



## AVIS SAISINE 25

Quelle forme d'identification ajustée permet au professionnel de soin  
une rencontre thérapeutique singulière et de qualité, en toute  
sécurité ?

### SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 3
LOI ET REGLEMENTATION EN MATIERE D'IDENTIFICATION DU PERSONNEL AU SEIN DES SERVICES DE SOIN EN PSYCHIATRIE	p. 4
COMMENT NOUS PRESENTONS-NOUS A L'AUTRE, D'UNE MANIERE GENERALE ET PAR NOS TENUES PROFESSIONNELLES ?	p. 6
IMPACTS EVENTUELS DE L'IDENTIFICATION DES AGENTS, AU NIVEAU PROFESSIONNEL ET AU NIVEAU DE LEUR VIE PRIVEE	p. 7
1. Au niveau de la fonction professionnelle de l'agent	p. 8
2. Au niveau de la vie privée de l'agent	p. 9
QUID DE L'ELARGISSEMENT DE LA MESURE D'ANONYMISATION A TOUS LES SOIGNANTS ET NON- SOIGNANTS DANS LES SERVICES DE SOINS PSYCHIATRIQUES	p. 10
POSTURE SOIGNANTE ET IMPACTS THERAPEUTIQUES	p. 11
ENJEUX SOCIETAUX DE L'IDENTIFICATION ET DE L'ANONYMISATION DE L'AGENT	p. 12
STIGMATISATION DES PATIENTS PERCUS COMME « MENACANTS »	p. 13
MODALITES MISES EN PLACE PAR L'ETABLISSEMENT DE SOIN EN VUE DE LA SECURITE DES SOIGNANTS ET DISPOSITIFS DE SOUTIEN	p. 14
CONCLUSION	p. 16
Annexes	p. 17

## INTRODUCTION

Le Comité d’Ethique du Centre Psychothérapique de Nancy est sollicité par la Direction des Soins de l’établissement afin d’explorer la problématique de l’identification des professionnels par les personnes en soin, et ce en toute sécurité pour ces professionnels. En effet, l’institution a été interpellée par une partie des agents, notamment par l’intermédiaire des syndicats, concernant des risques pour les agents, lorsqu’ils sont en dehors de l’établissement et notamment dans leur vie privée. Attendu que ceux-ci sont identifiables par leurs noms sur leur blouse ainsi que par leur identité professionnelle (médecin, infirmière, etc), des correspondances peuvent être établies entre leur identité professionnelle et leur identité personnelle, notamment par le biais des réseaux sociaux et autres supports de communication.

Or le soin à la personne, et particulièrement en psychiatrie, s’étaye en premier lieu de la rencontre entre soigné et soignant, rencontre dont il est attendu qu’elle s’oriente vers une relation, puis vers une relation thérapeutique. Le premier temps de la rencontre en deux êtres humains passe par la présentation de l’un à l’autre, par la présentation d’une identité, quelle qu’elle soit, intégrant pour le soignant, une fonction. Dans le cadre de soins psychiatriques, que produirait de garder une forme d’anonymat dans sa présentation à l’autre dans la relation de soin et donc dans la relation thérapeutique ?

Déjà dans cette rencontre entre soigné et soignant, chacun sait à quelle place se trouve l’autre... du moins au sein des services hospitaliers dans lesquels les soignant portent une blouse blanche. Et c’est précisément cette identification des « blouses blanches » que sont les soignants en service qui soulève pour ceux-ci la question de leur sécurité. Cette question de l’identification des agents concerne également les autres professionnels dans les différents services, à savoir les psychiatres, les cadres, les psychologues, les professions paramédicales, etc... qui eux ne portent pas nécessairement de blouse blanche.

Si dans le quotidien des soins hospitaliers cette identification ne semble pas poser problème, il apparait que les agents rapportent à l’institution de soins leurs inquiétudes, leurs craintes, voire leurs peurs, dans le cadre de l’exercice de leur mission professionnelle, mais également dans le cadre de leur vie privée qui se voit alors au risque d’être impactée, en particulier au contact de patients perçus comme « menaçants ».

Au regard de ces questionnements émanant de professionnels, le Comité d’Ethique du CPN s’est interrogé : Une situation particulière serait-elle à l’origine de ce questionnement de la Direction des Soins ? Quelle peut être la fréquence de ce type de situation lors desquelles l’agent se perçoit comme potentiellement en insécurité dans l’exercice de ses fonctions et/ou dans sa vie privée ? Quels sont les enjeux relatifs à l’identification du soignant ou *a contrario* à son anonymisation ?

Il apparait alors que la présente saisine fait émerger de nombreuses questions interpellant l’éthique du soin et notamment du soin en psychiatrie, nous nous proposons ci-après d’explorer plusieurs de ces questions avec vous.

La visée, la recherche étant une relation thérapeutique de qualité, servie par un professionnel lui-même en sécurité, soutenue par une institution garantissant ce cadre sécurisé pour chacun d'eux. Entre le droit du patient à savoir à qui il a affaire, et la nécessité pour le soignant d'être en sécurité pour assurer sa mission de relation de qualité et contenante dans la relation thérapeutique, il s'agit d'ouvrir les ajustements nécessaires au cadre de soins.

## **LOI ET REGLEMENTATION EN MATIERE D'IDENTIFICATION DU PERSONNEL AU SEIN DES SERVICES DE SOIN EN PSYCHIATRIE**

Posons tout d'abord que le code de la relation entre administration et usagers des services de soins stipule l'obligation de l'identification du professionnel, de tous les professionnels de l'institution, y compris les prestataires de services venant de l'extérieur. La protection fonctionnelle s'applique également à ces derniers, du fait du contrat établissant leurs fonctions exercées à l'hôpital, ainsi bien sûr qu'à tous les professionnels de l'institution.

### **QUELQUES RAPPELS ET REFERENCES LEGISLATIVES RELATIVEMENT A L'IDENTIFICATION DU PERSONNEL AU SEIN DES SERVICES DE SOIN EN PSYCHIATRIE**

Les données transmises ici sont issues d'un article de la revue Hospimédia répondant à la même question posée dans un autre hôpital, le juriste de notre établissement confirme les données issues de cet article.

A noter : nous avons là une réponse juridique, et non encore une réponse éthique.

Cette problématique fait appel à deux notions difficilement conciliables, à savoir :

- La transparence vis-à-vis des usagers du service public hospitalier,
- L'impérieuse nécessité de garantir une sécurité accrue aux agents participant à l'exécution des missions de service public hospitalier.

#### **I. La transparence de l'établissement public de santé envers ses usagers**

L'Article L.111-2 du Code des relations entre le public et l'administration établit que

*« Toute personne a le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui la concerne ; ces éléments figurent sur les correspondances qui lui sont adressées. Si des motifs intéressant la sécurité publique ou la sécurité des personnes le justifient, l'anonymat de l'agent est respecté. »*

Cette disposition générique (L.111-2) n'avait pas vocation à s'appliquer précisément à la relation médicale ou soignante en établissement public de santé. Cependant, en sa qualité d'établissement public administratif, l'hôpital est tenu de s'inspirer de cette disposition pour satisfaire à l'obligation législative précitée.

A noter que cette disposition avait été établie antérieurement par la Loi du 12 avril 2000 dite loi D.C.R.A. (Droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations) avant d'être ensuite codifiée.

**La ligne directrice de l'article L.111-2 est la suivante : l'agent public doit être identifié sans que l'administré ait besoin d'en faire la demande.**

En complément, il convient de préciser que la Charte Marianne (version consolidée Septembre 2016) prévoit au sein de son engagement n°4 :

- « *L'agent s'identifie par son service, et si possible, par son prénom et/ou nom (par exemple : badge, cavalier, carte de visite, identification des bureaux) ».*
- *L'utilisation de l'expression « si possible » permet de recourir aux exceptions visées à l'article L.111-2 à savoir : motifs de sécurité publique ou motifs de sécurité du personnel ».*

Les dispositions génériques opposables aux administrations centrales, collectivités territoriales et établissements publics administratifs imposent – sauf exceptions – l'identification des agents.

**S'agissant d'un droit pour l'utilisateur du service public, il en devient un devoir pour l'établissement public de santé.**

Enfin, il convient de s'intéresser aux dispositions du Code de la santé publique et plus précisément à son article R.1112-42 qui dispose :

*« Les hospitalisés sont informés du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins ».*

L'article R.1112-42 du Code de la santé publique confirme que le patient a le droit de connaître le nom des professionnels médicaux et paramédicaux participant à sa prise en charge. Le texte n'effectuant pas de distinction sur la nature de l'hospitalisation, il convient de ne pas réduire le champ d'application du texte ; de sorte que celui-ci s'applique tant pour les consultations que les séjours (hospitalisation conventionnelle, HJ, U.S.L.D...).

Par voie de conséquence – et à la suite d'une lecture combinée des dispositions précitées – l'hôpital est tenu d'assurer l'identification des agents participant aux missions de service public hospitalier.

En ce qui concerne la forme de l'identification, la Charte Marianne préconise le recours au badge ou la mention de l'identification sur la blouse.

En l'état des textes, l'anonymat :

- Est considéré comme une exception (en lien avec la sécurité des agents cf.II.),

- Est la conséquence de l'exécution d'une décision de l'administration générale de l'hôpital.

## II. La nécessité d'assurer la sécurité des agents publics dans l'exécution de leurs missions de service public

L'article L.111-2 du Code des relations entre le public et l'administration prévoit deux exceptions à l'identification et donc pour le recours à l'anonymat :

- La présence de motifs intéressant la sécurité publique,
- La présence de motifs intéressant la sécurité des personnes ou personnels.

En présence de ces deux exceptions, l'anonymat de l'agent est respecté.

Cependant, il convient de préciser :

- Que le recours à l'anonymat pour des motifs de sécurité des personnes ou personnels constitue une exception et non une règle d'organisation générale de l'établissement,
- Que le texte précité (L.111-2) mentionne l'anonymat de l'agent et non, l'anonymat de l'intégralité des agents de l'établissement. Cet anonymat doit être proportionné et justifié aux risques encourus par l'agent,
- Que si la nature du risque (insécurité) est identifiée pour la totalité d'un service en particulier, l'administration générale est compétente pour imposer l'anonymat aux personnels accueillant le public ou participant à la prise en charge des patients,
- Que la nécessité de maintenir l'anonymat doit être réévaluée de façon régulière.

Enfin, l'anonymat est une des mesures pouvant être adoptée dans le cadre de la protection fonctionnelle des agents. Le recours à l'anonymat doit faire l'objet d'une décision de l'administration générale (D.G ou D.R.H) et non, d'une initiative de l'agent ou de son service (voire de son pôle).

En l'état des informations transmises, il n'apparaît pas proportionné de procéder à l'anonymisation des tenues de l'ensemble du personnel l'établissement ; mais exclusivement ceux visés par des actes de violence.

Enfin, il est toléré de substituer – pour ces agents visés par les actes précités – un moyen d'identification ne renvoyant à l'identité de l'agent. En ce sens, le numéro de matricule peut être envisagé mais exclusivement pour les agents le nécessitant.

## **COMMENT NOUS PRESENTONS NOUS A L'AUTRE, D'UNE MANIERE GENERALE ET PAR NOS TENUES PROFESSIONNELLES ?**

### **La question du nom en matière d'identification du professionnel de soin ?**

L'identification du professionnel, et ici du professionnel de soin, permet à l'autre d'être en

contact avec la personne au-delà de la fonction. Si chaque professionnel de soin de l'établissement est également identifié par un matricule, nous sommes davantage un nom qu'un numéro. Nous sommes, d'évidence, une personne, en étant dans notre fonction de soignant.

Etre identifié modifie la façon d'habiter le soin. D'une part un nom et un prénom peuvent offrir d'être investi, en qualité d'être humain, comme potentielle figure d'attachement. D'autre part, une identité impliquant une fonction comprend aussi des postures, des positionnements, des actes qui participent à construire la relation à l'autre. La nomination permet ainsi de faire partie d'une humanité commune et offre la possibilité d'une valorisation de chacun.

A ce titre, rappelons que dans les camps de travail forcé et d'extermination lors de la dernière guerre mondiale, les prisonniers étaient dépouillés de leur nom et prénom, étaient dépouillés de leur identité, de leur appartenance pleine et entière à l'humanité. Ils n'étaient plus que des matricules.

Dans une perspective essentialiste, nom et fonction correspondraient à existence et essence. L'existence précédant l'essence, ainsi il n'y aurait pas de fonction (professionnelle) habitée sans l'existence portée par le nom. Sans nom, la blouse blanche risquerait d'être comme une maison vide, sans âme.

Il apparait que l'indication du nom serait la façon la plus ajustée de se présenter à l'autre. Ce serait être nommé sur un badge, sur une blouse, par des initiales, un prénom, un nom.

L'identification participe également à contenir sinon à maîtriser le vécu d'insécurité du patient du fait que ses éventuelles plaintes, remarques pourront être « nommées ». L'identité du soignant est importante pour le patient car elle permet une traçabilité de ses actes de soin. Ainsi l'identification du personnel peut être perçue par le patient comme une protection.

Enfin, du côté du professionnel de soin et concernant la notion de responsabilité professionnelle, son identification par son nom participe du fait qu'il se responsabilise dans ses actes de soin.

## **IMPACTS EVENTUELS DE L'IDENTIFICATION DES AGENTS, AU NIVEAU PROFESSIONNEL ET AU NIVEAU DE LEUR VIE PRIVEE**

S'il est important que chaque professionnel rencontré par le patient et/ou par ses proches lors de sa présence dans les locaux, soit clairement identifié, et que le patient puisse le nommer, de même ce professionnel reste gardien de sa propre intimité sur le plan personnel, dans sa vie privée.

Au sein de l'établissement et dans l'exercice de leurs fonctions, ainsi qu'à l'extérieur de l'établissement, des protocoles existent pour encadrer la sécurité du soignant. Citons notamment la protection fonctionnelle, en cas d'injures, menaces, coups,..., contre un

professionnel et/ou sa famille. Sur sa demande, le professionnel concerné pourra bénéficier de l'assistance d'un avocat défrayé par l'établissement de soin, avec enquête et convocation de l'utilisateur concerné, etc. Tout soignant peut aussi être soutenu par l'institution à porter plainte. Dans certaines situations, c'est l'institution même qui peut porter plainte. Tout professionnel peut être reçu et entendu par sa hiérarchie et/ou par d'autres instances institutionnelles (DRH, médecine du travail, via le rapport ENNOV...) en cas d'incidents ou de ressentis d'insécurité dans le cadre de son travail.

Mais nous remarquons que ni les soignants, ni les juges ou autres professionnels ayant affaire à des usagers difficiles ne sont protégés dans leur vie privée.

Ce qui interroge les possibles impacts de l'identification des professionnels de soin, tant au niveau professionnel qu'au niveau de leur vie privée.

### **1. AU NIVEAU DE LA FONCTION PROFESSIONNELLE DE L'AGENT**

Il paraît effectivement nécessaire d'entendre « *...la peur au ventre...* » rapportée par certains agents, à la fois dans et en-dehors de leur lieu de travail, du fait de leur identification justement sur leur lieu de travail.

Les attitudes, présentations et représentations des personnels sont différentes selon les métiers et lieux d'exercice. Exemple : le port, ou pas, de la blouse blanche, avec leur nom sur leur blouse, ou encore en vêtements de ville avec ou sans badge indiquant leur identité.

Dans notre institution, certaines unités de soin accueillent des « habitués », que les soignants connaissent depuis plusieurs années et parfois depuis plusieurs dizaines d'années. Comment gérer de façon adaptée les relations soignant/soigné avec ceux-ci ? Peut-on envisager que ces patients n'aient pas connaissance de l'identité des soignants qui assurent leurs soins depuis aussi longtemps et qui font partie à part entière de leur paysage relationnel ?

Il est vrai que la question des projections que les patients peuvent faire sur les professionnels se pose, tout en considérant que ces projections n'induisent pas forcément d'agressivité et encore moins d'agression. La projection fait partie des processus psychiques présents dans la relation thérapeutique, et existe dans les deux sens. Travailler la compréhension, la prise en compte, la gestion de cette dimension fait partie de la spécificité de cette relation, et implique une responsabilité du soignant et de l'institution qui a à soutenir les espaces de travail permettant au professionnel de soin d'exercer et d'affiner ses compétences en la matière (travail d'équipe, élaboration clinique, supervision, notamment).

Notons également la crainte potentielle d'une plainte par le patient envers le soignant... et rappelons que le fait de décliner son identité procède de l'entrée en relation avec l'autre, d'humain à humain.

De même, notre identité est unique et non interchangeable. Ainsi il conviendra pour les soignants en service d'hospitalisation d'éviter l'emprunt de la blouse appartenant à un collègue et portant le nom de celui-ci. Il est important que chaque professionnel porte son

propre nom sur sa propre blouse, ne serait-ce qu'en cas d'erreur professionnelle et de recours éventuel du patient. Le soignant identifié est en effet responsable de la délivrance d'un traitement médicamenteux et, en cas d'erreur, il est amené à faire preuve d'une attention accrue de sa pratique, donc à procéder à une amélioration de ses actes de soin, en qualité de professionnel d'une part et d'individu d'autre part. Ainsi, concernant les soins somatiques, c'est le soignant ainsi que sa fonction qui sont identifiés. Ce qui pose également la question de l'identification du soignant par sa photo sur son badge.

L'identification du soignant apparaît également comme une forme de reconnaissance de son statut professionnel, l'assurance de la continuité de la personne du soignant, alors que celui-ci peut sembler « interchangeable » dans la continuité des soins requise par l'institution. En effet, c'est ce soignant-là, et non un autre, qui est garant de la continuité de l'alliance thérapeutique. De même qu'une personne n'est pas « comme » une autre dans le lien, un soignant peut prendre le relai, mais non se substituer à un autre soignant. Chaque rencontre porte sa propre singularité, et c'est toute la richesse de l'équipe et du soin.

Enfin, même s'il existe plusieurs modalités d'identification des agents sur le CPN, l'identification du soignant participe à structurer le service de soin concerné. D'où une grande différence entre l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier quant à l'importance de donner son prénom, par exemple, lors de soins somatiques sur le patient en psychiatrie. En effet, en extra, le patient a rendez-vous avec une personne particulière, identifiée, ce qui n'est pas forcément le cas en intra

où les patients ont affaire aux soignants qui sont « de garde », du fait de la rotation jour/nuit des équipes de soin.

## **2. AU NIVEAU DE LA VIE PRIVEE DE L'AGENT**

Nous pourrions poser que : mon identification n'est pas mon identité, au même titre que la plaque d'immatriculation de mon véhicule ne signifie pas ma façon de conduire.

Et plus poétiquement, *“qu'y a-t-il dans un nom ? Ce que nous appelons rose, par n'importe quel autre nom sentirait aussi bon.” William Shakespeare*

Il existe apparemment peu de constats d'agression, de harcèlement ou de menace ou autres... sur des professionnels à l'extérieur de l'institution CPN.

Concernant les actes de violence émanant de patients sur les professionnels, leur nombre est de 180 en 2022, soit une baisse de 18 % par rapport à l'année précédente.

Pour autant, il y a nécessité de rappeler des règles et consignes à respecter à l'extérieur de l'établissement, notamment sur les réseaux sociaux. Il revient également à chacun de protéger les modalités de sa propre identité, en tant que personne d'une part et de soignant d'autre part. Il existe également la possibilité de s'identifier par un pseudo sur ces réseaux. Ainsi, si la visibilité des soignants peut être raisonnée sur les réseaux sociaux, ce serait tout d'abord du ressort de chaque personne et peut être avant tout une question de bon sens. En effet, concernant les réseaux sociaux et leur investissement par chacun il s'avère que ces outils de



communication actuels ayant leurs avantages et leurs inconvénients, il s'agit de les utiliser à bon escient. Car notre vie professionnelle vient impacter notre vie personnelle en matière de précaution à prendre sur ces réseaux. A ce titre, une note de la direction a été publiée pour l'ensemble des agents concernant les publications des professionnels sur les réseaux sociaux.

Enfin, l'évolution sociétale permet désormais de ne pas être repérable, par exemple sur un annuaire téléphonique papier. Avec les téléphones portables cette information de numéro de téléphone n'est plus disponible. Au vu des multiples possibilités pour protéger notre vie privée, il appartient tout d'abord à chacune et chacun d'entre nous de choisir les possibilités de mettre une limite entre vie professionnelle et vie privée dans la relation avec le patient. Cette limite et la façon de la poser relève de la compétence relationnelle spécifique du soignant, mais ne va pas de soi. Elle constitue un travail, et a à être intégrée à nos réflexions professionnelles, personnelles et en équipe.

## **QUID DE L'ANONYMISATION DU SOIGNANT**

La peur ressentie dans l'exercice de la profession de soignant en psychiatrie ne pré-existe-t-elle pas à cette demande d'agents de soin concernant leur identification sur leur lieu de travail ?

Or, la peur invite à l'anonymat. Mais d'une part l'anonymat permet l'impunité et peut être perçu comme une forme de lâcheté, et d'autre part la sécurité de l'agent ne réside pas que dans son identité.

A ce titre, notons que, même en cas d'anonymisation du soignant au niveau de sa présentation au patient, les patronymes et les prénoms des agents peuvent se retrouver par le biais du dossier médical de ce patient ainsi que par le numéro de carte professionnelle RPPS.

Il en est de même concernant les attestations fournies au patient, et sur lesquelles figurent les noms, prénom et fonction du soignant ayant rédigé l'attestation en question.

Enfin, l'identité (nom, prénom, profession) des soignants figure sur le tableau les recensant, dès l'entrée de chaque service de soins.

Néanmoins, la spécificité de situations porteuses d'insécurité pour les soignants a à être prise en compte. C'est sur cette marge, et sa possibilité d'aménager aussi d'autres variables autour de la sécurité (comme le lieu, les présences des autres professionnels, la modalité du cadre de soin, les conditions matérielles, etc) qu'un ajustement peut et a à être envisagé quand le vécu des soignants, dans leur expertise professionnelle, amène un questionnement. Nous allons y revenir.

## **QUID DE L'ELARGISSEMENT DE LA MESURE D'ANONYMISATION A TOUS LES SOIGNANTS ET NON-SOIGNANTS DANS LES SERVICES DE SOINS PSYCHIATRIQUES**

La question de la sécurisation de l'intervenant dans les soins, permettant la sécurisation de la relation avec le patient, existe pour tout intervenant dans nos services. A ce titre, les aménagements éventuels nécessaires peuvent être reliés à la spécificité de leur intervention. Si la règle première, comme le mode « par défaut » est l'identification, (nom, prénom et fonction), les aménagements en raison de spécificités du service ou de la situation pourraient être discutés et envisagés avec les responsables des services concernés. Ce quelque soit le service et la fonction du professionnel ou de l'intervenant.

### **POSTURE SOIGNANTE ET IMPACTS THERAPEUTIQUES**

Les soignants sont support de projections de la part des soignés. Etre présent (et il est important certes d'être présent personnellement) en tant que personne, tout en sachant mettre de côté notre vie personnelle, c'est-à-dire en se mettant au service de l'expression du patient, fait partie de notre matière première, et de notre spécificité de soignant. Il s'agit d'offrir une certaine qualité de présence et de disponibilité. Nos postures dans le cadre du soin, sont constitutives de la relation thérapeutique.

Dans certains services il est tenu compte des éventuelles interactions et de la proximité entre la vie personnelle du soignant et le cas de certains patients. Par exemple, des soignant(e)s parents de jeunes enfants préféreront laisser la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles pédophiles à d'autres collègues en meilleure capacité de prendre du recul quant aux actes du patient, mais aussi de permettre d'éviter des risques de croisements entre auteur et victime sur le lieu du soin. Autre exemple, les soignants ayant des liens extra-professionnels avec des personnes demandeuses de suivi laisseront également leur prise en charge à des collègues non impliqués. En cas de trop grande proximité entre patient et professionnel donc, des aménagements peuvent être proposés en équipe.

Dans le lien thérapeutique il est question de la rencontre et du travail de lien, c'est notre base de travail de soignant. Un soigné abandonnique ou avec troubles de l'attachement par exemple aura besoin d'établir un lien dans lequel il se repère, un lien qu'il interrogera comme solide et fiable. Concernant des personnes présentant des éléments de comportements manipulatoires ou paranoïdes, il est nécessaire que le soignant soit carré et clair dans son cadre, afin de ne pas donner prise aux éléments troublés du patient, afin de maintenir le cadre garantissant le travail thérapeutique. Ainsi, chaque professionnel devrait avoir une marge de manœuvre dans la relation clinique afin d'adapter sa pratique à la problématique de chaque patient. A ce titre, en tant que soignants dans la relation thérapeutique, ils y exercent leur expertise, qui fait partie de leurs spécificités professionnelles.

Le professionnel de soin sait donc de quoi il a besoin dans sa relation au patient et dans la gestion de cette relation, et il est alors du ressort de l'institution d'apporter et de maintenir le cadre permettant d'y répondre en pratique.

L'administration a donc devoir de vigilance envers la confidentialité de la vie personnelle du soignant (par exemple concernant les personnes en obligation ou en injonction de soins). D'où l'importance de prendre en compte la marge permettant l'expertise clinique du professionnel, expertise qui s'exprime notamment dans son ressenti.

Notre Comité d'Éthique s'est posé la question suivante : Si un mail était adressé à l'ensemble des professionnels de l'établissement et questionnant : « *Voulez-vous enlever votre nom et prénom de votre blouse/badge ?* ». Quelles seraient alors les réponses ?

Ce qui entraîne également la question de la modalité de l'identification : notification du patronyme ? Du prénom ? Du patronyme et du prénom ?

Et au-delà de la question de l'identification par nom et prénom, comment se présente-t-on au patient et à ses proches ?

Dans le même esprit se pose également la question de tutoyer ou pas le patient. Le tutoiement met en jeu le culturel, l'âge des patients, et autres critères comme la relation du soignant avec des patients chroniques et habitués du service de soin depuis leur majorité légale, ou encore le relai entre la pédopsychiatrie où le patient était tutoyé, à la psychiatrie adulte où il est d'usage de vouvoyer le patient. Nous pouvons peut-être tout simplement poser la question à l'interlocuteur : préfère-t-il le tutoiement ou le vouvoiement ? De même, le soignant pourra se positionner quant à sa préférence entre être tutoyé ou vouvoyé.

Concernant les craintes du soignant pour sa propre sécurité, gardons à l'esprit que le sentiment de sécurité peut également se construire dans le lien. Par exemple, un patient peut de lui-même différer un rendez-vous quand il se sent trop en risque d'impulsivité, ou un soignant peut préférer un contexte plutôt qu'un autre, le connaissant, pour accompagner cette contenance.

Et toujours en matière de ressenti de sécurité, prenons également en considération le risque, pour le patient, de se sentir insécurisé du fait de l'interaction thérapeutique dans un lieu inconnu, différent de son environnement habituel, face à des personnes inconnues et en équipe alors qu'il est seul dans ses interactions avec celles-ci. Ce qui peut potentiellement générer chez ce patient des mécanismes de défense pouvant entraîner une agressivité qui induira à son tour chez le soignant un sentiment d'insécurité.

En conclusion de ce chapitre, il apparaît que les soignés ont besoin de savoir à quelle personne, c'est-à-dire à *qui* ils ont affaire, afin de participer à construire un lien de confiance et de qualité.

Cette personnalisation du soin permettrait d'éviter de se trouver face à une institution et non à une personne. Le lien soigné-soignant n'est pas interchangeable car le soignant crée avant tout la relation en fonction de qui il est. Cet aspect habite la notion de référent du patient, qui renvoie à un lien privilégié et de qualité du patient avec un soignant identifié de quelque façon que ce soit. Si dans la logique institutionnelle, le soignant semble interchangeable, au niveau du soigné le soignant est singulier, ce qui permet la rencontre, et donc, l'alliance.

## **ENJEUX SOCIÉTAUX DE L'IDENTIFICATION ET DE L'ANONYMISATION DE L'AGENT**

La psychiatrie a en partie comme fonction d'être un peu résistante quant aux flux sociétaux, notamment transmis par les médias.

La psychiatrie a notamment, et de longue date, une fonction de protection des patients par rapport aux stigmatisations sociétales éventuelle. Elle a ainsi, notamment, une fonction de « paravent », pour participer à maintenir une relation soignant-soigné, une position singulière de la discipline de soins.

La présente saisine est une ouverture à la question de la sécurité des professionnels dans les services de soin : ne pas se sentir et/ou ne pas être en sécurité sur le plan institutionnel rend complexe voire impossible l'action d'établir un cadre de travail sécurisant avec le patient. La sécurité que l'institution procure aux personnels s'avère donc une nécessité, un besoin dans le soin.

La hiérarchie elle-même vivrait-elle une telle insécurité ? Force est de constater que les dirigeants, eux aussi, ont à expérimenter une sécurité dans leur fonction pour pouvoir participer à construire celle des autres professionnels. Cette logique s'applique à tous les professionnels, à tous niveaux de l'institution de soins psychiatriques.

A contrario, nos pratiques de soins évoluent avec la société, et sont régulièrement réinterrogées. Ainsi, la prise en compte des réseaux sociaux intègre maintenant notre identité professionnelle, ainsi que la place de ces réseaux dans la vie des patients.

### **STIGMATISATION DES PATIENTS PERCUS COMME « MENACANTS »**

L'identification péjorative de certains patients lors de leur arrivée dans un service, au regard de leurs comportements agressifs antérieurs dans un autre service, participe à une stigmatisation qui est au risque de colorer leur prise en charge dans le service les accueillant. C'est une problématique concernant laquelle notre Comité d'Éthique a antérieurement travaillé et publié un avis (*Saisine 3: La mise sous contention préventive d'une personne vulnérable peut-elle être envisageable ?*)

Si le soignant est susceptible d'une stigmatisation du patient et de sa potentielle dangerosité, le risque objectif de dangerosité est également présent en ambulatoire et pas seulement en hospitalisation.

En effet, il s'avère que dans tous services de soins, les patients entendent des discussions des professionnels, et apprennent ainsi de façon détournée beaucoup d'informations sur ceux-ci, indépendamment de l'identification *stricto sensu* de l'identité du professionnel sur son badge. Dans certains cas le soignant peut se sentir en danger, attendu que des patients pourraient se

servir de leurs connaissances sur la personne privée du soignant pour, par exemple, le menacer ou l'influencer.

En parallèle, la question de l'identification du soignant se pose en termes de : quelles modalités d'identification ? Identification de qui (soignants, paramédicaux, infirmiers, techniciens,...) ? Envers qui ? Dans quels services ? Dans quelles circonstances de prise en charge ? Pour quelle(s) raison(s) ?

L'institution de soin psychiatrique pourrait ainsi explorer la nécessité et les modalités d'un ajustement de cette identification en fonction du service de soin concerné : un patient peut être stigmatisé dans le regard des soignants, identifié par certains symptômes ou comportements, d'où parfois l'intérêt de repartir « à l'aveugle » avec ce patient, afin d'ouvrir un regard et une relation neufs.

Des exceptions à cette identification existent déjà, lorsqu'il y a risque immédiat, et la réponse à ce risque doit être proportionnée au risque en question, donc être à la fois contextuelle et proportionnée. Citons l'exemple de l'UHSA où les professionnels sont identifiables uniquement par leur prénom et par la première lettre de leur patronyme. Toujours concernant l'UHSA, l'institution pénitentiaire a diffusé ses règles concernant le soin, à savoir la confidentialité de l'identité du professionnel. C'est donc le règlement pénitentiaire qui s'applique dans ce service.

A contrario, en service d'addictologie, de même qu'en institution carcérale, l'usager a connaissance des nom et prénom de l'intervenant. Il s'agira néanmoins d'une part de rester attentif aux risques d'amalgames entre unité carcérale et unité de soins, et d'autre part d'éviter une surenchère ainsi qu'une stigmatisation de certains patients.

Il s'agira également de prendre en compte l'impact de la perturbation de la vie psychique de certains patients sur la relation soignant/soigné, d'où l'importance de l'appréciation de la clinique du patient au fil de ses évolutions temporelles, ainsi que l'analyse en travail d'équipe lors des réunions de synthèse, et ce afin de procéder à un ajustement des modalités de cette relation.

De son côté, le soignant confronté à des conflits potentiels avec le patient et/ou avec l'entourage du patient reste en position de vigilance, ce qui peut colorer la prise en soin. Il apparaît que c'est alors le lien avec ces personnes, dans le lieu de consultation et la contenance institutionnelle, qui sécurisent à la fois le patient et le soignant. Il s'avère donc important pour le soignant de ne pas lui-même participer à créer des conditions de « situation à risque », d'où l'importance d'un ajustement du système relationnel, en fonction de la situation de soin d'une part et en fonction de la personnalité/pathologie du patient et de son entourage d'autre part. La présence d'autres professionnels à proximité, le cadre posé par le médecin, et/ou le cadre de service dans le lien au patient, l'organisation du lieu et des modalités du rendez-vous, etc sont autant de variables d'ajustements à mettre en œuvre au besoin.

En conclusion de ce chapitre, il est à noter que la Direction des soins de l'institution est en charge de la sécurité des soignants et peut se rendre sur le terrain pour demander en quoi elle

peut se positionner et aider à contenir la situation : notre Saisine répond à ce questionnement de cette instance.

## **MODALITES MISES EN PLACE PAR L'ETABLISSEMENT DE SOIN EN VUE DE LA SECURITE DES SOIGNANTS ET DISPOSITIFS DE SOUTIEN**

**D'un point de vue très concret, qu'est-ce que l'établissement de soin fait pour le professionnel si celui-ci est par exemple attendu par un patient devant chez lui à son retour à son domicile ? Qu'est-ce que l'établissement met en œuvre pour le protéger dans cette situation de vulnérabilité ?**

Nous l'avons vu, il est très important pour le professionnel de soin, et ses collègues, de se sentir soutenu par la direction lors d'incidents dans le cadre de la prise en soins.

- La meilleure protection pour les professionnels serait tout d'abord l'information sur les modalités mises en place par l'établissement afin d'assurer leur sécurité.
- En matière de dispositifs de soutien et de maintien de la sécurité du soignant, le recours du professionnel et la réponse de l'établissement sont protocolisés.
- L'agent a la possibilité de procéder à un dépôt de plainte auprès des services de police, avec accompagnement de l'établissement dans cette démarche. Notons la tendance au recul et hésitations des professionnels concernant le dépôt de plainte, de crainte de représailles de la part du patient mis en cause et/ou de ses proches.
- L'établissement lui-même peut également porter plainte, en cas de dégradations par exemple, ou autres, et ce même si l'auteur n'est pas responsable pénal.
- Et parfois la réponse institutionnelle peut être plus importante et efficace qu'un dépôt de plainte, par exemple grâce à un espace d'écoute et à des temps de retour sur l'événement avec l'encadrement et enfin grâce à la mise en place de propositions...
- La protection fonctionnelle est proposée par l'établissement (loi de 1983) pour le professionnel dans le cadre de problèmes rencontrés du fait de sa fonction. La protection fonctionnelle existe également pour les élèves infirmiers qui sont sous la responsabilité de l'Institut de Formation.

Pour rappel, « la protection fonctionnelle protège l'agent (et son entourage proche) :

- victime de menaces, violences physiques ou morales, injures, outrage, diffamation, harcèlement,
- ou contre lequel des poursuites judiciaires ont été engagées, pour des faits commis dans l'exercice de ses missions, sans faute personnelle.

Dans ces deux cas, la protection fonctionnelle peut être accordée par la Direction de l'établissement à la demande de l'agent.

Le cas échéant, l'établissement prend en charge les frais afférents à la procédure : assistance juridique, frais d'avocats, etc.

La protection fonctionnelle permet également une réparation des préjudices subis en subrogation de l'auteur des faits. » (cf document Qualios, protocole institutionnel en cas d'agression d'un agent)

- En cas de risque majeur pour sa sécurité, le professionnel peut également être « mis en retrait ». En ce sens, la Direction de l'établissement a été interpellée, ainsi que la Commission Médicale d'Établissement qui stipule de respecter la loi « d'identification » sachant que, en cas de situation à risque si l'agent est menacé, il sera procédé à une mise à distance de celui-ci par rapport au patient concerné.
- Les modalités d'intervention de l'institution dépendent également des suites que le professionnel souhaite donner à une agression d'un patient sur lui (dépôt de plainte, ENOVE, ...)

Pour le professionnel de soin, il s'avère important de se sentir entouré, contenu, par les différentes instances de l'institution en matière de contenance et de protection de ses agents. Et il est important et nécessaire que l'institution communique sur ces possibilités et sur ces recours. Il s'agit alors de mobiliser les personnes ayant la possibilité de participer à créer une ambiance rassurante et réellement sécurisante.

Une perspective pourrait être aussi l'identification par un nom « du dehors » et nom « du dedans », c'est-à-dire être nommé différemment dans sa sphère professionnelle et sa sphère personnelle, privée. S'ouvre ici la possibilité d'ajustement, permettant au soignant d'être acteur de sa protection, en délimitant l'espace professionnel et l'espace privé.

## **CONCLUSION**

Dans l'absolu, chaque soignant devrait pouvoir se sentir en sécurité dans sa vie professionnelle et personnelle, grâce à l'institution mais aussi grâce à l'organisation sociale et à la justice. Des aménagements à l'obligation de l'identification mais aussi dans le cadre de la relation de soins doivent être possibles et mis en place quand cette sécurisation fait défaut.

Etre identifié, pour le soignant, c'est être dans un cadre, celui du soin, et de l'institution qui le porte. C'est aussi, un premier élément ouvrant la rencontre, ouvrant la relation thérapeutique. Le soignant, dans l'exercice du soin, ne peut apporter une sécurité de soin que s'il est lui-même, en sécurité. La personne du soignant est le premier outil du soin, et sa matière première, c'est la relation.

Définir ce qu'est la sécurité, pour le soignant comme pour le soigné, relèverait d'un travail complémentaire à cette Saisine.

A tout le moins, nous pouvons entendre que lorsqu'un professionnel manifeste son sentiment d'insécurité dans le cadre de sa fonction, il a besoin d'être entendu, et que sa situation suscite une forme réelle de questionnement. La recherche de solution ajustée, ouvrant à une réflexion

plus large, fait partie de la sécurité : être un sujet, une personne, prise en compte, et préservée, par ceux qui sont garants du cadre de cette fonction.

A ce titre, le questionnement émanant de l'instance Direction des Soins est légitime et porteur. Il peut être comme une des pierres, précieuses et solides, essentielles à la construction de nos sécurités, les uns avec les autres : le dialogue.



**Annexes :**

<http://ged.cpn.local/servlet/qualios.consultDoc?docRef=CPN-QUA-BIL-0008->

[I&C - Rapport annuel des mesures isolement et contention au CPN en 2022](#)

<http://ged.cpn.local/servlet/qualios.consultDoc?docRef=CPN-DRH-PTC-0008->

[Prise en charge des personnels victimes de violences physiques et/ou psychologiques](#)

La protection fonctionnelle désigne les obligations réglementaires de protection des agents dans le cadre de leur fonction. Les articles L54-5 et-6 de l'**Ordonnance n°2021-1574 du 24 novembre 2021** indiquent que la collectivité publique est tenue de protéger l'agent public contre les atteintes volontaires à l'intégrité de sa personne, et que lorsqu'elle est informée, par quelque moyen que ce soit, de l'existence d'un risque manifeste d'atteinte grave à l'intégrité physique de l'agent public, la collectivité publique doit prendre, sans délai et à titre conservatoire, les mesures d'urgence de nature à faire cesser ce risque et à prévenir la réalisation ou l'aggravation des dommages directement causés par ces faits.

Pour cela, le professionnel doit déclarer l'insécurité vécue et les faits pour demander la mise en place de cette protection.