la temporalité des réunions de service et de fonctionnement dans les services pourrait être amorcée. Les premières ont lieu de façon hebdomadaire, les secondes plutôt bimestrielles voire absentes en fonction des services.

Dans un premier temps, les réunions de service pourraient être planifiées en deux séquences, la première consacrée aux situations individuelles recentrées sur les besoins nécessaires à l'évaluation de la situation de l'enfant, la seconde, plus courte, portant sur l'analyse des pratiques en tant que telles. Cet espace devrait aussi permettre aux professionnels de pouvoir parler de leurs ressentis et difficultés le cas échéant. Le garant de ce fonctionnement est le chef de service.

Les réunions de fonctionnement devraient donner lieu à des comptes rendu dont une copie serait adressée à la direction, afin que la direction puisse prendre connaissance de la vie fonctionnelle des services. Même si la culture orale fonctionne, l'activité d'urgence et les différents niveaux ralentissant la communication posent un risque de perte d'information ou d'éléments de connaissance. Ce système permettrait à la directrice d'être garante du fonctionnement et de pallier les dysfonctionnements.

Dans un second temps, la littérature en sciences de l'éducation ne pose pas l'obligation d'intervention d'une personne extérieure pour l'analyse des pratiques.

Il convient également de mentionner dans le projet d'établissement ces outils et de les définir. Dominique Fablet pose l'approche suivante des groupes de supervision : « *En*

*supervision, on se penche avant tout sur le type de démarche ou d'approche mise en œuvre dans le rapport aux clients, usagers ou bénéficiaires dont les professionnels s'occupent, et ce dans un registre psychanalytique si l'élucidation des mouvements transférentiels et contre-transférentiels à l'œuvre dans les pratiques du groupe de professionnels constitue l'axe de travail retenu ; mais, si ces professionnels interviennent davantage sur la réalité des personnes auxquels ils s'adressent, l'approche sera plutôt psychosociologique. »* <sup>47</sup>

Il appartient au directeur de fixer le cadre et les objectifs de ces outils de soutien en explorant les questions suivantes : distinction entre supervision et analyse de pratiques, animation par un tiers extérieur, formation des professionnels à l'analyse des pratiques, présence du chef de service ? En effet, la question de savoir si le chef de service participe aux réunions d'analyse de pratiques ou supervision est régulièrement posée. Or, il ne s'agit pas dans ces espaces de remettre en cause un fonctionnement ou un mode de management. Toutefois cette question reste à éclaircir selon le sens qui sera donné à ces groupes.

Le risque de déviance en cas d'absence de cahier des charges est également souligné par Jean-René Loubat : *« en effet, la création de ce qui peut devenir « un espace d'exception » dans l'institution, si l'on n'y prend garde, interroge incontestablement la cohérence managériale et l'identité d'entreprise : qui est alors réellement garant de cet espace et de ce qui s'y dit, dans la mesure où le superviseur est extérieur à l'institution et donc étranger à ses intérêts ? [...] Il convient simplement de bien définir quels en sont les effets attendus, son contenu, le type d'intervenants qui en découle, les participants qui sont concernés, ainsi que les garanties au plan éthique et technique que l'on se donne vis-à-vis d'un tel dispositif. »* <sup>48</sup>

Toutefois, de façon bimestrielle des groupes d'analyses des pratiques associant des professionnels de deux services pourraient être composés selon les modalités d'intervention et les contingences de chacun : pouponnière/jardin d'enfants, Tarmac/Chrysallys, ...

L'animation pourrait être réalisée par un cadre (psychologue ou chef de service) de l'établissement n'ayant aucun lien direct avec les professionnels, ou encore par un cadre de l'établissement voisin, membre de la direction commune. Le cadre doit être garant de la liberté de parole. Des comptes rendus anonymisés seront toutefois réalisés afin de partager les connaissances et les pratiques.

---

<sup>47</sup> FABLET D., « Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative », ERES | Connexions 2004/2 – n°82, p.114

<sup>48</sup> LOUBAT J.-R. « Quand la supervision prend sens », Le Lien social – n° 556 du 14 décembre 2000

Cette organisation permettrait par ailleurs un décloisonnement des services et un partage d'expériences, venant par là même enrichir les professionnels en connaissances inter services.

### **3.3 La réécriture du projet d'établissement**

Le projet d'établissement se révèle être l'outil incontournable pour affirmer le sens que l'établissement souhaite donner à ses actions. Il formalise les valeurs et est considéré comme le document de référence pour tous les professionnels. Il se doit ainsi d'être riche et explicite sur les attentes et les objectifs institutionnels.

Le projet d'établissement est arrivé à échéance en 2013 et le décalage dans sa réécriture est justifié par l'attente des résultats de l'évaluation externe. La direction a souhaité s'appuyer sur un regard extérieur pour aborder les orientations des cinq années à venir.

Les évaluateurs ont souligné des points forts et des points faibles. Pour le sujet qui nous concerne, les experts ont préconisé la référence aux RBP qui n'apparaissait nulle part et qui semblait inconnue des professionnels. Pour autant, ils ont reconnu que l'institution les mettait en œuvre « sans le savoir ». Il s'agit donc de formaliser cette référence en s'inspirant et en s'appuyant sur les RBP.

La réécriture du projet a donc été initiée en décembre 2014, de manière participative, à l'instar des autres projets institutionnels et selon la RBP relative au projet d'établissement. Ce travail se réfère à la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM relative à l'«élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » de mai 2010. Les professionnels ont été mobilisés pour la participation au comité et aux groupes de travail.

Les évaluateurs externes ont posé le constat que le projet antérieur ne comportait pas d'axe prospectif et se limitait à des éléments déclaratifs. Après une relecture critique de chaque membre du comité de pilotage, il a été relevé que l'histoire de l'établissement n'était pas explicite, notamment pour les nouveaux professionnels. Or, l'histoire a une place considérable dans la compréhension d'un établissement, de ses valeurs et de ses principes d'action. Les valeurs sont affirmées mais très peu développées, le cadre n'étant pas fixé. Ainsi sans définition et limites claires, elles sont difficilement appropriables par les professionnels. Le principe de non-violence est cité mais non motivé et insuffisamment

valorisé. Le projet antérieur n'a pas de volet prospectif et ne détermine pas d'orientations stratégiques, il ne remplit donc pas son rôle de projet institutionnel.

Autant d'éléments qui ont vocation à être corrigé dans la nouvelle version.

La direction souhaite par ailleurs passer d'une culture de non violence à celle de bientraitance et l'ériger en valeur d'action. « *Le PE-PS n'est qu'un outil, mais il est l'outil principal qui permet de donner sens aux pratiques, d'en identifier le cadre organisationnel, et d'en rappeler la finalité : répondre aux besoins et aux attentes des usagers* »<sup>49</sup>.

L'appropriation progressive des RBP a donné corps au principe de bientraitance à consolider et valoriser. Une réflexion sur ce thème et sur sa traduction par les professionnels paraît indispensable et devra figurer dans le projet afin de lui donner sens et d'orienter son évaluation et l'évaluation des pratiques requises par le législateur. La bientraitance doit donc être définie et déclinée en pratiques. Cette réflexion devra être confiée soit au comité de pilotage du projet d'établissement, soit à une commission spécifique ayant vocation à être pérennisée pour les questions touchant à la bientraitance, voir infra. Il apparaît évident qu'un tel travail ne peut se réaliser dans le temps imparti à la rédaction du projet d'établissement, cependant, après appropriation des concepts, il peut donner corps à des objectifs concrets pour les cinq années à venir.

### **3.4 La création d'une instance de soutien et d'aide à la décision**

Un objectif essentiel réside dans la constitution d'une instance de soutien et d'aide à la décision.

La création d'une instance d'éthique a d'ores et déjà été évoquée. Cependant afin de ne pas alourdir le fonctionnement institutionnel et la lisibilité des projets, et considérant la proximité entre la bientraitance, le questionnement éthique et la qualité, un comité de pilotage unique et dédié à ces questions pourrait être imaginé.

En effet, l'ANESM a pour mission d'accompagner les établissements dans l'évaluation de leurs pratiques et de leurs fonctionnements dans l'objectif d'inscrire leur évolution dans une démarche d'amélioration continue. Les RBP croisent la proximité et le lien entre éthique, bientraitance, évaluation, accompagnement des professionnels...

Chargé de l'amélioration continue et de la bientraitance, le comité devra être constitué de toutes les catégories de professionnels et élargi selon les besoins à des partenaires. Afin

---

<sup>49</sup> RBP ANESM « *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement* », p.55

d'assurer une représentation des usagers, des représentants de la commission des usagers seront invités à y siéger.

La création d'une telle instance permettra de s'engager dans la culture évaluative, vecteur de bientraitance tel que prouvé à plusieurs reprises.

La direction ne peut agir seule et doit se doter d'un comité de pilotage pérenne, instance d'aide à la décision, chargée d'impulser et de coordonner les actions d'amélioration.

Les membres, issus de chaque secteur d'activité, devront être préalablement sensibilisés à la démarche, aux notions de démarche d'évaluation interne et externe, aux recommandations de l'ANESM.

Elle sera chargée, le cas échéant, de définir la bientraitance ou de faire évoluer la notion et de la décliner en charte ou en guide. La réalisation d'un guide des bonnes pratiques, référence pour les professionnels, pourra servir de repère aux principes d'intervention mais également à l'évaluation interne qui devra être menée en 2015. En effet, comment évaluer les pratiques si celles-ci n'ont pas été encadrées auparavant. Travail de longue haleine et partant des principes d'intervention sous l'égide la bientraitance, chaque service aura à réfléchir sur la façon selon laquelle il les met en œuvre. Chaque service a une particularité, que ce soit dans le mode d'accompagnement ou dans la tranche d'âge des enfants et adolescents, d'où des fonctionnements différents. Mais le partage et la transversalité se révèlent être des points forts et requis par les professionnels en regard de la pluralité et de la particularité des situations individuelles. Affirmer les bonnes pratiques sera également vecteur de reconnaissance et de valorisation des professionnels.

Par ailleurs, afin de renforcer le concept de bientraitance et la posture professionnelle, la création d'un référentiel d'auto-évaluation individuel pourrait être mis à l'ordre du jour, pour aider les professionnels à préparer leurs entretiens d'évaluation annuel et à se repositionner au regard des attentes de l'institution.

L'instance sera notamment chargée d'étudier l'ensemble des évaluations et plans d'actions réalisés jusqu'à ce jour dans l'établissement par divers comités de pilotage puis de prioriser les actions d'amélioration au sein d'un plan unique, tout en définissant la méthodologie de mise en œuvre. La révision des outils juridiques de la loi 2002-2 devra y figurer ainsi que celle des protocoles diffusés dans l'établissement.

Elle devra également analyser l'ensemble des fiches d'incidents qui auront préalablement été généralisées aux incidents de tout type et aux dysfonctionnements à tous les niveaux. Le comité et la direction auront ainsi une vision globale sur les incidents et dysfonctionnements et pourront activer les améliorations requises.

Elle sera pilote des futures évaluations interne et externe.

Les membres du comité auront à définir s'ils doivent être identifiés comme référent et donc relais au sein de leur service ou si la désignation d'une autre personne est pertinente.

Le plan d'actions d'amélioration continue devra être évalué régulièrement et réajusté en cas de besoin.

La création d'une telle instance de coordination des actions d'amélioration et de réflexion éthique est gage de bientraitance en ce qu'elle constitue une référence unique et identifiée. Appui au directeur pour la mise en œuvre des plans d'action, elle assurera la cohérence entre les différents projets institutionnels et le lien entre le projet d'établissement et les évaluations interne et externe.

### **3.5 Le renforcement des partenariats**

L'insuffisance des partenariats peut nuire à la bientraitance en ce qu'elle risque de générer une fracture ou un défaut dans le parcours de l'enfant. Les rencontres avec les partenaires doivent être organisées, les modalités de coopération évaluées et de nouvelles pistes recherchées.

Les meilleurs partenariats partent souvent de l'échelon local. La signature d'une convention avec le Centre hospitalier Guillaume Régnier est actuellement en cours pour formaliser un partenariat sur le « psychodrame » et valoriser le décroisement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Un autre projet de formalisation de partenariat est également à l'œuvre sur le territoire de Saint Malo, avec la justice. Ces initiatives doivent être encouragées et l'action de l'établissement mériterait d'être plus connue sur le territoire.

Un rapprochement technique avec les établissements voisins, du secteur sanitaire et médico-social, situé sur le territoire de santé n° 5, dont l'ex hôpital local de Janzé ou l'EHPAD de Châteaugiron pourrait être imaginé. En effet, ces deux établissements notamment, se sont engagés dans des démarches similaires, intégrant par ailleurs la dimension du développement durable et ont les mêmes préoccupations en matière de démarche d'amélioration continue que le Centre de l'enfance. Pour autant, ces établissements sont dotés de personnels qualifiés en qualité (un qualicien dans chaque établissement, un référent développement durable à Janzé) moyens négociés avec leur autorité de contrôle et de tarification. Ainsi, le Centre de l'enfance pourrait éventuellement profiter de ces compétences voire même d'autres, l'ex hôpital local de Janzé étant en

partenariat avec le CHU de Rennes et le Centre hospitalier Guillaume Régnier  galement. Une première rencontre et un partage d'expériences et de problématiques communes apparaissent intéressants.

Des rencontres avec les différents acteurs de la protection de l'enfance devraient également initiées afin de contribuer à une meilleure connaissance de l'activité et des enjeux de l'établissement et d'améliorer les interactions dans le but de tendre à un système bientraitant. Même si cette impulsion appartient au chef de file, l'établissement pourrait l'impulser au titre notamment de la mission de permanence départementale assurée pendant la fermeture des services de l'ASE. Acteur incontournable de la politique de protection de l'enfance, le CDE mériterait d'être plus associé et soutenu dans ses missions.

---

L'impulsion d'une démarche de bientraitance dépendra ainsi de l'engagement du directeur et du cadre organisationnel qu'il y associera.

Un espace de réflexion éthique, le soutien aux professionnels, la sensibilisation des professionnels à la nécessité de faire remonter les dysfonctionnements, une instance de soutien au directeur apparaissent ici comme des éléments incontournables.

Si la politique de bientraitance prend forme dans le projet d'établissement, sa mise en œuvre sur le terrain devra pouvoir être évaluée. Le document unique d'évaluation des risques pour les usagers et celui pour les professionnels, alimenté par des fiches incident, permettra de suivre les dysfonctionnements portant atteinte aux usagers. La rédaction d'une charte de bientraitance ou guide de bonnes pratiques servira de repères aux professionnels qui seront invités à les décliner selon leurs modalités d'accompagnements. L'organisation d'espace de soutien aux professionnels et le recueil de leur satisfaction viennent compléter le dispositif. Le développement des rencontres partenariales contribueront quant à elle à améliorer les accompagnements, les relations, et la connaissance de l'établissement sur le territoire.

Autant d'éléments qui viendront alimenter le cadre évaluatif et constituer des indicateurs au service d'une politique de bientraitance.

## Conclusion

La notion de bientraitance a fait l'objet d'une saisine par les pouvoirs publics dans le prolongement des politiques de lutte contre la maltraitance institutionnelle. De connotation plus positive, le concept, dont la promotion a été confiée à l'ANESM, participe des remparts créés par le législateur contre le risque de maltraitance : la promotion des droits et l'évaluation des activités et de la qualité des prestations.

Les autorités de contrôle, dont les pouvoirs ont été régulièrement renforcés, considèrent les recommandations de l'ANESM comme des normes acquises de la science et s'y réfèrent dans leurs guides de contrôle. La bientraitance, initialement inscrite au cœur de l'évaluation, pourra-t-elle faire l'objet de sanctions en cas de non formalisation, au titre de l'objet des contrôles visant à « apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral » des usagers ? L'avenir nous le dira.

En attendant, il appartient au directeur d'initier la réflexion sur la bientraitance celle-ci devant naître d'une construction des acteurs du terrain. S'il lui appartient de piloter la démarche, il lui appartient surtout de la porter et de lui donner sens en mettant en œuvre les valeurs de la bientraitance dans son mode de management. Car comme pour les démarches qualité, certains l'initient pour répondre à une obligation réglementaire, d'autres investissent la démarche comme une opportunité d'amélioration.

Afin de garantir sa promotion au sein de l'établissement, le directeur doit créer un environnement ad'hoc. La création d'un espace de réflexion éthique, le soutien aux professionnels, la formalisation d'une démarche d'évaluation de la qualité, sont autant de dimensions à traduire en cadre organisationnel. Les valeurs définies et leur cadre d'application pourront ainsi s'inscrire dans le projet d'établissement.

Cependant, si la bientraitance est prescrite en institution, la bien-traitance au sens de la définition de D. RAPOPORT, citée en introduction, ne prendra tout son sens qu'au travers d'un parcours de l'enfant construit et coordonné, afin de permettre un développement de l'enfant dans toutes les sphères de ses compétences.

Mais le chemin est long, les politiques en protection de l'enfance sont aujourd'hui au nombre de 101. Les représentations véhiculées par les médias ne sont pas aidantes. Livre noir, ou honte des politiques publiques, la politique de protection de l'enfance mérite d'être valorisée et surtout d'être décloisonnée. Il est certain que la décision de placement dépend d'une personne humaine, travailleur social, mais pour autant dès lors que la décision est prise les établissements sont obligés de l'appliquer. La phase décisionnelle et son cadrage sur des critères d'évaluation et de responsabilité appartiennent au Département, chef de

file de l'aide sociale. Accueilli en établissement, l'enfant ou l'adolescent est pris en charge selon les modalités de la prescription. Les professionnels à l'œuvre ont souvent à cœur de venir atténuer ou renforcer le cadre fixé, dès lors qu'ils ont pu appréhender la situation de l'utilisateur. Ainsi la bientraitance ne peut être l'œuvre des seuls établissements mais également des autorités en charge des décisions. L'intérêt de l'enfant ne sera comblé que si ces autorités mènent un travail et une concertation en commun.

Il ne s'agit pas de dénigrer les décisions prises mais uniquement d'attirer l'attention sur la nécessité d'envisager l'enfant en tant que personne humaine, qui a besoin d'un cadre stable et d'une projection vers l'avenir. Les foyers de l'enfance ne sont que des étapes dans leurs parcours. L'amont et l'aval doivent être organisés et sécurisés. Le projet pour l'enfant, créé par le législateur, peine à se formaliser et à trouver son sens alors même qu'il apparaît comme le fil rouge du parcours de l'enfant suite à la décision de placement. L'articulation des différents intervenants, le décloisonnement surtout sont des éléments à mettre au travail.

Enfermés dans cette représentation négative, véhiculée par les médias et les profanes, l'action en protection de l'enfance peine à être valorisée, alors même qu'elle vise à protéger les enfants en danger. C'est tout le système de protection qui doit être bienveillant la bienveillance étant une question d'humanité. Alors pourquoi ne pas aborder cette question tous ensemble ?

Aujourd'hui, le droit n'évoque la bienveillance qu'en principe d'action, sans la définir. La jurisprudence ne l'invoque pas encore. Mais au nom des droits de l'enfant, celle-ci pourrait être à juste titre prétextée, voire même érigée en traduction des principes constitutionnels que sont la dignité et le respect d'autrui.

*« L'oubli de l'enfance est le possible piège que tend l'égalité, qui certes doit être de dignité, mais ne peut être de statut : considérer l'enfant comme l'adulte pourrait paraître respecter ses droits, cela ne ferait que les nier. On le sait, traiter de manière égale des situations dissemblables est tout aussi contraire au principe d'égalité que traiter de manière différente des situations semblables : or l'enfance est, et doit rester, un monde, différent de celui des adultes, appelant protection particulière. Il est un impératif catégorique : que reste à tout jamais garanti au mineur le droit d'être un enfant. »<sup>50</sup>*

---

<sup>50</sup> GIUDICELLI-DELAGE G., « La minorité à contresens », Dalloz, p.419

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- AFIREM, 2007, *État des savoirs sur la maltraitance – états généraux de l'AFIREM novembre 2005*, Karthala, Paris, 556 p.
- CASAGRANDE A., 2012, *Ce que la maltraitance nous enseigne. Difficile bientraitance*, Dunod, Paris, Collection Santé social, 224 p.
- CRONIER P., BLAEVOT J.-P., 2009, *Prévenir la maltraitance en institution. Guide des bonnes pratiques*, Dunod, 256 p.
- DESHAIES J.-L., 2014, *Briser l'omerta*, Presses de l'EHESP, Rennes, 288 p.
- FABLET D., 2009, *Animer des groupes d'analyse des pratiques. Pour une clinique des institutions sociales et éducatives*, L'Harmattan, Paris, 170 p.
- FABLET D., 2009, *Expérimentations et innovations en protection de l'enfance. De la séparation au maintien des liens parents-enfants*, L'Harmattan, Paris, 156 p.
- GUIDICELLI-DELAGE G., LAZERGES C., 2014, *La minorité à contresens. Enfants en danger, enfants délinquants*, Collection « Les sens du droit », Dalloz, Paris, 425 p.
- JANVIER R., 2012, *La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale*, L'Harmattan, Paris, 199 p.
- LHUILIER J.-M., 2006, *La responsabilité civile, administrative et pénale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4<sup>ème</sup> édition, Presses de l'EHESP, Rennes
- LOUBAT J.-R., 2009, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris, 180 p.
- MALAURIE P., 2014, *Les personnes – La protection des mineurs et des majeurs*, 7<sup>ème</sup> édition, LGDJ, Lextenso éditions, Issy les Moulineaux, 376 p.
- MILLER A., 2015, *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant. Titre original « Am Anfang war Erziehung »* 1983, Flammarion, 375 p.
- PAPAY J., 2009, *L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social*, 2<sup>ème</sup> édition, Vuibert, Paris, 262 p.
- PEROZ C., 2011, *La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social, promouvoir le bien être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance*, Seli Arslan, Paris, 154 p.
- PEROZ C., 2010, *La qualité et l'évaluation dans le secteur social et médico-social, des leviers pour manager*, Seli Arslan, Paris, 209 p.
- RAPOPORT D., 2006, *La bien-traitance envers l'enfant*, Belin, Paris
- ROUVIÈRE F., 2011, *Le droit à l'épreuve de la vulnérabilité - Études de droit français et de droit comparé*, Bruylant, Paris, 730 p.

TOMKIEWICZ S., 1999, *L'adolescence volée*, Hachette Littératures, Paris, 252 p.

VERDIER P., 2013, *L'aide sociale à l'enfance*, Dunod, Paris, 437 p.

VIALLA F., 2012, *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Dunod, Collection santé social, Paris, 528 p.

ZOLLA É., 2013, *La gestion des risques dans les ESSMS*, Dunod, Collection « Guides santé social », Paris, 432 p.

### **Rapports publics**

- Commission d'enquête du Sénat, 2003, « *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence* »
- Cour des Comptes, 2009, *Rapport public thématique « La protection de l'enfance »*
- Défenseur des droits, 2011, *Rapport annuel consacré aux droits de l'enfant. Enfants confiés, enfants placés : défendre et promouvoir leurs droits*
- IGAS-IGSJ, 2014, *Mission d'évaluation de la gouvernance de la protection de l'enfance (diagnostic, recommandations et proposition de plan d'action)*

### **Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM**

- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », juin 2008
- « Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses », juillet 2008
- « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », ANESM, décembre 2008
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et

le traitement de la maltraitance, décembre 2008

- « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », mars 2010
- « Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux », octobre 2010
- « L'évaluation interne pour les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives dans le champ de l'enfance », juillet 2015

### **Guides méthodologiques**

- Secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale, *Guide méthodologique à l'attention des Médecins Inspecteurs de Santé Publique et des Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales « Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales »*, 1999
- Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés, *Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode, repères, outils*, décembre 2008
- HAS, Groupe Bientraitance FORAP-HAS, « *Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD : le déploiement de la bientraitance* », mai 2012
- IGAS, *Guide méthodologique et cahiers d'aide à la construction d'un contrôle*, établi en collaboration avec la direction générale de la cohésion sociale, par D. TRICARD et J. VOISIN, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2014

## **Mémoires**

---

ALLEGRAUD E.-H., DES 1999, *Sécurité et risques dans l'action éducative d'un foyer de l'enfance : enjeux et stratégie de direction*

CADIOU E., DH 1999-2001, *La gestion des risques à l'hôpital – réflexions pour la mise en place de prévention des risques au CH du Mans*

VANTRIMPONT L., DESSMS 2009-2010, *Promouvoir la bientraitance, un des enjeux du management des EHPAD*

## **Périodiques**

---

CORBET É., « Les concepts de violence et maltraitance », *Actualités et dossier en santé publique, ADSP*, n° 31, juin 2000

JANVIER R., MATHO Y., « Droit des usagers, gestion des risques : la double contrainte du directeur », *Cahiers de l'Actif*, n°362/363, juillet/août 2006

LUTHEREAU A., « *Une culture partagée de la bienveillance* », *Directions*, n° 127, janvier 2015

LEBLANC G., DUMAY M.-F., MOULAIRE M. et al., « *La gestion globale des risques : échanges de savoir-faire entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social* », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 8, n° 4, 2011/12

LOUBAT J.-R., « *Quand la supervision prend sens* », *Le Lien social* n° 556, décembre 2000

RAPOPORT D., « *De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant* », *Informations sociales*, n° 160, 2010

TURS A., GRECO C., « *La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ?* », *Archives de pédiatrie*, n° 19, juillet 2012

Comité de rédaction de *Vie sociale*, « *Dominique Fablet (1953-2013)*. », *Vie sociale* n°3, 3/2013, p. 7-9

## **Blogs**

---

<http://michel-terestchenko.blogspot.fr/>

<http://www.amisetom.org/>

[www.blogavocat.fr/space/olivier.poinsot](http://www.blogavocat.fr/space/olivier.poinsot)

## **Dictionnaires**

---

CNRTL - *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* -, *Dictionnaire juridique de l'aide sociale*, La philosophie de A à Z, Larousse

## **Enseignements à l'EHESP et à la Faculté de droit et de sciences politiques de l'Université Rennes 1**

---

---

## Liste des annexes

---

1. Document unique d'évaluation des risques pour les usagers – outil condensé
2. Guide d'entretien avec les adolescents

## Document de travail

## Outil condensé

Classification	Types de risques	Facteurs de risques	Exemples	RISQUE : probabilité de survenue d'un dommage pour l'utilisateur	Identificat° du facteur de risque	Gravité de 1 à 4 très léger - léger - modéré - grave	Probabilité 1 à 4 très faible- faible- moyenne- forte	Criticité selon grille G x P	Actions de prévention ou de gestion du risque existante	Évaluation	Propos°it d'action
Risques liés aux conditions d'installation	risques liés à l'inadaptation des locaux en regard de la population accueillie	espaces de vie insuffisants ou inadaptés :	conditions d'hébergement ne permettant pas le respect de l'intimité	risque d'atteinte à l'intimité							
	risques liés à l'inadaptation des locaux en regard de la population accueillie	équipement insuffisant ou inexistant :	absence de sanitaire ou douche en nombre suffisant espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable	risque d'atteinte à la dignité							
	risques liés à l'inadaptation des locaux en regard de la population accueillie	équipement inadapté :	espaces de circulation non sécurisés	risque d'insécurité							
	risques liés à l'inadaptation des locaux en regard de la population accueillie	équipement inadapté :	sécurisation des équipements pour les petits	risque d'insécurité							
	risques liés à l'inadaptation des locaux en regard de la population accueillie	équipement inadapté :	chauffage inadapté à la température extérieure	risque d'inconfort							
	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	absence de dispositif de surveillance des accès		risque d'insécurité							
	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	défaut d'entretien ou d'hygiène :	absence de maintenance des équipements (extincteurs, ...)	risque d'insécurité							
	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	défaut d'entretien ou d'hygiène :	rupture de la chaîne du froid	risque d'intoxication							

risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>défaut d'entretien ou d'hygiène :</b>	<i>absence ou non respect de protocoles d'hygiène : circuits linge propre-sale, déchets, HACCP...</i>	<i>risque de contamination</i>								
risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>sécurisation des produits dangereux</b>	<i>accès aux produits toxiques non sécurisé accès aux médicaments non sécurisé</i>	<i>risque d'ingestion</i>								
risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>règles de sécurité incendie non maîtrisées</b>	<i>méconnaissance des consignes de sécurité incendie par le personnel</i>	<i>risque d'insécurité</i>								
risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>règles de sécurité incendie non maîtrisées</b>	<i>surcharge électrique</i>	<i>risque d'insécurité</i>								
risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>règles de sécurité incendie non maîtrisées</b>	<i>interdiction de fumer à l'intérieur non respectée</i>	<i>risque d'insécurité</i>								
risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>défaut d'entretien du parc arboré</b>	<i>développement de végétaux toxiques chute de branches développement de colonies de nuisibles</i>	<i>risque d'insécurité</i>								
risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>inadaptation ou défaut d'entretien du parc automobile</b>	<i>équipements non adaptés au transport d'enfants en bas âge entretien régulier non réalisé</i>	<i>risque d'insécurité ou accident</i>								

## Document de travail

## Outil condensé

Risques liés à l'organisation et au fonctionnement de la structure	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>cadre de travail fragilisé</b>	<i>permanence du service non organisée aux d'encadrement insuffisant jour/nuitturn over des équipes</i>	<i>risque de défaut de surveillance</i>							
	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>cadre de travail fragilisé</b>	<i>absence de protocoles, de consignes fonctionnement par habitude</i>	<i>risque d'insécurité</i>							
	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>cadre de travail fragilisé</b>	<i>défaut ou inadaptation des transmissions au sein de l'équipe</i>	<i>risque d'insécurité</i>							
	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>partenariats non formalisés</b>	<i>méconnaissance de la personne référente chez le partenaire ou de la procédure à suivre (écoles, services de santé, police..)</i>	<i>risque de rupture</i>							
	risques liés au manque de sécurité et d'entretien des équipements	<b>partenariats non formalisés</b>	<i>difficulté à mettre le partenariat en place</i>	<i>risque de rupture</i>							
Risques liés aux conditions de l'accompagnement	risque d'atteinte à la liberté non respect à des habitudes et libertés de la personne	<b>procédure d'accueil inadaptée</b>	<i>défaut d'information</i>	<i>risque d'atteinte au droit à l'information</i>							
	risque d'atteinte à la liberté non respect à des habitudes et libertés de la personne	<b>non prise en compte des attentes et des choix</b>	<i>non prise en compte des choix alimentaires liés à la religion</i>	<i>risque d'atteinte à la liberté</i>							
	risque d'atteinte à la dignité et à l'intimité : protection de la vie privée, confidentialité...	<b>excès de familiarité non respect de la vie privée</b>	<i>pas d'espace de vie personnel</i>	<i>risque d'atteinte à la dignité</i>							
	risque d'atteinte à la dignité et à l'intimité : protection de la vie privée, confidentialité...	<b>non respect de l'intimité</b>	<i>non respect du secret de la correspondance, atteinte à la pudeur, composition des groupes de vie non adaptée non respect de la confidentialité des informations</i>	<i>risque d'atteinte à la dignité</i>							

risque lié à un défaut ou excès d'aide et de soins	<b>méconnaissance des données de santé de l'enfant</b>	<i>non respect des restrictions alimentaires</i>	<i>risque d'intolérance risque d'allergies</i>							
risque lié à un défaut ou excès d'aide et de soins	<b>défaut de suivi de santé</b>	<i>absence de traitement médicamenteux adéquat mauvaise gestion du traitement</i>	<i>risque sanitaire</i>							
risque lié à un défaut ou excès d'aide et de soins	<b>absence, insuffisance ou excès d'assistance</b>	<i>toilettes alimentation habillement éliminations</i>	<i>risque d'atteinte à la dignité</i>							
risque lié à la limitation de la vie sociale	<b>absence d'activités de loisirs dans l'établissement</b>		<i>risque de limitation de la vie sociale</i>							
risque lié à la limitation de la vie sociale	<b>déni d'une vie sociale extérieure à l'établissement</b>		<i>risque d'atteinte à la dignité</i>							
risque lié à la limitation de la vie sociale	<b>non respect des familles</b>		<i>risque d'atteinte au droit au respect des liens familiaux</i>							
risque lié à l'absence d'individualisation de l'accompagnement	<b>absence de projet individualisé ou non réactualisé</b>	<i>absence de DAI et de réévaluation</i>	<i>risque d'atteinte au droit à un accompagnement adapté</i>							
risque lié à l'absence d'individualisation de l'accompagnement	<b>absence de liens et de transmissions entre institutions participant à l'accompagnement</b>	<i>non participation aux réunions non transmission des éléments nécessaires à l'accompagnement partagé ou à la poursuite de l'accompagnement en cas de fin de prise en charge</i>	<i>risque d'atteinte au droit à un accompagnement adapté</i>							
risque lié à la vie collective	<b>exposition à des situations de crise et/ou de violence</b>		<i>risque d'atteinte à l'intégrité psychique</i>							

	risque lié à la vie collective	<b>exposition à des situations de crise et/ou de violence</b>		<i>risque de reproduction d'actes</i>							
	risque lié à la vie collective		<i>vols d'effets personnels</i>	<i>risque d'insécurité des biens</i>							
Risques liés aux comportements individuels	risques liés aux comportements à risques :		<i>consommation de produits stupéfiants</i>	<i>risque pour la santé de l'individu</i>							
	risques liés aux comportements à risques		<i>consommation d'alcool</i>	<i>risque pour la santé de l'individu</i>							
	risques liés aux comportements à risques		<i>consommation de tabac</i>	<i>risque pour la santé de l'individu</i>							
	risques liés aux comportements à risques		<i>pratiques sexuelles</i>	<i>risque pour la santé de l'individu</i>							
	risques liés aux comportements à risques		<i>Fugue</i>	<i>risque d'insécurité</i>							
	risques liés aux comportements à risques		<i>tentative de suicide</i>	<i>risque d'atteinte à l'intégrité psychique et physique</i>							
	risques liés aux comportements à risques		<i>exposition aux nouvelles technologies d'information et de communication</i>	<i>risque d'atteinte à l'intégrité ou au respect de la vie privée</i>							

## Évaluation de la criticité

		gravité				
		<i>léger</i>	<i>moyen</i>	<i>grave</i>	<i>très grave</i>	
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
probabilité	<i>très faible</i>	<b>1</b>	1	2	3	4
	<i>Faible</i>	<b>2</b>	2	4	6	8
	<i>moyenne</i>	<b>3</b>	3	6	9	12
	<i>Forte</i>	<b>4</b>	4	8	12	16

niveau 3		risque acceptable
niveau 2		risque moyen
niveau 1		risque inacceptable

Grille d'entretien avec les adolescents

**Propos introductifs :**

*L'établissement est mandaté pour vous accueillir, vous offrir une bouffée d'oxygène, vous aider à évaluer votre situation et essayer de trouver une solution durable dans votre intérêt.*

*Nous avons conscience que la situation est fragile et délicate et que vous n'avez pas fait le choix d'être ici.*

*L'établissement doit cependant tout mettre en œuvre pour assurer la sécurité et la protection des jeunes qu'il accueille et veiller au respect de leurs droits. Le directeur doit pouvoir garantir votre sécurité, votre santé et votre bien-être.*

*Il apparaît primordial de recueillir votre avis et votre ressenti sur cette thématique, afin d'améliorer nos prestations et les accompagnements proposés.*

*Les échanges resteront anonymes.*

1. *Est-ce que vous vous sentez en sécurité dans l'établissement ?*
2. *Est-ce que les locaux permettent le respect de votre intimité, vie privée ?*
3. *Est ce que le fonctionnement de l'équipe professionnelle vous convient ? vous sentez vous suffisamment entouré ?*
4. *Est-ce que vous vous sentez en confiance ?*
5. *Avez-vous lu le livret d'accueil et été informé de vos droits ?*
6. *Si vous aviez quelque chose à dire à la direction, comment feriez vous ?*
7. *Si vous aviez un souci dans l'établissement, comment le signaleriez vous ? à qui en parleriez vous ?*
8. *Avez-vous déjà été témoin d'évènements qui vous ont surpris dans l'établissement ?*
9. *Pensez vous avoir suffisamment d'espace et de moyens d'expression, de paroles ?*
10. *Avez-vous déjà eu l'impression de prendre des risques dans l'établissement ?*
11. *Souhaitez vous rajouter quelques choses ? des suggestions pour améliorer l'établissement ?*

ARTH

Véronique

Décembre 2015

## DESSMS

Promotion 2014-2015

### **La bientraitance et ses multiples facettes** *Pour un management de la bientraitance ou par la bientraitance ?*

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes 1, dans le cadre du Master II, mention droit public, spécialité « droit, santé, éthique ».

#### **Résumé :**

Le concept de bien-traitance est né de l'observation de la souffrance des enfants accueillis en institution et de l'impact sur les professionnels, à l'instar du concept de violence institutionnelle. Si la lutte contre la maltraitance a fait l'objet d'une saisine par les pouvoirs publics et plus réservée par le législateur, la bientraitance reste un principe éthique qui n'a pas encore été traduit en droit. Cependant, elle est aujourd'hui prescrite au travers des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Il appartient ainsi au directeur de promouvoir une démarche de bientraitance. Au-delà de l'identification des risques d'atteinte aux droits des usagers, la bientraitance doit faire l'objet d'une réflexion éthique au sein de l'établissement et être traduite au sein des pratiques.

Pour autant la réflexion ne saurait suffire et le directeur doit garantir un cadre organisationnel visant à rendre l'environnement bientraitant par la définition de modes opératoires : soutien, évaluation, réflexion, ouverture.

Autant d'éléments qui seront conceptualisés dans le projet d'établissement.

#### **Mots clés :**

bientraitance, maltraitance, violence institutionnelle, protection de l'enfance, politiques publiques, droits des usagers, évaluation des risques, ANESM, recommandations de bonnes pratiques, éthique, management

*L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*