



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Vous me dites tu ?

L'impact du tutoiement sur la nature de l'alliance thérapeutique dans les soins à domicile.



(© HGP), Par Guitton, Publié le 17 Déc 16 à 10:40

Formateur référent mémoire : Pascale MANCHERON

GODEUX Solène
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

Date : 10/05/2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier-e

Travaux de fin d'études :

Vous me dites tu ? L'impact du tutoiement sur la nature de l'alliance thérapeutique dans les soins à domicile.

Conformément à l'article L 122-4 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 ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier-e 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 10 Mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : GODEUX Solène

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.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce travail de fin d'études.

Tout d'abord, je souhaite remercier Murielle Lasbleiz, ma référente pédagogique, pour sa disponibilité et son soutien durant ces trois années à l'institut. Elle a souvent été un repère fiable auquel je pouvais me confier. Vous avez su être présente et rassurante à mon égard et je vous en remercie.

Je tiens ensuite à remercier Pascale Mancheron, ma référente de mémoire, sans qui je n'aurais pas pu réaliser ce travail. Je vous remercie pour votre très grande disponibilité et votre soutien durant ce long travail de recherche. Vous avez su être présente, vous m'avez souvent encouragée et portée vers la réussite. Excusez-moi pour les multitudes de mails envoyés dans les moments d'incertitude et de peur. Vous avez toujours su mettre en valeur mon travail. Vous avez été un repère réconfortant et motivant et je vous en remercie.

Je remercie bien sûr l'ensemble des formateurs de l'IFSI qui ont su partager leurs connaissances et expériences pour faire de nous de futurs professionnels.

Je remercie mes parents, Thomas, de m'avoir soutenue, encouragée et aidée tout au long de ce travail.

Je remercie Alice et Laurence-Anne pour la relecture de ma quatrième de couverture.

Enfin, je remercie également mon amie déjà diplômée Maud, pour son soutien et ses précieux conseils.

SOMMAIRE

I.	Introduction et cheminement vers la question de départ.....	1
1.	Situation d'appel.....	1
2.	Cheminement.....	3
II.	Cadre conceptuel	4
1.	Le soin à domicile : une singularité relationnelle.....	4
1.1.	La singularité de l'infirmière libérale.....	4
1.2.	Que dit la loi pour les infirmières libérales ?.....	5
1.3.	La « culture du domicile ».....	5
1.4.	La relation soignant-soigné dans les soins à domicile.....	6
1.5.	La notion d'intimité au cœur de la relation.....	7
2.	L'alliance thérapeutique dans les soins à domicile.....	7
2.1.	Les origines de la notion d'alliance thérapeutique.....	8
2.2.	Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique dans les soins à domicile?.....	8
2.3.	Les déterminants principaux pour une alliance thérapeutique.....	9
3.	Je vous dis "tu" ?.....	10
3.1.	La petite histoire du tutoiement.....	10
3.1.1.	De tu à vous : les origines du tutoiement.....	10
3.1.2.	Le vouvoiement : un « french » code à respecter.....	11
3.1.3.	Le tutoiement est ailleurs.....	11
3.2.	Le tutoiement dans les soins.....	12
3.2.1.	Agent « tu » : votre mission si vous l'acceptez... ..	12
3.2.2.	Le « tu », un outil de communication.....	13
3.2.3.	La juste distance professionnelle : les gestes barrières du soignant.....	14
3.2.4.	Échec et mat.....	15
	Conclusion.....	16
III.	Dispositif méthodologique du recueil de données.....	17
1.	Choix de l'outil.....	17
2.	Profil des interlocuteurs.....	17
3.	Modalités des entretiens.....	17
4.	Objectifs des entretiens.....	17
5.	Limites du dispositif.....	18

IV. L'analyse descriptive des entretiens.....	18
1. La spécificité des soins à domicile.....	19
2. L'alliance thérapeutique dans les soins à domicile.....	20
2.1. Caractéristiques de la relation soignant/soigné à domicile.....	21
2.2. Identification des facteurs favorisant la relation de confiance.....	22
3. Les conditions de l'usage du tutoiement dans la relation de soins à domicile.....	23
3.1. Les conditions en faveur du tutoiement.....	23
3.2. Les conditions en faveur du vouvoiement.....	24
4. Les effets de l'usage du tutoiement dans la relation de soin à domicile.....	24
V. Discussion.....	25
1. Le domicile.....	25
2. Le tutoiement au service de l'alliance thérapeutique.....	26
3. Le naufrage de l'alliance thérapeutique	27
3.1. Le tutoiement et le respect.....	27
3.2. Les dérapages.....	28
3.3. La notion de juste-distance.....	28
4. Nouveau regard sur ma situation d'appel.....	29
5. Vers une question de Recherche.....	30
VI. Conclusion.....	31
VII. Bibliographie.....	33
Sommaire des annexes.....	

CITATION

“ À chacun, elle prodigue ses soins et un peu plus. Un peu plus, c’est un cœur attentif, qui écoute sans compter son temps, même si ce n’est pas remboursé par la sécurité sociale. Voilà ce qui rend ce métier si exposé, si dur parfois, et surtout si précieux.”

Bonjour, c’est l’infirmière : tous mes patients ont une histoire, Charline

I. Introduction

Mon entrée en Institut de Soins Infirmiers a provoqué de nombreux chamboulements dans ma vie, notamment en termes de relationnel. En effet, jeune, j'ai souvent été confrontée à la détresse physique, morale et psychologique des patients et de leur famille. Ces situations m'ont poussées à développer un sens relationnel indispensable à l'exercice de ma future profession. Durant mes trois années d'études, les dimensions humaines et relationnelles ont été au centre de mon attention, et je me suis de nombreuses fois questionnée sur l'impact de celles-ci sur la prise en charge des patients. J'ai pu découvrir lors de mes stages de nombreuses situations relationnelles qui m'ont amenée à mûrir ma réflexion sur la relation soignant-soigné.

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers conduisant au Diplôme d'État d'infirmier(e), je dois réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers s'inspirant de situations d'appel m'invitant à me questionner et présentant un intérêt pour la profession. J'ai pour projet professionnel d'exercer dans un cabinet libéral et j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage dans ce domaine de soin. Cette expérience m'a souvent posé question sur la relation particulière qui unissait ces infirmières à leurs patients et c'est pour cela que j'ai choisi d'orienter mes recherches sur la relation de soin à domicile.

1. La situation d'appel

Pendant ces trois années d'étude en soins infirmiers, j'ai pu rencontrer diverses situations d'appel sur le tutoiement des patients qui m'ont beaucoup interrogée.

Mon questionnement a débuté durant la première année de ma formation en semestre 2. Je réalisais un stage en unité de réhabilitation en hôpital psychiatrique. Dans ce service, il y avait plusieurs patients ayant des déficiences mentales et qui avaient des comportements enfantins. L'un d'eux était un patient très bien connu de l'équipe soignante puisqu'il était dans ce service depuis de nombreuses années. Il s'agissait d'un patient très demandeur, qui avait besoin d'attirer sans cesse l'attention sur lui afin que l'on s'occupe de lui. Il faisait de nombreux caprices avec un comportement s'apparentant à un adolescent.

La prise en soin avec ce patient était particulière car les soignants l'abordaient comme un adolescent: ils le récompensaient et le félicitaient dès qu'il écoutait les membres de l'équipe soignante et le sanctionnaient lorsqu'il faisait des caprices, disait des vulgarités ou manquait de respect. Ce qui m'a interpellé dans cette situation de soin est l'utilisation du tutoiement avec ce patient. Toute l'équipe soignante sans exception le tutoyait. Lorsque j'ai pour la première fois été en contact avec lui, je l'ai vouvoyé comme on me l'avait appris durant le début de ma formation ; mais le patient a exprimé à sa façon l'envie de sa part que je le tutoie et l'appelle par son prénom, ce que j'ai fait par la suite.

Plus tard, je me suis fait reprendre par l'équipe soignante sur "la distance professionnelle" de ma prise en soin avec ce patient et sur "mon statut d'étudiante" ne me permettant pas de le tutoyer selon eux, malgré sa demande. Ils estimaient qu'il n'était pas capable de juger ce qui était bon pour lui et que donc je ne devais pas accepter sa demande de le tutoyer.

Les autres situations se sont déroulées durant mon stage de semestre 3 que j'ai réalisé dans un cabinet d'infirmières libérales. Ce stage a été déterminant dans le choix de mon sujet de mémoire et dans le choix de mon projet professionnel. Le mode d'exercice de l'infirmière libérale m'a confortée dans mon questionnement sur le tutoiement dans les soins infirmiers.

Pendant ce stage, le tutoiement dans les soins était davantage utilisé que dans les autres stages que j'avais réalisés.

Lors des tournées matinales qui débutaient à 7h15, il y avait une trentaine de patients à voir jusqu'à 14h. La première situation de soin pour laquelle j'ai constaté l'usage du tutoiement dans un contexte professionnel était chez une personne âgée, qui était patiente dans le cabinet depuis de très nombreuses années. Elles venaient voir cette dame tous les jours pour lui donner ses traitements du matin et préparer ceux du reste de la journée, pour lui mettre ses bandes de contention et des collyres dans les yeux, pour traiter un glaucome. Cette patiente attendait chaque matin impatiemment la visite des infirmières, elle disait souvent qu'elles mettaient "de la vie dans sa grande maison". Après avoir réalisé les soins de la dame, l'infirmière remettait du bois dans la cheminée de la cuisine, s'il y avait besoin, et s'asseyait ensuite pour prendre le café avec la patiente. L'infirmière sortait elle-même les tasses, les couverts et le sucre. Le café était toujours prêt et il n'y avait plus qu'à se servir. Nous passions environ cinq minutes à discuter avec la patiente puis nous débarrassions les tasses et couverts et nous repartions. Lors de ma rencontre avec cette dame, je l'ai naturellement vouvoyée par souci de respect que mon éducation m'a inculqué, je pense. Cette patiente quant à elle m'a immédiatement tutoyée et m'a demandé d'en faire de même avec elle, mais je n'ai pas réussi à la tutoyer durant la prise en soin. Je l'appelai donc par son prénom tout en la vouvoyant. Dans cette situation, j'avais l'impression que le tutoiement était utilisé par les infirmières dans un but chaleureux.

La deuxième situation s'est déroulée avec un patient d'une quarantaine d'années atteint de la mucoviscidose et qui avait une antibiothérapie en intraveineuse pour lutter contre les infections. Il avait une perfusion toutes les deux semaines qu'il venait réaliser au cabinet, l'après-midi, depuis assez longtemps. Le contexte de soin n'était donc pas le domicile du patient. Une partie des infirmières libérales connaissait ce monsieur en dehors du contexte professionnel et donc, le tutoyait lors des soins. Là encore, le patient m'a demandé de le tutoyer lors de sa prise en soin et contrairement à l'autre situation, j'y suis parvenue. Ces situations m'ont alors amenée à poursuivre mon questionnement.

Je tiens à rajouter que durant mon stage de semestre 5 en chirurgie gynécologique, donc en court séjour, je n'ai jamais rencontré en 10 semaines de stage, un soignant tutoyant un patient et il ne m'est jamais venu à l'idée de tutoyer un patient.

2. Le cheminement

La première situation d'appel a amorcé ma réflexion sur le tutoiement dans le soin et fait émerger de premières questions : Le tutoiement est-il un manque de professionnalisme ? Pourquoi dans cette situation, l'équipe soignante a-t-elle choisi de tutoyer le patient dans sa prise en soin? Est-il impossible de garder une juste distance professionnelle en tutoyant un patient? Y a-t-il des limites au tutoiement / vouvoiement ?

Les situations vécues lors de mon stage en soin à domicile m'ont un fois de plus amenée à poursuivre mon questionnement sur l'usage du tutoiement : Pourquoi ai-je réussi à tutoyer ce monsieur et non la dame alors que le contexte restait celui du soin? Quel est le cheminement de la relation soignant/soigné amenant au tutoiement? Se connaître en dehors du travail et dans une situation de travail amène-t-il à avoir le même rapport humain avec le patient?

Dans toutes les situations de soin que j'ai vécues pendant mon stage, je n'ai remarqué aucun écart ou différence entre les prises en soin des patients que les infirmières tutoyaient : chaque prise en soin était différente et donc chaque relation avec le patient était authentique. L'alliance thérapeutique qui liait les patients aux infirmières n'était pas moindre lorsque le vouvoiement était utilisé. Ce qui différençait, c'était plutôt la relation en dehors du soin comme la relation que l'infirmière avait avec la personne âgée avec qui elle prenait le café ou remettait une bûche de bois pour le feu de cheminée. Mais cette relation n'apparaissait qu'après la fin de la prise en soin paramédicale de la patiente.

En discutant avec les infirmières, je me suis aperçu que l'usage du tutoiement, selon les situations, ne semblait pas avoir le même objectif ou la même nature dans la prise en soin. Il apportait dans chaque cas, quelque chose de différent à l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné. Effectivement, parfois, son usage était utilisé car l'infirmière connaissait le patient dans la vie privée, parfois elle l'utilisait par souci de communication ou dans d'autres cas, par habitude car cela faisait des années qu'elle prenait soin du patient.

Ces situations vécues lors de mes stages et ma réflexion m'ont donc amenée à trouver une question de départ :

En quoi le tutoiement dans les soins à domicile impacte-t-il la nature de l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné ?

Dans un premier temps, je vais explorer les écrits d'auteurs portant d'abord sur les soins infirmiers à domicile puis sur l'alliance thérapeutique. Pour finir cette étude d'auteurs, j'approfondirai le sujet en exploitant les écrits portant sur le tutoiement dans le soin à domicile. J'irai ensuite interroger des infirmières à domicile afin d'analyser leurs points de vue. Enfin, je clôturerai cette recherche par une discussion afin de tenter de répondre à ma question de départ.

II. Cadre conceptuel

Dans cette première partie, nous aborderons les différents concepts nécessaires afin d'éclairer ma question de départ. Cette partie permet de découvrir les différents écrits d'auteurs et de professionnels de la santé qui partagent leur vision des différents concepts que j'aborde respectivement dans cette recherche : le soin à domicile, l'alliance thérapeutique et le tutoiement.

1. Le soin à domicile : une singularité relationnelle

Le soin à domicile est un domaine dans lequel les soins infirmiers sont particuliers. Effectivement, les infirmières exercent leur métier directement au domicile de leurs patients et cela inclut donc des singularités certaines dans l'exercice du soin.

1.1. La singularité de l'infirmière libérale

Selon l'article 29 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives : "Les professions libérales groupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant".

En ce qui concerne plus précisément les infirmiers diplômés d'état, d'après l'INSEE, les infirmiers libéraux se définissent comme des "infirmiers diplômés exerçant seuls ou en groupe avec le statut d'indépendant. Ils pratiquent à leur cabinet ou au domicile du malade des soins prescrits par le médecin."(INSEE, 2003). Finalement, l'infirmière libérale travaille donc sous la prescription d'un médecin tout en étant responsable des actes qu'elle prodigue. Elle adapte ses soins au patient en fonction de ses besoins et préférences.

1.2. Que dit la loi pour les infirmières libérales?

L'exercice professionnel de l'infirmière libérale est régi par le Code de la Santé Publique. Effectivement, l'organisation de la profession et les règles professionnelles sont définies dans divers articles, notamment en ce qui concerne l'aspect réglementaire. L'exercice professionnel de l'infirmière libérale est régi par les articles R 4311 définis dans le CSP au même titre qu'une infirmière hospitalière. Elle possède en effet les mêmes règles professionnelles communes à tous les modes d'exercice de soins infirmiers. Elle a tout de même des règles professionnelles spécifiques à l'exercice en libéral, qui sont définies de l'article R4312-33 à l'article R4312-48 du CSP. Ces règles spécifient par exemple que "L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients" (Article R4312-33). Le CSP stipule également que l'IDE libérale ne doit avoir qu'un seul lieu de travail et que la publicité est interdite. Le code de la santé publique précise aussi que l'infirmière doit informer son patient du tarif des actes effectués et qu'elle est libre de dispenser des actes de soins gratuitement. L'acte de concurrence avec les confrères est interdit par le code de la santé publique.

Ainsi, nous pouvons donc voir que la singularité de cet exercice nécessite des lois particulières et adaptées à ce domaine particulier. Mais cet exercice ne se singularise pas uniquement en ce qui concerne la législation. En effet, il apparaît clairement que les soins à domicile sont également particuliers concernant la relation que peut entretenir l'infirmière avec son patient.

1.3. La "culture du domicile"

Djaoui, psychosociologue, aborde la notion de culture du domicile. Tout d'abord, il donne sa définition du domicile : "Le lieu où l'on vit n'est pas ce territoire neutre, « passif », caractérisé par des qualités purement matérielles et objectives (superficie, fonctionnalité, salubrité, luminosité, etc.,...), il est aussi un « construit » fortement marqué par l'imaginaire des habitants" (2011, p.78). Ainsi, pour Djaoui, le domicile est un lieu personnel propre à chaque patient. Il précise ensuite que "Le domicile est considéré comme le lieu "naturel" du prendre soin. Prendre soin de l'autre (la notion de "care" des sociologues et philosophes anglo-saxons) regroupe un ensemble de tâches extrêmement complexes."(2011, p.81).

Leduc et Delcourt (2007, p.145) insistent sur la singularité du soin à domicile : "Pour les personnes aidées, partiellement ou totalement privées de leur indépendance, le domicile c'est le lieu d'exercice de leur autonomie, en tant que capacité à se donner soi-même les principes de sa propre vie.". Ils insistent sur le fait que le domicile est spécifique à chaque individu et c'est un lieu

personnel : “La maison est une sorte de prolongement du corps de l’homme” (2007, p.147). Ils ajoutent que lorsque les patients accueillent un soignant à son domicile, “La maison qui pouvait autrefois être conçue comme un écrin ou un nid, à l’abri des regards, devient avec la maladie un lieu ouvert” (2007, p.149). Ainsi, le domicile est un lieu privé qui peut parfois être bousculé par l’intervention d’une personne extérieure et inconnue que représente l’infirmière.

Finalement, le domicile est donc un lieu personnel, façonné à l’image de son habitant et rythmé par ses habitudes. L’infirmier à domicile est par conséquent amené à entretenir une relation unique avec le patient et son entourage car il s’introduit dans leur environnement fondamental, leur repère, leur foyer, qui, par conséquent, est le reflet de leur vie personnelle.

1.4. La relation soignant-soigné dans les soins à domicile

Selon Manoukian (2014, p.9) “Une relation, c’est une rencontre entre deux personnes au moins, c’est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires”. Il ajoute que “C’est avec son corps, sa parole et son affectivité que l’on entre en relation”. L’auteur explique dans son ouvrage qu’il existe des facteurs qui conditionnent la relation entre deux personnes. Ceux-ci sont nombreux : il y a par exemple, l’histoire du patient, son âge, sa culture ou encore son statut. L’auteur explique que ces facteurs permettent de donner un sens à la relation entre le soignant et le soigné.

Douguet et Vilbrod (2007,p.52) expliquent que l’infirmière libérale doit posséder diverses qualités, comme «la disponibilité, puis le sens du contact humain et la patience». Il s’agit donc pour l’infirmière libérale d’avoir autant de qualités relationnelles que techniques. Ils mettent donc en avant dans cet ouvrage l’importance de la création d’une relation de confiance avec le patient dans les soins à domicile, qui permet à l’infirmière libérale de développer une identité professionnelle différente de l’infirmière hospitalière. En effet, l’infirmière libérale dispense des soins techniques sur prescription médicale qui sont reconnus par l’assurance maladie mais ce qui fait la singularité de cet exercice est la relation privilégiée qu’elle entretient avec ses patients lorsqu’elle se rend à leur domicile. Elle peut par exemple, ouvrir ou fermer les volets, aller chercher le courrier, remettre du bois dans la cheminée ou encore changer une ampoule. Tous ces actes «hors soins» ne figurent pas dans les actes prescrits et pourtant ils sont pratiqués très fréquemment par les infirmières libérales et c’est ce qui fait leur identité, et également la singularité de la relation soignant/soigné à domicile. Dans ce contexte, l’intimité est alors une notion centrale de la prise en soins à domicile.

1.5. La notion d'intimité au cœur de la relation

Travailler au domicile des patients n'est pas sans difficultés, l'infirmière se confronte tous les jours à une nouvelle rencontre. Cela amène à s'interroger sur la notion d'intimité dans les soins à domicile car chaque jour, l'infirmière entre dans le domicile du patient et donc dans son intimité. Dans le dictionnaire CNRTL, "intime" est un adjectif, emprunté au mot latin intimus qui signifie "qui se situe ou se rattache à un niveau très profond de la vie psychique; qui reste généralement caché sous les apparences, impénétrable à l'observation externe, parfois aussi à l'analyse du sujet même". L'intimité sous-entend aussi ce qui est secret, ce qui est de l'ordre du privé. L'article R. 4312-2 du code de la Santé Publique stipule d'ailleurs que « L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille ». Le domicile représente ainsi la vie privée et la partie secrète de chaque patient. Ainsi, là est le principal enjeu de l'infirmière libérale : respecter l'intimité du patient et s'adapter à chacun en respectant son lieu de vie.

Selon Leduc en 2007, l'infirmière libérale "plonge à chaque fois dans l'intérieur, dans le proche, le privé, le secret ; à soi seul, cela constitue un territoire mental, d'où la difficulté d'y entrer sans intruser."(p.148). En effet, en allant d'un domicile à un autre, l'infirmière doit, à pas feutrés, apprivoiser l'univers, les habitudes et les habitants de la maison dans laquelle elle entre. Elle doit entrer sans nuire ni déranger le patient. D'autre part, selon Leduc " Le domicile devient le lieu paradoxal où se mêlent et s'entrecroisent l'intime, le public, le privé" (2007, p.149). On peut donc dire que la difficulté de l'infirmière libérale est de trouver un équilibre, acceptable pour le patient, entre l'intimité que représente le domicile et le public que représente l'exercice de l'infirmière libérale. De plus, cet équilibre permet à l'infirmière de créer un lien particulier avec ses patients que l'on appelle dans le vocabulaire soignant "l'alliance thérapeutique".

2. L'alliance thérapeutique dans les soins à domicile

Nous allons aborder dans cette partie la notion d'alliance thérapeutique. L'alliance est définie selon le CNRTL comme "action de s'allier ; résultat de cette action." La notion de thérapeutique est quant à elle définie par le CNRTL comme "l'ensemble des moyens propres à lutter contre les maladies, à rétablir, préserver la santé". Ainsi dans cette deuxième partie, nous allons d'abord rechercher les origines de cette notion pour ensuite en comprendre la signification dans les soins à domicile. Nous allons enfin étudier ce qui détermine la création de cette alliance et en examiner les limites.

2.1. Les origines de la notion d'alliance thérapeutique

Selon Gadeau (2002, p.137-150), la notion d'alliance thérapeutique naît d'une interrogation de la part des soignants sur "l'échec thérapeutique". Cette interrogation soignante est alors, selon lui, de comprendre les causes pour lesquelles le patient n'a pas donné suite à sa démarche de soin. Ainsi, il cite Freud, qui est selon l'auteur, le premier à introduire la notion de lien spécifique pouvant maintenir la liaison entre le patient et le soignant. L'auteur précise : "Le terme d'alliance thérapeutique n'apparaît pas de façon explicite chez S. Freud, mais il y est fait d'une certaine façon référence dans deux textes des écrits techniques, La dynamique du transfert (1912) et Le début du traitement (1913). Dans le premier, Freud dit que le transfert sur la personne de l'analyste « ne joue le rôle d'une résistance que dans la mesure où il est un transfert négatif ou bien un transfert positif composé d'éléments érotisés refoulés » (p. 99). En 1913, il souligne qu'une des difficultés et un des buts premiers du dispositif analytique est bien « d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien ». Cet attachement, ce lien à constituer ne doit pas faire l'objet d'un travail interprétatif, mais au contraire constituer une sorte de soubassement nécessaire à la poursuite du travail analytique" (2002, p.137).

Gadeau poursuit en disant : "C'est, semble-t-il, dans cette ligne de pensée que le terme même d'alliance thérapeutique apparaît au milieu des années cinquante chez les tenants de la psychologie du moi (E. Zetzel, 1956, R. Greenson, 1967)" (2002, p.137). Gadeau précise ensuite : "Le terme traduit alors l'idée qu'un lien premier doit se constituer afin de permettre l'amorce puis la poursuite du processus thérapeutique, s'opposant ainsi aux éléments signifiants qui peuvent faire échec à la rencontre thérapeutique, puis au processus lui-même. Ce lien est fondé sur le désir conscient du patient de coopérer avec l'analyste et sur une identification partielle à l'analyste analysant les résistances" (2002, p.137). Ainsi, l'auteur souligne donc que cet attachement, ce lien à construire, cette alliance thérapeutique avec le patient doit constituer une sorte de fondation nécessaire à la poursuite du soin.

2.2. Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique dans les soins à domicile?

L'alliance thérapeutique, terme longtemps utilisé en psychiatrie, est désormais utilisée dans tous les domaines du soin. Avant d'utiliser le terme d'alliance thérapeutique, on parlait plutôt de "relation thérapeutique". Celle-ci est décrite comme relation asymétrique entre un patient souffrant de besoin d'aide et l'essai de l'infirmière de soulager sa souffrance (Berg, Danielson, 2007).

La notion d'alliance thérapeutique est quant à elle définie par une symétrie entre le soignant et le soigné. En effet, dans un article de Phaneuf (2016, p.1), elle nous explique que le psychologue

Rogers définit l'alliance thérapeutique comme étant "la création d'une relation de confiance entre l'infirmière et son client par laquelle ils s'entendent pour travailler ensemble, à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux être". En effet, il apparaît évident aujourd'hui que l'alliance thérapeutique est une condition essentielle entre les infirmières libérales et leurs patients pour atteindre les objectifs de soin fixés ensemble au début de la prise en soin. Talon-chrétien et Letheule Ngom (n°756, p.49-50) expriment le fait que l'infirmière libérale doit donc "déployer des aptitudes relationnelles permettant au patient d'être en confiance et de ne pas craindre d'intrusion dans son espace de vie privée". Cela exprime bien la différence qui existe entre l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné à l'hôpital et au domicile. Cette alliance est différente car à domicile, l'alliance thérapeutique est influencée par le fait que l'infirmière pénètre dans le privé du patient, ce qui modifie donc leur relation.

2.3. Les déterminants principaux pour une alliance thérapeutique

L'élément principal nécessaire à l'établissement d'une alliance thérapeutique semble être la création d'une relation de confiance. En effet, dans une conférence de 2016, Hesbeen affirme que "La question de la rencontre, ce n'est pas simplement d'être face à face, ou côte à côte, la question de la rencontre c'est véritablement, dans cette configuration où il y a deux personnes qui se sentent équivalentes en humanité, qui sont en présence. Je voudrais rappeler qu'on ne peut pas tisser de liens avec l'autre si on ne se sent pas l'égal de l'autre" et "Rappelons-nous néanmoins que notre expertise ne nous autorise en rien à imaginer un seul instant être devenu l'expert de l'existence de l'autre" (2016, p.4). Selon lui finalement, le premier déterminant pour créer une relation de confiance dans le but de fonder une alliance thérapeutique, nécessite lors des rencontres avec le patient d'avoir un rapport d'égal à égal, sans supériorité de la part du soignant.

Ensuite, Hesbeen dans cette même conférence indique que "Le 2ème mot c'est accompagner: faire un bout de chemin. Quand on est compagnon historiquement, et bien c'est partager le pain. On partage quelque chose, on fait un bout de chemin ensemble, alors parfois, le compagnon va être à côté, parfois derrière, parfois devant. Mais on va les accompagner vers où ? Et bien tout simplement vers cette finalité, essayer d'aider à vivre ce qu'il y a à vivre" (2016, p.5). Le 2ème déterminant pour créer une alliance thérapeutique serait donc le partage et l'accompagnement du patient. Ici, l'auteur souligne l'aspect collaboratif : le patient et l'infirmière travaillent ensemble dans un but commun : il s'agit d'un partenariat.

Hesbeen souligne également l'importance du discours du soignant dans la création d'une alliance thérapeutique avec le patient : "On voit l'importance qu'il y a pour le professionnel de tenir un discours. Tenir un discours qui explicite les différents chemins qui composent cette carte routière pour que lui puisse opérer le choix qui lui semble le plus judicieux" (2016, p.5). Nous

comprenons ainsi que le discours du soignant et le fait que celui-ci laisse le patient choisir et être acteur de ses soins détermine également la création de cette alliance avec le patient. Dans ce sens, l'auteur ajoute "aider le patient à élever sa réflexion ça n'est pas la même chose que de lui dire comment il doit faire" (2016, p.6).

Finalement, le Comité d'éthique de la Fondation Bon Sauveur (2018, p.4) affirme que "Pour le soignant, la qualité de la relation avec le malade est primordiale et permettra l'installation d'un lien de confiance nécessaire pour l'alliance thérapeutique".

Ainsi, il existe de nombreux déterminants pour la création d'une alliance thérapeutique dans les soins à domicile. Le bon usage des pronoms d'adresse en fait également partie. Il est donc légitime d'étudier l'usage du tutoiement, mais aussi celui, indissociable, du vouvoiement et leurs impacts sur cette alliance thérapeutique.

3. Je vous dis "tu" ?

3.1. La petite histoire du tutoiement

3.1.1. De tu à vous : les origines du tutoiement

Le tutoiement fut la norme au début de l'histoire des hommes : pendant l'antiquité latine, les civilisations utilisaient uniquement le tutoiement. Effectivement, selon le Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur (2018, p.6) : "le passage du « tu » au « vous » est lié à des conditions socioculturelles et historiques". Le Comité ajoute "qu'il n'y a que lors de l'antiquité latine où le « tu » constituait la norme" (2018, p.6). Effectivement, on comprend dans cet ouvrage que beaucoup d'historiens affirment que le vouvoiement fit son apparition sous l'Empire Romain car le peuple utilisait le vouvoiement pour s'adresser aux empereurs. Cette coutume est apparue à l'époque où deux frères romains étaient au pouvoir: Flavius Honorius et Flavius Arcadius. On peut lire ensuite dans cet ouvrage que "Pour s'adresser à l'un, il était coutume de parler symboliquement à l'autre en utilisant la deuxième personne du pluriel. Cela avait l'avantage de ne froisser aucune des deux personnalités impériales" (2018, p.6). Nous comprenons donc qu'il s'agissait d'ores et déjà d'une marque de respect. Celle-ci est ensuite restée dans les usages français: "Cette marque de respect serait ensuite restée dans les usages, à travers les époques Carolingienne et Féodale où le vouvoiement est alors utilisé pour la discipline alors que le tutoiement est réservé aux sujets amicaux." (2018, p.6). Le Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur stipule qu'en 1793, "la Convention Nationale introduit un décret sur le tutoiement obligatoire quelque soit la distinction hiérarchique, et ce, dans le but de faire porter au tutoiement un caractère d'égalité entre les citoyens. Cette mode du « tu » passera dès la chute de Robespierre, c'est-à-dire moins d'un an après l'obligation de l'employer imposée par la loi. La coutume disparaîtra avec le temps et ne

restera pas une pratique courante” (2018, p.6). Ainsi, depuis le XVIIIème siècle, il est coutume en France de vouvoyer son prochain.

3.1.2. Le vouvoiement : un “french code” à respecter

Notre langue française nous offre deux possibilités pour s’adresser à une personne : la deuxième personne du singulier ou la deuxième personne du pluriel.

Dans le centre national de ressources textuelles et lexicales, vouvoyer quelqu’un signifie : “S’adresser à quelqu’un en employant par politesse vous à la place de “tu” ” tandis que tutoyer quelqu’un signifie : “En avoir une connaissance intime et approfondie”.

Dans sa thèse, (2019, p.8) Berger indique que “Le recours au vouvoiement manifeste souvent une démarche de respect” et il ajoute “Le vous est le pronom de la politesse”. Ainsi, l’auteur soulève bien ici les “codes” de la société française qui considère le vouvoiement comme une marque de respect et de politesse. Berger ajoute dans sa thèse : “Le vouvoiement est souvent employé dans un contexte professionnel ou hiérarchique, et implique une réciprocité” (2019, p.8). Effectivement, dans les règles de politesse française, il est d’usage que lorsque quelqu’un emploie le vouvoiement pour s’adresser à une personne, il attend en retour, une réciprocité d’usage.

Ainsi, nous pouvons conclure que selon Berger, notre société française définit l’utilisation du pronom « tu » comme étant une marque d’appartenance à une même famille, un même groupe ou sous-entend une connaissance antérieure de la personne. Le pronom « vous » est lui une formule de politesse, une règle de savoir-être qui invite à une certaine solennité dans le contact. Selon Berger, le vouvoiement exprime le respect, la distinction entre les protagonistes. Selon le dictionnaire de la langue française, le vouvoiement garantit la politesse et l’intimité réciproque des individus qui échangent entre eux.

3.1.3. Le tutoiement est ailleurs

L’usage du tutoiement et du vouvoiement varie également en fonction des pays du monde. La réflexion éthique autour de l’usage du tutoiement et du vouvoiement dans la relation de soin du Comité d’éthique de la Fondation Bon Sauveur (2018, p.6), stipule que “L’usage du tutoiement et du vouvoiement varie également en fonction des pays où l’on se trouve. Par exemple, chez nos voisins européens, l’Allemagne et l’Italie, le tutoiement est utilisé pour les proches, les pairs alors que le vouvoiement s’adressera plutôt aux personnes auxquelles on doit un certain respect (les supérieurs ou les personnes âgées)”. Le comité ajoute que “Les Italiens ont tout de même tendance à tutoyer plus fréquemment qu’en France” (2018, p.6).

Il continue en expliquant que “la Suède, quant à elle, a établi une réforme du tutoiement vers la fin des années 1960. Les Suédois ont arrêté d'utiliser le pronom « vous » et l'ont ainsi remplacé par un tutoiement généralisé” (2018, p.6). Il complète en affirmant que “la réforme du tutoiement était alors considérée comme un progrès démocratique et égalitaire. Toutefois, elle fut probablement aussi facilitée par la valeur en suédois du pronom de la deuxième personne du pluriel, qui était souvent perçu comme froid, voire condescendant” (2018, p.6-7). Le comité d'éthique précise ensuite qu' “à l'inverse, au Québec, bien que les règles fussent les mêmes que les nôtres au départ, le vouvoiement est de moins en moins utilisé au profit du « tu », même dans les relations professionnelles” (2018, p.7). Enfin, ce comité s'est intéressé à la région Bretagne “on observe chez les Bretons les mêmes pratiques que dans le reste de la France concernant le « tu » et le « vous ». Il semblerait tout de même qu'en fonction des dialectes d'origine, certains coins de la Bretagne privilégient le tutoiement au vouvoiement. Par exemple, dans la région de Vannes et de la Cornouaille, le « vous » serait plus souvent utilisé. A l'inverse, dans le pays bigouden, le tutoiement est privilégié par les habitants” (2018, p.7).

Finalement, l'usage du tutoiement est propre à chaque culture dans le monde. La culture européenne semble favoriser l'emploi du vouvoiement malgré quelques disparités sur le continent. Enfin, nous pouvons conclure que malgré une même culture, l'influence des divers dialectes régionaux, liés aux influences de l'Histoire et aux populations antérieures, le tutoiement n'est pas égalitaire sur un même territoire.

3.2. Le tutoiement dans les soins

3.2.1. Agent “tu” : votre mission si vous l'acceptez...

Dans sa thèse sur l'impact de l'usage du tutoiement sur la relation de soin en médecine générale de 2019, Berger cite les nombreuses missions et effets du tutoiement. Il explique d'abord que “dans les stratégies de la relation décrites par les enquêtés, le tutoiement, comme le vouvoiement, est un outil linguistique. Son usage volontaire au cours des consultations induit donc des effets, qui ne sont pas toujours opposés à ceux du vouvoiement, mais parfois parallèles” (2019, p.12). D'abord, le chercheur explique dans un premier temps que l'usage du tutoiement peut avoir pour mission d'entrer dans l'intime, de libérer la parole et de mieux comprendre le patient. En effet, il écrit : “l'usage du tutoiement peut créer une « intimité », ou au moins participer d'une sincérité” (2019, p.12), que “Le tutoiement peut être un levier important dans la communication avec le patient, permettant de vaincre la timidité du patient” (2019, p.13) et que “Un langage moins formel permet de détendre le discours et de mieux entendre le patient avec ses mots, dans son contexte socioculturel” (2019, p.13).

Puis, l'auteur précise que le tutoiement peut être utilisé pour instaurer une relation égalitaire entre le soignant et le soigné. Il écrit : "Le recours fréquent au tutoiement peut être basé sur une recherche d'égalité" (2019, p.13) et "L'usage du tutoiement permet de consoler un sentiment d'inégalité."(2019, p.14). Il ajoute dans sa thèse que " le tutoiement manifeste un certain renoncement au pouvoir médical et à l'asymétrie des savoirs." (2019, p.38).

Ensuite, Berger exprime également que le soignant peut avoir recours au tutoiement thérapeutique. Il explique que le tutoiement permet la détente : "Le tutoiement semble propice à la détente"(2019,p.14), il peut être anxiolytique : "il est perçu comme un élément diminuant l'anxiété au cours de la consultation"(2019,p.14),ou encore antalgique "Un médecin déclare avoir recours au tutoiement spécifiquement au cours des consultations de traumatologie où le patient semble douloureux"(2019,p.14).

Enfin, le chercheur indique que ses recherches l'ont aussi amené à conclure que le tutoiement favorise l'empathie des soignants " les médecins tutoyeurs ont régulièrement mis en avant le sentiment d'une meilleure empathie" (2019, p.15).

Finalement, le tutoiement semble avoir de nombreuses missions dans la relation soignant/soigné. Le tutoiement représente un réel outil de communication.

3.2.2. Le "tu", un outil de communication

La communication est au centre d'une relation soignant/ soigné et de l'alliance thérapeutique. Dans une "innerview" en 1998, Werber illustre bien la difficulté de communication que peuvent parfois rencontrer les infirmières avec leurs patients : " Entre , ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, c'est que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez, il y a dix possibilités que l'on ait des difficultés à communiquer mais essayons quand même...". Cette citation met en exergue à la fois la difficulté mais aussi l'importance de la communication, qui peut fortement influencer sur la relation de confiance que l'infirmière entretient avec son patient.

Selon Carillo (2013, p.27) : "Tout soin est indissociable d'une communication avec le patient." Elle cite également les éléments favorisant la confiance dans une relation de soin. Elle mentionne notamment " la distance entre les personnes", "la position physique" ou encore "les termes choisis (techniques, familiers, alambiqués...)". Cela signifie donc que l'emploi du tutoiement modifie la communication et donc la relation de soin.

Dans sa thèse de 2019, Berger affirme que "lorsqu'il résulte d'une adaptation au cours de la relation de soin, ses implications diffèrent. Le tutoiement, s'il est jugé sincère, peut être un facteur

favorisant la communication dans le cadre d'une relation privilégiée." (2019, p.38). Berger ajoute que "Le praticien tutoie pour faciliter le dialogue avec certains patients, pour permettre davantage de questions et le partage des connaissances" (2019, p.38). Il exprime le fait que "le tutoiement sert la relation en favorisant la discussion" (2019, p.13). Il précise ensuite que "Le tutoiement peut aussi permettre au patient d'exprimer plus simplement un avis contradictoire, dans un langage moins formel, ouvrant ainsi un espace de délibération" (2019, p.14). L'auteur va même plus loin dans sa recherche sur les effets du tutoiement dans la communication en affirmant que "L'art du soin nécessite une part de séduction et de manipulation du patient. Dans cette tâche complexe et subtile, le tutoiement, comme le vouvoiement, ainsi que le jeu entre les deux, s'avèrent utiles" (2019, p.38). Nous comprenons donc bien que l'emploi du tutoiement pour Berger est parfois nécessaire et souvent facilitateur de communication mais que c'est aussi un outil de communication utilisé par les soignants dans le but d'influencer leurs patients.

Finalement, les auteurs s'accordent pour dire que la communication est l'épicentre de la relation entre l'infirmier et le patient et que le "tu" peut s'avérer être dans certaines situations, un outil favorisant la communication. L'usage du tutoiement dans les soins interroge tout de même implicitement la notion de juste distance entre l'infirmier et le patient.

3.2.3. La juste distance professionnelle : les gestes barrières du soignant.

Une recherche du Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur en 2017 met en exergue le lien entre l'usage du tutoiement et la notion de juste distance. Les chercheurs écrivent que "L'attribution du tutoiement et du vouvoiement dans une relation de soins fait apparaître la notion de juste-distance. Un concept abstrait et non mesurable qui tend à le rendre difficile à définir" (2017, p.10). Le comité note que certains "codes" de soignants créent une distance relative entre le professionnel de santé et le patient. Leur propos est illustré par l'exemple de l'uniforme blanc commun à tous les soignants : "La tenue du soignant marque une distance visible avec le patient et confère à celui qui la porte une certaine autorité, un certain pouvoir. Trouver le bon positionnement professionnel induit une réciprocité dans cette relation, un respect mutuel."(2017, p.14). Enfin, le comité éthique conclut en expliquant que le lien qui unit le tutoiement et la juste distance est bien réel mais subjectif. Il convient à chacun, selon ses valeurs, sa culture et son éducation, de trouver, avec l'usage du tutoiement, un équilibre et une juste distance dans sa relation avec le patient. Ils écrivent d'ailleurs que "Les pronoms d'appel « tu » et « vous » ne sont pas uniquement des codes linguistiques : ils reposent sur des usages sociaux dictés par la culture et la tradition. Ce sont des conventions qui servent à déterminer la nature de nos relations aux autres, à décider de leur proximité ou de leur distance. Dans un contexte de soin, ce choix doit être réfléchi

et correspondre non pas aux impulsions du moment, mais plutôt à un projet de soin individualisé selon les besoins du malade” (2017, p.16-17).

Finalement, la bonne distance serait donc celle qui permet au soignant comme au soigné de respecter l’autre et d’être respecté.

3.2.4. Echech et mat

Berger évoque dans sa thèse que le tutoiement peut présenter des risques et atteindre certaines limites.

Tout d’abord, il évoque le recours au tutoiement dans des situations de soins avec des proches. Il écrit : “Cependant, le soin prodigué aux proches n’est pas plus facile ou confortable, au contraire. C’est peut-être ce paradoxe d’un art plus difficile avec les proches qui résume la subtilité du tutoiement. Ce dernier n’est pas toujours synonyme de confort ou d’aisance dans la relation de soin; en regard, le recours au “vous” s’explique dans la recherche du cadre rassurant du statut et de la distance professionnelle.” (2019, p.38).

Puis, il explique : “Le tutoiement remettrait en cause le statut de soignant et la possibilité d’un refuge émotionnel et affectif potentiel dans le vouvoiement” (2019, p.27). Ensuite, il évoque le fait que dans ses recherches, il a constaté que le tutoiement était perçu comme un risque de dépasser les limites professionnelles. En effet, il précise : “de la même manière, un risque souvent évoqué est celui d’envoyer des signaux d’amitié contraires à la position professionnelle et à son statut” (2019, p.27) et il ajoute : “certains enquêtés décrivent un risque de « dérapage » avec le tutoiement” (2019, p.27).

Berger précise également que le tutoiement peut-être considéré comme un manque de respect, d’ailleurs, il écrit : “L’usage inattendu du tutoiement par le patient a été vécu par certains enquêtés comme une marque de non-respect” (2019, p.29). Il continue en précisant : “Si plusieurs praticiens voient dans le tutoiement du patient un manque de respect, on attend du patient la même marque de déférence” (2019, p.29).

Enfin, le chercheur évoque également le risque que les patients usent du tutoiement de façon abusive dans le but d’obtenir des faveurs. Il explique : “un frein important au tutoiement est la crainte que le patient perçoit cela comme une ouverture, permettant plus de questionnement, voire des demandes excessives” (2019, p.27). Il précise même que le tutoiement peut être un outil de manipulation pour le soignant car il déclare : “le passage au tutoiement de la part du patient est perçu comme une tentative de manipuler le praticien, pour l’amener à accepter la demande” (2019, p.28).

Finalement l’auteur conclut : “les raisons invoquées pour limiter l’usage du tutoiement en consultation sont multiples. Il s’agit de marquer les limites, d’éviter le copinage et les risques de

dérive dans le rapport au patient. Il s'agit aussi de se garantir contre des demandes excessives, de se protéger contre les malentendus, voire les tentatives de manipulation et de séduction.”(2019, p.26).

CONCLUSION :

Ce que je retiens de mes lectures est que les soins à domicile étant singuliers, la relation soignant/soigné est donc toute aussi singulière. Effectivement, la pratique du soin à domicile consiste à soigner les patients dans leur habitat. Ainsi, cette pratique interroge sur la nature de la relation entre un patient et son infirmière, qui est logiquement impactée par la sphère intime, l'espace privé que représente le domicile. Ce mode de soin oblige les infirmiers(ères) à s'interroger sur le sens de leur pratique. Ainsi, l'alliance thérapeutique qui unit l'infirmière libérale à son patient est tout aussi unique et sa nature est tout autre que la relation qu'un soignant peut entretenir avec son patient à l'hôpital. La collaboration entre un patient et une infirmière à domicile est plus personnalisée. Cette intimité se reflète également dans la communication entre le soignant et le soigné à domicile : le domestique appelle parfois à des échanges plus familiers. Ainsi, l'emploi du tutoiement est parfois utilisé dans les soins à domicile.

L'emploi du tutoiement et du vouvoiement pose régulièrement question dans la relation soignant-soigné comme ont pu le montrer les situations que j'ai rencontrées lors de mes stages. Le tutoiement peut avoir de nombreux effets sur la relation de soin entre un patient et son infirmière, contrairement au vouvoiement qui correspond davantage à une norme culturelle de communication dans notre pays. L'usage du “tu” peut donc s'avérer efficace et adapté dans une relation de soins, à condition de toujours respecter les limites du patients et surtout ses limites personnelles afin de prodiguer des soins en restant efficace et professionnel.

III. Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de corroborer mon cadre conceptuel, de recueillir des données empiriques et d'échanger avec des soignants sur leurs pratiques professionnelles, j'ai interrogé deux infirmières libérales à propos de mon sujet.

1. Le choix de l'outil

Pour mon recueil de données auprès des professionnels, j'ai porté mon choix sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Cet outil me paraît adapté car un entretien libre peut se montrer difficile à mener et désagréable si l'interlocuteur s'exprime peu : il peut-être difficile de rebondir et de reformuler ses réponses. De plus, si l'on est au contraire face à un interlocuteur logorrhéique, on peut se retrouver submerger d'informations et finalement s'éloigner du sujet de départ. A contrario, un entretien directif peut frustrer ou bloquer un interlocuteur qui souhaiterait s'exprimer davantage. Ajoutons que l'entretien directif laisse parfois peu de place à la réflexion de l'interlocuteur. L'entretien semi-directif me semble donc parfait et adapté car il me permet de poser un cadre nécessaire pour ne pas s'écarter du sujet de l'entretien et permet de proposer des questions de relance tout en laissant de la place à la réflexion du professionnel que j'interroge.

2. Profil des interlocuteurs

Pour ces entretiens, j'ai souhaité interroger deux infirmiers libéraux différents : l'un exerçant en France métropolitaine et l'autre en dehors de l'hexagone afin d'explorer la variable de la culture sur l'usage du tutoiement à domicile.

La première infirmière que j'interroge est une infirmière libérale faisant partie du cabinet où j'ai réalisé mon stage de semestre 3. La seconde est une infirmière libérale de Nouvelle Calédonie.

3. Modalités des entretiens

Les modalités d'entretien seront différentes l'une de l'autre car la distance géographique l'exige. Pour l'infirmière libérale de Nozay, je prévois de la rencontrer au cabinet dans une salle de soin. Pour l'infirmière de Nouvelle-Calédonie, nous devons nous rencontrer via une visioconférence grâce aux réseaux sociaux.

4. Objectifs des entretiens

L'objectif de ces entretiens est de connaître et de comprendre la vision des infirmières libérales sur le tutoiement et l'impact que celui-ci peut avoir sur l'alliance thérapeutique qui les lie à leurs

patients à domicile. De plus, je cherche à comparer deux modes d'exercices différents mais dans deux pays différents mais qui appartiennent tous deux au territoire français.

- Objectif n°1 : Identifier les spécificités du soin à domicile
- Objectif n°2 : Caractériser la relation soignant /soigné à domicile et identifier les facteurs qui favorisent la relation de confiance à domicile
- Objectif n°3 : Préciser les conditions d'utilisation du tutoiement
- Objectif n°4 : Discerner les effets du tutoiement dans les soins à domicile?
- Objectif n°5 : Repérer la position du soignant concernant le tutoiement dans les soins domicile

5. Limites du dispositif

Lors de mon entretien avec l'infirmière libérale de Nouvelle-Calédonie, j'ai dû faire face à deux difficultés engendrées par la distance qui nous séparait. La première difficulté fut de trouver un horaire convenable pour chacune de nous car nous avons un décalage horaire. Ainsi, la première difficulté fut donc de trouver un créneau horaire qui nous satisfaisait toutes les deux. J'ai donc réalisé les entretiens en visioconférence à 22H en France lorsqu'il était 8H en Nouvelle-Calédonie. La deuxième difficulté a été engendrée par les conditions de l'entretien : la visioconférence. En effet, il y a eu pendant l'entretien des problèmes de connexion au réseau, sûrement dus à la distance qui nous séparait. L'enregistrement vocal de l'entretien était donc inexploitable car le son de la vidéo était de trop mauvaise qualité. De plus, lors du premier entretien, il y a eu une coupure de l'appel vidéo du à la connexion et l'enregistrement s'est donc arrêté sans que je m'en rende compte. Tous ces événements m'ont donc contrainte à recommencer un nouvel entretien avec l'infirmière en prenant davantage de précautions.

En ce qui concerne l'entretien avec l'infirmière libéral du cabinet ou j'avais réalisé mon stage de semestre 3, j'ai eu des difficultés à trouver une date de rencontre dus à l'emploi du temps chargé de l'infirmière. De plus, j'étais moi-même éloignée du cabinet car j'étais en stage. Ces difficultés ont donc impliquées un retard sur les dates que j'avais initialement prévues pour l'entretien.

IV. L'analyse descriptive des entretiens

Je vais à présent procéder à une analyse des entretiens que j'ai réalisés avec deux infirmières libérales: l'une est infirmière libérale en Nouvelle-Calédonie, l'autre est une infirmière libérale d'un cabinet rural.

J'ai interrogé les infirmières au regard de 3 thèmes et 5 objectifs:

- Les soins à domicile en identifiant les spécificités du domicile.

- L'alliance thérapeutique en caractérisant la relation soignant/soigné et en identifiant les facteurs qui favorisent la relation de confiance à domicile.
- Le tutoiement dans la relation en précisant les conditions d'utilisation du tutoiement et en identifiant les effets du tutoiement dans la relation à domicile.

Dans le but de m'aider à structurer mon analyse, j'ai utilisé cinq tableaux (cf. annexes) que j'ai créés en regroupant les idées de chaque professionnel. Les questions posées correspondaient chacune à un objectif permettant de répondre à ma question de départ. J'ai dégagé des catégories d'idées pour lesquelles, parfois, il y a plusieurs thèmes. J'ai différencié les dires de chaque infirmière grâce à un code couleur afin de donner de la clarté à mes tableaux. Ainsi, l'analyse va donc se faire en suivant les objectifs cités ci-dessus. Ceux-ci ont été réalisés à partir du guide d'entretien en se conformant aux questions de celui-ci. Dans le but de conserver l'anonymat des infirmières interrogées je les nommerais IDE n°1 et IDE n°2.

L'IDE n°1 est l'infirmière libérale de Nouvelle-Calédonie. Après l'obtention de son diplôme en France métropolitaine, elle y a travaillé quelques mois puis est partie quelques années à Tahiti, une île en Polynésie française. Là-bas, elle a eu l'occasion de travailler dans le milieu hospitalier, notamment dans des services infectieux. Elle a ensuite déménagé en Nouvelle-Calédonie où elle a d'abord exercé dans des cliniques pour finalement acheter une convention et s'installer en libéral. A ce jour, elle exerce dans le milieu libéral depuis 6 ans.

L'IDE n°2 est l'infirmière libérale métropolitaine exerçant en milieu rural. Suite à l'obtention de son diplôme en 1996, elle a d'abord exercé à l'hôpital public dans divers services comme la chirurgie gynécologique, les soins de suite et de rééducation ou encore les urgences. Elle a ensuite travaillé comme salariée dans un centre de soin à domicile avant de finalement s'installer en libéral en 2006. A ce jour, elle exerce donc depuis 15 ans en tant qu'infirmière libérale.

1. La spécificité des soins à domicile

Lors de mes entretiens, le premier objectif fut de particulariser le soin à domicile. En effet, l'exercice en milieu libéral est spécifique et il me paraissait nécessaire de demander aux infirmières de souligner ces spécificités.

A cette question, l'IDE n°1 a d'abord répondu que la spécificité première selon elle dans les soins à domicile est la diversité des soins dispensés aux patients : "Les soins sont très très variés". Elle explique que les soins sont les mêmes que ceux qui peuvent être réalisés à l'hôpital mais qu'ils sont adaptés à l'environnement du domicile. Ensuite, l'IDE n°1 explique qu'une autre spécificité du domicile s'exprime aussi à travers le lien singulier qu'elle a créé avec ses patients, notamment grâce au fait que la relation qu'elle entretient avec eux est inscrite dans la durée : " Ça fait 6 ans que je vois les mêmes personnes matin et soir". Elle ajoute que cette relation lui paraît plus conviviale qu'à

l'hôpital notamment grâce au fait qu'elle connaît très bien ses patients et que, réciproquement, ils connaissent aussi leur infirmière. Selon elle, cette connaissance réciproque entre un soignant et un soigné est plutôt rare dans les services hospitaliers. Ensuite, l'IDE n°1 précise que la liberté d'exercice est une autre des spécificités du domicile. D'une part dans l'organisation de ses soins, car elle est libre et ne dépend de personne : "Tu peux t'organiser comme tu as envie, enfin tu es beaucoup plus libre". D'autre part, sa liberté d'exercice s'exprime également dans sa liberté de choisir les soins qu'elle souhaite prodiguer aux patients. Elle souligne le fait qu'elle n'a pas de contrainte et que " Tu choisis ce que tu as envie de faire et quand tu as envie de le faire". Elle insiste en affirmant qu'elle est également libre de refuser des soins qu'elle ne souhaite pas faire, ce qui est vraiment propre aux soins à domicile. L'IDE n°1 indique également que l'environnement de soin est une spécificité évidente de l'exercice libéral : "Tu travailles à domicile". Elle explique que cet environnement du domicile est très spécifique et modifie totalement l'approche du soin infirmier. Enfin, elle termine en ajoutant que le rapport au temps est une autre spécificité importante du domicile. Elle explique que l'absence de cette pression temporelle liée aux services hospitaliers lui permet une meilleure prise en soin. Prendre le temps permet d'adapter sa prise en soin à chaque patient car chacun a des besoins différents : "Tu peux choisir de rester plus longtemps chez quelqu'un s'il y a besoin, tu n'es pas pressé".

Concernant les soins à domicile, l'IDE n°2 répond immédiatement que la spécificité première des soins à domicile était l'environnement de travail : "On va chez les gens". Elle rejoint donc l'idée de l'IDE n°1 sur ce point. Elle s'accorde également avec l'IDE n°1 en précisant que les soins à domicile sont inscrits dans la durée : "Quand tu vois les gens pendant 20 ans" et que forcément cette durée influence fortement la relation avec les patients. L'IDE n°2 se conforme également à l'IDE n°1 et explique qu'une autre spécificité des soins à domicile est la création d'un lien singulier avec ses patients car ils partagent régulièrement une connaissance réciproque liée au fait qu'elle vit sur son lieu de travail et que donc, elle connaît fréquemment plusieurs patients. Enfin, l'IDE n°2 rejoint aussi l'IDE n°1 sur le rapport au temps dans le soin à domicile qui est une spécificité de son exercice professionnel et qui lui permet, comme l'IDE n°1, d'adapter ses prises en soin à chaque patient : "Je prends le temps".

2. L'alliance thérapeutique dans les soins à domicile

Le deuxième objectif de ces entretiens est de caractériser la relation soignant/soigné à domicile, et le troisième est d'identifier les facteurs qui favorisent la relation de confiance entre l'infirmière libérale et son patient. Ces deux objectifs ont pour but d'éclairer la création et l'entretien d'une alliance thérapeutique avec les patients dans le contexte des soins à domicile.

2.1. Caractéristiques de la relation soignant/soigné à domicile

Concernant le deuxième objectif qui est de caractériser la relation soignant/soigné dans les soins à domicile, les deux infirmières se rejoignent sur plusieurs points. D'abord, l'IDE n°1 et n°2 s'accordent toutes deux pour affirmer que la relation soignant/soigné à domicile est une relation empreinte de valeurs. Pour l'IDE n°1, cette relation respecte l'intimité des patients dans le but de les mettre à l'aise. Le domicile est alors un lieu dénué d'ondes négatives, où le patient se sent en sécurité. Pour l'IDE n°2, cette relation est empreinte de valeurs humanistes car elle espère que sa relation avec les patients leur paraît bienveillante. Elle met également en exergue des valeurs professionnelles et souhaite que sa relation avec les patients reste efficace et professionnelle. Les deux infirmières s'entendent aussi pour dire qu'il s'agit d'une relation à plusieurs. L'IDE n°1 insiste notamment sur la présence régulière des familles pendant les soins qui caractérise cette notion de pluralité : "Il y a la famille autour, très présente" et qui contribue à la prise en soin en globalité du patient. Elle souligne également la notion d'équipe soignante en citant sa collaboration avec les médecins de ses patients. Le médecin traitant représente alors une passerelle entre infirmière et patient puisque c'est lui qui les met en relation. L'IDE n°2 parle également de cette pluridisciplinarité en citant sa coopération avec les médecins de ses patients en disant qu'"ils savent qu'avec les médecins, on va gérer". Pour elle, cette collaboration avec les médecins est sécurisante pour le patient. Elle donne également de l'importance à la collaboration avec ses collègues du cabinet qui permet une continuité certaine des soins : "Montrer qu'on est plusieurs et qu'on se passe le relais". Là encore, le but est de sécuriser le patient. Enfin, les infirmières s'accordent également à dire qu'il s'agit d'une relation de prestation. Effectivement, l'IDE n°1 souligne que cette relation de prestation est d'abord liée à la grande adaptabilité aux souhaits des patients dans les soins à domicile : "Je rentre dans le quotidien du patient et je m'adapte". L'IDE n°2 enchérie en insistant sur la nécessité dans la relation soignant/soigné à domicile de s'adapter au patient, en respectant ses habitudes "On est quand même obligé de se plier un peu à leur façon de faire" et ses besoins "Il faut vraiment tenir compte de ce qu'il dit". L'IDE n°2 ajoute que cette relation de prestation est aussi renforcée par le fait qu'il faut s'adapter au rythme du patient, contrairement à l'hôpital où c'est au patient de s'adapter au rythme de la structure : "Ils peuvent décider eux-mêmes à quelle heure tu dois venir faire les soins, chose qu'à l'hôpital ils n'ont pas le droit d'exiger". L'IDE n°2 souligne également que cette relation de prestation est aussi justifiée par la notion de contrat qui existe entre l'infirmière et son patient dans les soins à domicile qui entraîne un attendu particulier des gens concernant la prestation des infirmières et une souveraineté des patients, singulière au soins à domicile, car ils peuvent remercier une infirmière et en changer à leur guise : "Si on ne leur plait pas, et bien ils nous renvoient".

2.2. Identification des facteurs favorisant la relation de soin

Le troisième objectif, relatif à l'identification des facteurs qui favorisent la relation de confiance entre l'infirmière libérale et son patient, met en exergue les actions mises en place par chaque infirmière dans le but de créer ou de maintenir une alliance thérapeutique avec leurs patients. Là encore, les deux infirmières se rejoignent sur plusieurs points. Tout d'abord, elles citent toutes les deux une nouvelle fois le facteur temps, qui semble essentiel pour chacune afin de créer ou de conserver une alliance thérapeutique avec le patient. L'IDE n°1 considère ce facteur comme le plus important dans l'exercice libéral car elle le cite immédiatement : "Le premier facteur et le plus important est la durée". Elle insiste sur ce facteur qui selon elle est indispensable à la création de cette relation soignant/soigné si singulière : "Forcément que l'on développe une toute autre relation de confiance qu'à l'hôpital quand on voit les patients plusieurs fois par jour et tous les jours". L'IDE n°2 cite également ce facteur qu'elle considère également comme éminent. Les infirmières s'harmonisent aussi concernant un facteur lié à l'environnement du patient, qui concerne la confiance accordée par les patients à leur médecin. En effet, elle pense toutes deux que, en travaillant en collaboration avec le médecin de leurs patients, cela conditionne d'avance la confiance que les patients, à travers leur médecin, peuvent avoir envers les infirmières qui se déplacent chez eux. L'IDE n°1 explique d'ailleurs que cette notion de confiance s'explique car les patients "ont confiance en leur médecin donc ils ont confiance en l'infirmière".

L'IDE n°1 ajoute aussi comme facteur lié à l'environnement du patient, la notion de réputation. Selon elle, les patients qu'elles soignent ou ont soigné conseillent les nouveaux patients en recommandant leur infirmière à domicile : "Grâce au bouche à oreille, par recommandation, les patients savent déjà qui ont est". Enfin, l'IDE n°2 complète en citant plutôt des facteurs liés au professionnalisme de l'infirmière, notamment les valeurs de l'infirmière qui selon elle, conditionne l'instauration d'une alliance thérapeutique : "Je pense qu'il faut que les patients voient que l'on est soucieux de leur bien-être, que l'on veut bien faire". Elle ajoute finalement un dernier facteur lié aux qualités professionnelles de l'infirmière, qui déterminent également la relation avec le patient. En effet, pour l'IDE n°2, afin de créer une alliance thérapeutique, il est nécessaire "d'être à ce qu'on fait afin d'être professionnel", de conseiller le patient grâce à ses connaissances, de se rendre disponible "Ils savent que s'il y un problème, on ne va pas les laisser tous seuls" et enfin de ne pas juste exécuter un soin mais de chercher à comprendre les raisons du soin à réaliser : "Il faut chercher à savoir ce qui s'est passé et pourquoi on vient".

3. Les conditions de l'usage du tutoiement dans la relation de soins à domicile

Le quatrième objectif de ces entretiens est d'interroger les infirmiers sur l'emploi du tutoiement dans les soins en leur demandant de préciser les conditions d'utilisation du tutoiement dans leurs relations de soins avec les patients. Le cinquième et dernier objectif est d'identifier les effets qu'a le tutoiement dans la relation de soins à domicile.

En ce qui concerne le quatrième objectif consistant à préciser les conditions d'utilisation du tutoiement, un clivage apparaît entre les deux infirmières. Effectivement, l'IDE n°1 exerce sur l'île de Nouvelle-Calédonie, où il est coutume de tutoyer son prochain tandis que pour l'IDE n°2 exerçant en France métropolitaine, l'usage du tutoiement paraît davantage calculé.

3.1. Les conditions en faveur du tutoiement

Malgré quelques divergences, les infirmières s'accordent sur un point en faveur du tutoiement concernant la nature la relation entretenue avec le patient et pour laquelle le tutoiement semble être une évidence. L'IDE n°1 explique tout au long de l'entretien qu'elle tutoie tous ses patients, en lien avec la culture de la Nouvelle-Calédonie, où le tutoiement est une norme pour communiquer avec les gens. Elle explique que lorsqu'elle rencontre un patient, le tutoiement apparaît comme une évidence pour s'adresser à lui : "Dès que tu as la personne en face, c'est souvent là que le tutoiement s'installe". Pour l'IDE n°2, le tutoiement apparaît également comme une évidence dans certaines relations avec ses patients, notamment grâce à l'environnement du domicile : "A domicile, il y a plus d'occasions de tutoyer les gens". Mais contrairement à l'IDE n°1, ce n'est pas systématique pour l'IDE n°2. En ce qui concerne la nature de la relation, l'IDE n°2 ajoute que la réciprocité dans la relation permet l'usage du tutoiement. De fait, elle explique qu'elle tutoie réciproquement les patients qui le lui proposent ou qui la tutoient de manière spontanée : "Elle me tutoie donc c'est compliqué pour moi de ne pas la tutoyer".

Les deux infirmières sont également en adéquation sur un autre point en faveur du tutoiement qui est la durée de la relation. Effectivement, l'IDE n°1 explique que la durée de la prise en soin et donc de la relation est une des raisons qui fait qu'elle tutoie ses patients. L'IDE n°2 explique également que la durée est une des conditions pour tutoyer certains patients : "Je le connais depuis 20 ans". L'IDE n°2 cite également d'autres conditions en faveur du tutoiement comme l'âge du patient. En effet, l'IDE n°2 semble tutoyer les mineurs en expliquant que " Les enfants, c'est vrai que c'est assez simple de les tutoyer", mais il est plus facile pour elle de les tutoyer lorsqu'ils ont 14 ans ou moins : "Jusqu'à 14 ans, je ne me pose pas trop de questions". Elle tutoie aussi plus facilement les patients qui ont le même âge qu'elle.

Une autre condition pour l'usage du tutoiement est la connaissance antérieure des patients chez qui elle fait des soins. Ainsi, l'IDE n°2 tutoie les patients qu'elle connaît, personnellement ou non, dans sa vie privée "Je tutoie mes anciens voisins" car elle habite depuis longtemps sur son lieu de travail : "Quand tu vis où tu travailles, tu connais des gens".

3.2. Les conditions en faveur du vouvoiement

Concernant les conditions en faveur de l'usage du vouvoiement, l'IDE n°1 explique qu'elle a rarement recours au vouvoiement. Elle et ses patients l'utilisent tout de même pour les contacts administratifs officiels écrits, quand il n'y a pas de contact physique : "Par mail, par courrier aussi on me vouvoie" mais aussi par téléphone : "Les premières approches : au téléphone pour prendre rendez-vous les patients vont me vouvoyer". L'IDE n°2 précise quant à elle qu'elle est en faveur du vouvoiement lors du premier contact avec le patient : "De prime abord, je vouvoie systématiquement". C'est ensuite seulement à la demande du patient que le tutoiement peut être utilisé.

4. Les effets de l'usage du tutoiement dans la relation de soin à domicile

Le dernier objectif de ces entretiens est de finalement nommer et comprendre les effets que peut provoquer l'usage du tutoiement dans une relation de soin à domicile. Concernant ce dernier objectif, l'IDE n°1 n'a pas vraiment pu répondre à cette interrogation car, pour elle, l'usage du tutoiement est tellement répandu et présent dans la communication avec ses patients qu'elle n'a su évaluer les effets que cela pouvait avoir par rapport aux effets de l'usage du vouvoiement. Effectivement, l'IDE n°1 tutoie tous les patients qu'elle soigne mais elle affirme tout de même que l'usage du tutoiement est pour elle positif car il permet de créer une relation spontanée : "Le tutoiement, c'est tellement naturel que c'est la norme". Pour l'IDE n°2, le tutoiement a pour effet positifs de permettre de créer une relation agréable : "C'est une relation différente, ça a un côté sympa", mais aussi une relation plus intime avec le patient.

Contrairement à l'IDE n°1, l'IDE n°2 pense qu'il existe aussi des effets négatifs du tutoiement car selon elle, celui-ci peut être un écart à la distance professionnelle exigée pour tout infirmier dans l'exercice de sa profession : "Ce n'est pas la meilleure chose à faire par rapport à la distance professionnelle". Elle souligne notamment que le tutoiement peut avoir des effets négatifs sur la relation soignant/soigné : "La distance est plus compliquée à gérer". Ainsi, l'IDE n°2 insiste sur la nécessité pour le soignant de garder une distance professionnelle, une limite avec son patient. De plus, l'IDE n°2 témoigne des difficultés que peut lui créer l'usage du tutoiement dans ses relations

avec les patients : “J’ai du mal à le lui dire” et explique que l’usage du tutoiement peut être une entrave à la communication parfois : “Je me sens moins à l’aise à lui dire les choses qui ne vont pas”.

V. La discussion

Je vais maintenant réaliser un parallèle entre le cadre théorique, les entretiens avec les professionnelles et mon propre cheminement afin de répondre à ma question de départ : En quoi le tutoiement dans les soins à domicile impacte-t-il la nature de l’alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné ?

Les recherches sur les différents concepts que sont : les soins à domicile, l’alliance thérapeutique et l’usage du tutoiement dans les soins ont éclairé mon questionnement et ont permis de me créer mon avis personnel dans le but de déterminer mon positionnement en tant que future professionnelle de santé.

1. Le domicile

J’ai découvert que le métier d’infirmière en soins à domicile était un domaine très spécifique. Dans un premier temps, la différence notable est le lieu d’exercice du soin. Le domicile est un lieu privé où les patients exercent leur autonomie. Leduc et Delcourt disent d’ailleurs que “la maison est une sorte de prolongement du corps de l’homme” (2007, p.147). C’est pourquoi l’infirmière à domicile doit faire preuve d’une grande adaptabilité. Elle doit apprivoiser systématiquement l’univers du patient chez qui elle entre, sans bousculer ses habitudes et son intimité. Le soin à domicile doit donc être empreint de subtilité et de respect. De ce fait, l’importance de la création d’une relation de confiance avec le patient est fondamentale dans les soins à domicile. Douguet et Vilbrod disent qu’une infirmière à domicile développe des qualités singulières comme “ la disponibilité, puis le sens du contact humain et la patience” (2014, p.9). Cela permet à l’infirmière libérale de développer une identité professionnelle différente de celle des autres domaines infirmiers. Cette identité professionnelle se crée d’une part par la singularité de la prise en soin. J’ai constaté que celle-ci était inscrite dans la durée. L’IDE n°2 expliquait qu’elle se rendait chez des patients qu’elle connaissait “depuis 20 ans”. J’ai compris qu’il s’agissait d’un facteur influençant fortement l’usage du tutoiement dans les soins à domicile. J’ai ressenti lors de mes entretiens que la durée des prises en soin permettait avec le temps, l’installation du tutoiement, comme une sorte d’empreinte du temps qui passe ou une manière d’exprimer un lien, une certaine fidélité mutuelle.

Ajoutons qu’outre les actes techniques et les prestations de soin que l’infirmière libérale est amenée à réaliser au domicile des patients, elle entretient une relation privilégiée avec ses patients, qui peut l’amener par exemple à aller chercher le courrier ou changer une ampoule. Ce sont

également ces actes “hors soins”, ne figurant dans aucune nomenclature, qui forgent cette identité de l’infirmière et cette singularité relationnelle entre elle et le patient. J’ai aussi pu découvrir à travers les entretiens avec les infirmières libérales que la relation singulière qu’elles créent avec leur patient est également due à la convivialité du domicile, qui semble moins inflexible que les structures hospitalières. En effet, les infirmières libérales soignent leur patient dans un environnement plus familial. Ainsi, selon moi, cette familiarité peut permettre plus naturellement de tutoyer les patients. D’ailleurs, l’IDE n°2 explique que “naturellement à domicile il y a plus d’occasions de tutoyer les gens que quand on est à l’hôpital”. L’environnement du domicile est moins formel que l’hôpital et permet donc la création d’une relation privilégiée avec les patients, libérant donc les infirmières de ce statut solennel qu’elles doivent respecter en structure. De plus, L’IDE n°1 relève cette notion de liberté dans son discours. Ajoutons que l’hôpital est souvent perçu comme un environnement froid où les soignants sont presque dénués d’humanité car uniformisés par la tenue blanche. Ainsi, le domicile est un lieu de contraste qui permet à l’infirmière de souligner cette convivialité et cette humanité en prenant la liberté d’utiliser le tutoiement. Celui-ci permet de créer une certaine intimité familiale qui renforce l’alliance thérapeutique soignant/soigné et permet à l’infirmière de mieux comprendre le patient.

2. Le tutoiement au service de l’alliance thérapeutique

Lors de mes recherches, j’ai également pu découvrir que la définition du centre national de ressources textuelles et lexicales du terme “tutoyer quelqu’un” signifie “En avoir une connaissance intime et approfondie”. Ainsi, le tutoiement est dans notre société un marqueur d’appartenance à une même famille, un même groupe et sous-entend une connaissance antérieure de la personne. En effet, cela peut être le cas comme j’ai pu le découvrir à travers l’entretien de l’IDE n°2 qui m’a expliqué qu’elle tutoyait les patients qu’elle connaissait antérieurement aux soins à domicile, notamment car elle réside sur son lieu de travail. Dans ce cas, l’infirmière utilise le tutoiement pour rester cohérente et garantir la symétrie de la relation de soin.

En outre, selon Phaneuf (2016, p.1), la notion d’alliance thérapeutique est définie par la recherche d’une symétrie entre l’infirmière et le patient. Cette symétrie n’est obtenue que si l’infirmière crée une relation de confiance avec le patient. Or, Hesbeen disait dans une conférence que l’on “ne peut pas tisser des liens avec l’autre si l’on ne se sent pas l’égal de l’autre”. L’alliance thérapeutique nécessite une collaboration, un partenariat entre le soignant et le soigné. Pour permettre la création de cette relation de soin et donc cette alliance thérapeutique, je pense que le tutoiement peut parfois s’avérer être un subtil outil linguistique. Berger dit d’ailleurs dans sa thèse que l’usage du tutoiement “induit donc des effets, qui ne sont pas toujours opposés à ceux du vouvoiement, mais parfois parallèles” (2019, p.12). Il ajoute également que l’usage du tutoiement

dans la relation de soin est parfois justifié par la recherche d'une relation égalitaire avec le patient. Il explique que le tutoiement "peut être basé sur une recherche d'égalité" (2019, p.13). J'ai donc appris que le tutoiement peut permettre la création même d'une alliance thérapeutique, qui, comme je l'ai expliqué auparavant, a comme fondement la recherche d'une symétrie entre le soignant et le soigné. Il permet de réduire le rapport de force existant souvent entre le soignant, qui possède le savoir, et le soigné, soumis à ce savoir.

D'autre part, selon l'IDE n°2, le tutoiement peut permettre de créer une relation agréable avec le patient, elle me confie que pour elle, "ça a un côté sympa" et que cela lui permet de se sentir plus proche du patient. Le tutoiement a donc ici un impact positif sur l'alliance thérapeutique puisqu'il permet de créer une convivialité et donc de mettre le patient en confiance avec le soignant. Cela permet de délier la communication, qui est le fondement du soin. D'ailleurs, Carillo dit "Tout soin est indissociable d'une communication avec le patient" (2013, p.27). Ainsi, le tutoiement permet parfois de faciliter la communication afin que le patient puisse s'exprimer plus aisément, notamment s'il souhaite donner un avis contradictoire. Finalement, le tutoiement peut se révéler être un formidable outil de communication dans la recherche d'une relation symétrique et égalitaire avec le patient. Il peut donc permettre de créer ou maintenir une alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient.

3. Le naufrage de l'alliance thérapeutique

3.1. Le tutoiement et le respect

Lors de mes recherches, j'ai compris que le tutoiement pouvait parfois atteindre des limites et être perçu comme un manque de respect. J'ai repéré un amalgame qui considère le vouvoiement comme une marque de respect, notamment lorsque l'on adresse à un inconnu. Dans ma culture, le vouvoiement est de rigueur. Il représente le respect d'autrui, la politesse et la bonne éducation. D'ailleurs, Berger dans sa thèse disait bien que "Le recours au vouvoiement manifeste souvent une démarche de respect" (2018, p.8). Néanmoins, selon moi, ce n'est pas parce que vouvoyer est une marque de respect dans notre société que le fait de tutoyer est par conséquent une marque d'irrespect. Effectivement, le tutoiement est souvent discuté et possède une connotation négative, car il traduit souvent un acte de maladresse ou d'impolitesse. Pourtant, j'ai pu confirmer que le respect et le vouvoiement dans le soin n'ont pas de lien évident. D'ailleurs, l'IDE n°1 et l'IDE n°2 partageaient cet avis. L'IDE n°1 expliquait que l'on peut tout à fait "employer le vouvoiement et être exécration". Le respect ne se démontre pas uniquement dans la manière dont l'on communique mais également dans l'observance de la pudeur et de l'intimité du patient, de son quotidien, de ses habitudes, de son domicile. Ainsi, afin que le tutoiement n'atteigne pas cette limite de l'irrespect, il

est important que son usage permette au soignant comme au soigné de respecter l'autre et d'être respecté.

3.2. Les dérapages

Au travers de mes lectures, j'ai constaté que le tutoiement peut présenter des risques mettant en péril l'alliance thérapeutique avec le patient. Lorsque le tutoiement transforme la relation de soin en relation plus intime ou que l'infirmière est amenée à soigner des patients qu'elle connaît, et donc à utiliser le tutoiement, cela peut compliquer la prise en soin. Berger explique que "les soins prodigués aux proches ne sont pas plus faciles ou confortables, au contraire" (2019, p.38). Parfois, le vouvoiement permet à l'infirmier de trouver un cadre rassurant où son statut de soignant est garanti. Or, dans certaines situations, le tutoiement n'autorise pas au soignant de se réfugier dans ce statut lui permettant de gérer ses émotions et de garder le rôle de professionnel. Le risque du tutoiement dans ce cas-ci, est d'entrer dans une sorte de relation de "copinage" qui desservirait totalement la relation de soin. D'ailleurs Berger dans sa thèse soulignait le risque de "dérapage avec le tutoiement" (2019, p.27). De plus, l'IDE n°2 soulevait lors de l'entretien une difficulté qu'elle rencontrait avec un patient qu'elle connaît depuis de nombreuses années et avec qui elle utilise le tutoiement : "Je me sens moins à l'aise à lui dire les choses qui ne vont pas". Ainsi, il me semble que, dans certaines situations, l'usage du tutoiement peut être une entrave à la communication et donc à l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné.

3.3. La notion de juste distance

J'ai compris dans mes lectures que l'usage du tutoiement ou du vouvoiement faisait apparaître la notion de juste distance professionnelle, qui peut s'avérer être une limite au tutoiement. Le comité éthique Bon Sauveur explique d'ailleurs que la juste distance est "un concept abstrait et non mesurable qui tend à le rendre difficile à définir" (2017, p.10). Cette phrase résume clairement cette notion : il est avéré que le lien entre tutoyer et respecter une juste distance avec le patient existe mais celui-ci est subjectif. Ainsi, j'ai pu découvrir qu'il appartient à chaque infirmier-e, selon ses valeurs, sa culture, son éducation de trouver un équilibre dans l'usage du tutoiement qui permettra au soignant comme au soigné de respecter les limites de chacun. En outre, l'IDE n°1 m'expliquait que l'usage du tutoiement dans les soins dépend aussi de l'expérience professionnelle. Elle explique que "Quand tu es jeune diplômé, que tu as un jeune âge aussi, le vouvoiement, c'est plutôt utile, mais pour le soignant". De ce fait, l'IDE n°1 met en exergue que l'usage du tutoiement dépend finalement de la capacité du professionnel à gérer ses émotions et prendre du recul sur les situations de soin qu'il rencontre. De plus, l'IDE n°1 soulignait que la juste distance, "on l'apprend à

force de soigner des gens”. L’expérience permet donc au jeune professionnel de trouver sa place dans la relation avec les patients.

Finalement, l’IDE n°2 déclarait dans l’entretien qu’ “il ne s’agit pas forcément du tutoiement, mais de l’implication personnelle que tu mets dans tes soins”. Ainsi, j’ai remarqué que malgré un lien évident entre le tutoiement et la juste distance professionnelle, ce qui compte avant tout est le positionnement du soignant par rapport au patient.

4. Nouveau regard sur ma situation d’appel

Suite à ce travail de recherche, je porte un nouveau regard sur mes situations d’appel. Dans ma première situation d’appel, je parlais de ma frustration face au refus de la part de l’équipe soignante que je tutoie un patient qui m’en faisait la demande, d’autant plus que toute l’équipe avait recours au tutoiement. Je suis désormais en mesure de comprendre que ce positionnement de l’équipe face au tutoiement était en fait une manière de me “protéger”. Effectivement, j’ai compris que l’usage du tutoiement impliquait de bien connaître ses limites et de savoir adapter son positionnement de professionnel dans une relation de soin. Or, mon manque d’expérience ne me permettait pas de connaître et délimiter mon statut en tant que professionnel. Il me semble maintenant compréhensible que l’équipe soignante refuse que j’utilise le tutoiement avant que j’acquière une certaine expérience qui me permet aujourd’hui de mieux connaître mes limites et d’adapter une juste-distance à chaque patient.

Les autres situations d’appel concernaient l’usage du tutoiement dans les soins à domicile. Dans l’une, je m’interrogeais sur mon incapacité à tutoyer une personne âgée. Je pense désormais, grâce à mes recherches, que la notion d’âge a fortement influencé mes difficultés à utiliser le tutoiement. En effet, j’appartiens à une culture où l’on vouvoie les personnes âgées dans le but de leur montrer un certain respect. Effectivement, j’avais un a priori sur le fait que le tutoiement pouvait être une forme d’impolitesse lorsqu’il s’agissait de s’adresser à une personne plus âgée. J’ai désormais compris que la notion de respect et du tutoiement n’ont qu’un lien subjectif et propre à chacun. Mon rôle en tant que professionnelle de santé est donc de m’adapter à chacun de mes patients tout en respectant également mes limites. De plus, j’ai compris que, à cause de mon manque d’expérience, mes limites à ce moment de ma formation ne m’ont pas permises de tutoyer la patiente, de peur que cette relation de soin devienne une relation trop familiale. Effectivement, je pense que je n’aurais pas été capable de gérer mes émotions si j’avais utilisé le tutoiement car je me suis prise d’affection pour cette personne âgée et le fait de garder une distance grâce au vouvoiement me permettait de garder une prise en soin efficace et professionnelle. Je me suis d’ailleurs adaptée à sa demande : en utilisant son prénom, j’ai respecté mes limites sans pour autant mettre un frein à la recherche de convivialité, si chère à la patiente. En outre, dans la dernière

situation d'appel, j'ai été capable d'utiliser le tutoiement car le contexte du soin n'était pas le même. En effet, le patient se rendait au cabinet pour réaliser ses soins. L'environnement du cabinet est, selon moi, plus institutionnel et plus formel que le domicile. Ce sont ces limites qui ont comblé mon manque d'expérience nécessaire pour avoir recours au tutoiement et c'est pour cela que j'ai sans doute plus facilement eu recours au tutoiement. Ajoutons que le patient était plus jeune et comme je le disais auparavant concernant ma culture, il m'était donc plus facile d'utiliser le tutoiement.

Finalement, je me sens dorénavant plus instruite et plus expérimentée pour être en capacité d'analyser une situation où j'aurais recours au tutoiement afin de trouver une juste-distance et un respect mutuel nécessaire à la création d'une alliance thérapeutique avec les patients.

5. Vers une question de Recherche

Finalement, le tutoiement dans les soins à domicile peut s'avérer avoir divers impacts positifs sur l'alliance thérapeutique. Le tutoiement apporte de l'intimité à la relation de soin à domicile et permet de faciliter la communication. Son but est à la fois de libérer la parole du patient et de permettre à l'infirmière de mieux le comprendre. Il facilite, en plus de l'environnement du domicile, la création d'une relation privilégiée. Par ailleurs, le tutoiement apparaît comme une barrière à la subordination et réduit l'asymétrie entre le soignant et le soigné. Cependant, tutoyer peut aussi parfois être vécu comme un manque de respect. C'est à chacun de dessiner ses limites afin d'éviter d'éventuels malentendus qui peuvent mettre en péril l'alliance thérapeutique. L'usage du tutoiement remet également en question la juste-distance avec le patient, les limites du statut de soignant. Ces limites doivent être prises en compte par le soignant afin de soigner le patient et de rester professionnel. Il me semble qu'il appartient à chaque soignant de connaître ses limites et de respecter celle du patient afin de profiter de toutes les vertus que peut offrir le tutoiement au service de l'alliance thérapeutique.

Depuis le début de mes recherches, j'ai constaté que le retentissement du tutoiement sur la nature de l'alliance thérapeutique peut se révéler très différent selon les diverses coutumes de chacun. Effectivement j'ai pu lire que l'usage du tutoiement varie en fonction des différents pays du monde. J'ai donc compris que le tutoiement, tout comme la communication entre individus, résultent et dépendent de divers us et coutumes. Ainsi, il paraît clair que l'usage du tutoiement dépend avant toute chose d'un facteur culturel. Lors de mon entretien avec l'infirmière de Nouvelle-Calédonie, elle confirmait cette hypothèse en affirmant que sur son île, le tutoiement était majoritaire. D'abord pour faciliter la communication, car la population parle de nombreuses langues, mais aussi par souci de convivialité. Finalement, l'impact de l'usage du tutoiement sur la nature de l'alliance thérapeutique est avant tout influencé par les usages culturels de chacun. En se penchant

sur ce point de vue, on peut alors se demander : **Dans quelles mesures les influences culturelles impactent-elles l'usage du tutoiement dans la relation de soin?**

VI. Conclusion

J'arrive au terme de cette initiation au travail de recherche en soins infirmiers qui aura duré une année. Je souhaitais trouver un sujet qui me tenait à cœur, qui me servirait dans ma profession. Le stage qui m'a le plus marqué durant ma formation est le stage que j'ai réalisé en cabinet libéral. Ainsi, le sujet de l'usage du tutoiement m'est apparu naturellement lors du récit de mes souvenirs d'expériences dans les soins à domicile. De plus, c'est un sujet que j'ai eu l'occasion de rencontrer dans d'autres stages et qui m'a toujours interrogé. Finalement, ce travail m'a permis de prendre du recul sur l'usage du tutoiement et de trouver mon positionnement à ce sujet en tant que future jeune infirmière.

J'ai donc commencé ce mémoire par des lectures d'auteurs, de chercheurs et de soignants à ce sujet. J'ai apprécié lire des auteurs traitant de ce sujet et se posant les mêmes questions que moi, m'apportant ainsi de nombreuses réponses. J'ai d'abord souhaité aborder dans le cadre conceptuel la spécificité des soins à domicile et de l'exercice de la fonction d'infirmière libérale. J'ai bien évidemment abordé le sujet de l'alliance thérapeutique, terme défini pour la première fois par le psychologue humaniste américain Carl Rogers. J'ai ensuite souhaité aborder le sujet de l'usage du tutoiement en l'amorçant par une ouverture historique. J'ai souhaité retracer les origines de l'usage du tutoiement et du vouvoiement car j'estime qu'il n'y a pas meilleur enseignement que l'Histoire pour comprendre les interrogations ou questionnements de notre société contemporaine.

Par la suite est venu le temps de concrétiser le sujet et de me tourner vers des professionnels. J'ai interrogé deux infirmières exerçant en libéral, l'une en Nouvelle-Calédonie et l'autre en milieu rural. Cette introspection a considérablement enrichi ma réflexion et éclairer mon questionnement. Leurs récits m'ont captivée et m'ont permis d'étoffer mon cadre théorique.

Je me suis ensuite heurté à la plus grande difficulté de ce travail de recherche : la discussion. J'avais beaucoup d'idées en tête et j'ai eu de la peine à les croiser avec le cadre théorique et l'analyse des entretiens des professionnels. Donner mon avis et mon positionnement en tant que future professionnelle n'a pas été sans difficultés car c'est la première fois que l'on me demande de juger et d'argumenter un sujet. Malgré ces difficultés, j'espère tout de même être parvenue à exprimer clairement mon opinion sur l'usage du tutoiement dans une relation de soin et à vous démontrer que mon questionnement a mûri au fil de ce travail de recherche.

Finalement, cette démarche de recherche m'a permis de désacraliser l'usage du tutoiement dans les soins et de trouver un positionnement de professionnel. Je sais qu'en tant que jeune

infirmière, il me sera difficile dans un premier temps de trouver un positionnement juste. Je pense que j'aurai recours au tutoiement dans les soins lorsque j'aurais mûri dans ma profession. Je trouve que le tutoiement peut réellement créer ou servir l'alliance thérapeutique avec les patients dans la limite où chacun se sent bien dans la relation et que celle-ci reste une relation de soins.

VII. Bibliographie

Ouvrages

- Alexandre Manoukian, Anne Masseur, P. (2001). La relation soignant-soigné (collection Pratique). Editions Lamarre.
- Florence Douguet, Alain Vilbrod, P. (2007). Le métier d'infirmière libérale. Editions Seli Arslan.

Articles de périodique

- Claudine Carillo, P.(2013). Créer une relation de confiance. Soins Aides-Soignantes, volume (10, n°50), pages 27-28
- Elian Djaoui, P.(2011), Approches de la « culture du domicile. Gérontologie et société. volume(34, n°136), pages 77 à 90. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-1-page-77.htm>
- Florence Leduc, Jean-Baptiste Delcourt, P. (2007). Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile, un éclairage sur l'intime. Gérontologie et société, volume(30, n°122), pages 145 à 149. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-3-page-145.htm>
- Ludovic Gadeau, P.(2002), Voies de l'alliance thérapeutique, Pacte narcissique et temporalité. Le Divan familial. volume(n°9), pages 137 à 150. <https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2002-2-page-137.htm>
- Marie-Claire Talon-Chrétien, Marjolaine Letheule Ngom, P.(2011). L'approche du corps en exercice libéral. Soins, volume (N°756), pages 49-50

Conférence

- Walter Hesbeen, P. (2016), Penser une relation de soin soucieuse de ce qui est vécu par chacun. http://www.utep-besancon.fr/UTEP_fichup/938.pdf

Textes législatifs :

- Article R4312-33 du Code de la Santé Publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496701/
- Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 (J.O. 27 juin 2004). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000801170/>
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (J.O. 8 août 2004). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002032636

Sites internet :

- Institut National De La Statistique et des Etudes Economiques, P.(2003). Profession 431g : Infirmiers libéraux. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/professionRegroupee/431g?champRecherche=false>

- L'Espèce, P.(1998). Les cerveaux associés. <http://www.bernardwerber.com/unpeuplus/innerview/innerview.html>
- Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive, P.(2020, 31 mars). Déterminants de l'alliance thérapeutique en contexte de troubles psychotiques : une revue de la littérature en faveur des approches RPS. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/publication-determinants-de-lalliancetherapeutiqueencontextedetroubles#:~:text=Parmi%20ces%20d%C3%A9terminants%20%3A%20les%20sympt%C3%B4mes,personne%2C%20et%20le%20type%20d'>
- Syndicat SPEL, P. (s. d.). Qu'est-ce qu'une profession libérale?.<https://syndicat-spel.f/2016/07/20/quest-ce-quune-profession-liberale/#:~:text=%C2%AB%20Le%20professionnel%20lib%C3%A9ral%20est%20celui,d%C3%A9ontologie%20garantissant%20le%20respect%20d>

Page web individuelle :

- Initiales Fbs, P.(2018, janvier). Réflexion éthique autour de l'usage du tutoiement et du vouvoiement dans la relation de soin. https://www.fondationbonsauveur.com/fileadmin/user_upload/Initiales_N__6
- Margot Phaneuf, P.(2016). L'alliance thérapeutique comme instrument de soins. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

Mémoires ou thèses :

- Guillaume Berger, P.(2019).L'impact de l'usage du tutoiement sur la relation de soin en médecine générale, le point de vue du médecin généraliste dans les Hautes Alpes. [D.E.S. de médecine générale, Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille].HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02363817/document>

Dictionnaire et encyclopédie :

- CNRTL. (s. d.). Alliance. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 13 mars 2021 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/alliance>
- CNRTL. (s. d.). Intime. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 20 mars 2021 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/intime>
- CNRTL. (s. d.). Thérapeutique. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 13 mars 2021 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/th%C3%A9rapeutique/substantif>
- CNRTL. (s. d.). Vouvoyer. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 27 mars 2021 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/vouvoyer>

Sommaire des annexes

Annexe I : Le guide d'entretien

Annexe II : La retranscription de l'entretien avec l'IDE n°1

Annexe III : La retranscription de l'entretien avec l'IDE n°2

Annexe IV : Tableaux d'analyses des entretiens

Annexe I : Le guide d'entretien

Question de départ : En quoi le tutoiement dans les soins à domicile impacte-t-il la nature de l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné ?

Introduction : Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je dois rencontrer des professionnels pour compléter mon cadre théorique. Le thème de mon mémoire est l'impact du tutoiement dans les soins à domicile sur l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné.

J'ai donc quelques questions à vous poser en lien avec cette thématique. Cet échange restera anonyme. Acceptez-vous que notre échange soit enregistré?

- 1) Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel?** *(Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ? Quelles sont vos expériences professionnelles avant de vous installer en libéral?)*

Le soin à domicile

- 2) Quelles sont selon vous les spécificités des soins à domicile?** *(Comment appréhendez-vous l'entrée dans le domicile du patient ? Et est-ce que le contexte de soin à domicile rend difficile la recherche, l'instauration et le maintien d'une distance professionnelle avec vos patients ? Ou au contraire, établissez-vous des liens plus personnels ? Que cela vous apporte-t-il ? Ressentez-vous une plus forte exigence des patients ? Ou au contraire, plus de convivialité ?)*
- 3) A quoi êtes-vous vigilant lorsque vous vous présentez chez un patient?**
- 4) Comment décririez-vous la relation soignant/soigné à domicile?** *(Trouvez-vous que le rapport avec le patient est différent de celui à l'hôpital? Qu'est-ce que ce genre de relation "différente" vous apporte en tant que professionnel?)*

L'alliance thérapeutique dans les soins à domicile

- 5) Comment vous y prenez-vous pour instaurer une relation de confiance avec le patient à domicile?**
- 6) Quels sont les facteurs qui selon vous favorisent cette relation de confiance?**

IV) L'usage du tutoiement dans les soins à domicile

- 7) Dans quelles conditions utilisez-vous le tutoiement et à l'inverse dans quelles conditions êtes-vous réticent à l'utiliser?** *(Que font les patients en retour lorsque vous employez le tutoiement lors des soins ? Quelle est votre réaction lorsque vous êtes tutoyé par un patient que vous vouvoyez ? Y a-t-il eu une évolution de l'usage du tutoiement depuis le début de votre pratique en tant qu'infirmière ?)*
- 8) Quel effet selon vous, le tutoiement peut-il avoir sur les soins que vous prodiguez au patient ?**
- 9) Finalement pensez-vous qu'il y ait des limites au tutoiement? Si oui, quelles sont-elles?**
- 10) Parlez-moi d'une situation où le tutoiement a fait basculer la relation de confiance avec un patient à domicile?**
- 11) Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Annexe II : La retranscription de l'entretien avec l'IDE n°1

Entretien IDE N°1 exerçant en Nouvelle Calédonie.

Moi : Ok, alors c'est parti, je vais commencer par ma première question : peux-tu me parler de ton parcours professionnel s'il te plait?

IDE n°1 : Euh... (rires) Ça fait 11 ans que je suis diplômée alors j'ai quand même fait pas mal de choses.

Moi : Ah oui, d'accord.

IDE n°1 : Euh, du coup, après le diplôme, j'ai travaillé un petit peu en France pendant 3 mois pour payer mon billet d'avion pour partir à Tahiti. Du coup, j'ai fait plein de remplacements à l'hôpital de Rennes, à Pontchaillou dans pleins de services différents. Et après je suis partie à Tahiti pendant 5 ans, du coup j'ai travaillé à l'hôpital de Tahiti dans un service qui était un peu nouveau là-bas en fait : c'était un service infectieux. Il y avait des maladies bactériennes qui s'étaient développées à Tahiti et du coup on mettait des gens en isolement dans ce service là. Et après du coup je suis partie en Nouvelle-Calédonie et là aussi j'ai fait des remplacements dans plusieurs cliniques, euh de la médecine générale, viscérales, de la gynéco, enfin j'ai fait un peu de tout quoi! Et après j'ai acheté un conventionnement et maintenant je suis en libéral.

Moi : Ok, ça marche et du coup ça fait combien de temps que tu es en libéral?

IDE n°1 : Et du coup ça fait depuis 2015 que je suis en libéral donc ça fait 6 ans.

Moi : Ok. Selon toi, quelles sont les spécificités des soins à domicile?

IDE n°1 : Alors les spécificités, niveau soins tu retrouves à peu près la même chose qu'à l'hôpital. Moi, j'ai beaucoup de patients diabétiques, et pas mal de pansements, spécifiquement tu sais ici on a beaucoup de furoncles, d'abcès. C'est un peu typique des îles je crois.

Moi : Ah oui?

IDE n°1 : Oui il y en a beaucoup ici sur l'île avec le temps, à cause de l'humidité et de la chaleur, ça se développe vachement ici.

Moi : Ah oui d'accord.

IDE n°1 : Sinon, en soin on a aussi des dialyses péritonéales, on peut avoir aussi des PCA de morphine, enfin tout ce que tu peux retrouver à l'hôpital sauf que s'est mis en place à domicile, Ce qui fait que les soins sont très très variés. Après tu peux aussi refuser les soins que tu n'as pas envie de faire, c'est aussi un des avantages d'être à domicile, c'est que tu choisis ce que tu as envie de faire et quand tu as envie de le faire.

Moi : Et en ce qui concerne le relationnel ?

IDE n°1 : Alors à domicile c'est effectivement là que ça se différencie de l'hôpital. Du coup au niveau relationnel, et bien forcément moi, ça fait depuis que je suis conventionné, depuis que j'ai mon cabinet que je vois mes patients, matin et soir, donc comment te dire que ça fait 6 ans que je vois les mêmes personnes matin et soir donc forcément ce n'est pas la même chose qu'à l'hôpital. On se connaît bien, c'est plus convivial, ils connaissent un petit peu ma vie, je connais très bien la leur, donc les liens sont très très différents forcément oui, c'est là que la différence est la plus évidente.

Moi : En ce qui concerne la création de ces liens plus personnels, qu'est-ce que ça t'apporte du coup aujourd'hui le fait de travailler à domicile?

IDE n°1 : Du coup, pour moi en tout cas, quand tu travailles à domicile, l'avantage est que c'est toi qui choisis beaucoup de choses, par exemple tu peux choisir de rester plus longtemps chez quelqu'un s'il y a besoin, tu es pas pressé, tu peux t'organiser comme tu as envie, enfin tu es beaucoup plus libre dans ce que tu veux faire que quand tu es à l'hôpital. Tu as beaucoup d'administratif aussi à l'hôpital, beaucoup de comptes à rendre, de cahier à remplir, des transmissions, de choses comme ça et c'est quand même plus léger quand tu es en soins à domicile.

Moi : D'accord, j'ai une autre question concernant les soins à domicile, à quoi es-tu vigilante lorsque tu te présentes chez un patient? Quelles sont les choses auxquelles tu fais attention?

IDE n°1 : Alors forcément il faut se présenter systématiquement, il faut avoir le sourire et surtout il faut s'intéresser tout de suite au patient : pourquoi il nous a appelé, comment il s'est fait la blessure par exemple, quel médecin il a vu, est-ce qu'il a été opéré, quelles sont ses antécédents, etc.... On s'intéresse beaucoup à sa vie en fait, il faut se concentrer sur lui.

Moi : Donc quand tu rentres chez un patient, tu t'intéresses en premier à son histoire personnelle?

IDE n°1 : Voilà. En fait on ne s'intéresse pas qu'à son problème mais à sa personne. On rencontre la famille en plus tu vois, donc il y a souvent des enfants qui sont là, qui regardent les soins que l'on est en train de faire. Donc en fait c'est ça le domicile, on s'intéresse aussi souvent à l'entourage du patient, qui s'occupe de quoi, par exemple il y a des matins où on a des patients un peu psy, souvent il y a un référent dans la famille et c'est avec lui que l'on discute. L'entourage a une grande importance dans les soins à domicile.

Moi : Tu as déjà un peu répondu à cette question mais est-ce que tu trouves que le rapport avec le patient est différent de celui à l'hôpital?

IDE n°1 : Forcément qu'il est différent, l'hôpital c'est pas chez eux, et tout de suite ils sont moins à l'aise, ils sont plus stressés je dirais, ils sont un peu anxieux, alors que quand tu as des soins à domicile, même si ce sont des soins qui peuvent parfois être compliqués comme par exemple des soins palliatifs : j'avais une dame de 45 ans par exemple qui avait un cancer généralisé et qui allait décéder bientôt, et elle savait tout ça, et le fait d'être à domicile ça à quand même aidé tu vois à la prise en charge et à ce qu'elle se sente mieux, plus à l'aise. Il y avait la famille autour, très présente.

Donc c'est vrai que quand tu es à l'hôpital, c'est le patient qui est obligé de s'adapter au quotidien de l'hôpital tandis qu'à domicile, c'est toi qui rentre dans le quotidien du patient et qui t'adaptes. Par exemple moi ça m'arrive d'arriver chez un patient, il est en train de manger, donc il me dit "attends je suis en train de manger tu ne peux pas repasser dans 5 minutes". Voilà. (rires) C'est toi qui t'adaptes au patient.

Moi : D'accord, et selon toi quels sont les facteurs qui favorisent la relation de confiance particulière qu'il y a à domicile ?

IDE n°1 : Alors pour moi le premier facteur et le plus important, c'est la durée forcément, au bout de 6 ans, on peut développer une bonne relation avec le patient. J'ai même une patiente c'est matin midi et soir que je la vois tous les jours donc tu vois. Forcément on développe une tout autre relation de confiance qu'à l'hôpital quand on voit les patients plusieurs fois par jour et tous les jours. L'autre facteur, qui favorise la relation de confiance que j'ai avec mes patients à domicile, est le fait que ce sont les médecins qui donnent notre numéro au patient. Ça se fait souvent tu sais c'est par bouche à oreille, par recommandation, donc ils savent déjà qui on est, donc c'est vrai que du coup ils ont confiance en leur médecin et donc par anticipation, ils vont déjà avoir confiance en l'infirmière qui va venir à leur domicile.

Moi : D'accord, donc en Nouvelle-Calédonie, ce sont les médecins qui choisissent l'infirmière qui va se déplacer à domicile? Parce qu'en France, souvent le médecin prescrit une ordonnance mais après ce sont les patients qui choisissent leur infirmière.

IDE n°1 : En fait, il y a souvent des infirmiers qui sont rattachés à des médecins sur l'île, et du coup chaque médecin a souvent une infirmière qui travaille avec lui, mais ce n'est pas obligatoire. Par exemple, parfois tu as des patients qui sortent de l'hôpital et ils ont besoin d'une infirmière pour des pansements et donc ils cherchent sur l'annuaire. Mais après, souvent ce qui est fait c'est qu'ils vont soit appeler la pharmacie, soit appeler leur médecin, pour savoir s'ils n'ont pas un contact à leur donner : en fait ça marche beaucoup par bouche-à-oreille sur l'île.

Moi : C'est vrai qu'en France, en tout cas moi je sais que j'habite en campagne, et ça marche encore beaucoup au bouche-à-oreille aussi.

IDE n°1 : Voilà, et pour moi c'est là que la relation de confiance commence car ils font justement confiance à ce qu'on leur conseille et ce qu'on leur a dit de nous. Donc voilà, pour la première rencontre je dirais que c'est les deux facteurs principaux pour engager la relation de confiance. Après, la confiance ça s'acquiert, ce n'est pas du jour au lendemain forcément, c'est le relationnel qui fait tout après.

Moi : Du coup, concernant la relation avec le patient, dans quelles conditions tu utilises le tutoiement et à l'inverse dans quelles conditions tu es réticente à l'utiliser?

IDE n°1 : Alors, concernant le tutoiement, tu sais que j'ai travaillé à Tahiti et là-bas, il y a quasiment pas de vouvoiement, ou alors vraiment pour des rendez-vous bien précis mais c'est très rare. Ici, en Nouvelle-Calédonie, il y a les deux : le tutoiement et le vouvoiement. Souvent les premières

approches, genre au téléphone, les gens ils vont m'appeler pour prendre un rendez-vous : ils vont me vouvoyer. Par mail aussi, par courrier aussi on vouvoie. Par contre, dès que tu as la personne en face, c'est souvent là que le tutoiement s'installe. Ce n'est pas toujours dès le premier rendez-vous mais c'est quand même très souvent le cas.

Moi : D'accord, et c'est naturel ou c'est une demande du patient? Par exemple quand tu vas chez les patients, c'est eux qui te disent est-ce que tu peux me tutoyer où ça vient naturellement ?

IDE n°1 : Non, c'est naturel. Il n'y a pas de demande de tutoiement, vraiment oui ça se fait naturellement. Si tu veux ici, il y a beaucoup de mixité dans les populations. Tu as des wanasiens, des kanaks, des tahitiens, des français, tu as beaucoup d'îliens, du coup les îles font que le tutoiement est très très employé. En fait chacun parle son dialecte, enfin sa langue locale, et du coup si en plus on rajoute du vouvoiement, ça devient compliqué de communiquer parce que déjà ils ne parlent pas très bien français tu vois. Ils ont leur langue, et du coup le français c'est une deuxième langue que certains parlent correctement et d'autres ne parlent pas du tout français. Dans ce cas, c'est par petits mots, donc le tutoiement simplifie la communication également.

Moi : Le tutoiement permet donc de simplifier la communication?

IDE n°1 : Voilà, l'usage du tutoiement et aussi une question de communication, pour simplifier les choses j'utilise le tutoiement parce que déjà il y a certaines personnes sur l'île qui ne parlent pas français.

Moi : D'accord, ça marche. Et selon toi, quels effets a le tutoiement dans les soins que tu prodigues au patient?

IDE n°1 : Alors, euh du coup il y a pas vraiment d'effet! (rires) Tu vois ce que je veux dire ? C'est tellement naturel du coup de tutoyer que ça serait plutôt l'inverse, par exemple si je vouvoyais dans mes soins, ça me ferait bizarre de vouvoyer des patients que je connais depuis longtemps, même des gens que je vois pendant 15 jours ça me ferait bizarre. Tu vois par exemple, au premier rendez-vous, je vais souvent vouvoyer les patients mais le tutoiement s'installe tellement vite après que ça me ferait bizarre de ne pas l'utiliser. Le vouvoiement dans l'histoire en fait c'est vraiment juste la première approche avec le patient pendant le premier rendez-vous, on l'utilise pendant deux ou trois phrases et après le tutoiement s'installe naturellement. Donc voilà, je ne serai pas quoi te répondre là sur les effets du tutoiement car pour moi c'est tellement naturel que ça ne change pas grand-chose dans mes soins. C'est la norme pour moi.

Moi : Et par exemple, je ne sais pas si ça peut t'aider à répondre à la question, mais si tu les vouvoyais dans les soins, est-ce que tu penses que ça changerait quelque chose dans ta relation avec eux?

IDE n°1 : Bah oui parce que du coup ce serait beaucoup plus difficile dans la communication avec eux. Il faudrait à chaque fois penser à dire "vous", Pour moi ça complique les choses en fait d'utiliser le vouvoiement, parce que du coup à chaque fois que tu dis quelque chose il faut que tu réfléchisses à la manière dont tu vas la dire quand tu vois, tu vois ce que je veux dire ? Alors que pour moi quand tu

utilises le tutoiement c'est beaucoup plus naturel, et du coup c'est plus fluide la communication. Tu n'as pas de réflexion à faire dans ta tête, à te demander comment tu vas lui parler comment tu vas lui dire les choses.

Moi : Oui, je vois ce que tu veux dire. Donc au final, toi tu penses que le tutoiement, il est possible dans les soins?

IDE n°1 : Ben oui, évidemment, ça ne m'a jamais posé de problème. En fait, à partir du moment où le vouvoiement chez nous n'est pas du tout employé, le tutoiement est quelque chose de naturel en fait. Il n'y a pas de question à se poser si tu veux, c'est quelque chose qui n'est pas réfléchi maintenant, qui n'est plus réfléchi. Tu vois quand on va en France par exemple, bah on réfléchit en fait à ce qu'on va dire, quand on va vouvoyer des gens, c'est quelque chose qui n'est plus du tout naturel. Moi à partir du moment où ça devient quelque chose de naturel, quelque chose d'employé couramment, il n'y a plus les questions que tu peux te poser derrière, par rapport au vouvoiement : est-ce que je mets une barrière entre moi et le patient, est-ce que c'est un manque de respect? En fait, le respect dont on parle lorsque l'on vouvoie une personne, chez nous du coup ça ne sera pas là où il y aura du respect, Ça ne se fera pas dans le tutoiement ou dans le vouvoiement, le respect se fera d'une autre manière.

Moi : De quelle manière ?

IDE n°1 : Et bien dans les soins à domicile tu vas déjà respecter le quotidien de la personne. Tu dois t'adapter à lui : tu respectes son temps de repas, tu vas passer en fonction de leurs disponibilités, tu vas faire attention quand tu vas prendre quelque chose, tu vas bien le ranger. Tu fais aussi attention à leur environnement en fait, si la chaise était rangée là par exemple, tu la remets à la même place, il faut bien fermer la porte quand on part aussi. Finalement en fait le respect se fait dans ce sens-là, tu vois? Ce n'est pas parce que tu emploies le "tu" qu'il y aura un manque de respect, pour moi c'est dans la façon dont tu te conduis, dont tu vas dire les choses, que tu respectes la personne. Tu peux très bien employer le vouvoiement et être exécration dans ta manière d'être. Alors que pour moi, une personne qui te tutoie mais qui va être accessible, être quelqu'un à qui tu peux parler et qui a un comportement ouvert, qui est souriant : il n'y aura aucun manque de respect là-dedans. Le vouvoiement ne va pas faire que tu vas être respectueux. Pour moi, c'est juste un mot en fait. C'est ce que tu mets derrière dans le vouvoiement qui fait que, dans les codes de la langue, le vouvoiement est utilisé comme quelque chose de respectueux. Mais si tu ne mets pas tout autour, c'est à dire si tu utilises le vouvoiement mais que à côté tu parles mal, tu es méchant, tu rentres en claquant les portes, que quand tu fais des soins tu n'as pas d'empathie, bon bien sûr là je grossis le trait, mais dans ce cas-là le vouvoiement il sert à rien!

Moi : Ma dernière question est parle-moi d'une situation où le tutoiement a fait basculer la relation de confiance avec un patient à domicile? Mais cette question ne me semble pas vraiment adaptée ici au vu de tes réponses précédentes. Donc tu as répondu à toutes mes questions, je te remercie !

IDE n°1 : C'est vrai, j'ai tout répondu?!

Moi : Oui !

IDE n°1 : Et oui du coup, je tutoie tous mes patients alors je n'ai pas de situation comme ça à te raconter !

Moi : Oui, j'ai bien compris. Donc ça y est! Juste, est-ce que tu as quelque chose à rajouter?

IDE n°1 : Alors moi quand j'avais fait mon mémoire sur le vouvoiement et tutoiement en milieu psychiatrique, ce dont je m'étais rendu compte surtout c'est que lorsqu'on est jeune soignant, c'est vrai que c'est difficile au début d'avoir, si tu veux, la distance. C'est-à-dire ce dont on te parle à l'école : la distance entre le soignant et le soigné n'est pas toujours si simple. Quand tu es jeune diplômé, que tu as un jeune âge aussi, le vouvoiement, ce que je m'étais rendu compte, c'est que c'est plutôt utile, mais pour le soignant en fait. Pour moi, ça aide le jeune soignant à garder sa place, c'est vrai que de vouvoyer, ça permet plutôt aux soignants d'arriver à maintenir la distance qu'il faut dans une relation de soin. Parce que c'est vrai qu'il ne faut pas non plus dépasser certaines choses, mais ça on l'apprend à force de soigner des gens. Tu apprends à avoir la place qu'il faut, tu apprends à dire les choses qu'il faut : ça c'est l'expérience qui fait que le tutoiement est plus facile peut-être. C'est ce que j'avais ressenti en fait, après mon mémoire. Je me suis dit, ah ben oui en fait le vouvoiement ça sert pour quelqu'un de jeune diplômé, de faire son expérience sans entrer dans une relation soignant/soigné trop proche quoi. C'est difficile en fait de garder cet écart, c'est un peu compliqué parce que tu vois, tu t'attaches aux gens donc il faut savoir faire aussi la part des choses entre tes patients et ta famille quand tu rentres chez toi quoi. Bien que j'ai envie de te dire que maintenant, mes patients c'est un peu ma famille! (rires) Mais il faut prendre en compte toi, qu'est-ce que tu es capable de faire, d'avoir et de gérer, tu vois? Toi, qu'est-ce que tu es capable de gérer comme émotions, quand tu reçois des patients qui sont malades. Soit tu arriveras à tutoyer sans que ça te touche trop, soit tu seras obligée de vouvoyer pour justement que ça te pose, toi, ta limite, et que tu arrives à soigner sans qu'en sortant de la chambre tu sois complètement chamboulée quoi, tu vois?

Moi : Oui, je vois bien ce que tu veux dire. D'accord et bien merci d'avoir répondu à mes questions.

IDE n°1 : Et bien de rien et puis bon courage à toi alors!

Moi : Merci Beaucoup ! Bon courage à toi pour ta journée.

IDE n°1 : Merci, aller tata ! Ah oui "tata" c'est au revoir ici!

Moi: Ah oui (rires) Tata alors !!

IDE n°1 : Bonne nuit à toi, au revoir.

Moi : Au revoir !

Annexe III : La retranscription de l'entretien avec l'IDE n°2

Entretien IDE n°2 exerçant en France

Moi : Alors pour commencer l'entretien, est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel?

IDE n°2 : Alors du coup moi je suis rentrée à l'IFSI de Nantes en 1993 juste après le bac. Donc j'ai été diplômée en 1996 et après, j'ai postulé au CHU de Nantes, dans un service de chirurgie gynécologique, donc en hospitalisation conventionnelle. Euh après, qu'est-ce qu'il y a eu... Ah oui, j'ai travaillé à Pen-Bron aussi pour des remplacements dans un SSR. Ça, c'était au tout début, avant le CHU de Nantes. Au CHU de Nantes, je suis restée 1 an à peu près, mais c'était à l'époque où il ne faisait que des contrats d'un an, ils ne renouvelaient pas directement. Je crois qu'il fallait attendre 3 mois avant d'avoir un autre contrat, et puis après ils pouvaient te reprendre, mais moi entre temps j'avais déménagé dans le coin et donc je suis allé travailler au centre hospitalier de Châteaubriant. Là, j'ai fait des remplacements aux urgences, en chirurgie. Ensuite il y a eu un poste de disponible, un poste de remplacement au centre de soins à domicile de Nozay. Et comme moi j'avais fait du centre de soins dans mes études en stage, j'ai postulé là pour un CDD. Après il me semble que je suis retourné un peu à Châteaubriant et il y a eu une démission au centre de soins de Nozay donc je suis revenu. C'est comme ça que je suis arrivée à Nozay, il me semble que c'était en 1999. Et depuis, je suis toujours restée à domicile.

Moi: D'accord, et donc tu es installée en libéral depuis combien de temps?

IDE n°2 : Je suis installée depuis 2006 en libéral.

Moi : D'accord, alors selon toi, quelles sont les spécificités des soins à domicile? C'est -à -dire, qu'est-ce qui les différencie majoritairement des soins hospitaliers?

IDE n°2 : Et bien la grande différence, c'est qu'on va chez les gens, donc ce n'est pas du tout le même rapport. C'est vrai qu'on vient faire une prestation, mais il y a un véritable attendu des gens. C'est vrai que c'est une relation qui est peut-être plus équilibrée qu'à l'hôpital, où à l'hôpital, et bien les gens ils sont dans leur lit et puis ils doivent attendre. Ils sont pris dans le truc, ils ne peuvent pas agir lors des soins, ni sur qui va venir les faire, ni sur ce qui se passe en fait. Ils sont dans la structure et ils doivent s'adapter et à domicile c'est différent, c'est nous qui nous adaptons au patients. Donc voilà, pour moi c'est ça la vraie spécificité, la plus grande différence.

Moi : D'accord, et est-ce que tu dirais du coup que le contexte du domicile rend difficile l'instauration d'une distance professionnelle avec les patients?

IDE n°2 : C'est plus difficile. Après, au fur et à mesure des années tu sais comment te positionner quand même mais oui forcément, quand tu vois les gens pendant 20 ans. Et puis quand tu vis où tu travailles, tu connais les gens donc forcément si tu les tutoies dans la vie privée, tu ne vas pas les vouvoyer en soins quoi. Après ça dépend, moi il y a des gens que je vois depuis 20 ans et que je vouvoie toujours. Après c'est à toi de décider, mais c'est vrai que naturellement à domicile il y a plus d'occasions de tutoyer les gens que quand on est à l'hôpital.

Moi : D'accord, et est-ce que toi tu ressens personnellement que les patients sont plus exigeants à domicile qu'à l'hôpital ?

IDE n°2 : Alors ça fait longtemps que je n'ai pas fait d'hôpital ! Donc euh, après voilà on vient chez eux et on est prestataires de soin quoi. Donc si on ne leur plaît pas, et bien il nous renvoie, et ils en prennent une autre. Donc évidemment, on est aussi obligé de faire attention à la façon dont on est perçu par les patients. On ne peut pas arriver et faire la loi chez les gens donc on est quand même obligé de se plier un peu à leur façon de faire. Après moi par exemple, je sais que j'ai beaucoup de mal avec les chiens et c'est compliqué au début de dire aux patients : "Et bien non, là votre chien il faut le ramasser". Je ne peux pas travailler avec le chien qui est collé à moi et qui me renifle pendant que je fais les soins mais des fois il y a des gens qui le prennent mal, donc on est obligé d'amener ça diplomatiquement. Après voilà, c'est partout pareil, en général, il y en a qui sont super cool et d'autres qui sont très exigeants donc je ne sais pas si ça change vraiment de l'hôpital... Mais la seule différence comme je disais c'est qu'ils peuvent décider eux-mêmes à quelle heure tu dois venir faire les soins, chose qu'à l'hôpital ils n'ont pas le droit d'exiger. Donc c'est vrai que l'exigence des patients à domicile c'est souvent par rapport aux horaires. Après moi, depuis l'épidémie du Covid, moi je trouve que les gens, ça les a changé un peu.

Moi : Ah oui?

IDE n°2 : Oui, tu sais bien avant c'était vraiment pesant des fois, il y en a certains, on était vraiment à leur service... Et c'est vrai que depuis le Covid, j'ai trouvé que les gens sont moins exigeants en général. Tu vois, on entend davantage de « faites comme vous pouvez » et ce sont des choses qu'on entendait plus. Donc ça a eu au moins cet effet là. J'en ai parlé avec les filles et on disait ça oui...

Moi : Tant mieux, si on peut tirer un peu de positif de la situation... et donc quand tu te présentes chez un patient, quelle est la chose à laquelle tu es le plus vigilante avant d'entrer ou en entrant ?

IDE n°2 : Oh, euh je ne sais pas... De me présenter moi, d'abord. De demander pourquoi on vient, de demander au patient ce qui lui arrive, prendre un premier contact je dirais.

Moi : D'accord. Comment est-ce que tu décrirais la relation soignant-soigné que tu as avec tes patients ?

IDE n°2 : Alors là! J'en sais rien, ce serait comment moi j'espère qu'elle est ?

Moi : Oui, c'est ça. C'est très personnel !

IDE n°2 : Après je ne sais pas... Et bien j'espère qu'elle est de mon côté bienveillante, efficace et professionnelle. Après, je ne dis pas que je le suis toujours ! (rires) Ce n'est pas toujours simple mais c'est ce que j'essaie de faire en tout cas !

Moi : Concernant l'alliance thérapeutique avec le patient, comment est-ce que tu prends pour instaurer une relation de confiance avec un nouveau patient à domicile ?

IDE n°2 : Et bien déjà, ce qu'on disait, arriver, se présenter, et surtout prendre le temps d'être à l'écoute. Il faut chercher à savoir ce qui s'est passé et pourquoi on vient, expliquer comment vont se dérouler les choses, faire preuve de compréhension envers le patient et de le lui montrer. Il faut vraiment tenir compte de ce qu'il dit. L'important c'est de ne pas arriver en imposant son truc, il faut s'adapter à lui.

Pour moi, c'est aussi important de montrer qu'on est plusieurs et qu'on se passe le relais. Devient prévenir le patient si le lendemain ce n'est pas nous qui passons mais une collègue, de lui dire qu'il se sera. voilà, il faut que les gens ils sont qu'il y a une équipe derrière, qu'on a plus ou moins la même façon de faire, qu'il y a des transmission entre nous point souvent ce que je fais aussi c'est que je laisse notre carte, et je dis aux patients que si jamais ils ont un souci il faut pas hésiter à nous appeler 2 points pour moi c'est leur montrer qu'on est là, qu'il y a quelqu'un tu peux leur donner une réponse.

Moi : D'accord. Et selon toi, quels sont les facteurs qui favorisent les relations de confiance dans les soins à domicile?

IDE n°2 : Et bien, d'être à ce qu'on fait, afin d'être professionnel, efficace. Je pense qu'après, quand les gens voient que l'on est soucieux de leur bien-être, que l'on veut bien faire, que ça nous tient à cœur de bien faire, je pense qu'au bout d'un moment, ils savent que s'il y a un problème, on ne va pas les laisser tout seul. Ils savent qu'avec les médecins, on va gérer. Après, c'est difficile, on ne sait pas ce qu'il en pense eux !

Moi : Oui, mais en tous cas, il s'agit des facteurs que tu as pu constater avec ton expérience. Il s'agit ici de dire ce que tu penses, toi, mettre en place pour favoriser la relation de confiance que tu as avec tes patients?

IDE n°2 : Déjà, si les patients te rappellent, c'est que c'est bon. Ensuite, par exemple, si sur un pansement on propose au patient : "et bien moi je ferais plutôt comme ça" et que ça fonctionne, après, les patients vont plus t'écouter quand tu vas leur donner ton avis sur les soins. Il y a aussi le fait que, par exemple, si tu vois une aggravation et que tu les envoies chez le médecin parce que tu penses qu'ils en ont besoin, et que le médecin dit au patient « votre infirmière a bien fait de vous envoyer ! », pour moi ça favorise la confiance qu'ils peuvent avoir en toi. Par contre, si tu l'envoies chez le médecin et qu'il lui dit qu'il n'y avait pas besoin qu'il vienne le voir, là ça ne favorise pas la relation de confiance. Il faut ramer derrière pour rattraper cette "erreur". C'est ça qui est difficile dans la relation des fois, c'est de prendre des décisions pour le patient qui nécessite une toute autre organisation qu'à l'hôpital. A domicile, tout est plus compliqué. S'il faut retourner voir un chirurgien, il faut prévoir un transport, il faut prévoir une demi-journée pour aller en consultation : ce n'est pas comme à l'hôpital ou tu peux dire à un collègue « Tiens, j'ai un doute, est-ce que tu peux me donner ton avis ». À domicile, demander un avis c'est tout un truc donc c'est vrai que si tu mets tout ça en route et que lorsque le patient arrive chez le chirurgien, il lui dit qu'il n'y avait pas besoin de venir, il y a un gros risque de perdre la confiance que le patient avait en toi.

Et pour moi l'autre facteur important dans les soins à domicile c'est le temps qui passe. C'est vrai que les gens, quand ils nous connaissent depuis longtemps, savent qu'ils peuvent nous faire confiance. Le fait que l'on suit des patients sur la durée, on sent qu'ils sont contents de nous, il félicite l'équipe, ça

fait plaisir. Au moins, quand tu vas chez ces gens-là, et qu'il y a d'autres partenaires qui sont amenés à travailler avec toi, je pense notamment à l'HAD, les patients peuvent montrer aux autres professionnels que les infirmières qui les suivent, elles savent ce qu'elles font. C'est aussi là que tu vois que tu as réussi à acquérir une certaine confiance avec tes patients.

Moi : Ok, et alors du coup, concernant le tutoiement, dans quelles conditions utilises-tu le tutoiement dans les soins et au contraire dans quelles conditions tu es réticente à l'utiliser ?

IDE n°2 : Alors, de prime abord, je vouvoie tout le temps. A vrai dire, c'est rare que je tutoie mes patients. Ça m'arrive quand ce sont des mineurs, les enfants c'est vrai que c'est assez simple de les tutoyer. C'est toujours un peu plus compliqué pour les ados qui sont entre deux âges, en général jusqu'à 14 ans je me pose pas trop de questions pour tutoyer, mais après c'est vrai que des fois c'est compliqué, il y a des enfants de 17 ans qui font plus âgé que moi donc... (rires). Donc c'est vrai que pour ces ados là, même s'ils n'ont que 16 ans, j'ai du mal à les tutoyer. Le tutoiement pour moi c'est un peu au cas par cas.

Je tutoie aussi mes anciens voisins, parce qu'en fait comme j'habitais dans la région avant, je connais quand même du monde. Il y a toute une partie de personnes que j'ai tutoyé auparavant, donc c'est vrai que du coup quand j'y retourne en soin, je ne vais pas les vouvoyer. Ça peut être aussi des commerçants que je connais, des enfants de patients que je connais bien, ou encore des gens qui ont le même âge que moi.

Moi : Des patients qui ont le même âge que toi mais que tu n'as pas forcément dans tes relations privées ?

IDE n°2 : Oui, par exemple je connais une patiente que je tutoie, que tu connais aussi d'ailleurs parce que tu as été chez elle en stage avec moi il me semble. Avec elle, on a la même tranche d'âge et en plus elle est très familière avec moi. Elle me tutoie donc c'est compliqué pour moi de ne pas la tutoyer. Donc voilà en gros, je tutoie aussi les patients qui me tutoient.

Moi : Et toi ça ne te dérange pas quand les patients te tutoient ?

IDE n°2 : Alors, ça peut être compliqué des fois. Mais d'un côté, je trouve que c'est un peu se mettre à distance quand les gens te tutoient et que toi, tu continues à les vouvoyer, tu vois ce que je veux dire ?

Moi : Ça met une distance qui ne permet pas de créer une relation de confiance, c'est ça ?

IDE n°2 : Oui, voilà.

Moi : Donc si je résume, dans la situation où tu ne connais pas les patients, tu les tutoies à leur demande ?

IDE n°2 : Oui, exactement.

Moi : D'accord, et donc, selon toi, quels effets a le tutoiement dans les soins, dans ta relation avec les patients ?

IDE n°2 : C'est-à-dire?

Moi: Est-ce que tu vois une différence dans la relation entre les patients que tu tutoies et les patients que tu vouvoies? Si oui, laquelle?

IDE n°2 : Oui ! Le fait de passer au tutoiement, tu rentres dans une autre dimension de relation. C'est une relation différente, ça a un côté sympa, parce que tu te sens plus proche du patient mais je pense que ce n'est pas la meilleure chose à faire par rapport à la distance professionnelle. La distance est plus compliquée à gérer en tant que professionnel. Il y a aussi le fait que, quand tu tutoies les gens, ce n'est pas toujours facile de dire les choses. Moi par exemple, j'ai un patient qui n'est pas du tout observant, il ne suit pas correctement ses soins. Il a mon âge et je le connais depuis 20 ans, c'est un voisin familial et il me tutoie donc c'est vrai que ça m'embête de lui dire vous. Mais du coup, je rencontre des difficultés à lui dire quand ça ne va pas. En fait, il veut beaucoup faire les soins par lui-même, mais c'est souvent mal fait et j'ai du mal à le lui dire. Par exemple, dans cette situation je me sens mal à l'aise à le tutoyer, parce que du coup je me sens moins à l'aise à lui dire les choses qui ne vont pas.

Moi : Et finalement, selon toi, la relation soignant/soigné est-elle possible avec le tutoiement?

IDE n°2 : Oh oui c'est possible, mais il faut quand même rester professionnel. C'est vrai que quand tu vis sur ton lieu de travail, tu es forcément confronté à des gens que tu tutoies dans les soins. Heureusement que le tutoiement est possible dans les soins. Dans ces cas-là, il s'agit de trouver le bon équilibre en restant professionnel. Après, il y a des limites quand même, ça nous est déjà arrivé de refuser des soins quand il s'agit de personne de sa propre famille par exemple, parce que dans ces cas-là tu ne peux pas être efficace dans les soins, tu vas être trop impliqué. Il faut savoir mettre les bonnes limites. Au final, il ne s'agit pas forcément du tutoiement, mais de l'implication personnelle que tu mets dans tes soins. Moi, j'ai des patients que je tutoie, notamment une dame par exemple que je connaissais dans mon cercle privé, qui avait un cancer et j'ai quand même réussi à la soigner tout en la tutoyant. Donc oui c'est possible, mais c'est vrai que c'est à chacun de voir.

Moi : Donc finalement, pour toi le tutoiement n'est pas un manque de respect envers le patient par exemple?

IDE n°2 : Non, pour moi respecter les gens c'est pas du tout une question de tutoyer ou de vouvoyer respecter c'est faire attention à eux, de faire ce qui est le mieux pour eux et essayer de bien faire ton travail. On peut très bien vouvoyer un patient et le maltraité, donc pour moi ça n'a pas de lien. Mais après, c'est vrai que je suis habitué à tutoyer. L'autre fois, quand tu m'as appelé pour poser le rendez-vous, on était en réunion avec les filles de l'équipe et du coup on s'est mis à parler de ton sujet. C'est vrai qu'on disait que c'était intéressant comme sujet, et Pascale disait qu'elle, par exemple, a été élevée avec le vouvoiement. Donc elle ne tutoie aucun patient : même ses beaux-parents, par exemple, elle les vouvoie. Je pense que le tutoiement dépend aussi de ton éducation, de l'éducation que tu as reçue. Et puis après, quand tu es jeune infirmière, ça peut être difficile de

tutoyer pour ta distance professionnelle. Après, quand tu vieillis, tu apprends à maintenir la bonne distance.

Moi : Oui, grâce à l'expérience professionnelle finalement?

IDE n°2 : Oui.

Moi : Ok, et bien c'est bon pour moi! Est-ce que tu as quelque chose à ajouter?

IDE n°2 : Et bien, que ton sujet est très intéressant! (rires) Finalement, la particularité des soins à domicile par rapport au tutoiement, c'est que quand tu habites sur place, tu connais forcément des gens, et que donc tu peux être amenée à tutoyer dans les soins. Donc voilà.

Moi : D'accord, et bien merci de m'avoir accordé du temps afin de répondre à mes questions.

IDE n°2 : De rien, bon courage à toi pour la fin du mémoire!

Moi : Merci !

Annexe IV : Tableaux d'analyses des entretiens

Code couleurs :

⇒ IDE n°1

⇒ IDE n°2

Objectif n°1 : Particulariser les soins à domicile

<u>Catégories</u>	<u>Thèmes</u>	<u>Verbatim</u>
Diversité des soins		<ul style="list-style-type: none"> • Les soins sont très très variés
Environnement		<ul style="list-style-type: none"> • On va chez les gens, on vient faire une prestation. • Tu travailles à domicile
Liberté d'exercice	Dans l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Tu peux t'organiser comme tu as envie, enfin tu es beaucoup plus libre
	Dans le choix des soins	<ul style="list-style-type: none"> • L'avantage est que c'est toi qui choisis beaucoup de choses. • Tu peux aussi refuser les soins que tu n'as pas envie de faire. • Tu choisis ce que tu as envie de faire et quand tu as envie de le faire.
Lien singulier avec les patients	Relation inscrite dans la durée	<ul style="list-style-type: none"> • Ca fait 6 ans que je vois les mêmes personnes matin et soir • Quand tu vois les gens pendant 20 ans
	Connaissance réciproque	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients connaissent un petit peu ma vie, je connais très bien la leur • On se connaît bien • Je vis ou je travaille donc je connais des patients
	Convivialité	<ul style="list-style-type: none"> • C'est plus convivial
Un rapport au temps différent		<ul style="list-style-type: none"> • Tu peux choisir de rester plus longtemps chez quelqu'un s'il y a besoin, tu n'es pas pressé. • Je prends le temps

Objectif n°2 : Caractériser la relation soignant /soigné à domicile

<u>Catégories</u>	<u>Thèmes</u>	<u>Verbatim</u>
Relation empreinte de valeurs	Respect de l'intimité des patients	<ul style="list-style-type: none"> ● Les patients se sentent mieux, plus à l'aise
	Valeurs humanistes	<ul style="list-style-type: none"> ● J'espère que ma relation est bienveillante
	Valeurs professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ● J'espère que ma relation avec mes patients est efficace et professionnelle.
Relation à plusieurs	La présence de la famille	<ul style="list-style-type: none"> ● Il y a la famille autour, très présente.
	Une équipe qui assure la continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ● Montrer qu'on est plusieurs et qu'on se passe le relais ● Montrer qu'il y a des transmissions entre nous ● Ils savent qu'avec les médecins, on va gérer. ● Les médecins donnent notre numéro aux patients
Relation de prestation	Adaptabilité aux souhaits des patients	<ul style="list-style-type: none"> ● Je rentre dans le quotidien du patient et je m'adapte. ● C'est nous qui nous adaptons aux patients ● On est quand même obligé de se plier un peu à leur façon de faire ● Il faut vraiment tenir compte de ce qu'il dit
	Adaptabilité au rythme du patient	<ul style="list-style-type: none"> ● Ils peuvent décider eux-mêmes à quelle heure tu dois venir faire les soins, chose qu'à l'hôpital ils n'ont pas le droit d'exiger.
	La notion de contrat avec le patient	<ul style="list-style-type: none"> ● On vient faire une prestation, mais il y a un véritable attendu des gens ● Si on ne leur plait pas, et bien ils nous renvoient

Objectif n°3 : Identifier les facteurs qui favorisent la relation de confiance à domicile

<u>Catégories</u>	<u>Thèmes</u>	<u>Verbatim</u>
Facteur temps	La durée	<ul style="list-style-type: none"> • Le premier facteur et le plus important est la durée • Forcément que l'on développe une toute autre relation de confiance qu'à l'hôpital quand on voit les patients plusieurs fois par jour et tous les jours. • L'autre facteur important dans les soins à domicile est le temps qui passe
Facteurs liés à l'environnement du patient	La confiance des médecins	<ul style="list-style-type: none"> • Ils ont confiance en leur médecin donc ils ont confiance en l'infirmière • Tu les envoies chez le médecin parce que tu penses qu'ils en ont besoin
	La confiance des autres patients	<ul style="list-style-type: none"> • Grâce au bouche à oreille, par recommandation, les patients savent déjà qui ont est.
Facteurs liés à l'infirmière	Ses valeurs	<ul style="list-style-type: none"> • Je pense qu'il faut que les patients voient que l'on est soucieux de leur bien-être, que l'on veut bien faire
	Ses qualités professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • D'être à ce qu'on fait afin d'être professionnel • Ils savent que s'il y un problème, on ne va pas les laisser tous seuls • Il faut chercher à savoir ce qui s'est passé et pourquoi on vient • Par exemple, si sur un pansement on propose au patient : "et bien moi je ferais plutôt comme ça"

Objectif n°4 : Préciser les conditions d'utilisation du tutoiement

<u>Catégories</u>	<u>Thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>	<u>Verbatim</u>	
En faveur du tutoiement	L'âge du patient		<ul style="list-style-type: none"> ● Ça m'arrive quand ce sont des mineurs ● Les enfants, c'est vrai que c'est assez simple de les tutoyer ● Jusqu'à 14 ans, je ne me pose pas trop de questions ● Les gens qui ont le même âge que moi 	
	La connaissance antérieure du patient		<ul style="list-style-type: none"> ● Quand tu vis ou tu travailles, tu connais des gens ● J'habitais dans la région avant donc je connais quand même du monde ● Je tutoie mes anciens voisins 	
	La durée de la relation		<ul style="list-style-type: none"> ● Je le connais depuis 20 ans ● Au bout de 6 ans, on peut développer une bonne relation avec le patient. 	
	La nature de la relation	Comme une évidence		<ul style="list-style-type: none"> ● Dès que tu as la personne en face, c'est souvent là que le tutoiement s'installe ● A domicile, il y a plus d'occasions de tutoyer les gens
		Une réciprocité dans la relation		<ul style="list-style-type: none"> ● Elle me tutoie donc c'est compliqué pour moi de ne pas la tutoyer ● Je tutoie les patients qui me tutoient
En faveur du vouvoiement	Le contact administratif officiel		<ul style="list-style-type: none"> ● Par mail, par courrier aussi on me vouvoie ● Les premières approches : au téléphone pour prendre rendez-vous les patients vont me vouvoyer 	
	Le premier contact		<ul style="list-style-type: none"> ● De prime abord, je vouvoie systématiquement 	

Objectif n°5 Identifier les effets du tutoiement dans les soins à domicile?

<u>Catégories</u>	<u>Thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>	<u>Verbatim</u>
Effets positifs du tutoiement	Le tutoiement au service de la relation	Une relation spontanée	<ul style="list-style-type: none"> ● Le tutoiement, c'est tellement naturel(x2) que c'est la norme
		Une relation agréable	<ul style="list-style-type: none"> ● C'est une relation différente, ça a un côté sympa
		Une relation intime	<ul style="list-style-type: none"> ● Tu te sens plus proche du patient
Effets négatifs du tutoiement	Le tutoiement est un écart à la distance professionnelle		<ul style="list-style-type: none"> ● Ce n'est pas la meilleure chose à faire par rapport à la distance professionnelle ● La distance est plus compliquée à gérer ● Il faut savoir mettre les bonnes limites
	Le tutoiement entrave la communication		<ul style="list-style-type: none"> ● Ce n'est pas toujours facile de dire les choses ● Je me sens moins à l'aise à lui dire les choses qui ne vont pas ● J'ai du mal à le lui dire

NOM : Godeux
PRÉNOM : Solène

L'impact du tutoiement sur la nature de l'alliance thérapeutique dans les soins à domicile

The use of the uniformal "tu" in care can be surprising. The dilemma between the use of the uniformal "tu" and the polite "vous" in care is a reality. Moreover, we, students, are conditioned from the moment we enter the training institute to be civil to patients in order to respect a professional distance. However, on several occasions during my work placements, I was exposed to situations in which nurses used the uniformal "tu" in care, particularly during work placements in home care. These experiences have allowed me to start a personal reflection about the use of the uniformal "tu" in care.

I eventually chose this subject for my introductory thesis in nursing research. Therefore, the starting question of my research is "how does the use of the uniformal "tu" in home care impact on the nature of the therapeutic alliance between the caregiver and the cared for". My research was based on several writings dealing with key notions such as the therapeutic alliance, home care, the use of the uniformal "tu" or the right distance in caring. Finally, thanks to various writings by authors and carers and to two interviews with two liberal nurses, I have been able to confront theory with the realities of the professional field. Thus, my research has allowed me to understand the conditions, often personal, wish are driving the nurses to choose the uniformal "tu" in home care to support the therapeutic alliance created with the patient.

L'usage du tutoiement dans les soins peut surprendre. Le dilemme entre l'emploi du tutoiement ou du vouvoiement dans le soin est une réalité. D'ailleurs, nous, étudiants, sommes conditionnés dès notre entrée en institut de formation à vouvoyer les patients dans le but de respecter une distance professionnelle. J'ai pourtant été confrontée à plusieurs reprises lors de mes stages à des situations où les Infirmiers avaient recours au tutoiement dans le soin, notamment dans un stage en soins à domicile. Ces expériences m'ont permis d'amorcer une réflexion personnelle sur l'usage du tutoiement dans le soin.

J'ai finalement choisi ce sujet pour mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. La question de départ de ma recherche est donc: En quoi le tutoiement dans les soins à domicile impacte-t-il la nature de l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné ? Ma recherche s'est basée sur plusieurs écrits traitant des notions clés comme l'alliance thérapeutique, les soins à domicile, l'usage du tutoiement dans les soins ou encore la juste distance. Finalement, grâce à divers écrits d'auteurs et de soignants et à la réalisation de deux entretiens avec deux infirmières libérales, j'ai pu confronter la théorie avec les réalités du terrain professionnel. Ainsi, mes recherches m'ont permis de comprendre les conditions, souvent personnelles, contribuant au choix des Infirmiers à utiliser le tutoiement dans les soins à domicile au service de l'alliance thérapeutique créée avec le patient.

KEY WORDS : therapeutic alliance, home care, caregiver/patient relationship, the uniformal « tu » in the care

MOTS CLÉS : alliance thérapeutique, soins à domicile, relation soignant/soigné, tutoiement dans les soins.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers - 2018 - 2021