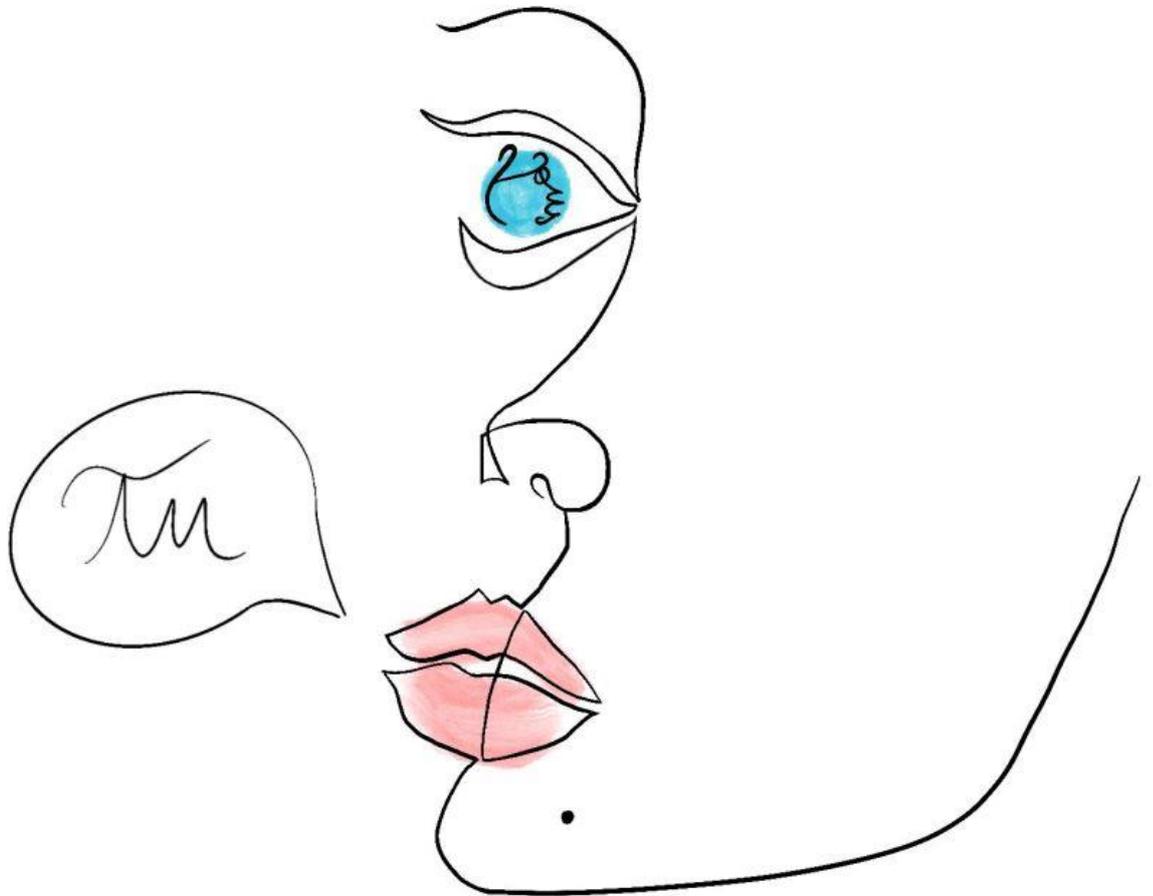


Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09



Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers
UE 3.4 S6 et 5.6 S6

Qui es-tu pour moi ?



GAUTHIER Karen
Formation infirmière
Promotion 2017-2020

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

MIRSI : Qui es-tu pour moi ?

Conformément à l'article L122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier .est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11 mai 2020

Signature de l'étudiant :



Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Cadre conceptuel.....	3
1.1. Lieu de vie.....	3
1.1.1. Définition du lieu de vie, une multiplicité de lieux	3
1.1.2. Caractéristiques des EHPAD et MAS	3
1.1.3. Une philosophie de vie, des valeurs	4
1.1.4. La mise en œuvre d'un projet de vie individualisé	4
1.2. Résident ou résidant ?.....	4
1.2.1. Des profils variés.....	4
1.2.2. Des besoins.....	5
1.2.3. Des difficultés d'ordre sociales	5
1.2.4. Un sentiment de vulnérabilité.....	6
1.2.5. Dépendance ou autonomie ?.....	6
1.2.6. Des droits malgré un état de fragilité	7
1.3. L'infirmière en lieu de vie.....	8
1.3.1. Rôle	8
1.3.2. Construction identitaire	8
1.3.3. Une nécessité : la juste distance	9
1.3.4. Vouvoiement ou tutoiement ?	10
1.4. Conclusion	11
2. Dispositif méthodologique du recueil de données.....	12
3. Analyse des entretiens.....	14
3.1. Définition	14
3.2. Caractéristiques du rôle IDE en lieu de vie.....	15
3.3. Caractéristiques d'un résident.....	16
3.4. La relation soignant-soigné	17
3.5. L'équipe soignante	18
3.6. Les représentations du tutoiement.....	19
3.7. Les signaux du résident conduisant le soignant au tutoiement.....	20
3.8. Conclusion	21
4. Discussion.....	22
4.1. Est-ce possible d'habiter une structure de lieu de vie ?	22
4.2. Soignants et résidants, sont-ils colocataires ?.....	23
4.3. Et si on se tutoyait ?	26
4.4. Comment respecter autrui en le tutoyant ?.....	28
5. Conclusion	31
Bibliographie.....	32
Sommaire des annexes	36

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier ma référente de mémoire, Pascale MANCHERON qui m'a suivie dans chacune de mes étapes de recherches. Malgré mes nombreuses incertitudes, les quinze mille cinq cent trente-deux kilomètres qui nous distanciaient lors de mon stage du semestre 6.1, sans oublier le contexte difficile de confinement dû au covid19 ; elle a su me soutenir et m'accompagner en toutes circonstances. Disponible et à l'écoute, elle m'a donné du courage à travers sa bonne humeur, son énergie, ses remarques constructives et ses encouragements.

Je remercie également les infirmières qui se sont données à cœur joie de répondre à mes questions, sans lesquelles je n'aurais pu pousser ma réflexion aussi loin. On dit souvent que le personnel soignant court après le temps, pourtant, elles ont accepté de m'en consacrer.

Ensuite, je remercie le Centre Hospitalier de Polynésie Française de m'avoir accueillie si chaleureusement, fait découvrir la Polynésie à travers ses traditions, en particulier la culture du tutoiement. Aussi, je remercie mon amie Aurore CATHELINE sans qui je n'aurais entrepris ce stage bien qu'enrichissant, à l'autre bout du monde.

A l'achèvement de ces trois années de formation, j'aimerais remercier l'ensemble des formateurs de l'IFSI de Pontchaillou ainsi que tous les professionnels de santé auprès desquels j'ai pu me former sur les lieux de stages.

Egalement, il me tient à cœur de remercier mes amis et futurs collègues, toutes promotions confondues, rencontrés au cours de ma formation. Plus particulièrement, mes pensées vont à la CDB, un groupe d'amis qui s'entraident et se soutiennent dans les périodes difficiles, mais qui m'a également permis de me distraire à travers de forts moments de rires.

Je remercie aussi mes amis d'enfance, notamment mes deux Princesses, auprès de qui je me suis confiée. Elles m'ont épaulées et encouragées avec bienveillance et ont su m'apporter du soutien et de l'aide quand j'en avais le besoin.

In fine, mes remerciements vont à mon conjoint qui, à contrecœur a su me laisser partir en exploration, à la recherche de liberté d'expression, de nouvelles cultures et d'expériences. Il s'est montré patient, discret et compréhensif, sans quoi je n'aurais pu achever ce travail de recherches, tout en m'apportant du réconfort au quotidien.

A mes parents, ma sœur, ma et mon meilleur.e ami.e, qui de près ou de loin m'ont pleinement accompagnés durant cette aventure. Je leur dois mon éducation et la fierté d'être la personne que je suis aujourd'hui.

« J'ai quelque chose à vous demander. Ça vous gênerait qu'on se tutoie ? Je suis en train de vous raconter des choses très personnelles et le vouvoiement crée une certaine distance. Alors on se tutoie ? Bon, je continue ».

Karla SUAREZ, (2012).

« Et ne m'en veux pas si je te tutoie. Je dis tu à tous ceux que j'aime ».

Jacques PREVERT, (1946).

Introduction

Tout au long de la formation, nous, étudiant.e.s infirmier.e.s, nous efforçons de devenir infirmier.e diplômé.e d'Etat. Néanmoins, cela ne se fait pas sans heurts. Nous découvrons et développons de nouvelles valeurs qui nous conduisent à façonner une identité inédite, pour adopter une posture professionnelle. C'est effrayant d'imaginer ma personnalité s'effacer derrière une posture standardisée d'infirmière, où mes deux identités - innée et acquise - doivent cohabiter au sein d'une posture équilibrée. A l'aube de mon diplôme, je recherche encore ma posture. Le MIRS est pour moi l'occasion de réfléchir à la construction du Moi professionnel, de consolider ma posture à partir d'un sujet emblématique de ma thématique : le tutoiement. En effet, je l'utilise très spontanément. J'associe le « tu » à une formule simple, authentique et chaleureuse. Pour autant, les formateur.trice.s et professionnel.le.s de proximité nous mettent en garde contre l'usage du tutoiement et nous incitent à opter pour le vouvoiement, quelles que soient les circonstances. Dans certaines situations je me sens tiraillée entre mon appétence naturelle pour le « tu » avec les valeurs et vertus que je lui attribue, et ma volonté de me conformer aux conseils des professionnels. Le MIRS m'offre l'opportunité d'explorer ce dilemme afin d'aborder plus sereinement et justement ma future prise de fonction.

Au cours de mes trois années de formation en soins infirmiers j'ai eu la chance d'être affectée dans divers lieux de stages, où je me suis questionnée à plusieurs reprises sur l'un des points clefs du métier d'infirmière : la juste distance dans une relation soignant-soigné.

Effectivement, ma première situation d'appel s'est déroulée au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) où j'exerçais lors d'un été en tant qu'aide-soignante. Une ambiance très « familiale » régnait au sein de cet établissement. Certes, nous étions soignants mais pour les résidents, nous apparaissions parfois comme des confidents, des membres de la famille. Pour autant, j'ai spontanément et instinctivement conservé le vouvoiement avec deux résidents. Quels ont été les signaux d'appel ? Pourquoi tutoyer certains résidents et pas d'autres ? L'un des deux résidents m'avait précisément indiqué qu'il préférerait être vouvoyé. Quant au deuxième résident, c'est son attitude, sa posture que j'ai perçue et probablement une intuition qui m'ont guidée à utiliser le vouvoiement. La personne concernée est M. Riv : une grande stature avec une démarche très lente, le dos courbé et la tête baissée penchant toujours vers la droite, lui permettant de garder un œil en coin sur l'environnement qui l'entoure.

En opposition, un résident avec qui le tutoiement était réciproque s'est montré agressif envers un autre résident lors d'un repas. J'ai été amenée à hausser le ton et rappeler les règles de vie de la structure. En effectuant cela, j'ai de nouveau utilisé le vouvoiement. Pourquoi ce changement soudain de formulation ? Avais-je peur d'être méprisante en utilisant le

tutoiement lors de la réprimande ? Redoutais-je le fait de ne pas être respectée en utilisant le tutoiement ?

Ma deuxième situation d'appel s'est produite lors de mon stage de semestre 5 en tant qu'étudiante en soins infirmiers dans une unité de soins de longue durée. Au sein de cette structure, malgré que les personnes soignées soient des « résidentes » je les assimile à des « patientes ». Spontanément, j'opte pour l'usage du vouvoiement lors de mes échanges avec elles durant plusieurs semaines consécutives, sans trop me poser de questions. Un résident m'exprime alors son souhait : être appelé par son prénom et tutoyé. Quelles ont été ses motivations ? Sa demande m'a déroutée car je ne m'attendais pas à ce qu'elle émane du résident lui-même. J'ai toujours imaginé que cette proposition viendrait du soignant. Le deuxième élément de surprise a été ma réaction. Alors que j'utilise très aisément le tutoiement en lieu de vie, dans cette situation j'ai eu besoin de réfléchir à ma réponse. Finalement, n'ayant pas d'arguments à opposer et me trouvant dans un lieu de vie, j'ai accédé à sa demande.

Ces deux expériences totalement opposées m'ont conduite à une réflexion sur ma posture professionnelle et plus spécifiquement sur l'usage du tutoiement ou du vouvoiement lors des soins, au moyen de questions intermédiaires. Quel poids représentent l'environnement et l'atmosphère dans le choix de l'usage du tutoiement ou du vouvoiement ? Qu'apporte le tutoiement ? Qu'encourage un soignant à utiliser le tutoiement sans l'accord du résident ? Qu'est-ce que cela peut signifier ? Les personnes vulnérables sont-elles plus souvent tutoyées ? Le tutoiement peut-il refléter une relation maternelle, infantilisante, asymétrique ? Découle-t-il de la sympathie ? Dans ce sens, implique-t-il de l'attachement ? Quels signaux inspirent le tutoiement ? Entraîne-t-il de la confusion dans la relation soignant-soigné ? A l'inverse du tutoiement, le vouvoiement est-il toujours gage de respect et de distance ? Le tutoiement met-il automatiquement plus à l'aise que le vouvoiement ? Le tutoiement porte-il un impact dans la relation soignant/soigné ou la posture qui l'accompagne ? Comment la posture soignante peut-elle nuancer les impacts du tutoiement dans une relation ? L'usage du tutoiement conditionne-t-il la posture du soignant ?

Ces nombreuses questions sur la thématique du tutoiement dans les soins m'ont permis de faire émerger ma question de départ : En quoi l'usage du tutoiement impacte-t-il la posture de l'infirmière auprès d'un résident dans un lieu de vie ?

En première partie, je vais recueillir et traiter des informations qui constitueront mon cadre théorique. S'en suivra la phase exploratoire où j'expliquerai la méthodologie utilisée pour conduire mes recherches ainsi que leur analyse. In fine, la discussion fera l'objet de la confrontation entre les apports théoriques, les entretiens, ainsi que ma posture en tant que future professionnelle.

1. Cadre conceptuel

1.1. Lieu de vie

1.1.1. Définition du lieu de vie, une multiplicité de lieux

Le lieu de vie est difficile à cerner car il renvoie à une large diversité de structures dont l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) sur lesquels je vais centrer ce travail de recherches.

« Charte des lieux de vie et d'accueil adhérent au GERPLA », 2009 définit le lieu de vie et d'accueil comme une structure permettant la prise en charge singulière et globale de la personne accueillie afin de l'accompagner dans son projet individualisé.

Le lieu de vie introduit la « vie quotidienne » de la manière suivante : « l'ensemble des gestes, des actes, des activités, accomplis chaque jour par une personne dans le but de prendre soin d'elle-même ou de participer à la vie sociale. La vie quotidienne se déroule dans l'espace privatif de la chambre du résident ou les locaux collectifs de l'établissement ». (ANESM, 2012, page 12).

On peut se demander au-delà de la simple définition, quelles sont les caractéristiques spécifiques des EHPAD et MAS.

1.1.2. Caractéristiques des EHPAD et MAS

En EHPAD, il est important d'assurer une bonne qualité de vie aux résidents, et ce en tenant compte de la diversité de leurs profils. Cette qualité de vie repose sur de nombreux axes, dont le « statut social et [l'] environnement relationnel » de la personne accueillie. (Hervy et Lallemand, 2011, p.45).

Par conséquent, les lieux de vie sont souvent caractéristiques de la communauté, des animations, de l'ambiance conviviale voire familiale, dans le but de se rapprocher au mieux de l'habitat. Les MAS « étaient alors conçues sur la base d'une prise en charge collective : grands dortoirs ou longs couloirs jalonnés de petites chambres individuelles, sanitaires collectifs, grandes salles d'animations, etc. » (ANESM, 2012, page 94).

Ainsi, la caractéristique majeure du lieu de vie est qu'il correspond à l'endroit dans lequel réside la personne. Elle y est chez elle, il est son domicile, ce qui implique diverses règles et notions à respecter. (Ntou, 2017).

Y a-t-il alors un chemin psychique, une philosophie de vie vers lequel tendent les soignants en lieu de vie ?

1.1.3. Une philosophie de vie, des valeurs

A la recherche d'une similitude avec l'habitat, les lieux de vie ont une philosophie de vie qui leur est propre. (Argoud, 2006).

Les valeurs humanistes correspondent à l'élément moteur de la philosophie suivie. Tout d'abord, on les perçoit dans la typologie de l'accompagnement. Chaque résident est pris en considération « dans sa globalité, dans sa réalité physique, sa réalité psychique, sociale et spirituelle ». Cette pratique de soin est en corrélation avec une relation de « confiance, [d'] écoute, [d'] ouverture d'esprit, [de] respect et [de] reconnaissance de la personne ». Des concepts qui finalement sont communs à la profession. (ARSEA, 2015, p.13).

De plus, les lieux de vie tels que l'EHPAD et la MAS permettent davantage à chaque résident de « développer son rapport à autrui, ses capacités à créer, se sentir utile ». Ainsi, la structure de lieu de vie ne peut pas se suffire à prodiguer des soins. (ARSEA, 2015, p.13).

Par quel moyen les soignants parviennent-ils à humaniser le rythme de vie dans ces structures de soins ?

1.1.4. La mise en œuvre d'un projet de vie individualisé

Depuis la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le projet personnalisé est une démarche obligatoire dans les établissements médico-sociaux.

Il s'effectue en collaboration avec la personne accueillie, en la plaçant au centre de l'échange. Le but est d'adapter au mieux l'accompagnement proposé aux besoins et attentes de celle-ci à travers « ses compétences, ses souhaits et ses envies ». (Laurent, 2013, p.17).

Plus généralement, le projet de vie met en lumière la démarche d'humanisation de la structure. (C. Gibowski, P. Balard et F. Le Duff, 2013).

Afin de pouvoir identifier les besoins des résidents, il me semble intéressant de se demander qui sont-ils ? D'ailleurs, devons-nous penser résidents ou résidants ?

1.2. Résident ou résidant ?

1.2.1. Des profils variés

En EHPAD, les personnes accueillies sont majoritairement des femmes dont l'âge moyen est de 85 ans. En outre, le lieu de vie offre la possibilité de vivre avec son conjoint mais c'est « plutôt rare et ne concerne que 36 % des personnes accueillies et en couple ». (M.Muller, 2018, p.3). Par ailleurs, les affections neuropsychiatriques telles que « les états dépressifs, le syndrome démentiel et les troubles du comportement » sont largement représentés. (N.Dutheil et S. Scheidegger, 2006, p.3).

A l'inverse, les maisons d'accueil spécialisées reçoivent davantage des personnes du genre masculin. (Y.Makdessi, 2012). D'après le code de l'action sociale et des familles en 2005, les résidents sont des « personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants ».

1.2.2. Des besoins

La diversité des personnes accueillies en lieu de vie implique un degré variable de dépendance. Souvent, il s'agit d'une aide pour les actes du quotidien s'articulant autour des quatorze besoins de Virginia Henderson (Grinfeld, 2014).

Dans le cadre de mon sujet de recherche je vais principalement m'orienter vers le besoin social des personnes accueillies en EHPAD et en MAS.

Comme tout individu, les résidents ont besoin de socialisation. En effet, « on note la prédominance de l'environnement social dans le plaisir quotidien ». Les personnes âgées apprécient et ressentent la nécessité d'entretenir une relation sociale notamment avec leur famille, leurs amis et leurs voisins (Denormandie, Sanchez, Hugon, Dramé et Jeandel, 2015, p.40). De plus, les personnes âgées expriment « le besoin de toucher et d'être touché », qui leur procure une sensation de bien-être (Boudreault et Ntetu, 2006, p.55).

Cependant, l'entrée en établissement peut limiter ces relations à celles de l'institution : « l'isolement peut aller grandissant et on peut supposer que la structure peut devenir le seul repère pour cette personne ». (Beloni, 2019, p.97).

1.2.3. Des difficultés d'ordre sociales

Lors de son intégration en structure d'hébergement, la personne âgée doit faire face au détachement de tout ce qui appartenait à sa vie antérieure. Par conséquent, le résident se doit de faire le deuil « de son passé, de son autonomie, de ses repères, et même de son intimité », se laissant désormais envahir par « la peur de l'inévitable et l'inquiétude quant au devenir et à l'avenir » (Delcus, 2014, p.14).

Dans le même ordre d'idée, la personne accueillie doit faire face à de nombreuses perturbations sociales. Delcus (2014) identifie un « isolement affectif et relationnel, accompagné d'un sentiment de solitude renforcé par l'éloignement, voire l'absence des proches » (p.14).

Cette modification importante de l'environnement social peut s'avérer d'une grande difficulté pour les résidents, d'autant plus quand on sait que la capacité d'adaptation est décroissante lorsque le processus de vieillesse se poursuit (Beloni, Hoarau, Marin, 2019).

En parallèle, la difficulté sociale est nuancée en maison d'accueil spécialisée. Fréquemment, les personnes accueillies sont polypathologiques. Outre la grande dépendance qu'elle engendre, elle altère la communication du résident : « certains ne s'expriment pas par la parole ou alors leur capacité de verbalisation est limitée ou envahie par leurs troubles psychotiques ». Il devient alors difficile pour les résidents de s'exprimer, mais également pour les soignants de les comprendre (Leplongeon et Naslin, 2013, l.21).

1.2.4. Un sentiment de vulnérabilité

Donnio (2005) confirme que l'entrée en institution provoque une cessation brusque avec la vie passée, pouvant conduire à des conséquences sur l'intégration à terme du résident dans son nouveau lieu de vie.

Par exemple en EHPAD on note pour le résident un « risque de dépression, [...] de désorientation augmentant le nombre de chutes, de fugues, [...] de syndrome de glissement dans le mois qui suit l'entrée en institution, se caractérisant par une dégradation rapide de [l'] état de santé. » (Beloni, 2019, p.82). Autant de conséquences mettant en lumière le caractère vulnérable des personnes accueillies.

Les résidents en Maison d'Accueil Spécialisée sont jugés « d'une grande vulnérabilité » en raison des divers types de handicaps dont ils sont atteints. En effet, ils peuvent susciter tant une affectation sur l'aspect psychique que physique (Leplongeon et Naslin, 2013, p.20). Pour dépasser cette vulnérabilité en MAS, il est indispensable de « resituer la personne dans l'humanité et respecter sa dignité en tant que personne malgré une autonomie entravée » (Legendart, 2019, p.23).

Ainsi en structure, la vulnérabilité induit un accompagnement global de la personne. Cependant, quelle est la limite entre l'autonomie et la dépendance ?

1.2.5. Dépendance ou autonomie ?

Les lieux de vie prônent souvent le maintien de l'autonomie des résidents car elle intègre à part entière leur dignité (GERPLA, 2009).

L'AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources), est une grille utilisée à échelle nationale pour estimer le niveau de dépendance des personnes âgées. A l'aide d'un questionnaire elle catégorise la personne âgée dans une classe qui détermine ensuite l'admissibilité à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (Gervais, Tousignant, Hébert et Connangle, 2009).

Quelle est alors la frontière entre l'autonomie et la dépendance ?

En 2004, Sylvie Renaut explique que la limite du passage entre l'autonomie et la dépendance est l'état de fragilité. Il s'agirait en fait d'un processus, induisant la dépendance fonctionnelle.

Cette théorie est partagée par Delrieu et Orriols (2015), mais avec une connotation nouvelle : la réversibilité du processus. Selon ces deux infirmières « la fragilité constitue un stade précoce de la dépendance, caractérisant une situation instable mais également réversible si un rapide dépistage est effectué, associé à une prise en charge de qualité assurée dans l'interdisciplinarité » (p.23).

Qu'en est-il alors des droits de la personne accueillie en lieu de vie et de son autonomie ? La limite entre la dépendance et l'autonomie y porte-t-elle atteinte ?

1.2.6. Des droits malgré un état de fragilité

« Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits » (Fondation Nationale de Gérontologie, 2007, p.3).

Les personnes âgées dépendantes ont autant qu'autrui le droit à leur autonomie, même si elle peut induire un risque. Afin de la préserver, les soignants doivent être conscients du risque de cette emprise pour mieux le prévenir (Fondation Nationale de Gérontologie, 2007, p.7).

En outre, le décret de 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie apporte des précisions.

D'une part, les soignants travaillant en maison d'accueil spécialisée sont dans l'obligation de favoriser : la communication – verbale ou non –, les relations sociales, l'affectivité, la mobilité, tout en respectant l'espace intime des personnes accueillies.

D'autre part, les soignants doivent solliciter l' « autonomie par des actions socio-éducatives [...] en [...] accompagnant [les résidents] dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne ».

De plus, l'arrêté de 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie « garantit à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées ».

Cependant sur le terrain, la difficulté des établissements est de concilier les droits des résidents, leur autonomie et attentes personnelles avec leur sécurité. (ANESM, 2009).

1.3. L'infirmière en lieu de vie

1.3.1. Rôle

Outre son devoir de connaissance des pathologies, d'administration des thérapeutiques, de jugement clinique et de questionnement éthique, l'infirmière doit, comme vu précédemment, assurer un accompagnement dans la globalité de la personne accueillie (Bourzeau, 2015).

Cela commence d'abord par l'organisation des soins : le résident ne doit pas être contraint à leur agencement (Poivet, 2016).

Effectivement, « l'équipe doit [...] avancer au rythme du patient tout en respectant, dans la mesure du possible, ses souhaits » (Maury-Zing, Navarre, Cathelin, Sainton et Laudet, 2009, p.31).

Ensuite, la dimension relationnelle est toute aussi importante dans le rôle de l'infirmière. Armée de bienveillance, l'infirmière va instaurer une relation de confiance pour entretenir « un rapport privilégié et personnalisé avec le résident. [...] L'infirmier devient un lieu d'écoute et de discussion où la personne soignée livre une part de son intimité et de ses difficultés », permettant aussi à l'infirmière d'ajuster sa prise en soins (Leplongeon et Naslin, 2013, p.22).

Comment l'infirmière parvient-elle à obtenir l'identité de la personne bienveillante vers laquelle le résident se sent en confiance ?

1.3.2. Construction identitaire

L'identité est un processus long de construction et continuellement en remodelage. On y distingue deux facettes : privée et professionnelle.

Sa construction s'effectue notamment à partir de l'éducation. Chez un individu, on la retrouve à travers « les coutumes de sa culture » et/ou la reproduction du schéma parental.

L'identité professionnelle de l'infirmière, quant à elle, débute lors de sa formation : l'« identification d'autrui » et l'« identification à autrui » mettent à l'épreuve son observation pour recueillir de nouvelles informations et reproduire un comportement similaire (Cherel, 2009, p.26).

Abikhzer (2013) croit aussi en l'implication de l'éducation dans la construction identitaire. Pour lui, l'« hérédité sociale » intègre par l'influence familiale et environnementale de l'individu sur son comportement, son savoir, son attitude ainsi que les valeurs qu'il développera (p.49).

Dans le même ordre d'idées, il présente deux identités relatives à l'éducation : l'identité pour soi et pour autrui. La première étant une observation intérieure de Soi, « en fonction de sa trajectoire passée et présente, sa profession, sa formation et ses projets personnels » (p.50).

La seconde se base sur l'identification aux autres, par un système de comparaison pour une même fin : se construire.

Par conséquent, l'identité professionnelle est singulière à chaque soignant. Elle se crée à partir de son ressenti, ses expériences, compétences, valeurs sans oublier l'aspect relationnel avec ses pairs.

Cherel (2009) approfondit le sujet. D'après elle, la singularité de la construction identitaire mène à la diversité des pratiques soignantes : « les pratiques soignantes qui en découlent apparaissent comme étant fortement marquées par la question de l'identité professionnelle » (p.71). De plus, elle présente l'existence potentielle d'une tension entre l'identité personnelle et professionnelle, qu'elle nomme la crise identitaire. Ce conflit d'identités peut également se ressentir dans la pratique des professionnels.

L'identité professionnelle a-t-elle les propriétés d'un bouclier face à l'attachement émotionnel ?

1.3.3. Une nécessité : la juste distance

La juste distance est un équilibre entre l'implication du soignant dans sa relation avec le résident et sa protection individuelle face aux émotions et à l'attachement (Michon, 2013).

Elle est nécessaire aux soignants, notamment en vue du besoin d'attachement des personnes âgées. Par leur vulnérabilité, ces personnes âgées dépendent des soignants qui les accompagnent quotidiennement. « Cette dépendance s'accompagne d'une anxiété de séparation et d'une peur d'être abandonné par la figure d'attachement ». Pour pallier ce besoin « la personne âgée va s'engager dans des comportements dont l'objectif est de maintenir la proximité avec la figure d'attachement. » (Mistycki, V., & Guedeney, N., 2007, p.48).

Cet attachement est également vécu par les soignants : « il se crée un attachement naturel avec les patients, nous les soutenons et les écoutons. Nous connaissons certains patients depuis 15 ans, c'est comme 15 ans de vie commune ! [...] cela nous touche ». Cet attachement s'explique également par le besoin ressenti des personnes accueillies les plus isolées, qui sont par conséquent davantage dans la demande d'affect (Macrez, 2008, p.18).

La posture professionnelle peut-être un levier pour cet attachement. Elle est propre à chaque soignant et varie selon l'interlocuteur qui échange avec lui.

Elle correspond à l'attitude générale qu'adopte le professionnel dans une relation, englobant tant bien l'utilisation de sa communication non verbale que verbale.

La posture est en corrélation avec la juste distance : « être trop distant, trop direct ou trop empathique peut rendre la relation compliquée, [...] de même qu'un professionnel trop distant

[...] ne parviendra pas à construire la relation nécessaire pour [...] rassurer [...]. » (Schuhl, 2012, p.7).

La construction de la posture professionnelle débute par la prise de recul sur les évènements, afin de bannir les effets de projection, transfert et jugement qui peuvent entraver la relation de soins notamment par le biais des émotions.

En outre pour aider à cette construction, l'infirmière doit être capable de questionner tout au long de sa profession sa pratique afin de la remanier et l'adapter aux situations qu'il rencontre. Ensuite, la posture professionnelle se discute et s'acquiert en équipe. Le partage d'expériences permet d'obtenir des points de vue différents, aidant au questionnement personnel de sa pratique. C'est ainsi que ce moment d'échange permet d'homogénéiser les pratiques soignantes de l'établissement concernant l'accompagnement. Le verbe « accompagner » est évocateur de partage avec l'autre, d'action commune, de « cheminer ensemble, partager le pain, etc. » (Le Guillou, 2019, p.24).

Cette notion mise en évidence en lieu de vie peut aller jusqu'à l'accompagnement intime. Avec la particularité d'accueil sur le long terme, un lien particulier se crée entre le soignant et la personne, ils « partagent une histoire commune » (Fondation Bon Sauveur, 2018, p. 14).

1.3.4. Vouvoiement ou tutoiement ?

« Cette relation privilégiée peut expliquer exceptionnellement un tutoiement des deux parties » (Fondation Bon Sauveur, 2018, p. 14).

Les Français ont pour coutume d'utiliser le tutoiement uniquement auprès de leurs proches et le vouvoiement pour marquer une distance dans la relation, soit en lien avec l'inconnu, la politesse ou le respect. Dans la dynamique sociétale, le vouvoiement est appliqué sur le terrain professionnel, et ainsi dans la relation de soins (Fondation Bon Sauveur, 2018). Or, toute personne étant singulière, chacun peut percevoir et interpréter le vouvoiement différemment. Ainsi, « dans certaines situations d'entretiens, le filtre du vouvoiement peut avoir des effets bloquants pour le patient » menant alors le soignant à proposer le tutoiement (Fondation Bon Sauveur, 2018, p. 14).

Egalement, la spécificité des relations de soins peuvent conduire au tutoiement dans un contexte de familiarité. Il témoigne alors d' « affection, [de] camaraderie, [d'] intimité » (Covelet, 2003, p.116). Est-ce de la sympathie ?

La sympathie se rapproche de la compassion, dans le sens où l'infirmière qui l'exprime partage et ressent les émotions du résident. Cependant, elle accentue la notion d'affinité liant les deux sujets (Naudin, 2006).

A l'inverse, l'empathie est le fait de comprendre les émotions du résident sans pour autant les intérioriser, et ainsi éviter la « fusion ou confusion » avec les sentiments personnels (Godart, 2009, p.36).

Selon Covelet en 2003, les professionnels de santé auraient recours au tutoiement pour pallier « la grande misère physique, émotionnelle, affective, et mentale des résidents, misère qui ne peut manquer d'émouvoir ceux qui en sont les témoins quotidiens » en apportant « des compensations affectives » (p.118).

1.4. Conclusion

Pour conclure, par son environnement, sa philosophie de vie et la diversité des profils des personnes accueillies, le lieu de vie influence les relations de soins. Les résidents, en deuil de leur vie passée peuvent rechercher davantage d'attention chez les soignants qui les entourent. Avec la particularité de l'accueil de longue durée, l'attachement est sans nul doute une composante de la relation de soins. Cette familiarité, accentuée par la proximité entre soignant et résident notamment lors de l'accompagnement aux soins intimes, peut dévier vers de la maltraitance. En effet, l'un des marqueurs de cette familiarité est le tutoiement. L'identité unique de chaque personne nuance sa perception, pouvant ainsi être interprétée de multiples façons. Les soignants doivent alors être vigilants quant à leur posture s'ils utilisent le tutoiement lors des soins afin de rester bienveillants et respectueux envers le résident.

2. Dispositif méthodologique du recueil de données

Le cadre conceptuel m'a permis d'étudier à travers divers ouvrages d'auteurs les multiples points de vue existants autour de la notion du soin en lieu de vie, et plus particulièrement l'usage du tutoiement. Cependant, le traitement de ces données me paraissait insuffisant car il s'attachait uniquement à de la théorie. Afin d'avoir une approche plus concrète de l'usage du tutoiement dans les soins, j'ai décidé de conduire deux entretiens auprès d'infirmières de terrain.

L'entretien semi-directif me paraissait plus adapté que le directif, car il laisse assez de libertés dans la prise de parole pour permettre la reformulation et le développement des idées, tout en canalisant l'échange autour d'un thème précis indiqué par les questions. Chacune de mes questions correspond à un objectif précis :

- connaître le parcours professionnel des infirmières interviewées
- définir le lieu de vie
- caractériser le rôle des infirmières en lieu de vie
- caractériser le statut de résident
- définir la juste distance
- caractériser le rôle d'une équipe soignante
- distinguer les représentations soignantes du tutoiement
- cibler les signaux qui conduisent le soignant à tutoyer le résident.

Les deux infirmières interviewées travaillent dans deux structures différentes : maison d'accueil spécialisée pour l'une et unité de soins de longue durée pour l'autre. Ce choix me semblait intéressant car il s'agit des lieux où se sont déroulées les situations d'appels de mon travail d'initiation à la recherche, par conséquent, je connaissais au préalable les deux infirmières interrogées et la typologie des profils des résidents. Avant de conduire les entretiens je m'étais questionnée sur les différentes variables entre les deux professionnelles. En effet, afin de pouvoir comparer mes deux entretiens, j'avais besoin de minimiser la diversité des paramètres. Ainsi, j'ai prêté attention au genre : féminin, à l'âge : entre 35 et 40 ans, à leur nationalité et origines : françaises, puis à leur parcours professionnel : toutes deux ont eu une longue expérience en lieu de vie.

Par facilité, les deux entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail, sur des créneaux choisis par les infirmières. Cependant, les deux structures n'étant pas dans la même région, j'ai dû les effectuer de manière différée pour assurer la continuité de ma formation en soins infirmiers. Cela m'a permis, grâce à l'expérience du premier entretien, de m'améliorer dans l'échange, et de rebondir davantage sur les propos de l'infirmière lors de la seconde interview.

Chaque entretien était d'une durée approximative de trente minutes. Cela me semblait être le temps adapté pour permettre d'échanger et de développer suffisamment les idées, sans laisser trop de temps à la dispersion. Afin d'effectuer la retranscription des deux entretiens pour ensuite les analyser, j'ai utilisé le dictaphone de mon téléphone portable pour les enregistrer, sur accord des professionnelles de santé.

Je me suis particulièrement laissée surprendre par mon premier entretien en maison d'accueil spécialisée. Effectivement, l'entretien se déroulant dans le bureau de soins de l'infirmière, nous avons été interrompues à deux reprises par deux résidents. J'ai choisi de retranscrire l'une de ces interruptions car elle m'a semblé intéressante à analyser en vue du point clef de mon mémoire qu'est le tutoiement. Également à plusieurs reprises, le téléphone personnel de l'infirmière a sonné. Ces multiples éléments perturbateurs m'ont mise en difficulté vis-à-vis de la continuité de l'échange. Il m'a été difficile de me souvenir à laquelle des questions de mon guide d'entretien nous étions rendues, et ainsi de poursuivre l'idée en cours.

Par ailleurs, j'ai eu plus de mal lors de mon deuxième entretien à faire des liens entre les questions de mon guide et les réponses amenées par l'infirmière. Effectivement, j'ignore si cela est en lien avec la formulation de mes questions, mais les réponses évoquaient souvent divers sujets, tous reliés par de multiples anecdotes.

Toutefois, mes entretiens se sont bien déroulés et me permettent d'établir une analyse constructive en lien avec mon sujet de mémoire, que nous allons découvrir ci-après.

3. Analyse des entretiens

3.1. Définition

Définir le lieu de vie étant mon premier objectif, les entretiens que j'ai conduits m'ont permis de mettre en lumière trois éléments de définition que sont : la temporalité, la vie sociale et l'environnement.

Tout d'abord, les infirmières assimilent le lieu de vie à une structure accueillant des résidents sur le long terme : « un lieu de vie c'est la prise en charge longue des résidents » (infirmière A, l.17), « un séjour de longue durée » (infirmière B, l.74).

Cette notion de longue durée induit inévitablement l'accompagnement en fin de vie des résidents accueillis. L'infirmière B précise qu' « ils finissent leur vie avec nous pour 99% des résidents » (l. 13). Le lieu de vie est alors « leur maison finale » (infirmière A, l.94).

Ensuite, la vie sociale est un élément clef de la définition. Cet axe se mesure par la cohabitation des soignants avec les résidents, par la globalité de la prise en soins, mais également par la diversité des animations proposées. Les professionnels intègrent à part entière la structure, et l'infirmière B le ressent dans ses relations : « On les voit tous les jours » (l.75), « ces moments de partage où ils connaissent un petit bout de notre vie » (l.352), « c'est notre vie mais ils nous voient presque tous les jours » (l.351), « elle a vu une fois ma fille en 7 ans, elle m'en a parlé pendant 15 jours après » (l.352).

De plus, le lieu de vie permet la prise en soins dans l'entièreté de la personne accueillie. Cela semble être un incontournable pour les deux soignantes : « on prend en charge la totalité de ce qu'elle est » (infirmière A, l.31), « il faut prendre en considération la totalité des choses » (infirmière A, l.46) et « c'est vraiment une prise en charge globale, mais quand on dit globale, c'est vraiment globale » (infirmière B, l. 89).

Ainsi, le lieu de vie induit la prise en considération de chacun des besoins fondamentaux d'une personne, tant sur le plan physique, psychologique et social. Cela justifie la présence des animations multiples et variées. Par exemple, « il y en a certains qui cuisinent pour le restaurant externe » (infirmière A, l.107). L'infirmière B ajoute : « si on m'avait dit un jour que des résidents iraient faire du catamaran ou de la patinoire, je ne l'aurais jamais cru » (l.293).

Enfin, le troisième élément dominant de la définition du lieu de vie se réfère à l'environnement. Le lieu de vie s'efforce de multiplier les similitudes avec l'habitat, autorisant chaque résident à aménager son appartement comme il le souhaite. Pour cause, « le lieu de vie c'est là où habite la personne » (infirmière A, l.30), « ce sont vraiment des gens qui habitent, des résidents de la structure » (infirmière A, l.18). L'infirmière B partage cette opinion. C'est pourquoi elle ne considère pas l'Unité de Soins de Longue Durée comme un lieu de vie car « il manque leurs meubles, leurs photos, leurs animaux de compagnie. Il manque l'ensemble des repères qu'ils avaient durant toutes leurs années » (l.13).

L'environnement du résident inclut également son entourage : « en général dans les lieux de vie tu as un entourage » (infirmière A, I.23). Cet entourage, quand il est présent, peut être très symbolique pour les résidents, comme le témoigne l'infirmière B : « J'ai vu un patient en fin de vie un week-end, on a descendu son lit dans le hall pour que sa petite-fille emmène son chien. Le résident ne bougeait plus depuis 5/6 jours. Il a entendu son chien aboyer, j'en ai encore des frissons, ses mains ont essayé de bouger pour le caresser, tout le monde pleurait. Il est décédé le surlendemain. Voilà, il avait eu son chien près de lui » (I.269).

A travers ce lieu de travail singulier il m'a semblé intéressant de caractériser le rôle de l'infirmière, afin de comprendre en quoi consiste la prise en charge globale des résidents accueillis.

3.2. Caractéristiques du rôle IDE en lieu de vie

Travailler en lieu de vie nécessite d'après l'infirmière B un profil particulier. Selon elle, il est impératif d'« aimer les personnes âgées, sinon on peut vite être dans la maltraitance » (I.50) ainsi que de savoir prendre du recul sur sa pratique professionnelle pour l'analyser : « il faut aussi se remettre en question » (I.60).

De plus, des valeurs prépondérantes au profil telles que la tolérance, la bienveillance, l'écoute et la disponibilité sont nécessaires : « Une tolérance oui, mais cela n'oblige pas que l'on doit tout accepter » (I.57), « il n'est pas nécessaire d'avoir une spécialité en psychiatrie ou autre, mais une attention différente » (I.66), « je lui ai rappelé que nous étions là pour eux » (I.64).

L'infirmière A n'a pas évoqué cette nécessité, cependant, la capacité d'adaptation lui semble importante. La particularité de la dimension sociale en lieu de vie fait appel à une sensibilisation préalable car elle est peu présente dans notre formation. L'infirmière l'illustre de la manière suivante : « Le social est quelque chose qu'on a assez peu dans nos études : on est vraiment formées en tant que techniciennes, à l'application du résultat. Au départ, j'ai eu beaucoup de mal à travailler avec des équipes éducatives : on ne parle pas le même langage. Aujourd'hui pour travailler dans des structures comme celles-ci, il faut être sensibilisé au monde social où le langage est complètement différent » (infirmière A, I.42).

Cette adaptation du professionnel est aussi importante pour l'autre soignante, car ses missions « sont assez variées » (infirmière B, I.39). De même, les « contraintes institutionnelles » (infirmière B, I.20), impliquent aux soignants « malgré les soins [à] trouver le moment ou la façon de faire pour qu'ils soient le plus confortables possible » (infirmière B, I.40).

Par ailleurs, l'infirmière A pense que « prendre soin » s'effectue avant tout en collaboration interprofessionnelle. Le travail « avec des équipes éducatives » (I.44) lui semble être un atout pour le résident car « chacun y porte son regard » (I.75). Il permet la mise en

œuvre des soins au plus près de son « projet de vie personnalisé ». Finalement, il s'agit d'intégrer « un petit bout du médical dans le projet de vie global » du résident, et non l'inverse. En outre, cette prise en soins requiert « toute une organisation » (infirmière B, I.87). Les professionnels doivent ainsi faire preuve d'anticipation : « il faut regarder si le résident est capable aujourd'hui, demain ou après-demain de sortir [...] et prévoir les médicaments » (infirmière B, I.85).

Les deux infirmières interviewées pensent alors qu'un soignant doit avoir un profil particulier pour travailler en lieu de vie. Par exemple, le soignant doit être en capacité de s'adapter à de multiples situations. En effet, toutes les caractéristiques d'un résident sont à prendre en compte.

3.3. Caractéristiques d'un résident

D'après les deux infirmières interrogées, la première différence entre un patient et un résident est leur appellation. Le terme « résident » renvoie davantage au caractère humain de la personne. Toutes deux pensent que cette humanité se dessine autour de trois éléments principaux : la personnalité, le vécu, et l'action.

Avant toute chose, les résidents « sont des personnes, des êtres humains » (infirmière A, I.140) dotés de « toutes leurs caractéristiques [singulières] » (infirmière B, I.54). Ainsi, chaque personne a un vécu, un passé qui lui est propre et qu'il est important de connaître pour affiner la prise en soin : « connaître l'histoire d'un patient » (infirmière B, I.240). Il peut s'agir de la carrière professionnelle ou des habitudes de vie. Les professionnelles le développent dans leurs dires : « Ce sont des personnes qui ont eu une vie, pour certains une vie assez riche avec des enfants, un travail » (infirmière A, I.141) et « s'il se rasait tous les jours de sa vie car c'était par exemple un banquier, c'était un geste qui pour lui était important » (I.253).

Par ailleurs, les résidents continuent d'être « acteurs de leur vie » (infirmière A, I.98) même en institution. L'infirmière A insiste sur cette notion en utilisant de nombreux verbes d'action tels que « décider » (I.99 et I.108), « aménager » (I.107) et « faire » (I.100). Ce rôle d'acteur est moins évident en USLD du fait des contraintes hospitalières qui laissent peu de marge d'action aux résidents.

Ensuite, comme toute personne a des droits, le résident en a aussi. De prime abord, les deux infirmières se rejoignent pour dire que les patients et les résidents sont égaux dans leurs droits : « ils ont les mêmes droits qu'ils soient patients ou résidents » (infirmière B, I.94). « Ce n'est pas le fait d'être ou non en lieu de vie » (infirmière A, I.128) qui doit les impacter. Un résident peut, à l'image du patient, décliner un soin si tel est son souhait. Peu importe la

structure, tout professionnel de santé se doit de rechercher le consentement de la personne soignée et de le respecter.

Pourtant au fur et à mesure de l'échange, toutes deux évoquent « une approche totalement différente [du soin] » (infirmière B, l.68).

Par exemple en secteur hospitalier « non pas que l'on va porter moins d'attention, mais comme c'est plus ponctuel, plus bref, une phase aiguë : on va traiter le problème sans se soucier de savoir s'il a rendez-vous chez la coiffeuse » (infirmière B, l.76). L'infirmière A précise que le rôle d'acteur « est quelque chose qu'on ne retrouve pas dans un milieu hospitalier : les patients ne décident pas de la manière dont sont aménagés les couloirs ou l'organisation du service ». (l.104).

D'autre part, les deux soignantes expliquent que la recherche du consentement libre et éclairé du patient est difficile en lieu de vie : « Ici, ce qui rend les choses complexes c'est qu'on est dans un établissement psychiatrique. On parle toujours du consentement éclairé du patient, mais éclairé quand tu es atteint de troubles psychiatriques, c'est difficile ». (Infirmière A, l.117). Pour cause, les structures accueillent des personnes avec diverses pathologies, parfois lourdes de conséquences, qui peuvent entraver la communication. Les deux infirmières développent cette complexité : « Au niveau éthique, ce n'est pas toujours facile : parfois on va leur faire des soins et ils n'expriment rien, ou ils vont s'opposer physiquement, mais on ne sait pas si c'est une réelle opposition ou pas » (infirmière A, l.120) et « le problème des résidents est qu'ils n'ont souvent plus la parole, - ou du moins sensée - pour exprimer un inconfort » (infirmière B, l.95).

Au-delà des valeurs nécessaires au « prendre soin », le soignant doit faire preuve de bienveillance et de considération pour la vie passée du résident. Pourtant, il peut parfois être en difficulté face aux conséquences des diverses pathologies rencontrées qui complexifient la dissociation entre le refus de soins du résident ou l'expression de la symptomatologie. Ainsi, la relation de soins peut se révéler être un levier de persuasion quant au bien-être du résident. Charge ensuite à l'infirmière de mesurer le bon équilibre de cette relation.

3.4. La relation soignant-soigné

Premièrement, la relation induit irrévocablement la notion de dualité : « C'est une relation à deux » (infirmière B, l.119).

Ensuite, l'élément clef d'une relation de soin solide est l'humanité. Selon l'infirmière A, sa construction s'effectue à partir de deux valeurs émergentes : le respect et l'égalité.

A ce sujet, « le respect, c'est vraiment la chose que je mettrais en premier dans la relation avec les résidents » (l.155). « On essaie vraiment dans la relation de gommer [...] cette

supériorité » (I.149). Dans ces concepts on retrouve la notion de dualité : « entre êtres humains, on se respecte aussi bien d'un côté que de l'autre » (infirmière A, I.141).

L'égalité est recherchée pour atténuer l'aspect hiérarchique de la relation. L'infirmière A précise d'ailleurs que dans leur structure les soignants optent pour une tenue civile plutôt qu'une blouse blanche.

L'infirmière B ne montre pas de désaccord mais elle ajoute un concept qui lui semble fondamental à la relation : la confiance. Elle se situe selon elle au même titre que le respect pour l'infirmière A : « en premier » (infirmière A, I.139).

Du fait de la proximité entre le soignant et le résident notamment lors de soins d'hygiène, la confiance mutuelle est indispensable : « il nous arrive de faire des soins très intimes. On vient les déranger fréquemment, s'il n'y a pas une confiance réciproque, c'est compliqué » (infirmière B, I.106).

3.5. L'équipe soignante

Il me semblait important de savoir si dans l'équipe pluriprofessionnelle cette vision de la relation avec ses fondamentaux, était partagée par chaque soignant.

Dans la MAS, l'équipe est en cohésion totale, avec une approche unidirectionnelle dans la relation avec le résident : « on met tous autant de bienveillance dans nos actes et dans nos réflexions » (infirmière A, I.159).

A contrario, l'infirmière B présente une équipe plus dissoute, malgré « une majorité d'aides-soignantes qui sont très à l'écoute » (I.142) et s'appuient sur les valeurs humanistes vues précédemment. Cette disjonction est due selon elle à l'attrait ou non pour la structure de lieu de vie. Elle parle à plusieurs reprises du « souhait de leur part de venir en gériatrie » (I.127). Cela fait écho à sa première approche : pour travailler en lieu de vie, il faut apprécier les personnes âgées.

En conséquence, dans un travail d'équipe se manifeste toutefois une part d'individualité. Certains paramètres personnels vont consciemment ou non interagir avec la pratique professionnelle. Effectivement, « on a chacun notre caractère, notre vie et notre passé personnel qui influencent notre façon de travailler. Notre âge, notre ethnie aussi font que l'on ne travaille pas tous de la même façon » (infirmière B, I.147).

Cette diversité dans la pratique du soin peut-être un atout car « dans le meilleur des cas, chacun apporte son petit 'truc' pour le bien de tout le monde » (infirmière B, I.161).

Finalement, « une équipe c'est [...] pleins de petits cailloux qui font une pyramide » (infirmière B, I.160).

L'individualité de chaque soignant se manifeste dans sa pratique professionnelle. Avec la relation particulière que le professionnel entretient avec le résident, il peut parfois utiliser le tutoiement dans ses échanges.

3.6. Les représentations du tutoiement

De prime abord, les soignantes sont très catégoriques : « le tutoiement est interdit » (infirmière B, l.166).

Le vouvoiement leur a été enseigné comme étant l'unique façon de respecter autrui : « pour moi, c'est une marque de respect de les vouvoyer » (infirmière B, l.174) et « j'ai besoin de ce vouvoiement pour marquer le respect et la considération » (infirmière A, l.234).

Pourtant, leur point de vue converge vers le fait que l'usage du tutoiement est lié à la personnalité de l'individu, par son éducation et la notion de respect qu'il a développé. L'infirmière A l'explique de la manière suivante : « on a tous un regard différent là-dessus. Moi, parce que ce sont dans mes valeurs humaines et que je suis comme ça aussi à l'extérieur » (l.180) quand l'infirmière B indique qu'elle a « été élevée comme cela » (l.339).

Par conséquent, le tutoiement relève d' « un avis très personnel » (infirmière A, l.187).

Au fil de l'échange, les infirmières reviennent sur leur position à propos du tutoiement qui leur semblait d'emblée gage d'irrespect.

Elles pensent alors que le respect d'autrui n'est pas influencé par les pronoms « tu » ou « vous », mais plutôt par la posture qui l'accompagne. Je cite : « le vouvoiement, le tutoiement, ce n'est pas ça qui marque le respect » (infirmière A, l. 191) et « je suis persuadée que même celles qui tutoient restent respectueuses » (infirmière B, l.330).

Le tutoiement est parfois un souhait voire une demande émanant du résident. Cependant, les infirmières rejettent cette demande : « un tutoiement même demandé par un résident je ne le ferai jamais » (infirmière B, l.177) car le vouvoiement est plus naturel pour elles : « il m'est plus facile de vouvoyer les gens » (infirmière A, l.181).

Aussi, les résidents peuvent demander aux soignants d'être appelés par leurs prénoms. On pourrait penser que son emploi se joint à l'usage du tutoiement. Néanmoins, les deux soignantes accèdent à cette demande tout en gardant le vouvoiement dans la relation : « j'accède à la demande d'appeler quelqu'un par son prénom mais je vais le vouvoyer » (infirmière A, l.186), « le prénom reste à leur demande » (infirmière B, l.183).

En outre, les infirmières pensent que vouvoyer permet de respecter une juste distance. En effet, le risque d'un tutoiement réciproque dans la relation de soin est de mettre en confusion le résident. Il est alors facile de glisser dans la sympathie, voire la familiarité.

Les soignantes l'illustrent très bien durant nos échanges : « ça met un flou » (infirmière A, l.222), « ce ne sont pas nos amis » (infirmière A, l.197), « ils n'arrivent pas à mesurer le bon dosage dans la relation à l'autre » (infirmière A, l.220) et « je m'attachais déjà suffisamment à lui sans avoir besoin en plus de le tutoyer » (infirmière B, l.326).

De plus, cette distance est nécessaire quand il faut rappeler le cadre de l'institution, afin d'éviter la maltraitance. Avec le tutoiement, « on a tendance à infantiliser » (infirmière B, l.184).

Par conséquent, au vue des dires et expériences des infirmières, il semblerait que le vouvoiement soit plus approprié que le tutoiement dans une relation de soins.

Toutefois, ce dernier peut être utilisé comme outil de soins : « J'ai le cas d'une résidente en ce moment, si je n'emploie pas son prénom : elle s'énerve. Par contre, dès que je commence la journée en lui disant bonjour avec son prénom, je sens qu'elle est plus à même de m'écouter et d'accepter le soin » (infirmière B, l.206). En effet, l'infirmière B m'affirme qu'elle n'utilise pas le tutoiement mais le compare avec l'emploi du prénom.

Comment savoir si le tutoiement est adapté à la relation avec un résident ?

3.7. Les signaux du résident conduisant le soignant au tutoiement

Dans la relation de soin, le tutoiement peut-être mis en place par le professionnel s'il l'estime adéquat. Afin d'évaluer s'il serait adapté, le soignant va tout d'abord se fier à ses sens personnels : il va observer le résident et s'inspirer de son intuition, son ressenti.

C'est une dimension que seule l'infirmière A a abordé. Pour me l'expliquer, j'ai remarqué son utilisation régulière du verbe « voir » insistant sur une perception : « on le voit assez rapidement » (l.271), « tu vois bien » (l.272).

A l'identique, l'usage du verbe « sentir » est fréquemment utilisé pour appuyer son intuition : « Tu sens que ça va être quelqu'un qui a besoin de ce cadre » (l.275), « c'est ton intuition personnelle » (l.292), « c'est au feeling » (l.279).

Dans le même ordre d'idée, le soignant s'inspire des signaux émanant directement du résident. Il s'agit de porter une attention à son attitude, sa personnalité, ses demandes et parfois, à son entourage.

L'infirmière B, déclinant toute demande de tutoiement, se rattache principalement à la verbalisation du souhait du résident d'être appelé par son prénom : « si le résident ne m'a pas demandé de l'appeler par son prénom, jamais j'aurais pris cette initiative » (l.219).

Pourtant, l'un de ces propos indique qu'elle porte également une attention à la personnalité de la personne, notamment en s'aidant de la connaissance de son passé, ainsi que de ses ressentis. Je cite : « Et je le sens bien à l'heure actuelle, ils sont maintenant dans des états de santé où il n'y a plus beaucoup d'interactions avec quelqu'un d'autre mais le prénom et les petites choses que je connais d'eux -le chocolat-, ça aide vraiment à avoir une relation qu'une infirmière qui arrive demain et ne connaît aucun des résidents n'aura pas » (l.221).

L'implication de la personnalité dans le choix du tutoiement est un point que l'infirmière A partage. Des paramètres comme « l'âge, le statut hiérarchique, la présence ou non de troubles mentaux, le genre masculin ou féminin » (infirmière A, l.324) sont à prendre en compte.

En parallèle selon l'infirmière A, l'attitude du résident peut parfois suggérer le tutoiement dans la relation. Cela va s'appuyer sur « la manière dont la personne s'engouffre dans la relation. » (l.272) ou si le résident « est envahissant, qu'il va venir sans cesse, qu'il t'approche, qu'il vient dans ta bulle. Là, tu sais que si toi en plus tu rentres là-dedans, c'est mort pour toi, tu ne vas pas t'en sortir. » (l.277). L'attitude étant singulière à chaque individu, cela vient renforcer l'idée des infirmières portant sur le caractère personnel que relève le tutoiement.

En conséquence, le soignant doit faire preuve de vigilance lors de l'interprétation de ses observations, afin d'éviter un tutoiement inadéquat à la relation de soin. Or, « ce n'est pas si simple que ça, il y a pleins de paramètres à prendre en compte » (infirmière A, l.321).

3.8. Conclusion

Pour conclure, l'analyse des deux entretiens m'a permis de faire émerger les éléments importants de la relation soignant-soigné. L'environnement particulier du lieu de vie peut induire une certaine proximité dans cette relation. Chaque soignant doit prendre en considération ce paramètre afin de préserver une juste de distance avec les résidents. Pour autant, la singularité de chaque personne influence la dynamique de la relation. Dans les mœurs, le vouvoiement est associé au respect. Pourtant, certains résidents demandent à être tutoyés. Au risque de glisser dans la sympathie, la familiarité ou la maltraitance en tutoyant, l'entière de l'équipe soignante va échanger à ce sujet. Cependant, il est parfois difficile d'établir une seule et même conduite soignante. C'est alors à partir de ses observations et de ses ressentis que chaque soignant va évaluer la nécessité et l'adéquation de ce tutoiement dans la relation avant de prendre position.

4. Discussion

Dans l'achèvement de mon mémoire à travers cette dernière séquence, je compare ma posture de future professionnelle avec les données recueillies dans mon cadre théorique et l'analyse de mes entretiens. L'objectif étant d'étayer ma question de départ « en quoi l'usage du tutoiement impacte-t-il la posture de l'infirmière auprès d'un résident dans un lieu de vie ? » et la conduire vers une problématique de recherches.

4.1. Est-ce possible d'habiter une structure de lieu de vie ?

Mes expériences en EHPAD, USLD et MAS m'ont guidée vers des éléments de définition du lieu de vie qui me semblaient justes, mais aujourd'hui incomplets. C'était selon moi une structure de soins qui accueille sur une durée indéterminée des personnes nécessitant un accompagnement dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. L'entrée en structure peut être suscitée suite à la manifestation d'une pathologie handicapante avec une nécessité de surveillance médicale, ou une diminution de la mobilité induisant une perte d'autonomie. Le code de l'action sociale et des familles (2005) expose les mêmes éléments. Ainsi, les personnes accueillies ne sont pas nécessairement en fin de vie, mais sont régulièrement accompagnées jusqu'à la fin de leur vie. A la lumière de mes valeurs et de ma conception du métier, cette nuance me paraît importante à comprendre car elle va selon moi influencer la prise en charge du résident. Les deux infirmières interviewées m'ont confirmé que les personnes accueillies sont fréquemment accompagnées jusqu'à leur décès.

La structure d'accueil est alors le dernier lieu de résidence où se produisent les derniers instants, les derniers souvenirs, avec les dernières relations sociales des résidents. C'est pourquoi il m'est primordial que le résident s'y sente à l'aise et en sécurité, à l'image de son habitat. Le lieu de vie me semble alors lourd de responsabilités, dans le sens où malgré la vie en communauté, il doit faire au mieux pour satisfaire les besoins et envies de chacun des résidents. En effet le résident a, comme autrui, des envies. Les infirmières m'ont apportées cet élément majeur pour compléter ma définition : selon elles, le lieu de vie se définit également à travers le statut du résident, en tant qu'acteur de sa vie. Il est vrai que lors de mon exercice en MAS cette notion était prégnante dans l'agencement des soins. Le résident est chez lui dans la structure, ce qui le conduit à exercer les activités qu'il souhaite. De fait, il revient à l'équipe soignante d'adapter au mieux la temporalité des soins en fonction de son organisation personnelle. Ainsi émerge la notion de la prise en charge totale dont font écho la Charte des lieux de vie et d'accueil adhérent au GERPLA (2009) et les infirmières en abordant le projet individualisé de la personne. En MAS comme en USLD j'ai pu moi-même participer à la réalisation partielle de projets de vie individualisés. Je réalise à présent combien cette dimension est importante, tant pour le résident que pour le soignant. Je pense qu'il permet,

par l'expression des souhaits et envies du résident, de solliciter son pouvoir de décision et d'action tout en conservant les soins. A mon avis, une bonne connaissance des résidents et de leur projet de vie permet d'adapter la prise en charge soignante pour qu'elle soit le plus confortable possible. En effet, en cas de refus de soins, je pense que cette connaissance peut être un atout de persuasion. Par exemple lors d'un stage en EHPAD, j'ai utilisé l'enthousiasme habituel d'une résidente à la participation aux soins pour qu'elle accepte sa prise de sang. Il s'agissait d'une ancienne infirmière, sans cette information sur son passé je ne l'aurais pas forcément sollicitée pour participer et ainsi pas réussie à réaliser le soin.

In fine, par les divers moyens que se donne le lieu de vie pour ressembler à un habitat, je pense que les résidents accueillis sont alors pleinement résidants de la structure. J'établis une différence significative entre ces deux mots : « résident » me semble faire écho à l'humanité, la personnalité de l'individu, tandis que « résidant » se rattache davantage à l'action de résider. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) semble aller dans ce sens, alliant « résident » à un substantif, quand « résidant » est présenté comme étant le participe présent du verbe résider, ainsi synonyme d'habitant.

La fonction première du lieu de vie étant le soin, nombreux sont les soignants qui y travaillent. Ainsi, en lien avec l'environnement particulier qui le compose, je me demande si on considère les soignants uniquement en tant que salariés ou si on peut les envisager comme étant colocataires des résidants.

4.2. Soignants et résidants, sont-ils colocataires ?

Dans mon cadre théorique, Argoud (2006) évoquait une philosophie propre au lieu de vie s'appuyant sur un certain nombre de valeurs. J'ai eu l'occasion de ressentir et vivre ce chemin de pensée lors de mon expérience en MAS. Une ambiance conviviale voire familiale régnait dans la structure. D'ailleurs, j'avais indiqué dans ma première situation d'appel que l'étroite confiance dont les résidents faisaient preuve envers les soignants les menaient parfois à considérer ces professionnels comme des membres de leur famille.

Ainsi, j'ai pris connaissance d'une relation de soins particulière en lieu de vie liée à deux éléments : la durée de la prise en soins et l'environnement spécifique qu'est l'habitat. Les infirmières approuvent ces deux paramètres mais en ont fait émerger d'autres : voir tous les jours les résidents, les prendre en charge dans leur globalité, la présence de l'entourage ainsi que la dimension sociale du soin. Avec du recul, il me semble évident que ces éléments influent aussi sur la relation entre le soignant et la personne soignée. C'est ici selon moi qu'est toute la difficulté de l'exercice en lieu de vie. Comme le précise ARSEA (2015), c'est un lieu qui ne peut pas se suffire à prodiguer des soins. Certes, le résident est accueilli dans la structure car il a besoin d'un accompagnement aux soins avec un degré variable de

dépendance. Cependant, cette structure représente aussi son habitat. Le soignant ne peut alors considérer uniquement cet accompagnement et ignorer les multiples autres besoins du résident. La dimension sociale entre en jeu. Henderson, citée par Pellissier (2006, p.40) propose parmi les quatorze besoins fondamentaux d'un individu, la nécessité de « communiquer avec ses semblables ». La communication est alors aussi importante tant pour le soignant que pour le résident et permet d'instaurer la relation de soins. La dualité dans cette relation exprimée par l'infirmière B met selon moi en lumière l'implication mutuelle des deux interlocuteurs, induisant par conséquence le premier aspect du partage de cette même relation.

Bien que l'écoute soit une valeur au cœur de la philosophie suivie en lieu de vie, je pense que sur le long terme les échanges entre soignants et soignés ne peuvent pas s'attacher uniquement au récit des résidents, autour du seul thème que constituent les soins. Le résident se livre et se confie au soignant, ce qui peut encourager ce dernier à partager des éléments d'ordre plus personnel. L'infirmière B évoque ce phénomène : elle s'est vue à plusieurs reprises aborder des sujets plus personnels avec des résidents, sans donner pour autant des informations sur sa vie privée. D'ailleurs, Le Guillou (2019) explique que la posture d'accompagnement est intimement liée au partage et à l'action commune. Tout dépend donc du degré « personnel » que le soignant souhaite partager avec les résidents.

La construction de cette relation de soins se poursuit en s'appuyant sur la base fondamentale du respect. ARSEA (2015) le mentionne dans les concepts fondateurs de la relation de soins, déclaration soutenue par les infirmières lors de nos entretiens. Effectivement, j'estime que lorsque le respect est partagé tant par le soignant que le résident, la relation de soins peut alors s'élaborer sereinement. ARSEA (2015) ajoute l'importance de la reconnaissance de la personne dans la pratique de soins. Les infirmières abondent en ce sens la considération qu'elles éprouvent envers les personnes âgées. A titre personnel, j'estime que cela intègre la notion de respect.

Aussi, je pense que le partage dans la relation s'inspire de l'égalité, qui va fréquemment de pair avec le respect. Les infirmières ont confirmé ce que j'ai pu observer en stage à propos de l'accompagnement de soins en lieu de vie, qui relève souvent jusqu'à l'intime pour les personnes les plus dépendantes. A mon avis pour adopter une posture d'accompagnement juste, il est nécessaire d'avoir pleinement conscience de l'intimité de ce soin pour éviter qu'il devienne anodin et ainsi risquer la non-bienveillance voire la maltraitance. Le résident nous paraît totalement transparent. Nous les soignants, connaissons bien souvent sa vie privée composée de son passé, sa ou ses pathologies, son entourage et ses habitudes de vie jusqu'à ce qu'il a de plus intime : son corps. La relation est de fait asymétrique, la vie privée du résident est mise à nue alors que le soignant quant à lui, ne dévoile que ses connaissances et met en œuvre ses acquis.

Les infirmières estiment elles-aussi que l'égalité est l'une des valeurs fondamentales à la construction d'une relation de soins et essaient alors d'adoucir les disparités apparentes liées à la hiérarchie, notamment en s'habillant en civile. Mon avis sur cette pratique est plutôt nuancé. De prime abord, j'étais totalement en accord avec les infirmières. Le lieu de vie s'efforce par de multiples moyens de créer un environnement et une atmosphère propices à la résidence. Ainsi, il me paraît décalé de mettre en avant par le port des tuniques la dimension soignante de la structure. Ensuite du point de vue des résidents, je pense qu'il doit être difficile de se familiariser avec son habitat s'ils voient constamment des personnes démarquant leur différence par leur vêtement. Par conséquent, le port des tuniques par les soignants peut, je pense, mettre en lumière leur désir de non-conformité aux résidents et ainsi laisser place à une frontière distincte dans la relation professionnelle.

A contrario, ayant mené une plus vaste réflexion à ce sujet, je pense aujourd'hui que le port – ou non– des tuniques en lieu de vie est à adapter en fonction du type de structure, du profil des personnes accueillies et des limites du soignant. A mon avis, dans une unité accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer il serait plus judicieux de porter ce signe distinctif afin de marquer son statut et aider les résidents à se repérer d'un point de vue cognitif. Également, selon les limites personnelles d'un soignant, la tunique blanche peut-être à l'image d'un bouclier ou d'une carapace et permettre de diminuer l'affect en insistant sur la distinction de ce qui relève du domaine professionnel et personnel. J'ai moi-même adopté ce comportement en stage. Lors de l'achèvement d'une journée en USLD qui était riche en émotions de par la confrontation au premier décès de mon parcours professionnel, je me suis sentie libérée et détachée de cet affect qui me pesait en ôtant ma blouse.

En outre, l'intimité que les résidents partagent avec les soignants requiert une confiance aveugle dans la relation. Effectivement, il me semble difficile d'établir une relation de soins si les deux interlocuteurs ne se font pas confiance. Dans un sens, j'imagine que le résident aurait des difficultés à exprimer ses émotions, quant au soignant il lui serait alors complexe d'assurer une bonne prise en charge. Durant l'entretien, l'infirmière B a partagé mon estime de la confiance dans la relation, à l'inverse de l'infirmière A qui ne l'a pas évoqué. Était-ce un oubli ? En revanche, il s'agit d'une valeur que l'on retrouve à de multiples reprises dans mon cadre théorique, notamment avec Leplongeon et Naslin (2013).

Ainsi, les nombreuses valeurs telles que le respect, la confiance, l'écoute et l'humanité –prenant en considération la totalité de la personne soignée– intègrent la philosophie de vie permettant la création d'une atmosphère particulière au lieu de vie. Cette dernière conduit inévitablement à une relation de soins spéciale avec le partage d'une histoire commune entre soignants et résidents. Ce climat singulier s'approchant du convivial voire du familial, associé

à la cohabitation des nombreux résidents avec les soignants peut conduire vers l'usage du tutoiement dans la relation de soins.

4.3. Et si on se tutoyait ?

Par mon éducation, j'ai appris que pour s'adresser à autrui je devais avoir recours au vouvoiement car c'est une formule de politesse et une marque de respect envers la personne. Les infirmières soutiennent l'idée que l'usage du tutoiement ou du vouvoiement s'inspire de l'éducation de chacun. Pourtant, en dépit de mon éducation je me suis toujours adressée à mon entourage tels que ma famille et mes amis en leur disant « tu ». La Fondation Bon Sauveur (2018) explique ce phénomène par les coutumes, où les Français se tutoient que lorsqu'ils sont familiers mais vouvoient par politesse, respect ou pour marquer une distance sociale. De fait, en dehors d'une relation familière le tutoiement est gage d'irrespect. Pourtant, il m'est naturel et absent de quelconque notion d'irrespect. Pourquoi ma vision diverge-t-elle de la dynamique sociétale ?

La Fondation Bon Sauveur (2018) indique que la vision du tutoiement est aussi singulière que l'individu. Pour quelles raisons ?

Cherel (2009) et Abikhzer (2013) vont dans ce sens en précisant que l'éducation, les expériences et le vécu sont impliqués dans la construction des identités personnelles et professionnelles d'un individu. Or, je pense que l'interprétation du tutoiement que chacun établit est étroitement liée à l'identité, ce qui explique ainsi sa singularité. Est-ce pour autant la seule origine de cette divergence ? Lors de mon stage en psychiatrie à Tahiti, j'ai très rapidement intégré que l'interprétation du tutoiement ne se limite pas à une marque d'identité. En effet, à l'inverse de la Métropole Française où le vouvoiement est la formule d'adresse la plus commune, il suggère à Tahiti la mise en place d'une distance méprisante, créant ainsi un climat peu propice à une relation de soins. La culture Polynésienne a alors un impact certain sur l'utilisation du « tu ». Est-ce de même concernant les multiples et diverses cultures de ce monde ?

J'ai alors pris conscience que le tutoiement comprend autant d'interprétations que d'individus et qu'il porte de multiples conséquences sur la relation. Par exemple, quand je me sens à l'aise avec le tutoiement mon interlocuteur peut le percevoir différemment et se sentir agressé. Auquel cas, le tutoiement témoigne de maltraitance. De la maltraitance, me direz-vous ? Sachez que les infirmières associent le tutoiement et la maltraitance, notamment lorsqu'il infantilise les personnes âgées. Pourtant, la demande du tutoiement peut émaner du résident selon son identité ou les coutumes de son pays. Entre autres, j'imagine qu'un anglais serait déstabilisé par le vouvoiement car il n'existe pas dans sa grammaire. C'est pourquoi mon positionnement est nuancé et me pousse à croire qu'un soignant doit se montrer vigilant et consciencieux face à l'usage du tutoiement.

En effet, en tant que future professionnelle de santé je pense qu'avant d'instaurer le tutoiement dans une relation de soins il est nécessaire de se questionner sur ses motivations : est-ce une demande du résident ? Si oui, que recherche-t-il à travers le tutoiement ? Est-ce un mode de communication adapté à mon interlocuteur ? Pourquoi modifier les modalités de mon expression ? Quelle plus-value peut-il apporter à la relation ? Cette réflexion en amont permet selon moi de recontextualiser la situation en gardant l'objectif de soins en tête. Le glissement dans un esprit de camaraderie et la confusion de la frontière entre ce qui relève d'une relation intime et d'une relation de soins peuvent ainsi être évitées. De même, le cadre étant établi je pense qu'il évite les possibles confusions du résident dans la relation. Je crois que les personnes ayant des troubles cognitifs manifestent davantage de difficultés à comprendre et évaluer les intentions d'autrui dans la relation. Il me semble alors important que le soignant s'assure en amont que le tutoiement est adapté à la personne. Je prends l'exemple de M. Riv dans ma première situation d'appel. Par son comportement et son attitude, mon intuition m'a indiquée que le tutoiement ne serait pas approprié à son profil. Il semblait d'ores-et-déjà dans la recherche du contact constant par son regard parfois insistant et sa gestuelle. Selon moi le tutoiement n'était donc pas adapté car il aurait renforcé ce sentiment de proximité, allant de ce fait à l'encontre d'un bon environnement de soins. Par conséquent, qu'importe la décision du soignant, je pense qu'il doit pouvoir la justifier et l'argumenter à quiconque lui demandant son origine.

De plus, par son assimilation à la familiarité, le tutoiement peut selon moi perturber la posture soignante. Suis-je en capacité de rester professionnelle malgré un tutoiement ? En me posant cette question, je me réfère de nouveau à ma première situation d'appel. Dans cette dernière, je me suis vue contrainte d'utiliser subitement le vouvoiement pour fixer le cadre de l'institution auprès d'un résident que je tutoyais habituellement. Au début de ma réflexion, je me demandais si cela était lié à l'irrespect dont faisait gage le tutoiement ou l'infantilisation du résident, qui se fait « gronder ». Aujourd'hui ces questionnements sont toujours en suspens, mais de nouveaux les ont rejoints. Étais-je réellement à l'aise avec ce tutoiement en tant que soignante ? Le « tu » dans la relation m'empêchait-il de tenir une posture pleinement professionnelle ? M'a-t-il conduit à dérapier vers une relation d'ordre amicale sans m'en rendre compte ? Ce vouvoiement soudain m'a-t-il aidé à retrouver ma posture soignante ?

Je n'ai pas de réponse, mais ces questions m'ont mené à penser que le tutoiement n'est pas à prendre avec légèreté. Il est selon moi à employer avec justesse, en s'adaptant au résident et dans un but précis de la relation de soins, tout en respectant ses propres limites.

Mon avis reste cependant mitigé. En effet, par mon éducation j'ai appris que seul le vouvoiement est gage de respect. Par ma formation, j'ai été avertie que lui seul est autorisé dans la relation de soins. Par mes expériences, j'ai découvert qu'il m'avait été plus facile de recadrer un résident en le vouvoyant. Et pourtant, je suis persuadée qu'il est possible de rester

respectueux et de fixer une juste distance dans la relation de soins malgré le tutoiement. Les infirmières me confortent dans cette idée en indiquant que certaines de leurs collègues tutoient les résidents tout en étant respectueuses. Comment est-ce possible ? Cela va à l'encontre de ce qu'on m'apprend depuis tant d'années.

4.4. Comment respecter autrui en le tutoyant ?

En formation, on nous apprend à adopter une bonne « posture soignante ». Au-delà de l'éducation, des valeurs, des expériences ou de l'identité d'autrui, la posture est selon moi la clef de l'interprétation du tutoiement. D'ailleurs, après avoir premièrement pensé que le respect n'était engagé dans une relation qu'à travers le vouvoiement, les infirmières ajustent leur point de vue et supposent qu'il ne dépend pas des pronoms « tu » ou « vous » utilisés, mais bien de la posture qui l'accompagne. A mon avis notre posture peut, et est à modeler en fonction de la personne avec qui on échange, de ses habitudes et de son humeur. Je pense que la posture est un comportement conscient – ou non – qui permet d'illustrer notre statut, nos propos, nos émotions et qu'ainsi elle est un outil supplémentaire à notre prise en charge. Je suis en accord avec les éléments de définition qu'apporte Schuhl (2012) en indiquant que la posture soignante est en fait la manière dont le soignant va modéliser sa prise en soins. A l'instar de Schuhl (2012) elle intègre selon moi tant la communication verbale que non verbale, pour correspondre finalement à une attitude globale que renvoie le soignant à son interlocuteur.

Lors de mes différents stages, les équipes soignantes m'ont souvent complimentée sur mon sourire. Je pense que le sourire est un artifice important pour l'image que l'on renvoie de soi. Lorsqu'il est sincère je le trouve attrayant, il apporte enthousiasme et bonne humeur. Aujourd'hui, cela a d'autant plus de sens pour moi. Avec du recul je comprends que mon simple sourire a un pouvoir d'influence sur ma prise en charge auprès des résidents. J'ai souvenir de mon premier stage en EHPAD où les accompagnements à la toilette débutaient relativement tôt dans la matinée, ce qui avait tendance à fâcher la majorité des résidents. Je comprenais tout à fait que ce soit désagréable pour eux, mais le service fonctionnait de telle sorte que je m'y attelais. Toutefois, c'est avec douceur que je réveillais les résidents, en leur disant bonjour poliment avec le sourire aux lèvres. D'ores et déjà je pensais qu'un réveil brutal en entrant subitement dans la chambre puis en ouvrant les volets serait bien plus contraignant pour les soins à suivre que de prendre un peu plus de temps pour réveiller paisiblement chaque personne. Et en effet, cette attention s'est avérée fructueuse lors de mes accompagnements. Je transmettais mon sourire aux résidents, ce qui les rendait très réceptifs aux soins. Je crois qu'une posture joviale a un fort pouvoir de persuasion par sa contagiosité au résident.

A l'inverse, je pense qu'une posture non contrôlée par un soignant peut lui porter préjudice. Effectivement, j'estime que par le biais de la posture on peut renvoyer les bienfaits du vouvoiement dans une relation malgré l'usage du tutoiement, mais la réciproque me semble également fondée. Un soignant ayant recours au vouvoiement dans sa relation de soins avec un résident peut se montrer négligent, irrespectueux et maltraitant envers ce dernier à travers sa posture.

De plus, la posture englobe également la distance physique instaurée par le soignant dans la relation. La posture du professionnel peut alors aggraver une personne en fonction de sa proximité, notamment par l'intrusion du soignant dans la zone personnelle, voire intime du résident. Dans la même dynamique, l'alliance du tutoiement et d'une distance sociale non adaptée peut susciter chez le résident l'incompréhension des intentions et guider le soignant vers une posture plus familière. Par conséquent, comme Schuhl (2012), je pense que la posture soignante est en corrélation avec la juste distance. Ainsi, une bonne posture permet selon moi de garder une distance professionnelle adaptée dans une relation de soins et ce même en présence du tutoiement.

Comme l'évoque Le Guillou (2019), je pense que pour obtenir une posture juste il est nécessaire d'effectuer au préalable un travail sur soi. Comme on l'a exploré tout au long de ce mémoire, le lieu de vie est un endroit particulier où les émotions et l'affection peuvent se manifester dans les relations de soins. En conséquence, en tant que future soignante il me semble indispensable de me questionner régulièrement sur ma pratique professionnelle à travers mon approche auprès des résidents, de savoir prendre du recul sur les situations qui m'affectent et analyser mes émotions, afin d'essayer de mieux les contrôler. Il ne s'agit pas selon moi de me détacher de toute humanité dans le soin, mais bien de savoir faire la part des choses entre le domaine privé et professionnel.

Effectivement, le tutoiement étant habituellement réservé au cercle familial ou aux amis proches, selon moi l'aspect tangible de la posture adoptée est de déterminer si elle est – ou non – en accord avec l'identité professionnelle du soignant.

J'approuve l'avis de Le Guillou (2019) au sujet de la nécessité du soignant à prendre du recul sur les situations émouvantes auxquelles il peut être confronté sur le terrain. En formation, j'ai appris l'existence de mécanisme de défenses inconscients tels que le transfert et la projection. Au cours de ma première année lors de mon stage en traumatologie il m'est arrivé d'effectuer l'un d'entre eux. Par transfert, j'ai été fortement affectée lors de l'entrée d'un patient dans le service. Par son genre masculin, son jeune âge et son motif d'hospitalisation, j'ai identifié ce dernier à un ami proche décédé. En conséquence, je me suis sentie envahie par l'émotion, je n'ai pas su prendre du recul sur la situation ce qui m'a ensuite empêché de prodiguer dans l'immédiat les soins attendus auprès de ce patient.

Je peux facilement imaginer l'usage du tutoiement favoriser l'apparition de ces mécanismes de défense, conduisant un soignant à voir sa posture impactée et ainsi altérer la relation de soins.

Cette expérience m'a aujourd'hui persuadée qu'il est nécessaire d'apprendre à se connaître, d'explorer ses points faibles afin de gérer ses émotions et ne pas les laisser entraver notre pratique professionnelle. C'est ici que prend toute l'importance du mot « juste » pour moi. Comme l'explique Michon (2013), je pense que pour être en accord avec sa posture soignante il s'agit de trouver un équilibre entre son implication professionnelle dans la relation avec la personne soignée et sa protection personnelle.

In fine, l'environnement d'un lieu de vie dans lequel exercent les infirmières les expose à diverses difficultés. Le profil, la vulnérabilité, les besoins de communication et d'affection des résidents impliquent une relation de soins insolite et atypique. Cette relation de proximité qu'entretiennent les soignants avec les résidents peut parfois entraîner le tutoiement. Selon l'identité personnelle de l'infirmière, ce « tu » instauré dans la relation peut interférer avec sa posture professionnelle et ainsi tendre vers une relation ne relevant pas du soin tel que la camaraderie ou la maltraitance. Malgré ce que les mœurs nous laissent penser, le tutoiement n'est selon moi pas révélateur d'irrespect. Le respect, comme de nombreuses autres valeurs, s'exprime par l'attitude de l'interlocuteur. Les diverses interprétations et conséquences du tutoiement sont donc nuancées par notre posture soignante. A mon avis, c'est par la réflexion sur soi et sur ses modalités de communication que le soignant peut prendre du recul sur la relation partagée afin de tenir une posture d'accompagnement juste lui permettant de ne pas glisser dans ce type de comportement.

En outre, j'ai supposé que l'interprétation du tutoiement s'inspirait de l'éducation, des expériences, du vécu et de l'identité de chacun. Tout au long de ce mémoire, j'ai mis en lumière l'individualité des points de vue portant sur l'usage du tutoiement. Cependant, au regard de mon expérience à Tahiti où le tutoiement dépassait les simples questions d'identité et d'éducation, une nouvelle question apparaît : ces divergences quant à l'interprétation du tutoiement peuvent-elles être réunies par l'aspect culturel propre à un territoire, à un pays ?

5. Conclusion

Ce travail de fin d'études signe l'achèvement de ma formation en soins infirmiers. Ces dernières m'ont conduite à construire une identité professionnelle, particulièrement à travers mon parcours de stages. Lors de ces derniers, j'ai été confrontée à des situations qui m'ont questionnée, notamment à propos des conséquences possibles de l'usage du tutoiement. Très vite, je me suis demandé quelle posture professionnelle j'adopterai face au tutoiement.

Tout d'abord, ce travail de recherches m'a offert l'opportunité de me positionner en tant qu'apprentie chercheuse bien que j'ai toujours eue de la peine à patienter pour obtenir –ou non– des réponses à mes questions. De fait, la posture que j'ai adoptée durant ces neuf mois de gestation m'a apporté autant d'enrichissements théoriques que de connaissances sur ma personne, si ce n'est plus. Effectivement, malgré mes difficultés à tenir une attitude de chercheuse et non de « trouveuse » je me suis étonnée à travers la patience et la persévérance dont j'ai dû faire preuve. D'ailleurs, par la satisfaction éprouvée lors de la découverte, la compréhension et la mise en lien de divers éléments composants ce mémoire, j'y ai même pris goût. Grâce à cette conduite, j'ai su repousser ce que je pensais définir au préalable comme mes limites personnelles. Je me suis parfois vue accepter de perdre le contrôle, me laissant alors surprendre par le contenu de mes recherches et ce que je venais à en tirer.

D'autre part, malgré la contrainte de temps et les formalités de rédaction, l'élaboration de ce mémoire m'a permis de voyager. Vous n'êtes pas sans savoir qu'il a été la clef de ma motivation et de mon courage pour entreprendre un stage infirmier « à l'autre bout du monde », à la recherche de nouvelles ressources attisant ma curiosité la plus profonde. Mais ce n'est pas tout. Avant même de voyager physiquement, la posture de chercheuse m'a fait voyager à travers des décennies de publications d'ouvrages, m'a dénoué de mes persuasions et convictions personnelles en m'offrant une vision plus large sur ma question de départ. Tout au long de cette riche aventure, je me suis sentie libre : l'acceptation de regards nouveaux, différents du mien, m'a finalement guidée vers une légèreté et clarté psychique.

In fine mes découvertes, étonnements, surprises et ouvertures d'esprit vécus au cours de la construction de ce travail vont certainement influencer ma future prise de fonction en tant qu'infirmière. J'espère être en capacité de conserver les mécanismes de réflexion et de recherches afin de continuellement me questionner sur ma pratique professionnelle de demain.

Avant toute chose, ce que je retiens de ce travail est que rien n'est à considérer comme acquis, mais plutôt comme une opportunité pour s'améliorer davantage tout au long de ma carrière.

Bibliographie

Ouvrages :

- Prévert, J. (1946). *Paroles*. Le Point du Jour.
- Suárez, K. (2012). *La Havane année zéro*. Métailié.

Articles :

- Abikhzer, K. (2013). La quête d'une nouvelle identité des professionnels de santé. *Soins Cadres*, 22(85), 49-52.
- Beloni, P., Hoarau, H., & Marin, B. (2019). La socialisation en maison de retraite, un enjeu pour le résident. Une étude ethnosociologique utile pour les infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 137, 77-90. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-2-page-77.htm?contenu=article>
- Boudreault, A., & Ntetu, A.-L. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, 86, 52-67. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-3-page-52.htm>
- Bourzeau, M. (2015). Infirmière en Ehpad : une expertise en gérontologie. *Soins Gérontologie*, 20(112), 31-34.
- Charte des lieux de vie et d'accueil adhérent au GERPLA. (2009). *VST - Vie Sociale et Traitements*, (103), 49-52. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-3-page-49.html>
- Cherel, S. (2009). Le processus de construction identitaire des professionnels infirmiers. *Soins Cadres*, 18(71), 23-27.
- Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur. (2018). Réflexion éthique autour de l'usage du tutoiement et du vouvoiement dans la relation de soin. *Initiales fbs*, 6, 1-20. Consulté à l'adresse https://www.fondationbonsauveur.com/fileadmin/user_upload/Initiales_N_6_Comite_Ethique_-_Vouvoiement-Tutoiement.pdf
- Covelet, R. (2003). La familiarité du personnel gérontologique envers les résidents. *Gérontologie et société*, 26(104), 115-124. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-1-page-115.htm>
- Delcus, C. (2014). Répercussions psychologiques et sociales du vieillissement. *L'aide-soignante*, 28(162), 13-14.
- Delrieu, C., & Orriols, V. (2015). Rôle de l'interdisciplinarité dans le maintien de l'autonomie. *Soins Gérontologie*, 20(111), 23-25.
- Denormandie, P., Sanchez, S., Hugon, S., Dramé, M., & Jeandel, C. (2015). Plaisir et vieillissement chez les plus de 65 ans. *Soins gérontologie*, 20(115), 37-42.

- Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28(112), 73-92. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-73.htm>
- Dutheil, N., Scheidegger, S. (2006). Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Etudes et résultats*, 494, 1-8. Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er494.pdf>
- Gervais, P., Tousignant, M., Hébert, R., & Connangle, S. (2009). Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR. *Management & Avenir*, 26, 205-218. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-6-page-205.htm>
- Gibowski, C., Balard, P., & Le Duff, F. (2013). Le projet de vie individuel : une voie psychothérapique possible dans l'élaboration de l'effraction que peut constituer l'entrée en maison de retraite. *Cliniques*, 5, 198-209. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2013-1-page-198.html>
- Godart, E. (2009). L'empathie, un juste milieu entre la clinique et l'éthique du quotidien. *Soins Psychiatrie*, 30(264), 35-38.
- Grinfeld, A. (2014). Faut-il vraiment choisir entre le « cure » et le « care ». *Soins Gérontologie*, 19(106), 23-26.
- Hervy, M-P., & Lallemand, D. (2011). Recommandations sur la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. *Soins*, 56(759), 45-47.
- Laurent, F. (2013). Les missions des établissements médicosociaux. *La revue de l'infirmière*, 62(196), 16-19.
- Legendart, L. (2019). Améliorer la vie affective des personnes résidant en maison d'accueil spécialisée. *L'aide-soignante*, 33(211), 22-24.
- Leplongeon, M.-F., & Naslin, L. (2013). L'exercice infirmier en MAS, une pratique polyvalente centrée sur la relation. *La revue de l'infirmière*, 62(196), 20-23.
- Le Guillou, G. (2019). L'alliance éducative au service du bien-être de l'enfant. *Métiers de la petite enfance*, 25(276), 22-24.
- Macrez, P. (2008). Le foyer de vie pour une prise en charge globale du handicap. *L'aide-soignante*, 22(99), 17-18.
- Makdessi, Y. (2012). Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités. *Etudes et recherches*, 123, 1-30. Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud123.pdf>
- Maury-Zing, C., Navarre, E., Cathelin, O., Sainton, A., & Laudet, J. (2009). Projets de vie et projets de soins personnalisés dans les hôpitaux gérontologiques. *Soins Gérontologie*, 14(77), 30-32.
- Michon, F. (2013). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins*, 58(773), 32-34.

- Mistycki, V., & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 43-51. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-43.htm>
- Muller, M. (2017). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Etudes et résultats*, (2015), 1-8. Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- Naudin, N. (2006). Un corps à soigner...compassion, sympathie ou empathie ?. *Ethique & Santé*, 3(2), 121-122.
- Ntou, A., Sans, N., & Vince, C. (2017). La maison d'accueil spécialisée : un domicile pour chacun. *L'aide-soignante*, 31(185), 14-16.
- Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et Société*, 29(118), 37-54.
- Poivet, V. (2016). Bientraitance et projet d'établissement d'une résidence d'accueil pour personnes âgées dépendantes. *Soins Gérontologie*, 21(119), 41-44.
- Renaut, S. (2004). Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille Aggir. *Gérontologie et société*, 27(109), 83-107. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-2-page-83.htm>
- Schuhl, C. (2012). Posture. *Métiers de la petite enfance*, 18(185), 7.

Entrée de dictionnaire :

- Résidant. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9sidant>
- Résident. (s. d.). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9sident>

Texte législatif :

- Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles. (2003). JORF n°234, 9 octobre. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248>
- Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif au code de l'action sociale et des familles. (2005). JORF 20 décembre 2005. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006907337&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20051220>
- Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. (2009). JORF n°0072, 26 mars. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020436314&categorieLien=id>

Page web :

- Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2009). *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*. Consulté à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf

- Anesm. (2012). *Réalisation d'une analyse portant sur l'accompagnement dans la vie quotidienne et les activités des personnes accueillies en Maison d'accueil spécialisée (MAS) et en Foyer d'accueil médicalisé (FAM)*. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_de_la_litterature_mas-fam_volet_2_.pdf

- Arsea. (2015). *Projet d'établissement de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : Hébergement & Accueil de Jour 2016-2020*. Repéré à https://www.arsea.fr/wp-content/uploads/2015/04/mas_projet_15-19.pdf

- La Fondation Nationale de Gérontologie. (2007). *La Charte des Droits et Libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance réactualisée*. Consulté à https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/FNG_charte_complete_com.pdf

Thèse, mémoire :

- Argoud, D. (2006). *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement ? : Enquête auprès des nouvelles formules d'habitat pour personnes âgées* (Programme de Recherche). Université Paris XII, Val de Marne. Consulté à l'adresse <http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-habitat-pour-les-personnes-agees2008.pdf>

- Beloni, P. (2019). *Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*. (Thèse de doctorat). Université de Limoges. Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02416460/document>

Sommaire des annexes

- Annexe I : Guide d'entretien
- Annexe II : Tableaux d'analyse
- Annexe III : Entretien en MAS transcrit
- Annexe IV : Entretien en USLD transcrit

Annexe I - Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Karen Gauthier et je suis étudiante en troisième année en soins infirmiers à l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de ma formation, j'effectue un mémoire de recherche dont le thème est l'usage du tutoiement par l'infirmière auprès des résidents dans un lieu de vie.

Cet entretien a pour fin de m'apporter des données se rapprochant au plus près de la réalité observée sur le terrain professionnel, pour étayer mon mémoire. Cependant, celui-ci se déroule de manière anonyme. Votre nom ne paraîtra ni dans le corps de texte, ni dans ma bibliographie.

D'avance, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien, dont la durée ne devrait pas excéder vingt minutes.

Afin de ne pas manquer des informations et rester à votre écoute tout au long de cet échange, m'autorisez-vous à vous enregistrer à l'aide de mon téléphone ?

Thème : vos concepts	Sous thème : objectif attendu	Questions
Parcours de l'IDE	Connaitre le parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous toujours travaillé dans un lieu de vie ? Si non, dans quelles structures avez-vous travaillé auparavant ? - Quelles ont été vos motivations pour exercer en lieu de vie ?
Le lieu de vie	Définir le lieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Comment définissez-vous le lieu de vie ?
L'infirmière	Caractériser le rôle IDE en lieu de vie <i>Particularités selon le lieu de vie : différence MAS / EHPAD, accompagnement aux actes de la vie quotidienne, soins techniques et relationnels, organisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les missions de l'IDE en lieu de vie ? - Selon vous, l'IDE en lieu de vie doit-elle avoir un profil particulier ?
Le résident	Caractériser un résident <i>Résident, appellation qui semble davantage faire référence à une personne, contrairement à patient qui est assimilé aux soins techniques</i>	<ul style="list-style-type: none"> - En quoi le résident est-il différent d'un patient ? (- Résidents et patients ont-ils les mêmes droits ?)
Le tutoiement	Identifier les éléments clefs d'une relation soignant-soigné <i>Notion d'attachement, de sympathie, quelle part l'identité du soignant prend-elle dans la relation s/s ?</i> Caractériser le rôle d'une équipe soignante <i>La diversité des identités professionnelles peut-elle être un atout</i>	<ul style="list-style-type: none"> - A quoi accordez-vous de l'importance dans la relation avec le résident ?

	<p><i>pour les résidents ? Quel rapport bénéfice / risque ? Risque : résident perdu dans la multitude de postures adoptées par l'équipe</i></p> <p>Distinguer les représentations soignantes du tutoiement <i>Quelle est l'origine du choix de son usage, l'environnement a-t-il impact dessus</i></p> <p>Cibler les signaux qui conduisent le soignant à tutoyer le résident.</p>	<p>- Quel intérêt à ce que cette vision soit partagée ou non par l'équipe ?</p> <p>- Que pensez-vous de l'usage du tutoiement des résidents par les soignants ?</p> <p>- Comment savez-vous que la relation instaurée avec le patient est adéquate ?</p>
--	--	--

Conclusion : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe II – Tableaux d’analyse

Objectif : Définir le lieu de vie

Question : Comment définissez-vous le lieu de vie ?

Catégories	Thèmes	Verbatims
Temporalité	Durée	<p>« un lieu de vie c’est la prise en charge longue des résidents. » (I.17)</p> <p>« Prise en charge au long court » (I.22)</p> <p>« C’est le long terme. » (I.73)</p> <p>« un séjour de longue durée. » (I.74)</p> <p>« On a cette chance de les connaître longtemps » (I.232)</p>
	Fin de vie	<p>« Ici ils sont censés y vivre jusqu’à la fin de leurs jours. » (I.94)</p> <p>« C’est leur maison finale. » (I.94)</p> <p>« jusqu’à la fin de leurs jours. » (I.96)</p> <p>« ils finissent leur vie avec nous, pour 99% des résidents. » (I.13)</p> <p>« Elle [la personne âgée] finit sa vie » (I.55)</p> <p>« Le résident vient ici clairement pour finir sa vie » (I.74)</p> <p>« C’est un lieu de vie, des derniers instants » (I.260)</p>
Vie sociale	Cohabitation	<p>« comme on ferait chez nous. » (I.100)</p> <p>« On les voit tous les jours. » (I.75)</p> <p>« C’est notre vie mais ils nous voient presque tous les jours » (I.351)</p> <p>« Ces moments de partage où ils connaissent un petit bout de notre vie. » (I.352)</p> <p>« Elle a vu une fois ma fille en 7 ans, elle m’en a parlé pendant 15 jours après.» (I.352)</p>
	Globalité de la prise en soins	<p>« C’est une prise en charge globale : il y a la santé et [...] la socialisation. » (I.27)</p> <p>« on prend en charge la totalité de ce qu’elle [la personne] est. » (I.31)</p> <p>« Il faut prendre en considération la totalité des choses » (I.46)</p> <p>« On essaie de tout mettre ensemble. » (I.88)</p> <p>« C’est vraiment une prise en charge globale de la personne. » (I.82)</p> <p>« C’est vraiment une prise en charge globale, mais quand on dit globale c’est vraiment globale. » (I.89)</p>
	Activités	<p>« activités, aller vers l’extérieur comme David avec son association de foot » (I.87)</p> <p>« Il y en a certains qui cuisinent pour le restaurant externe » (I.107)</p> <p>« aller en vacances à l’extérieur » (I.108)</p> <p>« il y a des animations » (I.85)</p> <p>« aller à la patinoire ou ailleurs » (I.86)</p> <p>« Si on m’avait dit un jour que des résidents iraient faire du catamaran ou de la patinoire, je ne l’aurais jamais cru. » (I.293)</p>
Environnement	Habitat	<p>« Ce sont vraiment des gens qui habitent, des résidents de la structure » (I.18)</p> <p>« Le lieu de vie c’est là où habite la personne » (I.30)</p> <p>« habiter » (I.96)</p> <p>« Comme ils sont chez eux » (I.144)</p>

MAS : infirmière A

USLD : infirmière B

		<p>« Il manque leurs meubles, leurs photos, leurs animaux de compagnie. Il manque l'ensemble des repères qu'ils avaient durant toutes leurs années. » (I.13)</p> <p>« Comme s'ils étaient à la maison » (I.26)</p> <p>« C'est comme les photos, les odeurs » (I.268)</p>
	Entourage	<p>« En général dans les lieux de vie tu as un entourage. » (I.23)</p> <p>« C'est un peu moins vrai ici » (I.24)</p> <p>« Tu ne travailles pas uniquement avec les résidents » (I.25)</p> <p>« Une femme, une ex-femme, une petite fille, un fils, un frère » (I.235)</p> <p>« la famille » (I.239)</p> <p>« Ils sont d'une grande aide » (I.240)</p> <p>« La famille et primordiale » (I.241)</p> <p>« les animaux de compagnie. » (I.262)</p> <p>« chat, chien, chevaux, vaches » (I.265)</p> <p>« J'ai vu un patient en fin de vie un week-end, on a descendu son lit dans le hall pour que sa petite-fille emmène son chien. Le résident ne bougeait plus depuis 5/6 jours. Il a entendu son chien aboyer, j'en ai encore des frissons, ses mains ont essayées de bouger pour le caresser, tout le monde pleurait. Il est décédé le surlendemain. Voilà, il avait eu son chien près de lui ». (I.269)</p>
Exemples de structures		<p>« Etablissements pour des personnes âgées, ou pour des enfants » (I.24)</p> <p>« Certaines maisons de retraites peuvent être des lieux de vie » (I.17)</p>

Objectif : Caractériser le rôle IDE en lieu de vie

Questions : Quelles sont les missions de l'IDE en lieu de vie ? Selon vous, l'IDE en lieu de vie doit-elle avoir un profil particulier ?

Profil	Valeurs	<p>« Ma mission prioritaire consiste à ce que les résidents soient au mieux. » (I.39)</p> <p>« Aimer les personnes âgées, sinon on peut vite être dans la maltraitance si on ne les aime pas. » (I.50)</p> <p>« Il faut vraiment aimer les personnes âgées » (I.54)</p> <p>« Une tolérance oui, mais cela n'oblige pas que l'on doit tout accepter. » (I.57)</p> <p>« Il faut aussi se remettre en question » (I.60)</p> <p>« Il n'est pas nécessaire d'avoir une spécialité en psychiatrie ou autre, mais une attention différente. » (I.66)</p> <p>« Je lui ai rappelé que nous étions là pour eux » (I. 64)</p>
Prendre soin	Diversité	<p>« Elles sont assez variées. » (I.39)</p> <p>« Cela va des soins les plus techniques jusqu'à l'accompagnement d'un déjeuner, des toilettes d'hygiène. » (I.42)</p> <p>« Cela va du massage d'un pied ou des mains à des soins beaucoup plus techniques, invasifs et douloureux. » (I.45)</p> <p>« C'est très varié » (I.47)</p>
	Approche sociale	<p>« structure médico-sociale » (I.41)</p> <p>« Le social est quelque chose qu'on a assez peu dans nos études : on est vraiment formées en tant que techniciennes, à l'application du résultat. Au départ, j'ai eu beaucoup de mal à travailler avec des équipes éducatives : on ne parle pas le même langage. Aujourd'hui pour travailler dans des structures comme celles-ci, il faut être sensibilisé au monde social où le langage est complètement différent. » (I.42)</p> <p>« parcours en psychiatrie ou en lieu de vie avant » (I.52)</p>
	Collaboration interprofessionnelle	<p>« Travailler avec des équipes éducatives » (I.44)</p> <p>« il faut [...] convaincre les équipes » (I.58)</p> <p>« des réunions » (I. 61)</p> <p>« il faut arriver à les convaincre » (I.72)</p> <p>« il y a le résident au milieu, et chacun y porte son regard. » (I.75)</p>
	Projet de vie individualisé	<p>« ce ne sont pas des projets de soins, ce sont des projets de vie personnalisés. » (I.81)</p> <p>« On intègre du soin [...] au projet personnalisé » (I.82)</p> <p>« un petit bout du médical intégré dans le projet de vie global » (I.85)</p>
	Organisation	<p>« Il n'y a pas assez de choses qui sont mises en place du fait que l'on soit à l'hôpital et qu'il y a des règles à respecter. » (I.18)</p> <p>« nos contraintes institutionnelles » (I.20)</p> <p>« Nous sommes trop dans des schémas carrés au regard du nombre de personnel » (I.25)</p> <p>« Le fait d'être 7 aides-soignantes le matin pour 40 résidents, je sais bien qu'il n'est pas possible de prendre en charge tout le monde à 10h. » (I.29)</p> <p>« Malgré les soins, trouver le moment ou la façon de faire pour qu'ils soient le plus confortables possible. » (I.40)</p> <p>« Il faut regarder si le résident est capable aujourd'hui, demain ou après-demain de sortir [...] et prévoir les médicaments » (I.85)</p> <p>« C'est toute une organisation. » (I.87)</p>

MAS : infirmière A

USLD : infirmière B

Objectif : Caractériser un résident

Questions : En quoi le résident est-il différent d'un patient ? Ont-ils les mêmes droits ?

Humanité	Appellation	<p>« on ne les appelle pas des patients, et ça fait toute la différence » (I.17) « résident » (I.76)</p> <p>« J'ai pris l'habitude de dire résident parce que cela reste de l'USLD et que dans une formation, ils nous conseillaient de dire résidents. » (I.32) « 'Patient' concerne plus des gens en cours séjour dans un service lambda et qui rentre à la maison ensuite. » (I.34) « 'Résident' évoque beaucoup la notion de maison de retraite et EHPAD » (I.36)</p>
	Personnalité	<p>« Ça a été une personne » (I.78) « la personne » (I.83) « la personne » (I.85) « Ce sont des personnes, des êtres humains. » (I.140) « Ce sont des personnes » (I.141)</p> <p>« toutes leurs caractéristiques. » (I.54) « Une femme » (I.256) « Des femmes » (I.264)</p>
	Vécu	<p>« avec des enfants et des envies. » (I.78) « Ce sont des personnes qui ont eues une vie, pour certains une vie assez riche avec des enfants, un travail » (I.141)</p> <p>« C'était quelqu'un qui rencontrait beaucoup de monde » (I.237) « connaître l'histoire d'un patient » (I.240) « S'il se rasait tous les jours de sa vie car c'était par exemple un banquier, c'était un geste qui pour lui était important » (I.253) « Une femme qui se maquille tous les jours et qui ne se voyait pas sortir de chez elle sans être maquillée » (I.256) « C'est encore une génération où beaucoup étaient agriculteurs, des femmes qui ne travaillaient pas » (I.264)</p>
	Acteur	<p>« s'ils le souhaitent » (I.96) « Ici ils sont acteurs de leur vie » (I.98) « décider » (I.99) « ce qu'ils ont envie de vivre et ce qu'ils ont envie de faire » (I.100) « ils peuvent aménager leur habitat comme ils veulent. (I.102) « ils sont acteurs de ce qu'ils ont envie de vivre ici. » (I.103) « faire des demandes » (I.106) « aménager » (I.107) « décider » (I.108) « ils restent acteurs de leur vie. » (I.108)</p> <p>« on ne respecte pas assez leurs désirs. » (I.20) « ils auraient peut-être souhaité rester plus longtemps au lit » (I.24) « respecter leur choix » (I.26)</p>
Droits	Communs	<p>« ils [résidents et patients] ont les mêmes droits » (I.113) « ce n'est pas le fait d'être ou non en lieu de vie » (I.128) « faire en sorte qu'ils [résidents et patients] aient les mêmes droits. » (I.131) « un maximum de droits aux soins comme tout le monde. » (I.133) « ce n'est pas le fait que ce soit un lieu de vie. » (I.134)</p> <p>« on a le droit d'être ronchon » (I.51) « elle a le droit d'être un peu fatiguée. » (I.55) « ils ont les mêmes droits qu'ils soient patients ou résidents. » (I.94)</p>

MAS : infirmière A

USLD : infirmière B

	Différences	<p>« c'est quelque chose [le rôle d'acteur] qu'on ne retrouve pas dans un milieu hospitalier : les patients ne décident pas de la manière dont sont aménagés les couloirs ou l'organisation du service » (I.104)</p> <p>« Pour moi c'est différent du patient, non pas que l'on va porter moins d'attention, mais comme c'est plus ponctuel, plus bref, une phase aiguë : on va traiter le problème sans se soucier de savoir s'il a rendez-vous chez la coiffeuse. » (I.76)</p> <p>« On ne fait pas attention car on sait qu'il y aura un retour à la maison, avec des habitudes qui vont se remettre en place. » (I.79)</p> <p>« un adulte qui vient en cardio pour une ou deux semaines est une approche totalement différente. » (I.68)</p> <p>« cet aspect, on n'y pense pas en cardio » (I.88)</p> <p>« en centre hospitalier, on est plus centré sur la pathologie ? - Exactement. » (I.91)</p>
	Consentement	<p>« si un patient veut arrêter quelque chose, c'est possible. » (I.114)</p> <p>« on écoute le patient. » (I.125)</p> <p>« ici aussi il aura le droit. » (I.116)</p> <p>« C'est possible d'arrêter le soin. » (I.115)</p> <p>« leur parole est écoutée tout le temps » (I.99)</p> <p>« on est [...] très à l'écoute de leurs besoins, de leurs envies. » (I.114)</p> <p>« on essaie de l'[le résident] écouter au mieux » (I.126)</p> <p>« on est assez à l'écoute de leurs besoins, de leurs demandes, de leurs désirs » (I.129)</p> <p>« éthique » (I.120)</p> <p>« respecter au mieux » (I.131)</p> <p>« c'est compliqué d'avoir leur consentement. » (I.110)</p>
	Limites	<p>« Ici, ce qui rend les choses complexes c'est qu'on est dans un établissement psychiatrique. On parle toujours du consentement éclairé du patient, mais éclairé quand tu es atteint de troubles psychiatriques, c'est difficile. » (I.117)</p> <p>« Au niveau éthique, ce n'est pas toujours facile : parfois on va leur faire des soins et ils n'expriment rien, ou ils vont s'opposer physiquement, mais on ne sait pas si c'est une réelle opposition ou pas. C'est ça qui rend les choses complexes, et qui modifie un peu les droits du patient. » (I.120)</p> <p>« on est un peu limité : certains n'ont pas accès à la parole. » (I.126)</p> <p>« c'est plus la pathologie qui rentre en ligne de compte. » (I.130)</p> <p>« ce n'est pas un lieu de vie standard. » (I.130)</p> <p>« la pathologie rend les choses compliquées. » (I.134)</p> <p>« on essaie » (I.130), « on essaie » (I.132), « on essaie » (I.135), « on essaie » (I.146), « on essaie » (I.149)</p> <p>« le problème des résidents est qu'ils n'ont souvent plus la parole, -ou du moins censée- pour exprimer un inconfort » (I.95)</p> <p>« Cette difficulté du fait de leur âge est gênante. Ils ne peuvent pas exprimer clairement leur mécontentement comme leur contentement » (I. 98)</p> <p>« c'est la pathologie, ce n'est pas de leur faute » (I.58)</p> <p>« avec les résidents qui ne sont pas forcément très lucides, très éveillés » (I.109)</p> <p>« C'est le lieu de vie, mais à l'hôpital. Ça contraint beaucoup de choses. » (I.295)</p>

Objectif : Identifier les éléments clefs d'une relation soignant-soigné

Question : A quoi accordez-vous de l'importance dans la relation avec le résident ?

Coexistence	Dualité	« C'est une relation à deux » (I.119)
Valeurs humanistes	Respect	<p>« Le respect. » (I.139) « Le respect pour moi c'est vraiment en premier. » (I.139) « Entre êtres humains, on se respecte aussi bien d'un côté que de l'autre » (I.140) « ça se respecte. » (I.142) « C'est vraiment ce que je mettrais en premier. » (I.143) « le respect, c'est vraiment la chose que je mettrais en premier dans la relation avec les résidents. » (I.155) « respecter au mieux les personnes. » (I.176)</p> <p>« Ce sont des petit moments que l'on n'a pas le droit de leur voler, tout en restant respectueux » (I.354)</p>
	Egalité	<p>« essayer de gommer cette hiérarchie » (I.144) « ce côté soignant / soigné. » (I.144) « C'est pour ça qu'on n'a pas de tenues. » (I.146) « On essaie vraiment de se fondre dans la masse » (I.146) « On évite de creuser le fossé » (I.147) « On essaie vraiment dans la relation de gommer [...] cette supériorité. » (I.149) « La frontière qu'il peut y avoir entre le soignant et la personne soignée ? - Oui effectivement, ce côté soignant / soigné » (I.151) « c'est volontaire de ne pas mettre de tenues. » (I.154)</p> <p>« On est tous humains » (I.147) « c'est donc important d'avoir de bonnes bases » (I.119)</p>
	Confiance	<p>« c'est la confiance, car on rentre dans leur intimité. Il nous arrive de faire des soins très intimes. On vient les déranger fréquemment, s'il n'y a pas une confiance réciproque, c'est compliqué. » (I.106) « C'est donc la confiance. C'est un avantage qu'ils soient là longtemps, car on a le temps. - Le temps d'instaurer cette relation de confiance ? - Voilà. Prendre le temps qu'il faut. » (I.112)</p>
	Sympathie	<p>« Ce sont des moments assez sympathiques. » (I.118) « une bonne entente. » (I.119)</p>

Objectif : Caractériser le rôle d'une équipe soignante.

Question : Quel intérêt à ce que cette vision soit partagée ou non par l'équipe ?

Cohésion	Approche unidirectionnelle	<p>« La vision que toi tu as du respect est partagée par toute l'équipe interprofessionnelle ? - Oui, oui, oui. » (I.158) « On met tous autant de bienveillance dans nos actes et dans nos réflexions » (I.159) « On l'a tous dans un coin de la tête. » (I.162) « Dans l'ensemble » (I.166) « On y fait [...] tous attention. » (I.166) « On travaille tous » (I.170)</p> <p>« Le médecin oui, car elle a choisi la gériatrie, sa spécialité. » (I.125) « Mes collègues infirmières [...] c'était vraiment un souhait de leur part de venir en gériatrie. » (I.127) « Une majorité d'aides-soignantes qui sont très à l'écoute » (I.142) « Pour moi, la priorité est d'aller dans le même sens. » (I.151) « si on va tous dans le même sens, c'est parce que l'on a testé des choses et que cela permet d'aller beaucoup mieux pour tout le monde » (I.154) « avoir opté pour la façon que nous avait conseillé quelqu'un parce qu'il s'était rendu compte que cela fonctionnait bien » (I.157)</p>
Individualité	Personnelle	<p>« on a chacun notre caractère, notre vie et notre passé personnel qui influencent notre façon de travailler. Notre âge, notre ethnie aussi font que l'on ne travaille pas tous de la même façon » (I.147)</p>
	Professionnelle	<p>« Certaines n'ont pas cette approche » (I.130) « Il manque cette notion de bienveillance, ou d'empathie. » (I.133) « Cela peut-être une super force d'avoir pleins de facettes différentes » (I.150) « Une équipe c'est [...] pleins de petits cailloux qui font une pyramide. » (I.160) « Dans le meilleur des cas, chacun apporte son petit truc pour le bien de tout le monde. » (I.161)</p>

Objectif : Distinguer les représentations soignantes du tutoiement

Question : Que pensez-vous de l'usage du tutoiement des résidents par les soignants ?

Personnalité	Education	<p>Education etc</p> <p>« On a tous un regard différent là-dessus. Moi, parce que ce sont dans mes valeurs humaines et que je suis comme ça aussi à l'extérieur » (I.180)</p> <p>« Il m'est plus facile de vouvoyer les gens » (I.181)</p> <p>« C'est un avis très personnel, mais il m'est difficile de tutoyer » (I.187)</p> <p>« J'ai plus de mal avec ça, mais humainement je suis comme ça. » (I.193)</p> <p>« Je vouvoie mes beaux-parents. » (I.194)</p> <p>« En fonction de ce qu'il est » (I.208)</p> <p>« tout dépend de son histoire familiale » (I.236)</p> <p>« c'est beaucoup en fonction de ce qu'on est aussi. » (I.293)</p> <p>« Pour moi le mot est fort, mais le tutoiement est interdit » (I.166)</p> <p>« Cela vient-il de mon éducation ? » (I.166)</p> <p>« Est-ce dû à mon éducation ? » (I.177)</p> <p>« Je ne sais pas de quoi ça relève, si c'est l'éducation » (I.180)</p> <p>« Moi je vouvoie mes beaux-parents. Je vais vouvoyer d'instinct une personne âgée : ma mamie » (I.167)</p> <p>« Le prénom ne me causait aucun soucis » (I.171)</p> <p>« En tous cas en formation, on nous dit qu'il ne faut pas les tutoyer. » (I.182)</p> <p>« je ne le fais pas d'instinct » (I.197)</p> <p>« j'ai été élevée comme cela. » (I.339)</p> <p>« c'était trop me demander car cela rentrait trop dans mon éducation, mes valeurs. » (I.324)</p>
	Respect	<p>« ceux qui me demandent de les appeler par leur prénom, j'accède à cette demande » (I.183)</p> <p>« j'accède à la demande d'appeler quelqu'un par son prénom. » (I.185)</p> <p>« mais je vais le vouvoyer. » (I.186)</p> <p>« le respect passe par le vouvoiement. » (I.187)</p> <p>« j'ai quelques collègues qui tutoient les résidents et ça ne me choque pas à partir du moment où le respect est quand même là. » (I.190)</p> <p>« On peut être très respectueux en disant 'tu' à quelqu'un. » (I.191)</p> <p>« Le respecter dans ce qu'il est, le respecter quand on va faire ses soins d'hygiène, mettre de la bienveillance, et puis finalement tutoyer la personne. » (I.193)</p> <p>« ce n'est pas tant une marque de respect ou de non-respect. » (I.226)</p> <p>« je ne me voyais pas tutoyer quelqu'un qui est plus ancien que moi » (I.232)</p> <p>« J'ai besoin de ce vouvoiement pour marquer le respect et la considération. » (I.234)</p> <p>« Certains résidents [...] m'avaient demandé de les appeler par leur prénom et de les tutoyer. » (I.169)</p> <p>« Si on m'appelle *Prénom*, que l'on me vouvoie et qu'après, ce soit une décision de ma part d'indiquer que tu peux me tutoyer, il n'y a pas de soucis » (I.173)</p> <p>« Pour moi, c'est une marque de respect de les vouvoyer. » (I.174)</p> <p>« Un tutoiement même demandé par un résident je ne le ferais jamais. » (I.177)</p> <p>« Un manque de respect. » (I.181)</p>

MAS : infirmière A

USLD : infirmière B

		<p>« Le prénom reste à leur demande » (I.183)</p> <p>« Notre médecin actuel je l'appelle par son prénom et je la tutoie car c'est un accord entre nous. » (I.190)</p> <p>« il faut me tutoyer, on a le même âge » (I.192)</p> <p>« c'est le respect et j'ai énormément de respect envers nos personnes âgées. » (I.199)</p> <p>« Je ne doute pas que les soignantes qui emploient le tutoiement ne les respectent pas pour autant. » (I.200)</p> <p>« J'ose espérer qu'on peut rester dans le respect en utilisant le tutoiement. » (I.214)</p> <p>« Il n'y a pas une semaine sans qu'il me demande de le tutoyer. » (I.315)</p> <p>« Je suis persuadée que même celles qui tutoient restent respectueuses » (I.330)</p> <p>« il aimerait bien qu'on l'appelle par son prénom ou qu'on le tutoie » (I.236)</p>
Professionnalisme	Outil de soin	<p>« Le vouvoiement et le tutoiement peuvent entrer en ligne de compte pour marquer une certaine frontière. » (I.200)</p> <p>« Le vouvoiement permet de mettre une distance » (I.213)</p> <p>« Même si [...] on essaie de gommer les choses » (I.214)</p> <p>« ça permet de mettre une distance. » (I.214)</p> <p>« on est souvent obligés de mettre un cadre avec les pathologies » (I.215)</p> <p>« c'est plus facile. » (I.215)</p> <p>« c'est plus facile de mettre un cadre quand on vouvoie les gens. » (I.217)</p> <p>« quelque chose qui marque cette frontière » (I.228)</p> <p>« Les appeler par leur prénom pourquoi pas si ça peut les apaiser » (I.175)</p> <p>« J'ai vu des résidents qui réagissaient beaucoup mieux à leur prénom qu'à leur nom de famille. » (I.176)</p> <p>« Eviter une hiérarchie un peu pesante. » (I.195)</p> <p>« en Alzheimer le tutoiement est plus facile pour les résidents [...] ça les heurtent moins » (I.205)</p> <p>« J'ai le cas d'une résidente en ce moment, si je n'emploie pas son prénom : elle s'énerve. Par contre, dès que je commence la journée en lui disant bonjour avec son prénom, je sens qu'elle est plus à même de m'écouter et d'accepter le soin. » (I.206)</p> <p>« le tutoiement ne va pas forcément faciliter un soins. » (I.299)</p>
	Posture	<p>« Le vouvoiement, le tutoiement, ce n'est pas ça qui marque le respect. » (I.191)</p> <p>« Je pense qu'on peut faire les deux à partir du moment où on met de la bienveillance dans la relation avec l'autre. » (I.195)</p> <p>« Je vois des collègues qui tutoient et qui sont dans le respect. » (I.206)</p> <p>« il y a tous les gestes du quotidien. » (I.202)</p> <p>« leur serrer la main » (I.202)</p> <p>« faire la bise » (I.202)</p> <p>« Je marque les événements importants. » (I.203)</p> <p>« Je ne vais pas faire la bise à mes résidents tous les matins. » (I.204)</p> <p>« Avec les pathologies qu'on accueille, il faut faire en fonction de la personne qu'on a en face. » (I.225)</p> <p>« C'est plus à adapter en fonction de la personne » (I.227)</p> <p>« Tu penses qu'il y a beaucoup de part de personnalité dans la posture ?</p>

		<p>- Oui.» (I.297)</p> <p>« J'ai en effet des collègues qui tutoient des résidents, à chaque fois ça me heurte. » (I.180)</p> <p>« Ce serait peut-être plus dans la posture que dans l'usage du tutoiement que l'on ferait preuve de respect ?</p> <p>- Je pense oui. » (I.202)</p> <p>« ce n'était pas parce que je ne le tutoyais pas, que je mettais une barrière dans la relation. » (I.323)</p> <p>« Notre ancienne cadre de santé je l'appelais par son prénom, mais je la vouvoyais. Notre ancien médecin beaucoup de gens la tutoyaient. Moi je l'appelais par son prénom, mais je la vouvoyais aussi. Notre médecin actuel je l'appelle par son prénom et je la tutoie » (I.188)</p> <p>« Que ce soit un brancardier, un chirurgien ou autre on a souvent tendance à utiliser le tutoiement. On fait partie de la même maison et nous sommes là pour la même chose. » (I.114)</p>
<p>Limites</p>	<p>Juste distance</p>	<p>« Ce ne sont pas nos amis. » (I.197)</p> <p>« Ça reste quand même des personnes dont on s'occupe professionnellement » (I.198)</p> <p>« nous ne sommes pas copains non plus. » (I.199)</p> <p>« Ça me paraît être un peu en décalage. » (I.205)</p> <p>« C'est un peu difficile » (I.207)</p> <p>« On [l'équipe] s'était beaucoup posé la question [...] ça n'a pas été tranché. » (I.207)</p> <p>« Là, ça me paraît être trop. » (I.212)</p> <p>« Quand tu les tutoies, il y a cette familiarité » (I.217)</p> <p>« pour eux [les résidents], c'est plus compliqué. » (I.218)</p> <p>« c'était compliqué. » (I.219)</p> <p>« ils n'arrivent pas à mesurer le bon dosage dans la relation à l'autre » (I.220)</p> <p>« Ça met un flou. » (I.222)</p> <p>« Tu es mon ami, tu es l'aide-soignante, tu es qui pour moi ? » (I.222)</p> <p>« il n'y a pas de distance. » (I.224)</p> <p>« dans la relation, ne fait pas forcément la différence. » (I.228)</p> <p>« ils [les résidents] ne savent pas forcément le faire et c'est compliqué. » (I.229)</p> <p>« Ensuite on a les revers de la médaille au niveau du comportement. » (I.230)</p> <p>« Cela m'arrive de temps en temps, je dérape un peu quand on discute » (I.178)</p> <p>« on a tendance à infantiliser » (I.184)</p> <p>« Je m'attachais déjà suffisamment à lui sans avoir besoin en plus de le tutoyer. Le vouvoyer ne voulait pas dire que je ne m'attachais pas à lui ou que je ne lui accordais pas d'importance » (I.326)</p> <p>« Ça me fait plus défaut de vous tutoyer. » (I.347)</p> <p>« Ça me heurte plus » (I.348)</p>

Objectif : Cibler les signaux qui conduisent le soignant à tutoyer le résident.

Question : Comment savez-vous que la relation instaurée avec le patient est adéquate ?

Les sens personnels	La vue : l'observation	« on le voit assez rapidement » (I.271) « tu vois », « tu vois bien » (I.272) « Tu vois » (I.276)
	Intuition / ressenti	« Tu sens que ça va être quelqu'un qui a besoin de ce cadre. » (I.275) « Tu le sens directement. » (I.276) « Ça se sent assez facilement » (I.279) « C'est au feeling. » (I.279) « On le sent tous. » (I.279) « Si toi tu venais demain [...] tu le sentirais. » (I.280) « tu as déjà senti » (I.281) « ça se sent assez vite » (I.282) « c'est le feeling » (I.291) « C'est ton intuition personnelle » (I.292)
L'individu	Attitude du résident	« la manière dont la personne s'engouffre dans la relation. » (I.272) « dès qu'il te voit dans le couloir il vient et il veut tout de suite te parler, il est assez envahissant. » (I.273) « il arrive pour faire la bise » (I.274) « dans son comportement avec toi. » (I.276) « il est envahissant, qu'il va venir sans cesse, qu'il t'approche, qu'il vient dans ta bulle. Là, tu sais que si toi en plus tu rentres là-dedans, c'est mort pour toi, tu ne vas pas t'en sortir. » (I.277) « comportement » (I.282) « ça dépend vraiment de qui tu as en face de toi » (I.291)
	La demande du résident	« Le résident va me le demander. » (I.217) « Si le résident ne m'a pas demandé de l'appeler par son prénom, jamais j'aurais pris cette initiative. » (I.219) « Tant qu'ils ne m'ont pas demandé, jamais je ne les tutoierai et jamais je ne les appellerai par le prénom. » (I.226)
	Personnalité	« l'âge, le statut hiérarchique, la présence ou non de troubles mentaux, le genre masculin ou féminin » (I.324) « Et je le sens bien à l'heure actuelle, ils sont maintenant dans des états de santé où il n'y a plus beaucoup d'interactions avec quelqu'un d'autre mais le prénom et les petites choses que je connais d'eux -le chocolat-, ça aide vraiment à avoir une relation qu'une infirmière qui arrive demain et ne connaît aucun des résidents n'aura pas. » (I.221) « Ce n'est pas du cas par cas mais presque » (I.332)
	Son entourage	« Ce serait une astuce que la famille apporte. » (I.238)
Limites	Difficultés	« Le décrire c'est difficile » (I.279) « ta question est assez compliquée » (I.321) « Ce n'est pas si simple que ça, il y a pleins de paramètres à prendre en compte » (I.321)

Annexe III – Entretien en MAS transcrit

1 Moi : La première question est en rapport avec ton parcours. Je peux te tutoyer ? (*Signe de*
2 *hochement de tête*) As-tu toujours travaillé dans un lieu de vie ? Autrement, dans quelles autres
3 structures as-tu travaillé auparavant ?

4 IDE : J'ai commencé ma carrière en hôpital local à Montaigu, donc dans un service
5 complètement différent. J'ai essentiellement fait du long et moyen séjour, un peu de médecine
6 et très peu de chirurgie. La maison de retraite aussi, j'y ai travaillé dix ans avant d'arriver ici
7 donc pas mal de lieux de vie quand même.

8 Moi : D'accord. Et du coup, qu'est-ce qui t'a motivé à changer entre la structure hospitalière
9 et..... *interrompue par une sonnerie de téléphone*

10 IDE : Qu'est-ce qui m'a motivé à changer ? A la base c'était tout simple, c'est qu'il n'y avait pas
11 de poste qui se dessinait à l'horizon quand j'étais à Montaigu sinon je serais restée. Et j'étais un
12 peu loin parce que j'avais une demie heure de trajet matin et soir à faire, donc c'était un peu
13 ça ; mais pas du tout lié au lieu de travail que j'appréciais.

14 Moi : D'accord. Comme tu as travaillé longtemps en lieu de vie, comment tu le définirais ? Pour
15 toi, quelles sont les caractéristiques du lieu de vie ?

16 IDE : Pour moi, déjà ce que je viens y chercher, ce que j'aime, ce que j'apprécie dans un lieu de
17 vie c'est la prise en charge longue des résidents. D'ailleurs, on ne les appelle pas des patients,
18 et ça fait toute la différence déjà. Ce sont vraiment des gens qui habitent, des résidents de la
19 structure et moi j'aime bien cette prise en charge. J'ai plus de mal avec des petites prises en
20 charge : « la porte tant », ou on a « telle appendicectomie de la fenêtre ou de la porte ». Je
21 n'aime pas ce genre de choses, je n'ai pas besoin de ça, et je n'arrive pas à travailler avec ça.
22 J'apprécie plutôt le fait que ce soit une prise en charge au long court, et en général dans les
23 lieux de vie tu as un entourage.

24 Alors c'est un peu moins vrai ici mais les établissements des personnes âgées, ou pour les
25 enfants, tu as l'entourage. Tu ne travailles pas uniquement avec les résidents, et c'est ce que je
26 trouve intéressant.

27 C'est vrai que sur les lieux de vie c'est une prise en charge globale : il y a la santé et tout ce qui
28 est de la socialisation. Ici on ne travaille pas comme à l'hôpital où on voit les personnes que
29 pour un problème de santé X et on ne s'occupe pas du reste.

30 Je le définis un peu plus comme ça le lieu de vie c'est là où habite la personne et du coup on
31 prend en charge la totalité de ce qu'elle est.

32 Moi : Très bien. Est-ce que tu penses qu'une infirmière qui vient travailler en lieu de vie,
33 requiert-elle un profil nécessaire ?

34 IDE : Je dirais oui, tout dépend du lieu de vie. Quand je suis arrivée en maison de retraite -qui
35 est un lieu de vie aussi-, j'étais jeune diplômée j'avais à peine 3 ans de diplôme. Je n'ai pas eu
36 de mal à m'intégrer dans cette structure, parce que le côté médical auprès des personnes
37 âgées est quand même quelque chose qui prime. Certes, on s'occupe du reste mais en général
38 ils ont quand même pas mal de problèmes de santé, c'est pour ça qu'ils entrent en maison de
39 retraite. Donc la place de l'infirmière telle qu'on l'apprend à l'école, est bien là : il y a un
40 problème, il y a des actions, il y a des résultats. Je n'ai ainsi pas eu de peine à m'intégrer, ce
41 qui n'a pas été la même chose ici en structure médico-sociale.

42 Le social est quelque chose qu'on a assez peu dans nos études : on est vraiment formées en
43 tant que techniciennes, à l'application du résultat. Au départ, j'ai eu beaucoup de mal à travailler
44 avec des équipes éducatives : on ne parle pas le même langage. Aujourd'hui pour travailler
45 dans des structures comme celles-ci, il faut être sensibilisé au monde social où le langage est
46 complètement différent. Il faut prendre en considération la totalité des choses et ça c'est
47 compliqué.

48 Quand je suis arrivée, j'ai mis 3 ou 4 ans à me familiariser avec les équipes éducatives. On était
49 sans cesse en conflit. On avait l'impression qu'il y avait une équipe médicale, une équipe
50 éducative et qu'on marchait les uns à côtés des autres mais pas du tout les uns avec les autres.
51 On n'était pas main dans la main, et ça c'était compliqué. C'est là toute la difficulté de ceux qui
52 viennent en remplacement ici. Les infirmières qui n'ont pas eu de parcours en psychiatrie ou en
53 lieu de vie avant sont en difficulté. Même les étudiants.

54 Les étudiants lors de besoins médicaux comme la prise de sang sont aisés : il a une
55 hyperglycémie, on va mettre un régime sans sucres. Pourtant, ici ça ne se passe pas comme
56 ça, c'est bien plus complexe. Je pense que tu t'en es déjà rendue compte par ta petite
57 expérience ici.

58 Dans un premier temps, il faut déjà convaincre les équipes des bienfaits d'un régime sans
59 sucres, pour éviter d'arriver au diabète et aux conséquences du diabète.

60 Moi : Lors des réunions ?

61 IDE : Voilà. Des réunions où nous, les infirmières, nous sommes toujours en minorité. Il y a en
62 général une ou deux infirmières pour 5 ou 6 éducateurs. Dans des services comme le nôtre, ce
63 n'est pas le médical qu'on est venu chercher.

64 *Interruption par résidente Anick*

65 Moi : On en était donc sur les réunions interprofessionnelles.

66 IDE : Oui, tu n'as pas ça dans les autres structures, pas autant de réunions pour une prise de
67 décision. La décision émane d'un médecin et l'infirmière l'applique et transmet aux aides-
68 soignantes pour que ce soit également tenu dans les chambres et autres. Ici, ce n'est pas

69 comme ça que ça fonctionne. On n'a pas cette hiérarchie pyramidale, c'est beaucoup plus
70 linéaire : on est tous à peu près au même niveau, à part bien sûr le chef de service et le
71 directeur. Autrement il n'y a pas de hiérarchie entre moi et les éducateurs, donc il faut arriver à
72 les convaincre du bien-fondé des choses et leur apporter les connaissances médicales qu'il leur
73 manquent. C'est normal, elles ne font pas partie de leur formation. Ensuite, leur façon de voir
74 les choses n'est pas la même que la nôtre. C'est ça qui est riche aussi, il y a le résident au
75 milieu, et chacun y porte son regard. Donc normalement, on est tellement nombreux qu'on est
76 censé avoir la vision la plus proche possible de la réalité du résident, contrairement peut être là
77 où il n'y a que des aides-soignants ou des infirmières, et qu'on ne voit la personne qu'à travers
78 ses problèmes médicaux. On oublie un peu que ça a été une personne, avec des enfants et
79 des envies.

80 Moi : Vous vous basez donc sur les projets de soins individualisés lors de ces réunions ?

81 IDE : Alors pour le coup ce ne sont pas des projets de soins, ce sont des projets de vie
82 personnalisés. Justement des projets de soins, on n'en a pas encore. On intègre du soin sur le
83 plan médical, par rapport au projet personnalisé de la personne, mais on n'a pas de projet de
84 soins comme on peut le voir dans des structures plus médicalisées.

85 Ici, c'est un petit bout du médical qui est intégré dans le projet de vie globale de la personne. Tu
86 vas retrouver les envies d'activités, d'aller vers l'extérieur comme David par exemple avec son
87 association de Foot, où tu vas retrouver un petit bout de médical. On essaie de tout mettre
88 ensemble.

89 Moi : Tout à l'heure, dans ta définition tu disais que le lieu de vie est tel car le résident y habite,
90 à la différence du patient. Donc, à part « l'étiquette » de l'habitat, penses-tu que certains
91 facteurs différencient le patient du résident ?

92 IDE : C'est vrai que pour moi, la principale différence c'est l'habitat. L'hôpital ce n'est pas un lieu
93 de vie, on vient s'y faire soigner et ça dure un petit moment, tandis qu'ici ils sont censés y vivre
94 jusqu'à la fin de leurs jours. C'est leur maison finale. Enfin, il peut y avoir d'autres projets
95 comme une sortie vers une autre structure, mais on l'imagine et on le pense comme étant
96 quelque chose qu'ils vont pouvoir habiter s'ils le souhaitent jusqu'à la fin de leurs jours. La prise
97 en charge va jusqu'à l'accompagnement en fin de vie dans notre structure.

98 Autrement, la différence est qu'ils sont ici acteurs de leur vie. On a des CDS, leur parole est
99 écoutée tout le temps avec le café Forum de Jocelyne, ils peuvent décider de ce qu'ils ont envie
100 de vivre et ce qu'ils ont envie de faire, comme on ferait chez nous.

101 Il y a des demandes compliquées à mettre en place, comme avoir une cheminée, mais ils
102 peuvent aménager leur habitat comme ils veulent.

103 C'est surtout ça qui différencie : ils sont acteurs de ce qu'ils ont envie de vivre ici. C'est quelque
104 chose qu'on ne retrouve pas dans un milieu hospitalier : les patients ne décident pas de la
105 manière dont sont aménagés les couloirs ou l'organisation du service. A l'inverse ici, ils peuvent
106 tout de même faire des demandes. Bien évidemment, il faut être dans la capacité de pouvoir
107 aménager. Ici, il y en a certains qui cuisinent pour le restaurant externe, ils peuvent décider
108 d'aller en vacances à l'extérieur, ils restent acteurs de leur vie.

109 Sur du milieu hospitalier, on met notre vie en suspension le temps de traiter notre problème de
110 santé puis on y revient quand on rentre chez soi.

111 Moi : Ok. Mais du coup selon toi, les patients et résidents ont-ils les mêmes droits d'un point de
112 vue soins ?

113 IDE : D'un point de vue soins oui, je pense qu'ils ont les mêmes droits parce qu'on est quand
114 même très à l'écoute de leurs besoins, de leurs envies. Si un patient veut arrêter quelque
115 chose, c'est possible. C'est possible d'arrêter le soin. Quelqu'un qui est dialysé, qui n'a plus
116 envie de sa dialyse, bien évidemment qu'ici aussi il aura le droit.

117 Ici, ce qui rend les choses complexes c'est qu'on est dans un établissement psychiatrique. On
118 parle toujours du consentement éclairé du patient, mais éclairé quand tu es atteint de troubles
119 psychiatriques, c'est difficile.

120 Au niveau éthique, ce n'est pas toujours facile : parfois on va leur faire des soins et ils
121 n'expriment rien, ou ils vont s'opposer physiquement, mais on ne sait pas si c'est une réelle
122 opposition ou pas. C'est ça qui rend les choses complexes, et qui modifie un peu le droit du
123 patient. Une personne lambda qui a toute sa tête te dit « Non, je ne veux pas de ma prise de
124 sang ce matin. », tu ne vas pas lui faire : tu vas retourner vers le médecin, et tu expliques la
125 situation. Et on écoute le patient.

126 Ici, on essaie de l'écouter au mieux, mais on est un peu limité : certains n'ont pas accès à la
127 parole. Qu'est-ce qu'on fait, donc?

128 Ce n'est pas le fait d'être ou pas en lieu de vie, parce que je pense qu'on est assez à l'écoute
129 de leurs besoins, de leurs demandes, de leurs désirs, c'est plus la pathologie qui rentre en ligne
130 de compte. Ce n'est pas un lieu de vie standard. Mais on essaie effectivement de respecter au
131 mieux et de faire en sorte qu'ils aient les mêmes droits. On se bat beaucoup pour le handicap et
132 le soin. Il y a des structures qui se montent sur Nantes et ailleurs et on essaie de faire en sorte
133 qu'ils y accèdent pour qu'ils aient un maximum de droits aux soins comme tout le monde.

134 Après, la pathologie rend les choses compliquées. Ce n'est pas le fait que ce soit un lieu de vie.

135 Enfin, je ne le perçois pas comme ça, qu'on essaie, vraiment nous, de les intégrer aux soins à
136 l'extérieur.

137 Moi : D'accord. Pour la suite on va plus se centrer sur le tutoiement.

138 Dans la relation avec le résident, qu'est-ce que tu trouves important ?

139 IDE : Le respect. Le respect pour moi c'est vraiment en premier.

140 Ce sont des personnes, des êtres humains. Entre êtres humains, on se respecte aussi bien
141 d'un côté que de l'autre. Ce sont des personnes qui ont eu une vie, pour certains une vie assez
142 riche avec des enfants, un travail, et je trouve que tout ça, ça se respecte.

143 C'est vraiment ce que je mettrais en premier.

144 Puis comme ils sont chez eux, essayer de gommer cette hiérarchie, ce côté soignant-soigné.

145 *Interruption sonnerie de téléphone*

146 C'est pour ça qu'on n'a pas de tenues. On essaie vraiment de se fondre dans la masse, tout en
147 leur apportant le plus de notre métier bien sûr car ils en ont besoin. On évite de creuser le fossé
148 en disant « C'est moi l'infirmière, vous êtes le patient, donc vous restez, vous écoutez, vous
149 faites ce que je vous dis. ». On essaie vraiment dans la relation de gommer un peu cette
150 supériorité. Ce n'est pas le bon terme mais je n'arrive pas à trouver.

151 Moi : Oui, la frontière qu'il peut y avoir entre le soignant et la personne soignée.

152 IDE : Oui effectivement, ce côté soignant / soigné se voit moins je pense dans notre structure
153 que dans d'autres.

154 C'est pour ça que c'est volontaire de ne pas mettre de tenues.

155 Et puis donc le respect, c'est vraiment la chose que je mettrais en premier dans la relation avec
156 les résidents.

157 Moi : Ok. Est-ce que tu penses que la vision que toi tu as du respect est partagée par toute
158 l'équipe interprofessionnelle ?

159 IDE : Oui, oui, oui. Franchement, je pense qu'on met tous autant de bienveillance dans nos
160 actes et dans nos réflexions.

161 *Interruption sonnerie de téléphone*

162 IDE : On l'a tous dans un coin de la tête. Après, on est souvent attaqué par le comportement de
163 nos résidents, très envahissants psychiquement. On peut percevoir de temps en temps, dans
164 nos réponses, un manque de patience. Je ne dirais pas de l'irrespect mais c'est vrai que des
165 fois, nos réponses peuvent être moins adaptées quand on est vraiment fatigué. Mais je pense
166 que dans l'ensemble, on y fait quand même tous attention.

167 Ce n'est pas pour rien qu'ici, on travaille la psychothérapie institutionnelle. On essaie de mettre
168 en place des choses puisqu'on sait que les obligations qu'on a en structure peuvent aller
169 jusqu'à de la non-bienveillance si on ne fait pas attention.

170 Par conséquent on travaille tous dans l'autre sens, pour avoir cette vigilance et se dire que ce
171 n'est pas parce qu'on est en structure qu'ils doivent tous se lever à 7 heures du matin pour
172 prendre leur médicament.

173 C'est un exemple que je te donne, mais on leur laisse la liberté de se lever à l'heure qu'ils
174 veulent. Il y a tout de même des limites par rapport à la prise des traitements : on ne peut pas
175 aller au-delà de 10 heures. Mais on essaie de contrecarrer un peu les effets négatifs de
176 l'institution. C'est vraiment pour essayer de respecter au mieux les personnes.

177 Moi : Tu mets beaucoup en avant le fait que dans cette maison d'accueil spécialisée, vous
178 essayez au mieux d'atténuer la frontière soignant / soigné. Que penses-tu alors de l'usage du
179 tutoiement par les infirmiers auprès des résidents ?

180 IDE : C'est vrai qu'on a tous un regard différent là-dessus. Moi, parce que ce sont dans mes
181 valeurs humaines et que je suis comme ça aussi à l'extérieur, il m'est plus facile de vouvoyer
182 les gens.

183 Par contre, ceux qui me demandent de les appeler par leur prénom, j'accède à cette demande-
184 là. Certains me demandent de les appeler par leur nom de famille, ça se fait de moins en moins
185 parce qu'on les connaît depuis longtemps. Mais j'accède à la demande d'appeler quelqu'un par
186 son prénom. Je vais dire "David" par exemple mais je vais le vouvoyer.

187 Pour moi, le respect passe par le vouvoiement. C'est un avis très personnel, mais il m'est
188 difficile de tutoyer.

189 J'ai quelques collègues qui tutoient les résidents et ça ne me choque pas à partir du moment où
190 le respect est quand même là. Le vouvoiement, le tutoiement, ce n'est pas ça qui marque le
191 respect. On peut être très respectueux en disant "tu" à quelqu'un. Le respecter dans ce qu'il est,
192 le respecter quand on va faire ses soins d'hygiène, mettre de la bienveillance, et puis finalement
193 tutoyer la personne. Moi j'avoue que j'ai plus de mal avec ça, mais humainement je suis comme
194 ça. Je vouvoie mes beaux-parents. Je suis peut-être un peu encore de la vieille France, mais je
195 pense qu'on peut faire les deux à partir du moment où on met de la bienveillance dans la
196 relation avec l'autre.

197 On essaie de gommer la barrière, mais ce ne sont pas nos amis. Ça reste quand même des
198 personnes dont on s'occupe professionnellement, même si on essaie de ne pas dire "je suis
199 l'infirmière, vous êtes le résident". Voilà, nous ne sommes pas copains non plus. Le
200 vouvoiement et le tutoiement peuvent entrer en ligne de compte pour marquer une certaine
201 frontière.

202 Puis, il y a tous les gestes du quotidien. Moi, je vais leur serrer la main. Je vais faire la bise à un
203 résident pour un anniversaire ou pour la bonne année. Je marque les événements importants.
204 Je ne vais pas faire la bise à mes résidents tous les matins. Là encore, c'est comme le
205 tutoiement et le vouvoiement. Ça me paraît être un peu en décalage.

206 Mais, je vois des collègues qui tutoient et qui sont dans le respect quand même.
207 C'est un peu difficile, on s'était beaucoup posé la question. Qu'est-ce qu'on fait ? On les tutoie
208 ou on les vouvoie ? Ça n'a pas été tranché. On a laissé l'ouverture à chacun, en fonction de ce
209 qu'il est.
210 Par contre, je reprendrais assez facilement quelqu'un, si je voyais une tape dans le dos : "Tu
211 viens, on va faire une sortie et puis je t'emmène boire un verre chez moi." Là, ça me paraît être
212 trop.
213 J'ai tendance à penser que le vouvoiement permet de mettre une distance quand même. Même
214 si comme tu le rappelles, on essaie de gommer les choses, ça permet de mettre une distance.
215 Comme on est souvent obligés de mettre un cadre avec les pathologies, c'est plus facile.
216 Souvent on le dit, on est nombreux à le dire, c'est plus facile de mettre un cadre quand on
217 vouvoie les gens. Quand tu les tutoies, il y a quand même cette familiarité qui pour eux, est plus
218 compliquée. On a eu quelques patients -je crois que tu n'as pas connu je pense, qui étaient
219 déjà repartis à l'hôpital-, résidents pardon, pour qui c'était compliqué. Du coup, ils n'arrivent pas
220 à mesurer le bon dosage dans la relation à l'autre. Donc le fait de le tutoyer c'est encore pire.
221 Moi : Oui, ça met un flou en fait.
222 IDE : Voilà, ça met un flou. « Tu es mon ami, tu es l'aide-soignante, tu es qui pour moi ? Si tu
223 me tutoies, je peux te taper la bise et puis du coup, je peux aller te taper dessus, je peux aller
224 très loin parce que finalement, il n'y a pas de distance. »
225 Avec les pathologies qu'on accueille, il faut quand même faire en fonction de la personne qu'on
226 a en face. C'est plus ça, ce n'est pas tant que ce soit une marque de respect ou de non-respect.
227 C'est plus à adapter en fonction de la personne qu'on a en face, qui dans la relation, ne fait pas
228 forcément la différence. S'il n'y a pas quelque chose qui marque cette frontière, ils ne savent
229 pas le faire et c'est compliqué. Ensuite on a les revers de la médaille au niveau du
230 comportement.
231 Dans d'autres structures : pour personnes âgées par exemple, je ne me voyais pas tutoyer
232 quelqu'un qui est plus ancien que moi. Quelqu'un qui a une grosse histoire, qui est la mémoire
233 de ce qu'on vit aujourd'hui, c'est grâce à eux. Donc moi, j'ai besoin de ce vouvoiement pour
234 marquer le respect et la considération de mes ancêtres.
235 Peut-être que pour un enfant c'est décalé, lorsqu'il a 5 ans, de le vouvoyer. Il ne comprend pas.
236 Après tout dépend de son histoire familiale, si déjà dans sa famille, on l'oblige à vouvoyer ses
237 parents. Mais aujourd'hui, les enfants, c'est vrai, on les tutoie facilement.
238 Moi : Ça m'intéresse le fait que tu dises que ce n'est pas tant le respect, le « tu » ou le « vous »
239 qui ont un impact ici. Mais c'est...
240 *Interruption par un résident*

241 Résident : Bonjour !

242 Moi : Bonjour David

243 Résident : Ah tiens, ça va ?

244 Moi : Ça va et vous ?

245 Résident : Bonne année !

246 Moi : A vous aussi !

247 Résident : Meilleurs vœux.

248 Moi : Merci.

249 Résident : Et la santé surtout. Et pleins de choses pour l'Euro 2020.

250 Moi : C'est cette année ?

251 Résident : Oui, pour les bleus. Contre l'Allemagne, le premier match.

252 Moi : C'est où alors cette année ?

253 Résident : C'est au Stade de France. Et vous ça va ?

254 Moi : Oui, vous voyez, on est en entretien pour mes études, là avec Peggy.

255 Résident : Tu t'appelles comment déjà, je sais plus ?

256 Moi : Karen.

257 Résident : Ah oui Karen !

258 IDE : Il faut lui souhaiter son diplôme pour cette année David.

259 Résident : Bon courage pour ton diplôme, je crois bien que tu vas l'avoir. J'y crois ! Tu travailles
260 où maintenant ?

261 Moi : Et bien je suis encore en formation pour le moment.

262 Résident : Et c'est quand que tu viens travailler chez nous ?

263 Moi : Et bien peut-être quand je serai diplômée, on verra ! Est-ce qu'on peut terminer notre
264 entretien David ? Vous aviez une question pour Peggy peut-être ?

265 Résident : Non.

266 Moi : Vous passiez dire bonjour ! Merci David, à plus tard.

267 Alors où j'en étais...

268 IDE : Tu disais que ça t'intéressais le fait que...

269 Moi : Oui ! Comment tu sais du coup avec un résident si le tutoiement sera adéquat à la relation
270 ou plutôt le vouvoiement ?

271 IDE : Je dirais qu'ici, on le voit assez rapidement en fonction de la manière dont la personne
272 s'engouffre dans la relation. Tu vois là, on a une personne en accueil temporaire et tu vois bien
273 que dès qu'il te voit dans le couloir il vient et il veut tout de suite te parler, il est assez
274 envahissant. Dès le début, il arrive pour faire la bise donc t'es obligé de dire "ah non, ici on se
275 serre la main, ce n'est pas la bise". Et tu sens que ça va être quelqu'un qui a besoin de ce
276 cadre. Tu le sens directement dans son comportement avec toi. Quand tu vois qu'il est
277 envahissant, qu'il va venir sans cesse, qu'il t'approche, qu'il vient dans ta bulle. Là, tu sais que
278 si toi en plus tu rentres là-dedans, c'est mort pour toi, tu ne vas pas t'en sortir.
279 Ici, ça se sent assez facilement, mais c'est au feeling. Le décrire c'est difficile. On le sent tous.
280 Je pense que même si toi tu venais demain avec ce résident tu le sentirais.
281 Je ne sais pas si dans ton expérience, lorsque tu es passée là, tu as déjà senti ce genre de
282 comportement, ça se sent assez vite. C'est sans doute beaucoup plus vrai avec des troubles
283 psychiatriques qu'avec d'autres populations, je pense.
284 J'ai une amie qui travaille auprès de réfugiés politiques dans une association, c'est un lieu de
285 vie aussi, mais je ne sais pas si c'est aussi franc.

286 Moi : Oui je vois, est-ce autant marqué ailleurs ?

287 IDE : Oui, aussi marqué. Ils n'ont pas la misère du monde sur leurs épaules, mais ils n'ont pas
288 de troubles. Certains ont des troubles associés, mais pas tous. Alors, est ce que c'est aussi
289 marqué ? Je ne sais pas, est-ce que tu as besoin de mettre autant de distance ? Je ne sais pas
290 du tout.
291 Tu vois, ça dépend vraiment de qui tu as en face de toi. Et ça, c'est le feeling. C'est ton intuition
292 personnelle.
293 Puis, c'est beaucoup en fonction de ce qu'on est aussi. Des gens qui tutoient facilement tout le
294 monde, d'autres qui vouvoient facilement.

295 Moi : Si je comprends bien, tu penses qu'il y a beaucoup de part de personnalité dans la
296 posture ?

297 IDE : Oui. Tu vois M.I est un homme que je n'ai jamais tutoyé. Tu te souviens, c'était le
298 psychiatre ? Tu l'as connu ?

299 Moi : Non.

300 IDE : Ah non, c'était déjà Marie. M.I était notre psychiatre, chef de service sur Saint-Jacques
301 depuis très longtemps avec une certaine prestance. Je ne l'ai jamais tutoyé. Je l'ai toujours
302 vouvoyé alors que sa collègue toute jeune, qui arrive : Marie, 35 ans, une relation
303 complètement différente. Elle nous a demandé de la tutoyer : on la tutoie. Alors que c'est un
304 médecin, c'est aussi une psychiatre. Mais pas avec la même bouteille, pas la même prestance.
305 Elle est médecin dans son service, mais pas chef de service comme pouvait l'être M.I., alors tu
306 vois on la tutoie.

307 On a eu un autre médecin, homme en fin de carrière, qui était le vieux médecin : "c'est moi qui
308 décide et vous qui exécutez". Très bien, "vous, vous, vous".

309 Là, notre nouvelle médecin, toute jeune, arrive fraîchement diplômée, donc elle nous a
310 demandé de la tutoyer et c'est assez facile finalement, de le faire. Au début non, c'était
311 compliqué pendant six mois. Et puis aujourd'hui, on la tutoie. Mais je la respecte tout autant.

312 Moi : Mais là, elle a demandé à ce que vous la tutoyez.

313 IDE : Oui. Au début, elle nous a demandé : "on se tutoie, on se vouvoie, comment ça marche
314 chez vous ?" On le lui a dit qu'on vouvoyait le médecin d'avant. "Ah bon, ça ne devait pas être
315 facile, faites comme vous voulez. Mais bon, j'aimerais bien qu'on me tutoie. "

316 Je ne sais pas si tout le monde le fait, mais moi j'ai réussi à la tutoyer. Alors que c'est bien ma
317 supérieure hiérarchique, c'est le médecin qui donne des ordres. Mais tu vois, c'est en fonction
318 de qui on est quoi.

319 Par contre, Dom. B. je ne le tutoie pas, c'est mon supérieur. Je lui dois le respect. Pour moi, il
320 est au-dessus. Je ne l'ai jamais tutoyé. Je l'appelle par son prénom mais je ne le tutoie pas.

321 Donc tu vois ta question est assez compliquée. Ce n'est pas si simple que ça, il y a pleins de
322 paramètres à prendre en compte.

323 Moi : Oui, au niveau des paramètres on a vu : l'âge, le statut hiérarchique qu'il peut y avoir, la
324 présence ou non de troubles mentaux, le genre masculin ou féminin...

325 IDE : Tu vois, on parlait des enfants tout à l'heure. J'imagine qu'avec des ados entre 17 et 20 ou
326 21 ans c'est pareil, tu ne peux pas faire « copain-copain ». Il faut que si tu les tutoies, le
327 tutoiement n'empêche pas de garder cette limite. Que tu sois éducateur ou infirmière, c'est bien
328 de leur demander un minimum de choses à respecter. Les jeunes aujourd'hui, il leur est facile
329 de tutoyer. Je vois bien comment se comporte mon fils de 19 ans, il tutoie assez facilement les
330 adultes qu'il croise.

331 Si l'adulte a une posture et qu'il est droit dans ses bottes ça va. Sinon ça devient vite « copain-
332 copain ». Tous ces paramètres-là sont à prendre en compte.

333 Tu as déjà dû voir des gens qui tutoyaient les résidents, et ce n'est pas pour autant que le
334 respect n'y était pas. Au-delà de ça, il va t'écouter aussi bien si tu lui dis « vous » que si tu lui

335 dis « tu ». Pour lui, ça n'a pas trop d'importance, mais on a eu d'autres résidents pour qui ça en
336 avait. On voit d'ailleurs certains collègues - moi ça, par contre, ça me dérange - qui tutoient les
337 résidents, par contre quand il faut recadrer et qu'il faut aller loin, ils les vouvoient.
338 Tout d'un coup ce n'est plus David : c'est Mr. Gir. et c'est « vous ». "Je vous ai dit de ne pas
339 faire ça ! ", alors que 5 minutes avant c'était "Tu vas m'aider à faire la compote".
340 Ils se sentent obligés de remettre du vouvoiement pour marquer une distance plus importante et
341 remettre un cadre. Moi, ça me gêne. Etre obligé de repasser au vouvoiement pour mettre du
342 cadre. Mais parfois, on n'a pas le choix.

343 Moi : Ce genre de situation peut être spontanée, sans être contrôlée si finalement le tutoiement
344 n'était pas désiré au préalable.

345 IDE : Oui. Donc voilà ce que je peux t'en dire pour ce qui me concerne.

346 Moi : Merci beaucoup. As-tu quelque chose à ajouter ? Si tu souhaites revenir sur une question
347 préalable parce que tu n'as pas eu le temps d'y réfléchir, ou si tu as juste un petit mot à ajouter
348 pour la fin ?

349 IDE : Non, je pense que je t'ai dit l'essentiel.

350 La question qui m'a un peu déstabilisé tout à l'heure, c'était « c'est quoi finalement un lieu de
351 vie ? Et la différence entre patients et résidents? » C'est vrai, j'associe quand même beaucoup
352 ça au lieu où sont dispensés les soins.

353 Moi : Alors là je vais exposer mon avis personnel mais pour moi aussi, la différence du résident,
354 c'est simplement où il habite. Après, je trouve qu'on accentue vraiment l'aspect de la
355 socialisation et de l'autonomie dans les lieux de vie auprès d'un résident. A l'inverse, pour le
356 patient, on est plus centré justement sur « l'appendicectomie de la chambre 12 » et je trouve
357 qu'on efface toute la personne.

358 IDE : Oui c'est ça, on est vraiment centré sur le problème de santé sans tenir compte de la
359 personne.

360 Moi : Et pour autant, quand je t'ai guidé un peu vers les droits, dans ma tête, c'était là : le
361 patient est tout autant une personne. Certes, ce n'est pas ce qu'on va rechercher dans un
362 hôpital : qu'il aille en soins à l'extérieur, se sociabiliser ou faire des activités, mais pour autant la
363 personne est aussi là. Comme la personne qui est en résidence.

364 IDE : Oui, sauf qu'on l'oublie. On voit aujourd'hui certaines aberrations en sortie d'hôpital : on va
365 te faire sortir des gens directement chez eux alors qu'ils sont âgés et viennent de subir une
366 intervention qui fait qu'ils sont en incapacité de rentrer chez eux. Tout ça, c'est hyper
367 dangereux.

368 On ne tient pas compte de qui est la personne. "Elle est âgée, il a perdu sa femme l'année
369 dernière donc il est seul chez lui, les enfants sont à l'autre bout de la France et ne peuvent pas
370 venir s'en occuper non plus, pas de voisins" : on oublie tout ça, et on les laisse chez eux. A
371 l'infirmière libérale de se débrouiller pour tout mettre en place parce qu'il faut vite libérer des
372 chambres. Et on oublie la personne, comme tu dis, c'est quelqu'un à part entière avec une
373 histoire de vie, une famille - qui est là ou non - et cela, on n'en tient pas compte. Parfois, dans
374 des prises en charge pour certaines pathologies, on oublie que c'était quelqu'un qui avait des
375 habitudes de vie et qui là devrait tout arrêter du jour au lendemain. Ce n'est pas simple.
376 Par exemple, on a hospitalisé une personne qui fume beaucoup - tu vois comment ils sont tous
377 ici -. A l'hôpital, ils n'ont pas tenu compte du fait que ce soit un fumeur et qu'il ne pouvait pas
378 descendre en vue de l'état où il a été hospitalisé, il était dans l'incapacité de faire la demande et
379 de descendre seul. Mais ce n'est pas pour autant que l'envie de « cloper » n'était pas là. Et ça
380 peut te donner des difficultés dans l'hospitalisation : tu ne comprends pas car il est agressif,
381 mais en fait, il est simplement en manque. Au bout d'un moment, à force de le dire, ils lui ont
382 collé des patchs, aujourd'hui, il est sevré et c'est super mais, on oublie qui est la personne. Ce
383 n'est pas parce qu'elle entre avec un problème de santé, qu'on doit oublier tout ce qu'elle était
384 avant lorsqu'elle était chez elle. Sauf qu'à l'hôpital, c'est ça, on oublie.

385 Hier, on discutait avec une personne qui s'est faite opérée : une maman qui a accouché il y a
386 un mois et qui a fait une éventration au niveau de l'ombilic, avec une hernie étranglée donc
387 c'est une urgence. On lui dit « on va tout de suite au bloc ». Et si elle a envie d'aller embrasser
388 ses enfants ? Notamment son bébé, on ne sait jamais une intervention, tu peux ne pas te
389 réveiller et ne pas avoir dit au revoir à ta famille. Elle descend au bloc, elle est angoissée et on
390 ne se pose pas la question de l'origine de l'angoisse. On suppose que c'est l'intervention. Mais
391 c'est une femme médecin, donc non, ce n'est pas ça qui l'angoissait. C'est le fait de se dire
392 qu'elle n'a pas eu le temps de dire au revoir à ses enfants et à son mari. Ça paraît con - parce
393 qu'on se dit qu'il y a quand même plus de gens qui se réveillent que de gens qui ne se réveillent
394 pas - mais on oublie tout ça. On se dit "encore une qui est stressée, elle va nous faire chier pour
395 qu'on l'anesthésie. Un petit XANAX et ça va passer ! »

396 C'est ça que l'on oublie parce qu'on fait vite. C'est la hernie étranglée le premier truc qu'on voit.
397 C'est urgent, je suis d'accord mais si on avait perdu 5 minutes ce n'était pas grave. On oublie
398 qui est la personne avec tout ce qui se passe pour elle.

399 Ici, on essaie vraiment d'en tenir - au mieux - compte. Je ne dis pas qu'on est parfait mais c'est
400 vraiment notre cheval de bataille, dans tous les cas. Alors ce n'est pas possible tout le temps
401 parce qu'une structure est une structure. Il y a des horaires pour les professionnels, et il faut
402 que tout ce qu'on ait à faire entre dans les horaires. C'est en ça que l'institution est néfaste mais
403 on n'a pas le choix, on essaie de faire au mieux quand on peut.

404 Moi : Oui, très bien.

405 IDE : J'espère que je t'ai aidé un peu.

406 Moi : Oui, c'est super intéressant et même un peu frustrant, je trouve, d'avoir uniquement
407 quelques questions et ne pas pouvoir davantage en discuter.

408 IDE : Oui, mais c'est normal sinon tu n'arriveras pas à tout synthétiser.

409 Moi : Voilà [*rires*]

410 C'est dans mon mémoire, ensuite, que je vais confronter les idées des auteurs que j'ai trouvé
411 dans les articles lors la discussion.

412 IDE : Tu as trouvé beaucoup de choses justement sur le tutoiement et le vouvoiement ?

413 Moi : Sur le tutoiement pas trop. Dans un ouvrage, tu vas avoir deux pages qui vont en parler
414 mais tu n'as pas de livre sur le tutoiement pur et dur auprès des enfants ou de telle population.
415 Vraiment, j'ai eu du mal. Par contre, tu as des petits articles par-ci par-là, qui vont aborder le
416 tutoiement auprès des personnes âgées, des personnes vulnérables, etc. Avec ces morceaux
417 d'articles, j'arrive à faire quelque chose. Mais ce n'est pas évident.

418 IDE : Non, ce n'est pas facile. Je revois une petite dame, ça me renvoie à mes années en
419 maison de retraite -qui était quand même parmi mes préférées-. Je me souviens d'une petite
420 dame qui me prenait la main, qui me disait tout le temps "mais quand même ma petite fille, tu
421 vas bien me dire « tu » ! Tu as l'âge d'être mon arrière-petite-fille », et ça la choquait.

Annexe IV – Entretien en USLD transcrit

1 Moi : Pouvons-nous nous tutoyer durant l'échange ?

2 IDE : Oui, bien sûr

3 Moi : Commençons par ton parcours, as-tu toujours travaillé dans un lieu de vie ?

4 IDE : Je suis infirmière depuis 10 ans et j'ai toujours travaillé ici. Auparavant, j'avais fait un
5 parcours EHPAD.

6 Moi : Quelles ont été tes motivations pour basculer d'EHPAD à USLD ?

7 IDE : A la base, je souhaitais être puéricultrice, mais j'avais repris mes études à 27 ans et
8 souhaitais travailler un petit peu en tant qu'infirmière avant de m'enfermer avec des enfants.
9 On m'avait proposé Gériatrie ou Rééducation et vu que j'avais fait un DE Rééducation, j'ai
10 opté pour la gériatrie. Je suis contente de mon choix.

11 Moi : Si tu devais définir le lieu de vie, quels éléments utiliserais-tu ?

12 IDE : Malheureusement, pour moi, ici, ce n'est pas vraiment un lieu de vie même s'ils finissent
13 leur vie ici avec nous, pour 99% des résidents. Il manque leurs meubles, leurs photos, leurs
14 animaux de compagnie. Il manque l'ensemble des repères qu'ils avaient durant toutes leurs
15 années de vie

16 Pour moi, le terme «Lieu de vie» est très mal choisi par l'institution, cela reste un hôpital.
17 Certaines maisons de retraite peuvent être des lieux de vie mais là, cela reste un hôpital. Il n'y
18 a pas assez de choses qui sont mises en place du fait que l'on soit à l'hôpital et qu'il y a des
19 règles à respecter.

20 Cela ne correspond pas à un lieu de vie car à cause de nos contraintes institutionnelles, on ne
21 respecte pas assez leurs désirs.

22 C'est régulièrement les mêmes résidents qui sont pris en charge très tôt le matin car ils sont
23 soi-disant réveillés, donc on va s'occuper d'eux pour la toilette alors qu'ils auraient peut-être
24 souhaité rester plus longtemps au lit.

25 Nous sommes trop dans des schémas carrés au regard du nombre de personnel pour pouvoir
26 respecter leur choix, comme s'ils étaient à la maison, dans un vrai lieu de vie.

27 Moi : Donc pour toi, l'USLD est plus rattachée à la structure hospitalière, ce qui fait que l'on
28 n'est pas au rythme du patient.

29 IDE : Oui, le fait d'être 7 aides-soignantes le matin pour 40 résidents, je sais bien qu'il n'est
30 pas possible de prendre en charge tout le monde à 10h. C'est un peu dommage.

31 Moi : De fait, en USLD tu considères que ce sont des patients ou des résidents ?

32 IDE : J'ai pris l'habitude de dire résidents parce que cela reste de l'USLD et que dans une
33 formation, ils nous conseillaient de dire résidents.

34 « Patients » concerne plus des gens en courts séjours dans un service lambda et qui rentre à
35 la maison ensuite.

36 « Résidents » évoque beaucoup la notion de maison de retraite et EHPAD. Souvent, rien que
37 le terme de la structure, « Résidence fleurs bleues » renvoie à la notion de résident.

38 Moi : En USLD, quelles sont les missions de l'IDE ?

39 IDE : Elles sont assez variées. Ma mission prioritaire consiste à ce que les résidents soient au
40 mieux. Malgré les soins, trouver le moment ou la façon de faire pour qu'ils soient le plus
41 confortables possible.

42 Par ailleurs, cela va des soins les plus techniques jusqu'à l'accompagnement d'un déjeuner,
43 des toilettes d'hygiène.

44 Pour les toilettes de fin de vie on se dégage du temps pour être avec les aides-soignantes et
45 limiter les mobilisations et douleurs induites. Cela va du massage des pieds ou des mains à
46 des soins beaucoup plus techniques, invasifs et douloureux.

47 Cela est très varié pour moi.

48 Moi : Penses-tu que l'infirmière qui vient travailler dans un lieu de vie doit avoir un profil
49 particulier ?

50 IDE : Aimer les personnes âgées : on peut vite être dans la maltraitance si on ne les supporte
51 pas. J'entends trop « il était ronchon », « désagréable », ou autre. Mais on a le droit d'être
52 ronchon quand on n'a pas dormi de la nuit car il y avait un autre résident bruyant. Moi-même,
53 je suis ronchon quand je ne dors pas assez la nuit.

54 Pour moi, il faut vraiment aimer les personnes âgées et toutes leurs caractéristiques. Elles
55 finissent leurs vies, elles ont le droit d'être un peu fatiguées. Après, cela n'excuse pas tout.

56 Moi : Alors il faut une certaine tolérance ?

57 IDE : Une tolérance oui, mais cela n'oblige pas que l'on doit tout accepter. Il y a des cas où
58 c'est à cause de leur pathologie, ce n'est donc pas de leur faute. Souvent il suffit de prendre
59 un peu plus de temps, d'arriver à une autre heure.

60 Il faut aussi se remettre en question pour voir si on n'a pas agressé la personne en arrivant, si
61 on ne l'a pas réveillée. Moi la première, il y a deux semaines, un résident n'a pas été tendre
62 avec moi, cela m'a un peu surprise. Le lendemain, j'ai fait différemment. Il a commencé par
63 s'excuser : ce qui m'a « bluffé ». Je lui ai dit que nous allions nous apprivoiser et faire les
64 choses différemment s'il fallait. Je lui ai rappelé que nous étions là pour eux.

65 Je pense sincèrement qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une spécialité en Psychiatrie ou autre,
66 mais une attention différente. C'est comme travailler avec des enfants, il faut pouvoir les
67 approcher. Un adulte qui vient en Cardio pour une ou deux semaines est une approche
68 totalement différente.

69 Moi : D'accord.

70 Si on revient sur notre sujet de tout à l'heure, en quoi un résident est-il différent d'un patient ?

71 IDE : Pour moi, c'est le long terme.

72 Le résident vient ici clairement pour finir sa vie, avec un séjour longue durée. On le voit tous
73 les jours.

74 Pour moi, c'est différent du patient, non pas que l'on va moins porter d'attention, mais comme
75 c'est plus ponctuel, plus bref, une phase aigüe : on va traiter le problème sans se soucier de
76 savoir s'il a rendez-vous chez la coiffeuse. Doit-il voir la pédicure ? Toutes ces petites choses,
77 qui dans un service traditionnel, ne prêtent pas l'attention, car on sait qu'il y aura un retour à
78 la maison, avec des habitudes qui vont se remettre en place.

79 Ici, c'est de la pédicure à la coiffeuse, en passant par la diététicienne. C'est vraiment une prise
80 en charge globale de la personne.

81 Moi : Tout cet ensemble rentre dans votre rôle, y compris le côté « administratif » ?

82 IDE : Oui, oui, oui.

83 Quand il y a des animations, il faut regarder si le résident est capable aujourd'hui, demain ou
84 après-demain de sortir, d'aller à la patinoire ou ailleurs et prévoir les médicaments. C'est toute
85 une organisation.

86 Cet aspect, on n'y pense pas en Cardio ou autre.

87 C'est vraiment une prise en charge globale, mais quand on dit globale, c'est GLOBALE.

88 Moi : En centre hospitalier, on est plus centré sur la pathologie ?

89 IDE : Exactement.

90 Moi : Penses-tu que les patients et les résidents ont les mêmes droits ?

91 IDE : Oui, je pense qu'ils ont les mêmes droits qu'ils soient patients ou résidents.

92 Mais le problème des résidents est qu'ils n'ont souvent plus la parole, - ou du moins censée-
93 pour exprimer un inconfort ou dire ouvertement « j'en ai assez que vous me réveillez à 6h45
94 tous les jours ».

95 Cette difficulté du fait de leur âge est gênante. Ils ne peuvent pas exprimer clairement leur
96 mécontentement comme leur contentement, ce qui serait bien aussi.

97 Alors qu'un patient, avec la fiche de fin de séjour, il y aura un retour.

98 Moi : Ce qu'un service de résidence ne permet pas forcément.

99 IDE : C'est ça.

100 Moi : D'accord. On va passer plus précisément au tutoiement.

101 Dans ta relation avec un résident, à quoi accordes-tu de l'importance ?

102 Qu'est-ce qui te semble important dans la relation Soignant/Soigné ?

103 IDE : Pour moi c'est la confiance, car on rentre dans leur intimité. Ils nous arrivent de faire des
104 soins très intimes. On vient les déranger fréquemment, s'il n'y a pas une confiance réciproque,
105 c'est compliqué.

106 Après, comme je le disais tout à l'heure, avec les résidents qui ne sont pas forcément lucides,
107 très éveillés, c'est compliqué d'avoir leur consentement. On doit tout mettre en place pour
108 qu'ils ne se sentent pas trop agressés ou chamboulés.

109 C'est donc la confiance. C'est un avantage qu'ils soient là longtemps car on a le temps.

110 Moi : Le temps d'instaurer cette relation de confiance ?

111 IDE : Voilà. Prendre le temps qu'il faut, repartir sur de bonnes bases si ce n'était pas le cas
112 tout de suite.

113 Cela étant, on a des résidents qui sont exceptionnels car ils savent pourquoi on vient et ils
114 nous aident. J'ai déjà vu des résidents commencer à enlever leurs pansements car ils savent
115 pourquoi nous sommes là et ce sont des moments assez sympathiques.

116 C'est une relation à deux, c'est donc important d'avoir de bonnes bases et une bonne entente.

117 Sinon, c'est compliqué pour tout le monde : pour l'infirmière, gérer des agitations, des coups,
118 et pour le résident, un état d'anxiété.

119 Moi : Penses-tu que dans toute l'équipe soignante : AS, infirmières, médecins... vous avez
120 tous la même importance de la relation de confiance à partager avec le résident ?

121 IDE : Le médecin oui, car elle a choisi la Gériatrie, sa spécialité. Elle a une approche très
122 bonne au niveau des résidents.

123 Mes collègues infirmières sont arrivées après moi et j'avais peur de voir qui allait venir. C'était
124 vraiment un souhait de leur part de venir en Gériatrie.

125 Concernant les aides-soignantes, ASH qui font l'équivalence aides-soignantes chez nous, il y
126 en a clairement qui n'ont rien à faire en Gériatrie. Certaines n'ont pas cette approche de
127 pardonner ou du moins, de trouver en se remettant en cause, comment seront-elles à 90 ans
128 lorsqu'on les réveillera tous les matins à 7h ?

129 Il manque cette petite notion de bienveillance, ou d'empathie.

130 Moi : Vous n'avez peut-être pas le même but dans la relation avec le résident ?

131 IDE : Peut-être, mais elles passent beaucoup plus de temps que nous auprès d'eux. Nous, si
132 on fait un pansement qui dure 45 minutes, c'est exceptionnel. Sinon, ce sont principalement
133 des soins courts.

134 Alors qu'un soin d'hygiène est censé durer 40 minutes minimum. Idéalement, c'est 45 minutes
135 dans la chambre, ce qui laisse du temps à l'échange, pour passer un moment le plus agréable
136 possible, bien que cela ne soit pas toujours agréable d'être changé.

137 Mais on a quand même une majorité d'aides-soignantes qui sont très à l'écoute de leurs
138 résidents, qui les connaissent très bien et qui font tout pour qu'ils soient bien avec des petits
139 détails : un vernis, un brushing...

140 Moi : Quel est l'intérêt que la vision Soignant / Soigné soit partagée par l'ensemble de
141 l'équipe ou à l'inverse, l'intérêt d'avoir des visions différentes ?

142 IDE : On est tous humains, on a chacun notre caractère, notre vie et notre passé personnel
143 qui influence notre façon de travailler.

144 Notre âge, notre ethnie aussi, font que l'on ne travaille pas tous de la même façon et c'est
145 entièrement normal. Cela peut-être une super force d'avoir plein de facettes différentes, mais
146 pour moi, la priorité est d'aller dans le même sens.

147 Parfois, c'est un tout petit détail qui va totalement changer la prise en charge et qui va éviter
148 une agitation ou une violence. Donc, si on va tous dans le même sens, c'est parce que l'on a
149 testé des choses et que cela permet d'aller beaucoup mieux pour tout le monde.

150 Un coup donné entraîne un médicament de plus à donner par une infirmière, un évènement
151 indésirable de violence à faire. Finalement, cela fait beaucoup plus de travail pour tout le
152 monde. Alors que si on avait pris le temps d'y aller doucement, ou d'avoir opté pour la façon
153 que nous avait conseillé quelqu'un parce qu'il s'était rendu compte que cela fonctionnait bien
154 pour ce résident, on n'aurait pas perdu ce temps.

155 C'est cela qui est dommage. Normalement une équipe c'est...J'aime bien cette métaphore :
156 pleins de petits cailloux qui font une pyramide. C'est un peu naïf, mais dans le meilleur des
157 cas, chacun apporte son petit truc pour le bien de tout le monde.

158 Moi : Oui. Que penses-tu du tutoiement dans la relation avec le résident ? Notamment, en
159 fonction de la singularité de chacun de ces « petits cailloux », quel impact porte-il auprès de
160 la personne soignée ?

161 IDE : Pour moi, le mot est fort, mais le tutoiement est interdit. Cela vient-il de mon éducation ?
162 Je ne sais pas. Moi je vouvoie mes beaux-parents. Je vais vouvoyer d'instinct une personne
163 âgée : Ma mamie.

164 Certains résidents que j'ai connus -avant que leur état de santé ne se dégrade- m'avaient
165 demandé de les appeler par leur prénom et de les tutoyer. Je leur avais dit à l'époque que le

166 prénom ne me causait aucun souci car si on m'appelait Madame B. tous les jours, ça me
167 saoulerait. Alors que si on m'appelle Sandra, que l'on me vouvoie et qu'après, ce soit une
168 décision de ma part, d'indiquer que tu peux me tutoyer, il n'y a pas de soucis.

169 Pour moi, c'est une marque de respect de les vouvoyer.

170 Les appeler par leur prénom pourquoi pas ? Si ça peut les apaiser. J'ai vu des résidents qui
171 réagissaient beaucoup mieux à leur prénom qu'à leur nom de famille.

172 Est-ce dû à mon éducation ? Un tutoiement, même demandé par un résident, je ne le ferais
173 jamais. Cela m'arrive de temps en temps, je dérape un peu quand on discute avec un résident,
174 mais je m'excuse.

175 J'ai en effet des collègues qui tutoient des résidents, à chaque fois, cela me heurte. Je ne sais
176 pas de quoi cela relève, si c'est l'éducation ou pour moi, un manque de respect.

177 En tous cas en formation, on nous dit bien qu'il ne faut pas les tutoyer.

178 Le prénom reste à leur demande. Je n'appellerais jamais un patient par son prénom même s'il
179 est plus jeune car souvent on a tendance à infantiliser, mais ils ont aussi le droit de donner
180 leur avis.

181 Moi : C'est intéressant. Je m'étais également posé la question : si le fait d'utiliser le prénom,
182 impliquait obligatoirement le tutoiement ou si on pouvait utiliser le vouvoiement.

183 IDE : Notre ancienne cadre de santé, je l'appelais par son prénom, mais je la vouvoyais. Notre
184 ancien médecin, beaucoup de gens la tutoyaient car il y avait une ancienneté. Moi je l'appelais
185 par son prénom, mais je la vouvoyais aussi. Notre médecin actuel, je l'appelle par son prénom
186 et je la tutoie car c'est un accord entre nous. Elle m'avait dit directement « non, il faut me
187 tutoyer, on a le même âge ».

188 Ensuite, c'est également entre chacun. Souvent à l'hôpital, que ce soit un brancardier, un
189 chirurgien ou autre, on a souvent tendance à utiliser le tutoiement. On fait partie de la même
190 maison et nous sommes là pour la même chose. Cela permet d'éviter une certaine hiérarchie
191 un peu pesante.

192 Mais je ne le fais pas d'instinct. Si demain, je rencontre un chirurgien, je ne lui dirais pas « tu »
193 d'instinct.

194 Encore une fois, c'est le respect et j'ai énormément de respect envers nos personnes âgées.
195 Je ne doute pas que les soignantes qui emploient le tutoiement ne les respectent pas pour
196 autant.

197 Moi : Donc ce serait peut-être plus dans la posture que dans l'usage du tutoiement ou du
198 vouvoiement que l'on ferait preuve de respect ?

199 IDE : Je pense, oui. Je ne suis pas spécialisée en Alzheimer, je ne sais pas si dans les unités
200 fermées en Alzheimer, le tutoiement est plus facile pour les résidents. Peut-être que cela les

201 heurte moins, je ne sais pas. Moi, j'ai le cas d'une résidente en ce moment, j'ai remarqué que
202 si je n'emploie pas son prénom : elle s'énerve. Par contre, dès que je commence la journée
203 en lui disant bonjour avec son prénom, je sens qu'elle est plus à même de m'écouter et
204 d'accepter le soin.

205 Moi : Oui, elle semble plus réceptive.

206 IDE : Encore une fois, on m'appellerait « Madame B. » toute la journée, je n'en pourrais plus.
207 Le nombre de fois où on les appelle par leur nom de famille dans une journée car on n'est pas
208 toute seule, il y a toutes les aides-soignantes, ce serait dingue de voir le résultat.

209 Mais j'ose espérer qu'on peut rester dans le respect en utilisant le tutoiement.

210 Moi : Il y a des personnes comme tu le disais, notamment une résidente, qui est plus à l'aise
211 quand tu l'appelles par son prénom. Quels sont les signaux qui t'ont conduite à utiliser le
212 tutoiement ?

213 IDE : Alors moi, c'est le fait que le résident va me le demander. Là, on parle du tutoiement et
214 j'ai répondu que je ne l'employais jamais, donc je bascule sur le prénom.

215 Je ne sais pas si ça va t'aider mais, moi, si le résident ne m'a pas demandé de l'appeler par
216 son prénom, jamais je n'aurais pris cette initiative. Et là, les deux / trois exemples que j'ai, ce
217 sont des résidents que j'ai connus avant. Ils étaient très amis, ils dansaient, marchaient,
218 faisaient des blagues. Et je le sens bien, à l'heure actuelle, ces personnes sont maintenant
219 dans des états de santé où il n'y a plus beaucoup d'interactions avec quelqu'un d'autre mais
220 le prénom et les petites choses que je connais d'elles, le chocolat, ça aide vraiment à avoir
221 une relation, qu'une infirmière qui arrive demain et ne connaît aucun des résidents n'aura pas
222 encore établi de relation.

223 Bon, cela ne répond toujours pas à la question, mais moi, tant qu'ils ne m'ont pas demandé,
224 jamais je ne les tutoierai et jamais je ne les appellerai par leur prénom d'emblée. Cela reste
225 Monsieur et Madame X.

226 Autant, parfois, on rigole quand on fait des entrées et que « Oh ! Le prénom est sympa et
227 s'associe bien avec le nom de famille ». Mais ce n'est pas une habitude que je mets en place
228 immédiatement.

229 C'est justement parce qu'on a cette chance de les connaître longtemps -pour la plupart-, que
230 cela peut permettre de créer une bonne relation.

231 On n'a pas parlé de la famille ! Une femme, une ex-femme, une petite fille, un fils, un frère qui
232 me dit « je pense qu'il aimerait bien qu'on l'appelle par son prénom ou qu'on le tutoie, par ce
233 que c'était quelqu'un qui rencontrait beaucoup de monde », c'est un élément qui peut aussi
234 nous aider à entrer plus facilement dans la relation avec le résident.

235 Moi : Ce serait une astuce que la famille apporte.

236 IDE : Exactement, car ils sont d'une grande aide pour connaître l'histoire d'un patient. On n'a
237 pas beaucoup d'interactions avec eux, et pourtant la famille est primordiale. Cela peut paraître
238 idiot mais des goûts ou dégoûts alimentaires peuvent changer toute une journée.

239 Un petit déjeuner qui commence par un café. Moi, si on me sert un café dans 40 ans quand je
240 serai âgée, je commencerai très mal la journée.

241 Tutoiement ou prénom, toutes ces petites choses qui font que l'on peut prendre en charge
242 plus légèrement.

243 Moi : Penses-tu que c'est aussi attaché à la structure, qui est un peu un entre deux, entre
244 l'hôpital et le lieu de vie, comme tu le disais au début ?

245 IDE : C'est sûr qu'à l'hôpital, en service de soins conventionnels, je ne me vois pas du tout
246 faire tout ça, ou en tous cas pas aussi poussé car il y a la courte durée du séjour, et ils ne sont
247 pas en train de finir leur vie.

248 Il n'y a pas une semaine sans que je ne me dise pas « Purée, c'est leur dernier mois, dernière
249 semaine, dernier jour ». Si un résident se rasait tous les jours de sa vie car c'était par exemple
250 un banquier, c'était un geste, qui, pour lui était important, et qu'un jour on ne le rase pas, il
251 peut se passer quelque chose.

252 Une femme qui se maquille tous les jours et qui ne se voyait pas sortir de chez elle sans être
253 maquillée et là, qui n'a même pas un petit coup de rouge à lèvres, -je ne dis pas mascara-, un
254 vernis à ongle, ou pouvoir porter des bijoux, cela peut être source d'agitation. Bon, je dévie
255 complètement, je suis désolée.

256 Moi : Il n'y a aucun souci.

257 IDE : Voilà, c'est un lieu de vie, des derniers instants, et tout à l'heure, je suis passée très
258 rapidement sur les animaux de compagnie. C'est pareil, c'est tellement dur, du jour au
259 lendemain.... Là, on va basculer de type de population que l'on va accueillir, mais c'est encore
260 une génération ou beaucoup étaient des agriculteurs, des femmes qui ne travaillaient pas, qui
261 avaient des animaux à la maison, qui avaient chats / chiens / chevaux / vaches. Nous sommes
262 dans la région de Rennes avec beaucoup de gens qui viennent des alentours, de la campagne.
263 Moi, qui ai toujours vécu avec un chat, si on me le retirait du jour au lendemain, c'est comme
264 les photos, les odeurs, c'est très dur, je crois, pour eux.

265 J'ai vu, j'ai eu la chance de vivre cela, un patient en fin de vie un week-end, on a descendu
266 son lit dans le hall pour que sa petite fille amène son chien. Le résident ne bougeait plus depuis
267 5/6 jours, il n'ouvrait pas la bouche, aucun mouvement, rien. Il a entendu son chien aboyer,
268 j'en ai encore des frissons, ses mains ont essayé de bouger pour le caresser, tout le monde
269 pleurait. Il est décédé le surlendemain. Voilà, il avait eu son chien près de lui. Est-ce que c'est
270 cela qu'il attendait pour partir ? On ne sait pas.

271 Je pense que les chats, les chiens, au niveau de l'agitation, seraient une grande richesse pour
272 les résidents qui sont très angoissés, très agités.

273 Moi : Je sais que cela se fait parfois en EHPAD.

274 IDE : Oui, car cela est privé. Là, nous sommes à l'hôpital, on a des règles d'hygiène très
275 strictes qui font que....

276 Au troisième étage, il y a eu pendant longtemps un aquarium. Il a été enlevé il y a quelques
277 années car l'entretien était trop compliqué, et il y avait un risque, si jamais, il explosait. C'est
278 l'inconvénient de l'hôpital.

279 Moi : J'ai l'impression que ce qui est compliqué, c'est que l'USLD est vraiment pris entre deux
280 types de structures.

281 IDE : Oui, moi quand je dis que je travaille en Gériatrie, on me répond « Dans quelle maison
282 de retraite ? ». Est-ce que c'est le fait d'être dans un bâtiment extérieur à Pontchaillou ?

283 Pourtant, on est en Gériatrie, mais en effet, on est à l'hôpital et il y a des règles hyper strictes
284 qui nous empêchent de faire toutes ces petites choses avec des animaux ou des enfants.

285 Moi, mon rêve c'est de travailler dans un EHPAD ou service de Gériatrie qui accueillerait aussi
286 une crèche au rez de chaussée. On a déjà vu des résidents se métamorphoser à entendre
287 des enfants, à interagir avec eux, à jouer.

288 Pour leur dextérité, ce serait génial. On a un animateur qui fait déjà beaucoup de choses.

289 Si on m'avait dit un jour que des résidents iraient faire du catamaran ou de la patinoire, je ne
290 l'aurais jamais cru.

291 C'est le lieu de vie, mais à l'hôpital. Et ça, cela contraint beaucoup de choses.

292 Moi : Je comprends.

293 Je n'ai plus de questions. As-tu une remarque pour rebondir sur un sujet ?

294 IDE : Non, je ne pense pas.

295 J'ajoute en conclusion, que le tutoiement ne va pas forcément faciliter un soin. Il y a plein
296 d'autres choses à mettre en place pour faciliter un soin, c'est mon avis.

297 Moi : Je vais sortir de mon avis de recherche et de mémoire, et parler de mon avis personnel.

298 Moi, j'ai le tutoiement facile et qui est un peu différent de ta perception.

299 Je tutoie mes beaux-parents, mes grands-parents, ma famille, les amis que je rencontre, et
300 dans la rue, c'est vrai que je peux demander « Est-ce que tu as l'heure ? » à quelqu'un que je
301 ne connais pas.

302 Pourtant, en formation comme tu l'as très bien dit tout à l'heure, on nous indique qu'il ne faut
303 pas tutoyer. En stage, on nous dit de ne surtout pas tutoyer. Sauf que j'ai déjà été amené à
304 rencontrer des résidents qui me demandent de les tutoyer, alors je ne sais pas si c'est parce

305 que je suis jeune, parce qu'ils s'identifient à de la famille ou si c'est la relation. Ils ont peut-être
306 juste besoin d'attachement, de proximité avec le professionnel.

307 Ma question du début, c'était vraiment de savoir si en utilisant le « tu » on allait à l'encontre du
308 respect et des valeurs qui sont initialement instaurées par le « vous ». Ou alors, est-ce qu'on
309 peut réussir à vouvoyer quelqu'un en utilisant le « tu » grâce à la posture et la distance que
310 l'on va mettre dans la relation ?

311 IDE : On a un résident que tu as connu et qui est toujours là. Il n'y a pas une semaine, sans
312 qu'il me demande, de le tutoyer. Moi, je l'appelle par son prénom : Michel. Je lui dis souvent
313 « Vous savez que ce n'est pas parce que je ne vous tutoie pas que cela m'empêche de penser
314 à vous tous les jours, d'être contente de vous retrouver tous les jours et de vous dire des
315 choses que je ne dis pas forcément à tout le monde. ». Quand j'ai appris ma grossesse, c'était
316 lui qui était au courant le premier. Le Premier. Même le futur papa n'était pas encore au
317 courant, car j'avais ressenti un signe fort et que je me connais par cœur. Je savais que j'étais
318 enceinte, et je lui ai dit « Michel, là il faut que je le dise à quelqu'un ». Il a compris que ce
319 n'était pas parce que je ne le tutoyais pas, que je mettais une barrière dans la relation.

320 Il a aussi accepté que pour moi c'était trop me demander car cela rentrait trop dans mon
321 éducation, mes valeurs. Il a accepté que je ne le tutoie pas, mais il a bien compris que ce
322 n'était pas parce que je ne voulais pas m'attacher. Je m'attachais déjà suffisamment à lui sans
323 avoir besoin en plus de le tutoyer. Le vouvoyer ne voulait pas dire que je ne m'attachais pas
324 à lui ou que je ne lui accordais pas d'importance.

325 Je pense que l'on peut vouloir le meilleur pour eux en les vouvoyant et encore une fois, je suis
326 persuadée que même celles qui tutoient restent respectueuses.

327 Peut-être que dans 20 ans, en IFSI, ils apprendront l'inverse car ils se seront rendu compte
328 que pour certaines pathologies...

329 Ce n'est pas du cas par cas mais presque. Je reste persuadée que pour certains résidents,
330 en l'occurrence en Psychiatrie, ce serait très inconfortable car beaucoup de personnes doivent
331 tutoyer les soignants.

332 C'est cela qui est bien dans notre métier, les choses évoluent. Il y a des recherches et des
333 statistiques. Aussi, les générations changent. J'ai 40 ans. Je pense qu'il y a 20 ans, j'aurais
334 interpellé quelqu'un dans la rue, je l'aurais vouvoyé.

335 Mais pour moi, ce n'est pas un manque de respect, j'ai été élevée comme cela.

336 Moi : Je pense que c'est nous. On doit apprendre à se connaître et comme tu dis, pour savoir
337 si on se sent capable ou non d'accéder à la demande. Savoir dire non. J'ai l'impression que je
338 ne me sentirai pas plus à l'aise en tutoyant qu'en gardant la même relation avec le
339 vouvoiement.

340 IDE : Pour quelqu'un comme moi qui est comme ça depuis 40 ans, je ne vais pas changer
341 maintenant.

342 Il y avait une résidente à qui j'avais indiqué « Margot vous savez, je refuse car ça va à
343 l'encontre de mes valeurs. Ça me fait plus défaut de vous tutoyer. ». Et elle avait très bien
344 compris aussi. Pour quelqu'un comme moi, c'est plus dur. Cela me heurte plus que de
345 continuer à vouvoyer tout en racontant mes vacances si elle le souhaite.

346 J'ai une résidente qui a connu ma première fille, car j'étais déjà enceinte, il y a 7 ans. Elle me
347 demande de temps en temps des nouvelles et je lui raconte avec plaisir. C'est notre vie, mais
348 ils nous voient presque tous les jours donc.... C'est génial, pour moi, c'est magique, ces
349 moments de partage ou ils connaissent un petit bout de notre vie. Elle a vu une fois ma fille en
350 7 ans, elle m'en a parlé pendant 15 jours après. Ce sont des petits moments que l'on n'a pas
351 le droit de leur voler, tout en restant respectueux, sans leur montrer nos photos de vacances
352 tous les jours. (*Rires*)

353 Moi : Bien, merci beaucoup pour cet échange.

354 IDE : De rien !

355 Moi : Je pense que je vais beaucoup apprécier l'analyse ensuite, car c'est un sujet qui me
356 plaît.

Nom : Gauthier

Prénom : Karen

TITRE : Qui es-tu pour moi ?

The medical drop-in is a particular area of practice for the nurse. The profile and the needs of the residents associated with the living environment create a warm atmosphere which sometimes extends to familiar. When this particularity is combined with familiarization as the use of « tu », we may wonder « how its use impacts the nurse's posture with a resident ? » Actually, residents and caregivers may lose the nature and purpose of their relationship, and this may lead to affection, attachment or abuse.

This essay contains the results of interviews with two nurses, one working in a Specialized Care Home and the other in a Long Term Care Unit. The thematic analysis of the survey enable me to highlight the need for the nurse to find an identity balance in order to hold a fair caring behavior.

Furthermore, this study highlights the diversity of perspectives of the familiarization according to the education, values and experiences of each one.

However, can these divergences on the interpretation of the familiarization be brought together by the specific culture of a territory ?

Le lieu de vie est un domaine d'exercice particulier pour l'infirmière. Le profil et les besoins des résidents associés à l'environnement du lieu de vie, créent un climat chaleureux qui tend parfois jusqu'au familial. Lorsqu'à cette particularité se joint le tutoiement, on peut se demander en quoi son usage impacte la posture de l'infirmière auprès d'un résident. En effet, les résidents comme les soignants peuvent perdre de vue la nature et l'objectif de la relation qu'ils entretiennent, au risque de glisser dans l'affection, dans l'attachement ou au contraire dans la maltraitance.

Ce mémoire contient les résultats d'entretiens menés auprès de deux infirmières exerçant pour l'une en Maison d'Accueil Spécialisée et pour l'autre en Unité de Soins de Longue Durée. L'analyse thématique de l'enquête m'a permis de mettre en lumière la nécessité de l'infirmière à trouver un équilibre identitaire pour tenir une posture d'accompagnement juste.

Par ailleurs, cette étude met en valeur la diversité des perspectives du tutoiement selon l'éducation, les valeurs et les expériences de chaque individu.

Toutefois, ces divergences quant à l'interprétation du tutoiement peuvent-elles être réunies par la culture propre à un territoire ?

Key words : Living quarters, nurse, posture, familiarization, right distance.

Mots clés : Lieu de vie, infirmière, posture, tutoiement, juste distance.

Institut de formation en soins infirmiers : CHU RENNES

2 rue Henri le Guilloux

Travail écrit de fin d'étude – Promotion : 2017-2020