

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



Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Tutoyer ou vouvoyer pour soigner

Anaïs CRIBIER
Formation infirmière
Promotion 2017-2020





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 d'Infirmier

Travaux de fin d'études : *Tutoyer ou vouvoyer pour soigner*

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 ».

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

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

Le 11 mai 2020

Signature de l'étudiant : CRIBIER

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
LES SITUATIONS D'APPEL.....	2-3
QUESTIONNEMENT	4
LE CADRE CONCEPTUEL.....	5-15
1 La relation soignant-soigné en santé mentale	5-8
1.1 La relation soignant-soigné en général.....	5-7
1.1.1 Définition de la relation.....	5
1.1.2 Définition de la relation soignant-soigné.....	5-6
1.1.3 La communication dans la relation de soin.....	6
1.1.4 Le respect dans la relation soignant-soigné.....	6-7
1.2 La spécificité de la santé mentale.....	7-8
1.2.1 Définition de la santé mentale et de la psychiatrie.....	7
1.2.2 Aspects législatifs de la psychiatrie.....	7-8
1.2.3 Rôle infirmier auprès du patient en psychiatrie.....	8
2 Le tutoiement et le vouvoiement	9-12
2.1 Définition du tutoiement et du vouvoiement.....	9
2.2 Le vouvoiement, une règle primaire de politesse ?.....	9-10
2.2.1 Le vouvoiement : une norme sociale française.....	9
2.2.2 Le vouvoiement et le respect.....	10
2.2.3 Le tutoiement, un manque de respect ?.....	10
2.3 L'utilisation du tutoiement dans la relation de soin.....	10-12
2.3.1 L'influence sur la relation de confiance.....	11
2.3.2 Les limites du tutoiement.....	11
2.3.3 Le tutoiement influence-t-il la distance ?.....	12
3 La juste distance	13-15
3.1. La distance.....	13-14
3.2. La distance thérapeutique au sein de la relation thérapeutique.....	14-15
MÉTHODES DU RECUEIL DE DONNÉES.....	16-17
ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRÉTATIVE DES ENTRETIENS.....	18-30
1. L'analyse descriptive	18-22
1.1 La juste distance en psychiatrie.....	18-19
1.2 Les pratiques des soignants sur le tutoiement et le vouvoiement.....	19-21
1.3 Mode de communication et relation soignant-soigné.....	21-22
2. L'analyse interprétative et discussion	23-28
2.1 Les facteurs influençant la distance et/ou le "tu" et le "vous".....	23-25
2.2 La juste distance : alliance, proximité et confiance.....	25-26
2.3 La spécificité de la santé mentale.....	26-27
2.4 Le positionnement du cadre et les limites du tutoiement.....	27-28
2.5 Le lien entre tutoiement, vouvoiement et respect.....	28-29
2.6 La relation d'égalité.....	29
2.7 L'alliance thérapeutique, un challenge.....	30
LA CONCLUSION.....	31
LA BIBLIOGRAPHIE.....	32-34
LE SOMMAIRE DES ANNEXES.....	35

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma guidante de mémoire ainsi que ma référente pédagogique pour leur disponibilité, leur soutien et leurs précieux conseils tout au long de ce travail de recherche.

A remercier également, les infirmiers rencontrés lors de mes différents stages, qui m'ont apporté leur expérience professionnelle et leur savoir-faire.

Je remercie tout particulièrement, pour la richesse de nos échanges, les deux infirmiers avec lesquels je me suis entretenue.

Enfin, j'ai une pensée tendre et émue, pour mes proches, qui m'ont soutenue et aidée, dans les moments heureux comme difficiles, tout au long de ces trois années de formation.

INTRODUCTION

L'écriture du Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers est l'aboutissement de trois années d'études afin d'obtenir le Diplôme d'Etat Infirmier. Ce travail de recherche fait partie de l'unité d'enseignement 3.4 "Initiation à la Démarche de Recherche" et 5.6 "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles". Elle est en lien avec la compétence n° 7 "Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle" et avec la compétence n°8 "Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques".

"Est-ce que je peux vous tutoyer ?" est une question que l'on a tous forcément entendue ou posée, que l'on soit soignant ou non. C'est également une question que l'on peut entendre dans les milieux de soins, et particulièrement en santé mentale. Il est vrai qu'en milieu de soins généraux, le tutoiement est utilisé très rarement dans la relation soignant-soigné. C'est en arrivant en santé mentale que j'ai régulièrement entendu des "tu" lors des échanges entre soignant et patient. Durant le stage en santé mentale, je me suis souvent retrouvée face au "dilemme" de tutoyer ou de vouvoyer un patient. C'est pourquoi, au regard de mon parcours de formation, j'ai besoin d'interroger et de comprendre les facteurs qui influent l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement, afin de pouvoir adapter au mieux ma pratique professionnelle. Il semble, en effet, que la distance professionnelle ne passe pas obligatoirement par le "vous". La notion de tutoiement et de vouvoiement semble ne pas être un "allant de soi" et nécessite une réflexion. Il va être ici proposé de comprendre les bénéfices et les risques du tutoiement et du vouvoiement dans la relation de soins en psychiatrie. Il s'agira alors de repérer les éléments qui participent aux choix des soignants d'utiliser le tutoiement ou le vouvoiement. Il sera également sujet d'explorer si le fait de dire "tu" ou "vous" entraîne un impact sur la distance thérapeutique avec le patient, et ainsi, d'interroger la notion de juste distance thérapeutique en santé mentale. Ces différents questionnements émergent de deux situations vécues en psychiatrie.

LES SITUATIONS D'APPEL

Situation N°1 : (CF annexe I pour la version longue)

Stage en service d'admission psychiatrique.

Dès mon arrivée, un temps d'accueil est organisé avec la cadre qui m'ordonne de vouvoyer les patients et de les appeler "Monsieur" ou "Madame".

C'est alors qu'un midi, pendant que je faisais les transmissions écrites de mes patients avec l'infirmière, Mr G. est entré dans le bureau des IDE sans frapper, comme il en avait l'habitude. Je me suis surprise à lui dire « Julien **tu** sors du bureau s'il te plait ».

Mr G. vient juste d'arriver d'un service de pédopsychiatrie compte tenu de sa récente majorité. Il est très « adhésif » avec les soignants et réclame beaucoup d'attentions telles que des câlins ou des jeux.

Les soignants le tutoient pour la plupart, sauf une qui le vouvoie et l'appelle Mr G.

Deux points de vue s'opposaient : l'appeler par son prénom et le tutoyer, ce qui me semblait logique car il était plus jeune que moi et qu'il venait d'un service de pédopsychiatrie, et n'avait par conséquent pas l'habitude qu'on le vouvoie. C'était également naturel pour moi et j'avais du mal à me forcer à dire Monsieur G., surtout dans des situations de recadrement. En parallèle, je trouvais que le vouvoyer et l'appeler Monsieur G. lui permettait de faire la transition entre le service des adolescents et le service des adultes dans lequel il était actuellement. Cela pouvait peut-être l'aider et permettre de poser un cadre et une distance. Ce tiraillement que je ressentais était également présent dans l'équipe, très partagée entre le tutoiement ou le vouvoiement de ce patient. J'essayais donc de le vouvoyer le plus possible, pour instaurer une distance entre nous, mais cela m'était très difficile. Je l'ai tutoyé beaucoup plus que vouvoyé au cours de mon stage.

Suite à cette situation, plusieurs questions peuvent se poser :

Tutoyer un patient en psychiatrie, est-ce l'infantiliser ?

Quel est l'effet du tutoiement ou vouvoiement pour le patient ?

Est-ce que le tutoiement permet au patient de mieux se sentir reconnu par l'équipe ?

Le tutoiement favorise-t-il l'alliance thérapeutique ?

Est-ce que le tutoiement favorise les liens de dépendance ou, au contraire, est-ce un vecteur de responsabilisation ?

Situation N°2 :

Me P. est une femme de 54 ans qui est, depuis quelques années, hospitalisée dans différents services d'admission psychiatrique. Elle est bien connue des soignants. Cette patiente arrive dès le début de mon stage. Dès son entrée, les soignants me conseillent d'être vigilante. Ils me décrivent une patiente très manipulatrice avec une personnalité borderline. Suite à ce discours, je reste plutôt dans l'observation du comportement des soignants auprès de cette patiente. C'est alors que je remarque que Me P. se fait tutoyer par tous les soignants et qu'ils l'appellent par son prénom. Elle tutoie les soignants en retour et en appelle certains par leur prénom. Par la suite, je communique avec cette patiente sans aucun souci. Toutefois, je me suis rendue compte que tout au long de mon stage, je n'ai jamais tutoyé ni appelé cette patiente par son prénom. A contrario, la patiente me tutoyait dès qu'elle s'adressait à moi. Ce tutoiement me gênait un peu, mais je ne la reprenais jamais. Je sentais une proximité qui me mettait mal à l'aise lors de nos échanges et sur ma position de soignante. Était-ce dû à la peur suite aux précautions données des soignants ? À son âge ? Ou à d'autres facteurs ?

Suite à cette autre situation, d'autres questions se sont posées :

Est-ce choquant de tutoyer un patient adulte en santé mentale ?

Y'a-t-il un âge précis à partir duquel on ne peut plus s'autoriser à tutoyer ? Si oui lequel ?

Est ce qu'autoriser à nous appeler par nos prénoms facilite la communication? Ou la freine-t-elle?

QUESTIONNEMENTS

Les deux situations préalablement exposées m'amènent à me poser plusieurs questions sur différents sujets :

- Les représentations des soignants :

Que pensent les soignants du tutoiement ou du vouvoiement? Sur quoi se basent-ils pour faire leur choix ?

Comment les soignants vivent-ils le fait de se faire tutoyer et de tutoyer ? Et les patients ?

En quoi le tutoiement et le vouvoiement participent au respect du patient au sens de dignité ?

- Les bénéfices et les risques du tutoiement et du vouvoiement :

Quels sont les freins, vecteurs, limites et risques du tutoiement?

En quoi le tutoiement peut favoriser la relation de soin ? Ou au contraire, l'altérer ?

En quoi le tutoiement participe à une relation de qualité ? Et le vouvoiement ?

Le vouvoiement est-il une barrière dans la relation ? Si oui, est-elle nécessaire et pourquoi ?

Quel est l'impact du tutoiement et du vouvoiement dans la relation soignant soigné, dans la relation de confiance ?

La nécessité d'instaurer un cadre thérapeutique pour le patient, en psychiatrie, suppose-t-elle de vouvoyer les patients ?

- La distance dans la relation soignant-soigné

La mise en place de la juste distance thérapeutique passe-t-elle absolument par le "vous" ?
Dépend-elle du vouvoiement ou du tutoiement ?

Existe-t-il une distinction entre distance thérapeutique et juste distance ?

Des textes de lois interdisent-ils le tutoiement en santé mentale ?

Ces différentes interrogations me permettent de formuler cette question de départ :

En quoi le tutoiement ou le vouvoiement participe à établir une juste distance dans la relation soignant-soigné en santé mentale ?

Je vais explorer cette question à travers plusieurs lectures portant sur la relation soignant-soigné en santé mentale, sur l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement et enfin, sur la notion de juste distance.

LE CADRE CONCEPTUEL

1. *La relation soignant-soigné en santé mentale*

1.1. La relation soignant-soigné en général

1.1.1. *Définition de la relation*

Lorsque l'on parle de relation soignant-soigné, on entend dans un premier temps une relation entre deux êtres humains. Christine Paillard (2015) cite le Centre National de Ressources textuelles et Lexicales qui définit la relation comme étant un « rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque. » (p. 323). Le lien est synonyme de relation. En 2001, Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf expliquent que la nature de la relation entre deux individus dépend de l'attitude verbale et corporelle de chacun. Ce dernier insiste sur les particularités individuelles de chaque être humain dans la relation. Aucun être n'a la même histoire ni la même perception de la vie.

1.1.2. *Définition de la relation soignant-soigné*

Quant à la relation soignant-soigné, on pourrait penser que ce n'est rien de plus qu'une relation qui se différencie seulement par la nature des personnes concernées. Or, elle a une définition bien spécifique : « activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). » (Christine Paillard, 2015, p. 328). On peut noter la notion d'échange et de communication qui se distingue d'une relation entre des individus "lambda". De plus, même s'il existe plusieurs types de relations au sein de la relation soignant-soigné, la relation de soin est celle qui caractérise généralement au mieux la relation entre le patient et l'infirmier. Cette dernière est définie comme « l'ensemble des moments de contact avec un patient réalisé dans le cadre d'un soin d'une autre nature que relationnelle. » (Merkling, 2017, p. 101). Cet auteur différencie donc la relation de soin et le soin relationnel, ce dernier représentant seulement le contact. A contrario, pour Pascale Gérardin citée par Christine Paillard (2015), « tout soin est relationnel, alors que la réciproque ne se vérifie pas. Tout soin sous-tend un mode relationnel [...] ». (p. 388). Afin de compléter ces définitions, il est nécessaire de déterminer ce qu'est le soin, un des éléments principaux au cœur de la relation soignant-soigné :

Le soin peut se définir comme l'ensemble des actes permettant d'aider un individu à passer d'un état de maladie, de handicap non assumé, de souffrance, de dépendance, de

fragilité, à un état de consolidation, d'autonomie, d'acceptation, de moindre souffrance. (Jacky Merklings, 2017, p. 25)

Walter Hesbeen (1997) le définit comme "être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien être ou de son état, de son bon fonctionnement." (p. 7). Autrement dit, le soin peut donc être technique, matériel mais également relationnel, où l'échange et la communication vont être présents.

1.1.3. La communication dans la relation de soin

Parmi les définitions de la communication proposées par le Larousse en ligne, une d'entre elles a suscité une attention particulière : « Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse. » (Communication). Or, lorsque l'on regarde les techniques de communication, Christine Paillard (2015) distingue la communication verbale de la communication non-verbale, où elle englobe le toucher, la distance, les positions et d'autres éléments incontournables de la relation de soins. Dans ces derniers, on peut également évoquer le respect.

1.1.4. Le respect dans la relation soignant-soigné

D'après C. Rogers, cité par Christine Paillard (2015, p. 329), « plus le client (personne soignée) voit dans le thérapeute un être vrai ou authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s'éloignera d'un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible [...] ». Le comportement du soignant va influencer celui du patient. Il suffit d'être respectueux avec un patient pour pouvoir espérer avoir la même attitude en retour. Dans ce cas, on peut également entendre que le patient sera plus susceptible de s'ouvrir et d'accepter les soins qu'on lui propose. Le respect serait donc un facteur indispensable qui favorise la relation de soin. Par ailleurs, M.C. Daydé (2008) précise dans un article les quatre aspects de la relation soignant-soigné. Dans ces derniers, on peut retrouver la notion de respect qui s'appuie sur les bases des relations civiles quotidiennes. Ces dernières reposent sur la politesse (politesse, 2006, p. 841) caractérisée comme un « Ensemble des règles de savoir-vivre, de courtoisie en usage dans une société; respect de ces règles ». Elles sont également en lien avec le savoir-vivre (savoir-vivre, 2006, p. 963) défini comme « Connaissance et pratique des règles de la politesse ».

En 1991, Régine Dhoquois évoque dans son ouvrage la politesse qu'elle associe à l'égalité de rapport. Par conséquent, la politesse permettrait d'avoir une relation juste, sans différence de statut. On peut appeler cette dernière une relation symétrique.

Après avoir exploré quelques composantes de la relation soignant-soigné, il semble intéressant de regarder plus en détails ce qu'est la santé mentale, et plus particulièrement la psychiatrie.

1.2. La spécificité de la santé mentale

1.2.1. Définition de la santé mentale et de la psychiatrie

Il est important de faire la distinction entre la santé mentale et la psychiatrie. En effet, ces deux domaines sont souvent confondus alors que chacun d'entre eux a une définition spécifique.

D'après N. Dissez, « Est appelé santé mentale le domaine de la santé publique regroupant l'ensemble des modalités de prise en charge de la souffrance psychique. » (2006, p. 19). Ce même auteur précise que la santé mentale regroupe « les troubles psychiatriques sévères dont s'est toujours occupée la psychiatrie de secteur et [...] le cadre du "développement personnel" et de la "santé mentale positive" ». (2006, p. 19). Quant à J. Sutter, sa définition de la santé mentale est citée par le dictionnaire de la psychiatrie qui est la suivante : « Aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre ». (Santé mentale, 2003, p. 204).

En lien avec les situations d'appels, j'ai choisi de me concentrer sur un aspect de la santé mentale : la psychiatrie en intra-hospitalier. La psychiatrie est définie par le Larousse en ligne comme « Spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques. » (Psychiatrie). Elle est également définie de façon complémentaire par le dictionnaire de la psychiatrie comme une « spécialité médicale consacrée à l'étude, au diagnostic et au traitement des maladies mentales. » (psychiatrie, 2003, p. 365)

1.2.2. Aspects législatifs de la psychiatrie

De manière générale, plusieurs lois évoquent le respect envers le patient. Par exemple, l'article L.1110.2 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades du Code de la Santé Publique déclare que « La personne malade a droit au respect de sa dignité ».

Cependant, le domaine de la psychiatrie nécessite quelques précisions. La charte de l'utilisateur en santé mentale a été signée le 8 décembre 2000 à Paris. Cette dernière souligne que « l'utilisateur en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine. ». Elle met en avant une autre notion qui sera explorée plus loin : « C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale. »

Ainsi, on prend conscience que des notions de respect et de dignité sont à prendre en compte face aux patients en psychiatrie, comme face à tout autre patient.

1.2.3. Rôle infirmier auprès du patient en psychiatrie

Il semble important de définir le rôle d'un infirmier auprès d'un patient en service de psychiatrie. Cependant, d'après Jacky Merklings (2017), le rôle de l'infirmier en psychiatrie n'est pas très bien déterminé par le décret de compétences infirmières. Les actes sont, selon lui, énormément basés sur les initiatives et l'autonomie. Il insiste, dans son ouvrage, sur le flou du rôle infirmier en psychiatrie. Il détaille les articles du décret de compétences du 29 juillet 2004, relatif aux actes infirmiers et explique son propos en critiquant l'un d'entre eux :

L'article 3 offre à l'infirmier, pour atteindre ses objectifs, la possibilité de prendre les initiatives qu'il juge nécessaire... Par ces dispositions, le texte ouvre un champ d'action très large, que le professionnel peut gérer de sa propre initiative. Mais l'article 5 restreint drastiquement ces possibilités d'initiatives, en particulier dans le domaine de la santé mentale, dans lequel il réduit les possibilités d'action à quatre actes spécifiques augmentés de trois autres s'inscrivant dans le champ relationnel. (Jacky Merklings, 2017, p. 160-161)

Les quatre actes réservés à la santé mentale dont il parle sont cités précédemment dans l'ouvrage de l'auteur : « entretien d'accueil du patient et de son entourage, activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe, surveillance des personnes en chambre d'isolement, surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient ». (p.159). La majorité des soins en psychiatrie sont des soins relationnels et passent donc par la communication verbale et non-verbale.

Les deux situations d'appels concernent un questionnement sur le tutoiement et le vouvoiement utilisés dans la communication et la relation avec les patients. Il me paraît ainsi indispensable d'explorer d'un point de vue sociologique ces pronoms personnels sujets des deuxièmes personnes du singulier et du pluriel.

2. *Le tutoiement et le vouvoiement*

2.1. *Définition du tutoiement et du vouvoiement*

L'action de vouvoyer est définie par le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales comme le fait de « S'adresser à quelqu'un en employant par politesse *vous* à la place de *tu*. » (Vouvoyer). Quant au tutoiement, il s'agit de « S'adresser à quelqu'un en lui disant “tu”. » (Tutoyer). Le tutoyeur est défini comme une « (Personne) qui se comporte familièrement, voire librement avec autrui. » (Tutoyeur). Ces définitions paraissent simples. Elles montrent toutefois une forme de jugement : le comportement du tutoyeur est décrit comme “familier”. En effet, selon le Larousse en ligne, cet adjectif qualifie quelqu'un « dont le comportement manque de réserve, dont les manières sont indiscrettes sinon impolies ». (Familier).

2.2. *Le vouvoiement, une règle primaire de politesse ?*

Le vouvoiement est une des règles de base de politesse que l'on apprend lorsque nous sommes tout petits, au même titre que de dire “bonjour” et “au revoir”.

A ce sujet, les Docteurs Mignot et Marchant cités par Frédéric Masseix (1988, p. 20) décrivent au début du 20ème siècle les qualités d'un « bon infirmier » en psychiatrie. Dans ces écrits, on peut lire que la politesse, entre autres, fait partie des qualités premières d'un infirmier compétent.

2.2.1. *Le vouvoiement : une norme sociale française*

Pascal Prayez (2006) souligne que le vouvoiement est un type de langage très français. En Angleterre, en Espagne et même au Québec, pays francophone, c'est le tutoiement qui est davantage utilisé dans toutes les relations, qu'elles soient familiales, amicales ou professionnelles. C'est pourquoi le vouvoiement lié au respect peut être remis en cause. Dans son ouvrage, il dit « par convention sociale, le vouvoiement est souvent associé aux relations professionnelles. Il apparaît donc logique de l'utiliser dans la relation de soin, pour tenir compte des habitudes sociales de la langue française ainsi que du contexte hospitalier qui l'exige. » (p. 116). Quant à Jean Philippe Tittley (2013), il écrit que “le français n'offre qu'un choix bipolaire, laissant une grande place à des facteurs personnels, donc variables, quant au choix de pronoms” (p. 5). Il s'agit donc d'une règle, difficile à appliquer pour les natifs français, et encore plus pour les personnes étrangères. Mais peut-on faire un rapprochement entre cette norme française et le respect ?

2.2.2. *Le vouvoiement et le respect*

Le titre de l'article de Jean Philippe Tittley (2013) « Vouvoyer n'est pas une marque de respect de l'individu » est clairement évocateur de ce sujet. Le sens de ce titre est très clair et nous montre directement la position de l'auteur. Dans la suite de son article, il développe sa pensée. Après avoir comparé l'étude de Hughson, basée sur la relation élèves-professeurs et celle de Lyster, concernant les adolescents, Jean Philippe Tittley (2013) affirme que « la conscience des locuteurs de la formalité nécessaire à un contexte bien précis, celui d'une salle de classe, se matérialise par une marque de respect, à tout le moins apparent, de l'enseignant. » (p.11). En d'autres termes, le fait de vouvoyer serait une formalité dite respectueuse, sans pour autant éprouver du respect pour la personne à laquelle on s'adresse. Cependant, il confirme le lien existant entre le vouvoiement et le signe de respect, même si cela est dû à une formalité.

En recentrant sur le milieu des soins infirmiers, Roland Narfin (2012) dit que « Vouvoyer le patient reste la règle première de tout respect à l'égard du patient » (p. 9). Selon lui, le respect passe obligatoirement par le vouvoiement. Suite à ces différents propos, on peut se demander si l'utilisation du tutoiement reflète alors un non-respect ?

2.2.3. *Le tutoiement, un manque de respect ?*

A cette interrogation régulièrement soulevée, Jean-Philippe Maxime Tittley (2013) répond que « le tutoiement ne saurait être considéré comme une marque d'irrespect envers une personne. » (p.12). D'autre part, il ne faut pas oublier les personnes dont les codes sociaux et culturels font que le tutoiement est associé au respect, comme le rappelle Cyril Farnarier et Aline Sarradon-Eck (2018, p. 13). Dans une relation de soin, le tutoiement peut présenter des points positifs mais aussi négatifs. De plus, plusieurs facteurs sont à prendre en compte dans le choix de l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement avec le patient.

2.3. *L'utilisation du tutoiement dans la relation de soin*

Plusieurs facteurs semblent être à l'origine de l'utilisation du tutoiement. En effet, Jean Philippe Tittley (2013) cite Jo-Ann Hughson, pour qui le facteur de l'âge est important. Dans son étude, elle remarque que les jeunes personnes utilisent davantage le "tu" entre elles. Pour elle, c'est l'âge proche qui crée une solidarité et qui justifie ainsi l'utilisation de ce pronom. (p. 8). Pascal Prayez (2005) rejoint cette idée du facteur de l'âge en évoquant les services dans lesquels des adolescents ou des jeunes adultes sont pris en charge. (p.115). Il ajoute également que "la personnalité du patient, les habitudes du service, l'histoire de la relation de soin" (p. 117) sont des facteurs pouvant influencer

l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement. De plus, il ajoute que « Le tutoiement prend un sens différent si c'est la norme du groupe ». (p. 115). Mais le tutoiement est-il un frein ou un vecteur de la relation de soin?

2.3.1. L'influence sur la relation de confiance

Dans son article, Claudine Carillo (2013) précise que plusieurs éléments apportent de la confiance dans la relation de soin. Dans ces derniers, on retrouve entre autres « la distance entre les personnes, la position physique, [...], les termes choisis (techniques, familiers, alambiqués...) » (p. 27). On peut alors émettre l'idée que le choix du "tu" ou du "vous" va influencer la relation et peut-être créer ou non une certaine confiance.

Cependant, Roland Narfin (2012) évoque la possibilité que la demande de tutoiement vienne du patient. Il insiste sur le fait qu'il est important de ne pas adhérer à cette demande et que rester sur le vouvoiement, favoriserait l'adhésion aux soins. Selon lui, le tutoiement n'est donc pas envisageable et serait délétère à la relation de soin. (p. 10).

Il existe également une autre utilisation du tutoiement : celui de sécurisation. Cette utilisation du tutoiement rejoint la première situation d'appel avec le patient prénommé Julien. Pascal Prayez (2005) fait référence au tutoiement de sécurité en prenant un exemple : « Actuellement, il y a un malade que l'on apaise uniquement en utilisant le tutoiement. Le vouvoiement le met dans une grande colère et le rend violent. » (p. 118). Ce passage décrit mot pour mot le comportement de Julien. Roland Narfin (2012) donne une explication possible à ce phénomène, en précisant que certains veulent être tutoyés "par soucis de rapprochement ou de réassurance" (p. 10). Le tutoiement serait alors, pour certains patients, un moyen de se sentir en sécurité, en confiance.

2.3.2. Les limites du tutoiement

Pascal Prayez (2015) fait part dans son ouvrage des limites de l'utilisation du tutoiement. En effet, l'auteur proscrit le tutoiement d'infantilisation, qui signe un certain manque de respect. Ce même auteur évoque aussi que le vouvoiement réciproque permet d'établir une certaine égalité dans la relation de soin. (p.117). À cette notion d'égalité, Jean Philippe Tittley (2013) s'interroge : « Qui dit "tu" et reçoit "vous" prend-t-il part à une relation unilatéralement solidaire ? » (p.3). L'auteur répond négativement à sa propre question. Par ses propos, il entend qu'une relation de communication avec des pronoms personnels utilisés différemment peut être asymétrique.

2.3.3. *Le tutoiement influence-t-il la distance ?*

Pascal Prayez (2005) énonce l'idée suivante : « on peut vouvoyer tout en restant proche de la personne, alors qu'on peut tutoyer, faire semblant d'être dans le même bateau, alors qu'on est loin, très loin... » (p. 118). Cette phrase se suffit à elle-même pour dire que, selon l'auteur, le vouvoiement ou le tutoiement n'influence en rien la distance avec la personne à laquelle on s'adresse. Quant à Roland Narfin (2012), la distance thérapeutique est maintenue par le fait de vouvoyer. Il dit que « cela permet de mettre une distance, et d'éviter toute autre confusion de quelque nature qu'elle soit. » (p. 10).

Par ailleurs, Salomon Nasielski (2012) évoque dans son article l'histoire de Laurent, 49 ans, suivi par la thérapeute Annette. Cette dernière remarque qu'elle a une trop grande proximité avec Laurent et qu'elle est mal à l'aise dans leur relation. Annette tutoie Laurent. Elle se justifie en précisant que « ça fait partie de son style : proche, disponible, empathique. » (p. 33). La personne qui observe cette situation conseille à Annette de prendre plus de distance et propose le vouvoiement, même si cela semble impossible à mettre en œuvre après avoir tutoyé pendant longtemps un patient.

Mais quelle est la distance à garder avec un patient ?

3. La juste distance

Une expression revient régulièrement, et ce dans de nombreux ouvrages : la juste distance. Pascal Prayez (2015) l'évoque très souvent et la définit comme « la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places. » (p. 213).

3.1. La distance

Roland Narfin (2012) parle ainsi de la distance : « est souvent connotée négativement, renvoyant à l'idée d'éloignement ou de rupture. » (p. 9). La distance a certes une dimension temporelle et spatiale, mais elle fait également partie de la relation engagée entre deux personnes. En effet, pour synthétiser la pensée de l'auteur, dans le mot distance, on entend tout de suite le fait de s'écarter. Mais une distance peut être physique, temporelle, spatiale, thérapeutique, courte comme longue : cela sous entend qu'elle dépend de chaque situation et qu'une distance ne peut être toujours la même selon les personnes que l'on rencontre. Ceci est transposable dans la relation soignant-soigné, elle va dépendre de chaque patient et de chaque soignant. D'après Edward Hall cité par Pascal Prayez (2009, p. 3), il existe plusieurs types de distance : la distance intime (de 0 à 40 cm), la distance personnelle (de 45 à 125 cm), la distance sociale (de 1,20m à 3,30m) et enfin la distance publique (de 3,60m et plus). Il est important de spécifier que ces quatre catégories ont été mises en évidence après les nombreuses observations de l'anthropologue américain, Edward Hall, sur l'Homme occidental. Dans la pratique des soins infirmiers, toutes ces distances sont utilisées chaque jour. En effet, un soignant est amené à entrer dans l'espace intime du patient de façon récurrente, pour un soin technique invasif ou bien lors d'un soin relationnel. Ces différentes distances vont influencer la relation de soin, c'est pourquoi il est important de se positionner correctement, à la "juste distance" bénéfique dans la relation thérapeutique.

Salomon Nasielski (2012) a d'ailleurs développé un concept offrant quatre zones de positionnement au soignant : proximité, distance, similarité et différence. Il explique que la proximité est un « élément de lien interpersonnel par lequel on manifeste qu'on recherche un contact accentué. » (p. 19). Ces éléments mis en oeuvre pour obtenir une certaine proximité « sont en somme des indications d'une certaine adhésion, d'une certaine solidarité. » (p. 19). En résumé, dans la relation thérapeutique, la proximité à l'autre est parfois nécessaire pour une alliance thérapeutique bénéfique. En étant proche du patient, ce dernier peut se sentir rassuré, compris, soutenu...

Par ailleurs, cet auteur détermine la distance comme « l'inverse de la proximité : l'absence, ou au moins la faiblesse des témoignages de proximité (...) pouvant aller jusqu'à : désintérêt, déconnexion du problème, absence de positionnement moral, froideur ou indifférence à l'égard des émotions de

l'autre. » (p. 19-21). Il n'est pas rare qu'un soignant ne se sente pas à l'aise avec un patient. Dans ce cas, il peut se montrer plus distant, de façon volontaire ou involontaire. De même, un patient, selon le soignant qui l'accompagne, peut se montrer distant ou pas. Cette distance non expliquée peut alors être interrogée afin de se diriger vers une relation thérapeutique.

3.2. La distance thérapeutique au sein de la relation thérapeutique

Pour Salomon Nasielski (2012), la relation thérapeutique est rythmée par l'alliance thérapeutique ainsi que par la distance thérapeutique entre le patient et le soignant. Il définit l'alliance thérapeutique de la manière suivante : « C'est la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire [...]. » (p. 16). Il y a un parallèle important à faire avec la distance thérapeutique. En effet, ces deux concepts sont tout à fait différents bien qu'ils soient complémentaires. Pour Salomon Nasielski (2012), la distance thérapeutique consiste à garder un certain cadre de la relation professionnelle entre le soignant et le soigné. C'est le soignant qui se doit de poser ce cadre. Pour lui, cela évite de dévier vers une relation plus personnelle, si le patient en est tenté. Afin de compléter cette notion, Dominique Friard (2013) donne une définition qui rejoint les idées précédentes : « L'alliance thérapeutique peut être décrite comme une relation consciente de collaboration entre un thérapeute et un patient. » (p. 26). C'est l'idée de travailler ensemble vers un même objectif qui est mise en avant. Pour résumer les propos précédemment énoncés, il est donc primordial d'instaurer un cadre pour que la relation reste professionnelle entre le soignant et le soigné. Toutefois, il est tout aussi important d'instituer une certaine proximité avec le patient pour obtenir son adhésion et créer une relation de confiance qui sera bénéfique pour atteindre les objectifs thérapeutiques fixés. En effet, Roland Narfin (2012) explique que « respecter la distance thérapeutique est particulièrement efficace pour toute prise en charge de patient ». Le but ultime va donc être de trouver une distance thérapeutique qui favorise la prise en charge, tant pour le patient que pour le soignant. Cependant, il est parfois nécessaire de rappeler au patient le contexte de son hospitalisation. Roland Narfin (2012) affirme que : « Il ne faut pas hésiter à rappeler au patient que le soignant est avant tout soignant, à poser les limites et à s'appuyer sur le règlement intérieur. » (p. 9). D'après lui, c'est au soignant d'instaurer le cadre et la juste distance favorable à la prise en charge. Le soignant dispose de plusieurs recours si le patient entre, sans son consentement, dans sa distance intime. Ces propos exposent les difficultés auxquelles sont confrontées les soignants et donc les limites d'une prise en charge efficace.

Roland Narfin (2012) dit également que « c'est au soignant de maintenir une distance, tout en montrant de l'empathie pour la personne. » (p. 9). Les soignants sont partagés entre une attitude empathique qui favorise la relation de soin ou une attitude plus distante qui leur permet de se protéger

eux mêmes contre les affects des patients auxquels ils sont exposés. En psychiatrie, cela prend tout son sens. Les histoires de vies complexes voire douloureuses peuvent atteindre personnellement les soignants. De plus, Roland Narfin (2012) ajoute que « l'empathie du soignant ne doit pas le conduire à une trop grande proximité affective avec le patient. » (p. 9). Le soignant doit savoir trouver la juste distance thérapeutique pour garder une relation soignant-soigné adaptée et profitable.

MÉTHODE DU RECUEIL DE DONNÉES

Après les différentes recherches théoriques effectuées, interroger les professionnels de santé est l'étape qui permet de recueillir des données qualitatives pour les analyser ensuite. Pour ce faire, il était important, dans un premier temps, de déterminer le profil de l'infirmier.

Trois objectifs ont été fixés pour ces entretiens. Le premier était de comprendre les représentations des infirmiers sur la juste distance et, plus précisément, de déterminer ce qu'est la juste distance dans la relation soignant-soigné pour un infirmier exerçant en psychiatrie. Le second était de connaître l'état des lieux des pratiques des soignants sur le tutoiement et sur le vouvoiement et d'en comprendre les raisons. Enfin, le dernier objectif était de comprendre le lien entre le mode de communication et la relation soignant-soigné.

Les infirmiers qui allaient être interrogés devaient être libre d'exprimer ce qu'ils voulaient et de partager leurs expériences professionnelles et personnelles ainsi que leurs ressentis. Un entretien semi-directif a été retenu à partir d'un guide d'entretien et des questions de relance, proposant ainsi un bon compromis entre l'entretien libre et l'entretien directif.

De plus, afin de recueillir des données les plus riches possibles, deux infirmiers ont été interrogés selon les critères suivants : sexe, âge et durée d'expérience professionnelle. Parmi les profils infirmiers retenus pour réaliser l'entretien semi directif, ont été privilégiés ceux travaillant en intra-hospitalier, en service d'admission psychiatrique. Ces professionnels ont été contactés par message téléphonique. Une date, un horaire et un lieu de rendez-vous ont été convenus pour la rencontre. Les entretiens se sont déroulés dans un bureau fermé au sein de leurs services respectifs. Ils ont été enregistrés vocalement par un téléphone posé sur la table avec l'accord préalable des infirmiers. Le fait de ne pas écrire pendant l'entretien a favorisé un échange plus naturel.

Les personnes interrogées sont :

- un homme de 35 ans, diplômé depuis 2009 exerçant en psychiatrie depuis 10 ans. Il travaille depuis 2 ans dans le service fermé d'admission psychiatrique où il se trouve actuellement. Il a également travaillé en extra-hospitalier sur le CMP et sur l'hôpital de jour, ce qui lui apporte un autre regard sur le sujet de mémoire. Il a bénéficié de plusieurs formations, sur la violence, la gestion de l'agressivité, l'entretien infirmier... Il sera l'IDE 1.

- une femme de 26 ans, diplômée depuis 2018 correspond au 2ème profil. Cette infirmière exerce en psychiatrie depuis 1 an et 4 mois et depuis 6 mois dans ce service fermé d'admission psychiatrique. Elle sera l'IDE 2.

Les infirmiers ont pu s'exprimer librement lors de ces entretiens. Les premières questions de chacune des trois parties étaient ouvertes, ils pouvaient ainsi dire ce qui leur venait en premier. Puis les questions de relance permettaient de guider les infirmiers à préciser leurs réponses. Les entretiens se sont déroulés sur le lieu et le temps de travail des infirmiers. Toutefois, les bureaux fermés ont garanti la confidentialité et les entretiens n'ont pas été perturbés.

ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRÉTATIVE DES ENTRETIENS

1. Analyse descriptive

Lors des entretiens réalisés auprès des infirmiers, trois grands axes ont été abordés. Les représentations qu'ils avaient de la juste distance et ce qu'elle est en psychiatrie me semblaient être des éléments clefs pour débiter ces entretiens. Ensuite, leurs pratiques concernant le tutoiement et le vouvoiement ont été évoqués. Enfin, le mode de communication et la relation soignant-soigné ont été interrogés.

1.1. La juste distance en psychiatrie

Il paraissait essentiel de demander aux infirmiers ce qu'ils pensaient de la juste distance par une question ouverte. Ils pouvaient ainsi répondre librement, sans être influencés. A cette question, l'IDE 1 répond immédiatement que la juste distance est « vraiment adaptée à chaque patient ». Le discours de l'IDE 2 est identique : « la juste distance, elle est vraiment adaptée selon le patient ». L'IDE 1 précise son propos en disant qu'il y a différents critères qui influencent la distance que l'on va mettre avec le patient tels que l'âge, le sexe et les symptômes. Il dit également qu'avec « les gens qui viennent d'arriver on prend une distance peut-être plus importante, qu'on est amené à réduire en fonction de la relation que l'on a avec la personne en soi ». Quant à l'IDE 2, elle parle davantage de la pathologie et des besoins à l'instant T du patient : « En psychiatrie on a souvent des patients qui ont besoin qu'on soit un peu plus proche d'eux, ou un peu plus distancié, en fonction aussi de leur pathologie ». D'autre part, l'IDE 1 dit que « la distance c'est à nous de la positionner » en parlant de la juste distance.

Ensuite, une définition de la juste distance leur est demandée, afin d'évoquer des éléments qu'ils trouvent incontournables. Dans leurs réponses, les infirmiers insistent sur le fait que la juste distance est celle qui respecte le patient. En effet, l'IDE 1 dit que la juste distance « englobe la façon d'être, le savoir-être, le respect des gens, la politesse.. ne pas être dans le jugement des gens ». L'IDE 2 rejoint ces propos : « la juste distance c'est celle qui respecte le patient ». Par ailleurs, l'IDE 1 précise que la juste distance « permet d'avoir une relation de soin qui est dans la confiance et dans l'alliance ». Il explique qu'il y a une relation d'égalité qui se crée pour travailler ensemble avec le patient, en lui montrant que nous sommes au même niveau, à la même hauteur. Ce même IDE ajoute que la juste distance peut, parfois, être compliquée à garder lorsqu'il « y a des patients avec qui on a

du mal, on a envie de pas trop s'en occuper ». Quant à l'IDE 2, elle explique que la juste distance « permet de pouvoir répondre à ses besoins (ceux du patient) sans être trop intrusif ». Elle parle de la notion de « bonne distance », qui est pour elle le fait de ne pas être trop proche ni trop loin du patient. On peut remarquer que les professionnels interrogés mettent en avant que la juste distance doit être bénéfique pour le patient.

Puis les soignants sont interrogés sur ce qu'ils mettent en pratique dans leur vie professionnelle pour avoir une juste distance avec le patient. A cette question, les deux infirmiers s'accordent sur le fait qu'il faut en priorité observer le patient en passant du temps avec lui. En effet, l'IDE 2 parle « d'observation clinique » et l'IDE 1 évoque le fait de « passer du temps avec ces patients, pour recueillir un peu leur positionnement, savoir comment eux se sentent dans les soins. ». D'autre part, l'IDE 2 exprime qu'il est nécessaire de discuter avec ses collègues pour garder la même distance. Or, l'IDE 1 dit que « à chaque patient c'est vraiment une relation, une distance qui est à ajuster en fonction de chacun ». Ces deux professionnels se contredisent car pour l'IDE 2, il faudrait que toute l'équipe ait la même distance avec le patient. A contrario, l'IDE 1 pense que la distance est à ajuster selon chacun, donc selon chaque soignant et chaque patient. Lors de cette question, l'IDE 2 évoque le tutoiement et le vouvoiement alors que l'IDE 1 ne fait pas le rapprochement. En effet, l'IDE 2 ajoute qu'il est important de chercher le consentement du patient lorsqu'il s'agit de tutoyer ou de vouvoyer, d'obtenir un consentement mutuel pour que cela se passe au mieux.

1.2. Les pratiques des soignants sur le tutoiement et le vouvoiement

La question concernant le tutoiement et le vouvoiement dans leur pratique professionnelle est posée d'emblée afin de connaître leurs pratiques et leurs représentations sur le sujet. L'IDE 1 utilise le vouvoiement et appelle les patients "Monsieur" ou "Madame" lors du premier contact. Il apprécie particulièrement utiliser le vous avec le prénom du patient car cela lui permet d'être dans la proximité mais aussi de garder une distance. L'IDE 2, quant à elle, ne se prononce pas et dit que c'est « patient-dépendant, relation-dépendant, alliance thérapeutique-dépendant ». Par ailleurs, elle fait part d'un élément intéressant. En effet, elle dit : « y'a certains patients qu'on ne se permettrait pas de tutoyer parce que voilà y'a une barrière naturelle qui se met ». Cependant, les deux IDE parlent de l'utilisation du tutoiement d'emblée qui est plus naturelle avec les patients très jeunes, les patients accompagnés par leur parent ou encore les personnes qui sont carencées. L'IDE 1 donne l'exemple de patients trisomiques ou de patients autistes. De plus, les deux infirmiers insistent sur la notion de consentement, nécessaire au choix du tutoiement ou du vouvoiement.

L'IDE 2 s'est peu exprimée, c'est pourquoi une question sur les facteurs l'influençant à utiliser le tutoiement et le vouvoiement lui est posée. Elle évoque le facteur de l'âge en priorité. Elle tutoie plus facilement les personnes jeunes, même si elle avoue que ce n'est pas toujours l'idéal. Elle pense également que nous sommes formatés à utiliser le vouvoiement et à appeler les gens par "Monsieur" ou "Madame", et trouve que cela est plus compliqué à mettre en place en psychiatrie qu'en service de soins généraux. De plus, elle ajoute qu'il faut être attentif à la pathologie, comme par exemple la maladie mentale en disant « Quelqu'un qui vient pour dépression c'est peut être plus compliqué de le tutoyer que quelqu'un qui vient pour psycho ». Elle ajoute, que selon elle, le vouvoiement est plus réservé à la personne âgée et ceux qui ne sont pas dans l'alliance thérapeutique : « Ça me semble compliqué de dire tu à un patient qui a pas du tout confiance en nous et qui est sur la réserve, et qui veut pas se faire soigner et qui n'est pas du tout dans les soins ». Elle termine sa réponse en disant qu'elle trouve le tutoiement comme élément facilitateur de la relation.

Ensuite, les intentions des soignants en utilisant le tutoiement ou le vouvoiement sont recherchées. L'IDE 1 utilise le tutoiement pour avoir une « certaine proximité, une certaine alliance ». Il est à la recherche d'une « relation simple, soignant-soigné, normale ». L'IDE 2 rejoint l'avis de ce dernier. Pour elle, le tutoiement est plus simple et permet d'avoir une alliance thérapeutique différente qu'avec le vouvoiement. De plus, cela est compatible avec une relation soignant-soigné. Par ailleurs, elle explique que le tutoiement induit une « intimité ou un privilège dans la relation ». C'est pourquoi elle précise l'importance d'une relation claire tant pour le soignant que pour le patient et que cela se passe dans le respect mutuel. Elle pense que « ça crée vraiment un lien qui peut être bénéfique pour le patient tant que ça ne dépasse pas les limites. »

La même question sur le vouvoiement leur est posée. Pour répondre à celle-ci, l'IDE 1 donne l'exemple de patients qui sont énervés ou qui montrent un refus de soin. Dans ce cas là, l'IDE 1 vouvoie ces patients pour affirmer son rôle de soignant. Son intention est de ne pas être dans la proximité avec le patient mais plutôt de marquer une plus grande distance. Quant à l'IDE 2, elle associe le vouvoiement à la relation de respect et à la notion de distance. Elle explique également que « le vous c'est la base de la relation soignant-soigné, c'est la base de la communication avec autrui ». Les deux infirmiers s'accordent sur le fait que le vouvoiement permet de marquer un positionnement de soignant. L'IDE 2 l'explique clairement en parlant de la blouse blanche et du vouvoiement qui marquent le positionnement de soignant, tandis que l'IDE 1 l'exprime indirectement en disant « nous on est l'équipe et on se vouvoie ».

Les risques liés à l'utilisation du tutoiement puis du vouvoiement sont abordés. Les deux IDE s'accordent pour dire que le risque de tutoyer le plus évident est d'être dans une relation familière, de copinage et de ne plus être dans une relation de soin adaptée. Paradoxalement, l'IDE 1 parle des patients qui ne voient plus leurs proches et que les soignants sont, en quelques sortes, un peu leur famille. C'est pourquoi il précise que le risque du tutoiement est également de sortir de son rôle de soignant. Quant à l'IDE 2, elle donne l'exemple de patients qui demandent des services ou des privilèges aux soignants. Elle explique que cela est dû à la relation de confiance qui est présente, car pour elle, cela va de paire avec le tutoiement. L'IDE 2 accepte que les patients la tutoient, si elle fait de même. Quant aux risques du vouvoiement, l'IDE 1 pense qu'il n'y a pas de risque à vouvoyer un patient. Il pense que tant que cela est clair entre le patient et le soignant et que cela ne met personne en difficulté, il n'y a pas de problème. Il rappelle la nécessité de recueillir le consentement du patient et de lui en parler. A contrario, l'IDE 2 pense que les risques du vouvoiement sont d'être un peu loin du patient et de ne pas être à la bonne distance : « la trop juste distance et le manque d'alliance thérapeutique ». Elle rappelle une fois de plus les facteurs qui influencent l'utilisation de ces pronoms personnels qui sont pour elle : les pathologies, l'âge et les besoins du patient sur le moment, s'il a besoin d'être entendu ou compris par exemple.

Puis une question sur leur ressenti face au tutoiement d'un patient est demandée. Les infirmiers répondent tous deux que des patients les ont déjà tutoyés et que cela est fréquent. L'IDE 1 évoque la réciprocité du tutoiement : les patients qu'il tutoie font de même. Tandis que l'IDE 2 dit « c'est souvent qu'on me dit "tu" alors que moi je dis "vous" ». La raison qu'elle trouve à cette non-réciprocité est sa jeunesse, encore une fois le facteur de l'âge. Elle explique qu'elle est parfois mal à l'aise face à ces patients plus âgés qui la tutoient. Cependant, elle comprend que ce sont souvent des personnes isolées ayant besoin d'avoir une relation de confiance avec les soignants. L'IDE 1 s'accorde sur le fait que le tutoiement d'un patient est un signe de confiance, et ajoute que c'est une manière de se faire accepter.

1.3. Mode de communication et relation soignant-soigné

La dernière partie de l'entretien commence par la question sur les répercussions que peut avoir le choix d'un "tu" sur la relation avec le patient. Les infirmiers ont des avis contradictoires. En effet, l'IDE 1 pense qu'il n'existe pas vraiment de répercussions. Cependant, il pense que le tutoiement est un « bon média pour créer du lien » lors des sorties extra-hospitalières et qu'utiliser le vouvoiement après avoir tutoyé permet de « verrouiller enfin sécuriser une relation ». Tandis que l'IDE 2 aborde de suite les répercussions négatives que peut provoquer le tutoiement. Elle évoque, par exemple, le

recadrage un peu familier, mais aussi le risque que le patient ait du mal à définir la relation et qu'il ne comprenne pas pourquoi, après l'avoir tutoyé, on puisse le mettre en CSI (chambre de soins intensifs). Elle insiste sur l'importance d'utiliser un « tu soignant ». Concernant les répercussions positives, l'IDE 2 explique que le “tu” crée une relation de confiance qui permet au patient de pouvoir plus facilement s'adresser au soignant. La confiance permet également au soignant, selon elle, d'établir un diagnostic clinique, d'avoir une meilleure observation clinique et de pouvoir faire passer, plus facilement que le médecin, des messages compliqués au patient.

Concernant la notion de respect déjà évoquée, les deux infirmiers pensent que le tutoiement n'est pas un manque de respect. L'IDE 2 fait le parallèle avec les services de soins généraux, où elle trouve que le tutoiement n'est pas très bien vu. Elle dit également que tutoyer n'est sûrement pas un manque de respect et qu'au contraire, il permet de comprendre et d'être encore plus présent auprès du patient. « C'est respecter que de vouloir les aider ». Les deux infirmiers rappellent cependant l'importance que ce tutoiement soit consenti et que la relation soit claire des deux côtés : celui du soignant et du patient.

Pour conclure, les deux infirmiers trouvent que c'est un sujet intéressant qui mérite réflexion, car cela fait partie de la relation soignant-soigné.

2. Analyse interprétative et discussion

Les résultats d'analyse avec les recherches théoriques faites précédemment vont être à présent développés. Un parallèle entre le discours des auteurs et celui des soignants peut ainsi être fait. La discussion sera établie en parallèle.

2.1. Les facteurs influençant la distance et/ou le "tu" et le "vous"

L'IDE 1 dit que l'âge influence la distance entre le soignant et le patient tandis que Pascal Prayez (2005) trouve que c'est l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement qui est influée par le facteur de l'âge. Ainsi, on retrouve le même facteur mais une influence différente. Par ailleurs, Jean Philippe Tittley (2013) cite Jo-Ann Hughson, qui elle aussi pense que l'âge joue un rôle important dans l'utilisation de ces pronoms personnels. Les deux infirmiers interrogés assurent que tutoyer d'emblée un patient est plus naturel lorsque ce dernier est jeune, accompagné par ses parents ou encore carencé affectivement ou intellectuellement. Pour exemple, l'IDE 1 parle des patients trisomiques ou autistes. Ces propos rappellent la première situation d'appel avec Julien, qui présentait une carence affective et une déficience intellectuelle. Sans connaître les patients, en tant que jeune élève infirmière, le tutoiement avec un patient de la même tranche d'âge fût spontané, comme il a été naturel de vouvoyer la patiente de 54 ans. Par contre, toute l'équipe tutoyait la patiente qui était régulièrement hospitalisée dans le service alors qu'elle était divisée dans le choix de tutoyer ou de vouvoyer le patient de 18 ans qui venait d'arriver.

Le tutoiement serait alors réservé aux patients jeunes et le vouvoiement, aux personnes d'âges matures ? Ou bien, ce serait l'âge du soignant qui influencerait ce choix ? Cela pourrait également varier selon l'âge du patient ET du soignant ? Il semble qu'une réponse claire peut être apportée pour les situations d'appels choisies. Le peu de recul dû au statut de stagiaire a impliqué une réponse verbale sans en anticiper les bénéfices ou les risques alors que d'après les éléments recueillis, l'âge, la connaissance du patient ainsi que l'expérience professionnelle a influencé le choix entre le tutoiement et le vouvoiement. La connaissance de la patiente de 54 ans a été pour l'équipe, la raison du tutoiement, avec une relation de soin spécifique créée entre chaque soignant et cette patiente. Quant au choix entre le vouvoiement et le tutoiement avec le patient de 18 ans, l'équipe était divisée en raison du jeune âge de Julien, ce qui menait quelques soignants à le tutoyer. D'autres prenaient plus en compte le fait qu'il venait d'arriver, et que les bienfaits ou méfaits du tutoiement n'étaient pas connus chez lui. La relation de soin débutait tout juste.

Dans la suite de l'entretien, les deux infirmiers établissent un lien entre la distance et le tutoiement/vouvoiement. Pour eux, le fait d'utiliser un "vous" marque une plus grande distance qu'un "tu", associé à la notion de proximité. On peut alors supposer que l'IDE 1 établit un lien, dans son discours, entre la distance et le tutoiement/vouvoiement. Si cette hypothèse est correcte, l'âge du patient et du soignant impacterait la distance et donc le choix du tutoiement ou du vouvoiement. Roland Narfin (2012) contribue à cette hypothèse car pour lui, la distance thérapeutique est maintenue par le fait de vouvoyer. Un lien est encore fait entre la distance et les pronoms personnels.

Cependant, Pascal Prayez (2005) n'est pas d'accord avec ce rapport établi entre le tutoiement, le vouvoiement et la distance. En effet, il énonce une phrase importante déjà citée dans le cadre théorique : « on peut vouvoyer tout en restant proche de la personne, alors qu'on peut tutoyer, faire semblant d'être dans le même bateau, alors qu'on est loin, très loin... » (p. 118). Pour l'auteur, la distance n'a aucun rapport avec le tutoiement et le vouvoiement. Cette phrase de Pascal Prayez est fondamentale. En effet, tutoyer un patient en ne se montrant pas disponible et pas à l'écoute induit une plus grande distance que de vouvoyer un patient en étant attentif à ce dernier. Au début de cette recherche, il était difficile d'établir le lien entre le tutoiement, le vouvoiement et la distance. Mais avec les recherches théoriques et les entretiens ainsi que l'expérience professionnelle qui s'accroît, le lien est devenu évident. En effet, le tutoiement est un outil et un moyen thérapeutique pour entretenir une certaine proximité avec le patient et peut participer à établir la juste distance. Cependant, ce choix entre le "tu" ou le "vous" reste difficile à mesurer et nécessite une maîtrise qui s'acquiert, entre autres, en testant le tutoiement tout en restant attentif au non verbal du patient et à sa réaction. En effet, la dimension des relations humaines est au centre du sujet et cela relève de l'expérientiel. L'utilisation du tutoiement, variable selon d'autres facteurs que l'âge, s'ajoute à cette complexité .

Par ailleurs, les deux infirmiers et Pascal Prayez (2005) s'accordent sur le fait que « la juste distance, elle est vraiment adaptée selon le patient », citation tirée des entretiens avec les professionnels infirmiers. Quant à Pascal Prayez (2005), il parle de la personnalité du patient et de l'histoire de la relation de soin comme étant des facteurs influençant la distance entre le soignant et le soigné. A ces facteurs, l'IDE 1 ajoute le sexe et les symptômes, tandis que l'IDE 2 évoque la pathologie du patient et ses besoins du moment, de proximité ou de distance. Tous ces éléments changent normalement selon chaque patient et chaque soignant, la distance dépendrait de chaque relation et serait donc unique. Or, l'IDE 2 exprime qu'il est nécessaire de discuter avec ses collègues pour décider d'une distance commune. En traduisant ses propos, il faudrait que l'équipe forme une voix unanime dans la distance à garder avec le patient. Puisque lors de l'entretien, l'IDE 2 associe le tutoiement/vouvoiement à la distance, on peut penser que si la majorité de l'équipe tutoie un patient,

alors le reste devrait aussi le tutoyer. L'IDE 2 est une jeune professionnelle et ses propos sont peut être induits par cela. En effet, le choix du tutoiement ou du vouvoiement nécessite une expérience et une maîtrise professionnelle. Il paraît peu probable que le tutoiement soit bénéfique et thérapeutique si cette utilisation n'est pas réfléchi par soi-même. La relation et la distance ne seront pas forcément adaptées. Comme le précise l'IDE 1 lors de l'entretien, un patient peut se demander pourquoi un soignant le tutoie alors qu'ils ne se connaissent pas. Cette situation peut survenir si un jeune professionnel tutoie les patients par effet de groupe et non par but thérapeutique. Il semble que la juste distance soit malléable selon chaque patient et chaque soignant.

Cependant, Pascal Prayez (2005) justifie le tutoiement général en expliquant que « le tutoiement prend un sens différent si c'est la norme du groupe » (p. 115). Cela peut faire penser au milieu pédiatrique. Le tutoiement des enfants et des adolescents semble être différent de celui des adultes. Par convention sociale, cela n'est pas choquant de tutoyer les enfants, cela est même ordinaire sans forcément le connaître. Ce tutoiement d'emblée permet d'être directement proche des enfants ou des adolescents, de créer un climat de confiance dont ils ont besoin rapidement. Cela pourrait être également le cas chez l'adulte, le tutoiement peut être considéré comme un outil créant une relation de confiance rapidement.

2.2. La juste distance : alliance, proximité et confiance

Pour Dominique Friard (2013), il est très important d'instituer une certaine proximité avec le patient pour obtenir son adhésion et créer une relation de confiance qui sera bénéfique pour atteindre les objectifs thérapeutiques fixés. L'IDE 1 rejoint cet auteur car pour lui, la juste distance « permet d'avoir une relation de soin qui est dans la confiance et dans l'alliance » et doit être bénéfique pour le patient. En outre, la juste distance serait d'avoir une certaine proximité avec le patient. Quant à Salomon Nasielski (2012), il pense que dans la relation thérapeutique, la proximité à l'autre est parfois nécessaire pour une alliance thérapeutique bénéfique. Or, ce même auteur dit que la distance est l'inverse de la proximité. Le terme de la juste distance serait alors mal utilisé ? On pourrait parler de juste proximité ? Ou bien, comme l'affirme Roland Narfin (2012), la distance « est souvent connotée négativement, renvoyant à l'idée d'éloignement ou de rupture. » (p. 9). Ce serait alors à cette notion de distance que pense Salomon Nasielski (2012). Si cette hypothèse est vraie, alors la proximité dans la relation de soin permettrait d'éviter la rupture, comme par exemple les fugues en psychiatrie. Or, pour qu'il y ait une rupture, il faut tout d'abord qu'il y ait un lien. Pour les infirmiers interrogés, la proximité est influencée par le vouvoiement et le tutoiement, tout comme Salomon Nasielski (2012) l'explique avec l'histoire d'Annette et Laurent. En effet, en utilisant le pronom "tu", les deux infirmiers cherchent une proximité, une alliance thérapeutique et à entrer en contact plus facilement.

De plus, pour l'IDE 1, le tutoiement réciproque dans la relation de soin est un signe de confiance car les patients acceptent une certaine proximité. Par ailleurs, l'IDE 2 ajoute que cela lui paraît difficile de tutoyer un patient qui n'a pas confiance en elle mais dit également que l'une des répercussions positives du tutoiement est la confiance. Il est alors intéressant de se demander si le tutoiement est possible car la confiance est déjà instaurée entre le soignant et le patient, ou bien si c'est le tutoiement qui crée une certaine confiance? Quelques éléments sont apportés à cette nouvelle question par Claudine Carillo (2013), pour qui la confiance dans la relation de soins est induite par « la distance entre les personnes, la position physique, [...], les termes choisis (techniques, familiers, alambiqués...) » (p. 27). Les deux hypothèses énoncées paraissent probables. La confiance est induite par le tutoiement et vice-versa. Cela est différent pour chaque situation et pour chaque relation. Encore une fois, le choix du tutoiement comporte une notion de décryptage, une notion de jugement clinique. Chaque situation est à analyser, à adapter et à personnaliser. Cela passe par une évaluation constante du patient ainsi qu'une observation clinique. Le tutoiement peut induire une relation de confiance plus facilement que le vouvoiement. Il s'agit d'un paramètre indispensable mais non suffisant. Le soignant et le patient doivent se montrer à l'écoute et respectueux l'un envers l'autre.

Le titre de cette partie reprend les termes qui reviennent le plus souvent : confiance, alliance, et proximité qui sont des notions "positives". Or, d'après le témoignage d'un des infirmiers, la juste distance peut aussi être un éloignement. C'est une chose qui est importante à préciser et que beaucoup de personnes oublient. En effet, ce n'est pas forcément inadéquat de prendre un peu de distance avec un patient. L'IDE 2 dit même que cela est souvent bénéfique. Quant à l'IDE 1, il fait part d'un élément très pertinent en disant que la distance (au sens de proximité) est compliquée à garder, « y a des patients avec qui on a du mal, on a envie de pas trop s'en occuper. ». Ce qu'il dit est tout à son honneur car il est attentif à ce qu'il se ressent. Cela semble être une alerte pour lui. L'équipe est un moyen pour passer la main quand les limites du soignant sont atteintes. Plusieurs raisons peuvent amener au fait de ne pas avoir très envie de s'occuper d'un patient, comme par exemple un mécanisme de transfert, sa pathologie, des soins complexes à prodiguer ou un malaise relationnel. Un soignant est un être humain avec ses limites. Être en mesure de les reconnaître est primordial afin de passer le relai, si cela est possible, et de toujours être dans le prendre soin.

2.3. Spécificité de la santé mentale

Par ailleurs, l'IDE 2 trouve que la distance et le vouvoiement sont plus compliqués à garder en psychiatrie qu'en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Elle pense que nous sommes formatés à utiliser le vouvoiement et à appeler les gens par "Monsieur" ou "Madame". Il est vrai qu'en service de soins généraux adulte, la question du vouvoiement ou du tutoiement se pose très peu. En effet, il est

courant de vouvoyer d'emblée tous les patients, quelque soit leur profil, et ce durant tout leur séjour. C'est d'ailleurs ce que nous apprenons au début de notre formation professionnelle, dans le but d'être dans une relation de respect avec nos patients et de se protéger des affects. Ce dilemme entre le choix du "tu" ou du "vous" serait alors plus spécifique à la psychiatrie. Le profil du patient pourrait avoir un impact sur la décision entre le tutoiement et le vouvoiement. Assurément, comme le dit cette infirmière, « quelqu'un qui vient pour dépression c'est peut être plus compliqué de le tutoyer que quelqu'un qui vient pour psycho ». Ces propos confirment alors que la pathologie du patient peut influencer l'utilisation des pronoms personnels. Par ailleurs, il peut être formateur d'essayer de se mettre à la place des patients arrivant en admission. En effet, ces derniers perdent plus ou moins leurs repères. De plus, en institution, ils doivent respecter certaines règles. Le tutoiement ou le vouvoiement va alors pouvoir être utile afin d'accueillir au mieux le patient et qu'il se sente bien. Au regard de la réflexion, il semble que le tutoiement est un vecteur permettant d'être entendu, de créer une relation de confiance et d'entrer en lien plus rapidement. Cependant, il faut avoir conscience des limites de ce "tu". (cf. partie 2.4). Contrairement au tutoiement, le vouvoiement semble apporter le statut d'adulte, l'existence d'une personne. Cela peut être important lors de la perte des repères. L'utilisation du "vous" permet également au patient de pouvoir se reconstruire. C'est pourquoi les deux pronoms personnels peuvent être utilisés au cours de la relation de soins. Ils peuvent, tous deux, créer un environnement propice et confortable pour le patient. Toutefois, il est important de repérer les phases de stabilisation psychique du patient, afin de les utiliser à bon escient selon l'intention qui est mise derrière.

2.4. Le positionnement du cadre et les limites du tutoiement

L'IDE 2 fait part de son expérience professionnelle en racontant que des patients lui ont demandé d'instaurer le tutoiement dans la relation de soin et qu'elle trouve ces relations beaucoup plus simples. Roland Narfin (2012) évoque lui aussi la possibilité que la demande de tutoiement vienne du patient. Contrairement à l'IDE 2, il insiste sur le fait qu'il est important de ne pas adhérer à cette demande et qu'utiliser le vouvoiement favorise l'adhésion aux soins. Selon lui, le tutoiement n'est pas envisageable et est délétère à la relation de soin. Il pense que la distance thérapeutique est maintenue par le fait de vouvoyer. Il dit que « cela permet de mettre une distance, et d'éviter toute autre confusion de quelque nature qu'elle soit. » (p. 10). Par ailleurs, les soignants interrogés affirment plusieurs fois au cours des entretiens que la relation entre le patient et le soignant doit être claire afin d'éviter d'éventuelles ambiguïtés. En effet, ces infirmiers expriment des risques potentiels liés au tutoiement qui sont de créer une relation familière, de ne plus être dans une relation de soin adaptée et dans son rôle de soignant. Néanmoins, ils utilisent régulièrement le tutoiement, comme cela a été dit précédemment. Les deux infirmiers utilisent le vouvoiement pour instaurer une distance et pour

marquer le positionnement de soignant. En effet, l'IDE 1 dit que « c'est à nous de la positionner » en parlant de la juste distance. Plusieurs auteurs s'accordent avec ses propos. En effet, pour Salomon Nasielski (2012), c'est au soignant de positionner la distance car cela évite de dévier vers une relation plus personnelle. De même, Roland Narfin (2012) explique que c'est au soignant d'instaurer le cadre et la juste distance favorable à la prise en charge. Selon Dominique Friard (2013), il est important d'instaurer un cadre pour que la relation reste professionnelle entre le soignant et le soigné. Les mots « cadre » et « positionnement » sont souvent repris. En outre, tous les auteurs ainsi que les deux infirmiers s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire de positionner un cadre dans la relation de soin, que l'on tutoie ou que l'on vouvoie. Cela permet d'éviter les risques du tutoiement énoncés précédemment et les risques du vouvoiement qui sont pour l'IDE 2 d'avoir une trop juste distance et un manque d'alliance thérapeutique. Cependant, il semble que l'on peut vouvoyer tout en étant proche du patient. Une relation de qualité est possible avec le vouvoiement, si le soignant se montre disponible et attentif envers le patient. D'autre part, la mise en place du cadre permet d'être dans une relation de soin qui soit bénéfique pour le patient et adaptée. Le positionnement professionnel vient au fur et à mesure des années d'expérience. Il semble logique de ne pas avoir, dans les premiers mois d'exercice du métier d'infirmier, le même positionnement qu'après des années d'exercice. C'est pourquoi, il paraît essentiel d'utiliser le vouvoiement si nous ne sommes pas à l'aise avec le tutoiement, et d'autant plus si l'on ne se sent pas capable de poser des limites. En utilisant le tutoiement avec un patient, il faut être capable de dire "stop" si la relation vient à être trop personnelle ou devient gênante. Il n'est pas certain que tous les jeunes professionnels puissent être en capacité de le faire. Il est nécessaire de travailler avec beaucoup de prudence, notamment sur cette notion de juste distance difficile à mettre en place.

2.5. Le lien entre tutoiement, vouvoiement et respect

L'IDE 2 utilise le vouvoiement pour instaurer une relation de respect. Elle dit que « le vous c'est la base de la relation soignant-soigné, c'est la base de la communication avec autrui. ». Ses dires se rapproche de la pensée de Roland Narfin (2012) : « Vouvoyer le patient reste la règle première de tout respect à l'égard du patient. » (p. 9). Le vouvoiement est un code de civilité et serait alors à utiliser d'emblée, lors de la première rencontre avec le patient. C'est d'ailleurs ce que fait l'IDE 1. En effet, il utilise le vouvoiement et dit "Monsieur" ou "Madame" lors du premier contact. Pour cet infirmier, le vouvoiement ne renvoie pas à la notion de respect, comme Jean Philippe Tittley (2013) pour qui « Vouvoyer n'est pas une marque de respect de l'individu ». Cependant, les deux infirmiers disent que le tutoiement n'est pas un manque de respect. Ils rejoignent Jean-Philippe Maxime Tittley (2013), disant que « le tutoiement ne saurait être considéré comme une marque d'irrespect envers une personne. » (p.12). De même, l'IDE 2 dit que tutoyer est, au contraire, une marque de respect : « c'est

respecter que de vouloir les aider du moment que ça reste consenti par chacun et que ça reste dans la relation soignant-soigné ». En effet, le respect ne passe pas obligatoirement par le tutoiement et le vouvoiement. C'est plutôt l'ensemble des éléments de la communication verbale et non-verbale qui montre un respect. Le comportement du soignant peut être respectueux avec un "tu" et irrespectueux avec un "vous". Il en est de même pour le patient. Par ailleurs, l'IDE 2 utilise le vouvoiement avec les personnes âgées. Le facteur de l'âge apparaît une nouvelle fois, mais on peut trouver d'autres hypothèses à cette pratique. En effet, le risque de tutoyer des personnes âgées est de les infantiliser et qu'elles deviennent objets de soin. Cela participe grandement au respect du patient, d'autant plus dans le milieu psychiatrique, où des pathologies, comme la dépression par exemple, peuvent rendre les patients moins autonomes. Il est important d'effectuer les gestes avec eux et de ne pas faire à leur place. Ceci est un principe de déontologie professionnelle primordial qu'il est important de mettre en oeuvre dans sa pratique.

2.6. La relation d'égalité

L'IDE 1 évoque, au cours de l'entretien, cette relation d'égalité en formulant que « c'est lui (le patient) qui est en soin, on est là pour montrer qu'on travaille avec lui et que l'on est à la même hauteur. ». Dominique Friard (2013) parle également du fait de travailler ensemble vers un même objectif, qu'il associe à l'alliance thérapeutique. Par le passé, la relation entre le soignant et le soigné a souvent été asymétrique. C'était l'infirmier qui pensait le soigné. Or, de nos jours, c'est un travail en collaboration qui est privilégié. Particulièrement en psychiatrie, car sans la volonté du patient, il ne peut y avoir d'alliance thérapeutique. Par ailleurs, l'IDE 1 dit par la suite que les patients qu'il tutoie font de même envers lui. Cette réciprocité du tutoiement permet une sorte de relation égalitaire. Pascal Prayez (2005) évoque, lui aussi, que le vouvoiement réciproque permet d'établir une certaine égalité dans la relation de soin. (p.117). À cette notion d'égalité, Jean Philippe Tittley (2013) se demande : « Qui dit "tu" et reçoit "vous" prend-t-il part à une relation unilatéralement solidaire ? » (p.3). L'auteur répond négativement à sa propre question. Par ses propos, il entend qu'une relation de communication avec des pronoms personnels utilisés différemment peut être asymétrique. Lors de l'entretien avec l'IDE 2, elle dit être parfois gênée lorsqu'un patient la tutoie sans que cela soit réciproque. La situation d'appel n°2 est similaire, situation dans laquelle un malaise se crée suite au tutoiement utilisé par la patiente sans accord préalable. Il s'agit, une fois encore d'une question de positionnement professionnel. Lorsque l'on est mal à l'aise dans la relation, le tutoiement peut être un élément qui pose problème. Il faut être en capacité de pouvoir l'analyser et d'y remédier. Cela s'apprend avec l'expérience professionnelle.

2.7. L'alliance thérapeutique, un challenge

L'alliance thérapeutique a été vaguement introduite par le cadre conceptuel. Or, il semble important, au regard de l'avancée de la discussion, d'explorer un peu plus cette notion. Pour cela, un nouvel éclairage théorique a été révélé : Margot Phaneuf (2016) parle en effet de l'alliance thérapeutique comme « instrument de soin ». Ce concept a été mis en évidence par le psychanalyste Sigmund Freud, il y a longtemps. Margot Phaneuf (2016) en donne une définition intéressante : « C'est 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. » (p. 2). Par ces propos, elle définit la relation de confiance entre un patient et un soignant comme n'étant pas innée, se construisant petit à petit, avec des outils tels que le tutoiement par exemple. Cette relation soignant-soigné basée sur la confiance mutuelle va, avec bien d'autres éléments, créer une alliance thérapeutique entre l'infirmier et le patient. A ce sujet, Margot Phaneuf (2016) dit « Les multiples facettes de cette relation (soignant-soigné), c'est-à-dire son civisme, ses qualités de relation fonctionnelle, de relation de confiance et surtout la chaleur de la relation d'aide servent les besoins que suppose l'alliance thérapeutique qui unit l'infirmière et le client. » (p. 2).

Au regard des éléments apportés dans la discussion, il serait pertinent de se demander en quoi l'alliance thérapeutique que crée l'infirmier en psychiatrie participe au mieux-être du patient ?

CONCLUSION

L'emploi du tutoiement et du vouvoiement pose régulièrement question dans la relation soignant-soigné en psychiatrie. Les situations vécues en stage en sont la preuve. Trois grandes notions incontournables ont été explorées tout au long de ce travail de recherche : le tutoiement, le vouvoiement, la juste distance et la relation de soin en santé mentale. D'autres concepts ont fait leur apparition lors des recherches théoriques, tels que le lien entre le tutoiement, le vouvoiement et le respect, sur lequel les auteurs se contredisent, et également la distance et l'alliance thérapeutique au sein de la relation thérapeutique. De plus, des résultats sont apparus au cours de l'avancée des recherches, notamment lors des entretiens avec les professionnels infirmiers. Plusieurs d'entre eux sont particulièrement utiles et nécessaires pour une pratique professionnelle de qualité :

Les facteurs influençant le choix de tutoyer ou de vouvoyer sont multiples (l'âge du patient et du soignant, l'état du patient à l'instant T, la connaissance du patient, le but thérapeutique, etc.) et nécessitent une observation clinique approfondie du patient. Le tutoiement et le vouvoiement sont de réels outils pouvant être bénéfiques pour la relation de soin. Ils permettent, entre autres, d'agir sur la distance avec le patient. Néanmoins, il ne suffit pas de dire "tu" à un patient pour créer une relation de confiance et avoir une certaine proximité avec lui. Il est nécessaire de trouver un comportement adéquat avec le patient, en se montrant attentif, disponible et à l'écoute. L'utilisation de ces outils n'est pas si simple et requiert un minimum d'expérience professionnelle. Assurément, il ne faut pas omettre que des risques existent pour l'utilisation de chaque pronom personnel et qu'un positionnement professionnel adapté est nécessaire. En effet, cela peut engendrer une distance trop faible ou, au contraire, trop importante. Ceci influence la relation thérapeutique et la relation de confiance. De plus, il faut que le soignant puisse se protéger des différents affects qu'il pourrait éprouver. En effet, comme le dit un des infirmiers entretenus, le patient en psychiatrie perd souvent ses repères et voit peu ses proches. Il peut ainsi assez vite nous considérer, soignants, comme sa famille, compte tenu de la régularité de notre présence. C'est alors au soignant de marquer une certaine distance lorsqu'il ressent que cela peut devenir délétère pour la relation de soin. Ces différents éclairages, non exhaustifs certes, sont néanmoins le début d'un cheminement professionnel afin d'améliorer notre pratique et de réfléchir de façon plus approfondie sur les conséquences d'un tutoiement ou d'un vouvoiement en psychiatrie. En effet, le vouvoiement, règle de base de politesse, dont il a été question dans l'introduction, ne doit pas être aussi naturel dans le milieu de soins, qu'il peut l'être dans notre vie quotidienne. Il s'agit bien d'un choix réfléchi, à visée thérapeutique au même titre que le tutoiement. Cela soulève une possible utilisation du tutoiement dans le milieu des soins généraux, si cela peut être bénéfique pour le patient.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Dhoquois, R. (1991). *La politesse : Vertu des apparences*. Paris : Autrement. (p. 152-153)
- Frédéric Masseix. (1988). *Guide des soins infirmiers en santé mentale*. Vincennes : Editions hospitalières. (p. 20)
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.
- Manoukian, A et Massebeuf, A. (2001). *La relation soignant soigné* (2^e édition). Paris : Lamarre. (p. 9)
- Merkling, J. (2017). *Les fondements de la relation de soin*. Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation. Paris : Seli Arslan.
- Prayez, P. (2005). *Julie ou l'aventure de la juste distance*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Prayez, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité du soin* (2^eème édition). Rueil-Malmaison : Lamarre.

ARTICLES

- Carillo, C. (2013). Créer une relation de confiance. *Soins aides soignantes*, 50, 27-28.
- Daydé, M-C. (2008). La relation d'aide en soins infirmiers, aspects réglementaires et conceptuels. *La revue de référence infirmières SOINS*, 731, 35-38.
- Dissez N. (2006). Journal français de psychiatrie. *Qu'est-ce que la santé mentale ?*, 27, 19-21. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2006-4-page-19.htm>
- Farnarier, C. (2018). Faire de la rue une innovation en santé mentale. *L'innovation en santé*. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02151723>
- Friard, D. (2013). L'alliance thérapeutique, un concept controversé. L'alliance thérapeutique en question. *Santé mentale*, 181, 26-27.
- Jean-Philippe Tittley. (2013). Vouvoyer n'est pas une marque de respect de l'individu. *Seize heures treize*. Repéré à <http://www.seizeheurestreize.com/commentairepolitique/vouvoyer-nest-pas-une-marque-de-respect-de-lindividu>
- Narfin, R. (2012). Trouver la juste distance thérapeutique. *L'aide soignante*, 134, 9.
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144 (4), 12-40. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12.htm?contenu=article>

Phaneuf, M. (2016). L'alliance thérapeutique comme instrument de soin. Repéré à l'adresse <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

DICTIONNAIRES

Communication. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Familier. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/familier/32794>

Paillard, C. (2015). *Relation* Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2^e éd., p. 323-324). Noisy-le-Grand : SETES.

Paillard, C. (2015). *Relation soignant-soigné* Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2^e éd., p. 328-329). Noisy-le-Grand : SETES

Paillard, C. (2015). *Soins relationnels* Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2^e éd., p.388). Noisy-le-Grand : SETES

Paillard, C. (2015). *Communication soignant-soigné* Dans *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (2^e éd., p. 91). Noisy-le-Grand : SETES

Politesse. (2006). Dans *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse

Prostel, J. (2003). *Psychiatrie* Dans *Dictionnaire de la psychiatrie*. (p. 365-366). Paris : Larousse

Prostel, J. (2003). *Santé mentale* Dans *Dictionnaire de la psychiatrie*. (p. 404). Paris : Larousse

Psychiatrie. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychiatrie/64814>

Savoir-vivre. (2006). Dans *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse

Tutoyer. (s. d.). Dans *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/tutoyer>

Tutoyeur. (s. d.). Dans *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/tutoyer>

Vouvoyer. (s. d.). Dans *Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/vouvoyer>

TEXTES LÉGISLATIFS

Article L1110-2 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002. (2002). JORF, 5 mars. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0E21B7831FFC70C8F85CDAA5BF7A8B71.tplgfr28s_3?idArticle=LEGIARTI000006685743&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=

Charte de la santé mentale. Repérée à

http://www.cht-ranceemeraude.fr/tl_files/_media/images/Droits_et_devoirs/charte_usager-sante-mentale.pdf

NOTE DE COURS

Sarremejea, L. (s.d.). La dimension cachée ; Edward T. HALL [Cours]. Repéré à

http://laurence.sarremejea.free.fr/prepa/res/Hall_dimension-cachee.pdf

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Situation d'appel n°1 version longue

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III : Tableau d'analyse

ANNEXE I - Situation d'appel 1 version longue

M. G. Julien est un patient venant d'avoir l'âge de 18 ans. Il est entré dans le service d'admission psychiatrique car sa majorité l'empêchait de rester dans le service de pédopsychiatrie où il était. Ce patient est atteint du syndrome de Pierre Robin et présente également une surdité. De ce fait, la communication avec ce jeune patient est assez compliquée. Ce syndrome se caractérise par la présence de trois malformations oro-faciales à la naissance : un rétrognathisme (menton en retrait), une fente vélo-palatine postérieure médiane (le palais n'est pas formé) et une glossoptose (la langue part en arrière dans la gorge). Il est très « adhésif » avec les soignants et réclame beaucoup d'attentions tels que des câlins ou des jeux. Un accord a été conclu entre lui et l'équipe soignante : une poignée de main pour dire bonjour et une autre pour dire au revoir seulement.

Il est important de revenir au moment de mon accueil par le cadre du service pour comprendre la situation. Le jour de mon arrivée en stage, je me suis entretenue quelques minutes avec la cadre de santé. Nous avons échangé sur mes appréhensions, entre autres. Puis elle m'a indiqué le comportement que je devais avoir avec les patients : les appeler par leur nom de famille et les vouvoyer. Je ne devais pas faire comme les soignants, qui connaissaient les patients depuis plus longtemps que moi. J'avais donc, durant tout le long de mon stage, cette « règle d'or » en tête, afin de mettre de la distance entre les patients et moi. Je prenais cela comme une barrière pour me protéger au niveau de l'affect, sachant qu'il y avait des histoires de vie compliquées. Beaucoup de soignants appelaient certains patients par leur prénom et tutoyaient les patients qui revenaient régulièrement dans le service. J'ai trouvé cela compliqué d'appeler ces patients par leur nom de famille. J'avoue avoir eu quelques « tu » qui m'ont échappés ainsi que quelques prénoms, par habitude d'entendre les soignants communiquer comme cela.

Plus précisément, lors de l'arrivée de M. G. Julien, jeune homme de 18 ans, je me suis fortement posé la question du «tu» ou du «vous». Ce patient étant très « adhésif », il était nécessaire de lui mettre un cadre. C'est alors qu'un midi, pendant que je faisais les transmissions écrites de mes patients avec l'infirmière, M. G. est entré dans le bureau des IDE sans frapper, comme il en avait l'habitude. Je me suis surprise à lui dire « **Julien tu** sors du bureau s'il te plait ». C'est à ce moment là que je me suis rendue compte que j'avais « enfreint » la règle d'or. Sachant qu'il y avait une infirmière à côté de moi, je me suis sentie mal à l'aise d'avoir eu ce réflexe de l'appeler par son prénom et de le tutoyer. J'ai alors expliqué à l'infirmière que je trouvais cela compliqué de le vouvoyer et de l'appeler « Monsieur G. », car

il était plus jeune que moi. Elle m'a alors dit que c'était vrai que c'était difficile, et qu'il y avait des exceptions à cette règle. Puis nous avons changé de sujet. C'est après que j'ai compris le sens de sa phrase, lorsque Julien s'est braqué quand une des soignantes l'a appelé « Monsieur G. ». Il a dit qu'il n'aimait pas quand on l'appelait comme cela, qu'il s'appelait Julien et qu'il ne fallait plus l'appeler comme ça. Deux points de vue s'opposaient : l'appeler par son prénom et le tutoyer, ce qui me semblait logique car il était plus jeune que moi et qu'il venait d'un service de pédopsychiatrie, et n'avait par conséquent pas l'habitude qu'on le vouvoie. C'était également naturel pour moi et j'avais du mal à me forcer à dire « Monsieur G. », surtout dans des situations de recadrement. En parallèle, je trouvais que le vouvoyer et l'appeler « Monsieur G. » lui permettait de faire la transition entre le service des adolescents et le service des adultes dans lequel il était actuellement. Cela pouvait peut-être l'aider et permettre de poser un cadre et une distance. Ce tiraillement que je ressentais était également présent dans l'équipe, très partagée entre le tutoiement ou le vouvoiement de ce patient. J'essayais donc de le vouvoyer le plus possible, pour instaurer une distance entre nous, mais cela m'était très difficile. Je l'ai tutoyé beaucoup plus que vouvoyé au cours de mon stage. Néanmoins, c'était le seul patient que je m'autorisais à tutoyer. Mais pourquoi ?

ANNEXE II - Guide d'entretien

Introduction :

Bonjour, je m'appelle Anaïs et je suis en 3ème année à l'IFSI de Pontchaillou. Je réalise mon mémoire sur la place du tutoiement et du vouvoiement dans la relation de soin en santé mentale.

Êtes vous d'accord pour que j'enregistre notre conversation? Je précise que l'anonymat sera préservé. Je vais vous poser un certain nombre de questions, n'hésitez pas à m'interrompre si vous souhaitez des explications ou des précisions.

Déterminer le profil du professionnel IDE

- Quel âge avez vous ?
- Depuis quand êtes vous diplômé ?
- Depuis combien de temps exercez vous en psychiatrie ? Et dans ce service ?
- Avez vous eu des formations spécifiques ?

Comprendre les représentations des IDE sur la juste distance

(= Déterminer ce qu'est la juste distance dans la relation soignant soigné pour un IDE exerçant en santé mentale.)

- **Qu'avez vous à dire sur la juste distance en psychiatrie ?**
- *Questions de relance :*
 - *C'est quoi pour vous ?*
 - *Quelle définition donnez-vous à cette expression?*
 - *Quelles spécificités a-t-elle en psychiatrie?*
 - *Concrètement, dans votre pratique, cela se traduit comment ?*
 - *Que mettez-vous en place pour l'instaurer ?*
 - *Quelle est son utilité ?*
 - *Quels sont les freins ?*

Connaître l'état des lieux des pratiques des soignants sur le tutoiement et sur le vouvoiement.

- **Entre le tutoiement et le vouvoiement, quel mode utilisez-vous auprès des patients ?**
- *Questions de relance :*
 - *Qu'est-ce qui vous fait pencher pour l'un ou pour l'autre ?*

- *Quelles sont les circonstances spécifiques d'utilisation de l'un et de l'autre ?*
- *Quelles sont vos intentions avec le tu ? avec le vous ? Que recherchez-vous à faire ?*
- *Quels sont les bénéfices du tutoiement avec le patient ? Et du vouvoiement ?*
- *Quels sont les risques du tutoiement avec le patient ? Et du vouvoiement ?*
- *Selon vous, le tutoiement doit-il être instauré à la demande du patient ?*
- *Vous est-il déjà arrivé qu'un patient vous dise "tu" ? Si oui, qu'avez vous pensé ?
Quelle a été votre réaction ?*

Comprendre le lien entre le mode de communication et la relation soignant-soigné

- **Quelles sont les répercussions que peut avoir le choix du tu sur la relation au patient ?**
- *Questions de relance :*
 - *Que pensez vous de la notion de respect lorsque vous tutoyer un patient ?*
 - *Qu'en est-il de l'impact sur la relation thérapeutique ? et de confiance ?*

Conclusion :

Avez vous quelque chose à ajouter ?

Je vous remercie pour cet entretien qui a été riche en réponses pour moi.

ANNEXE III - Tableau d'analyse

IDE 1 : Homme de 35 ans, diplômé depuis 2009. Exerce en psychiatrie depuis 10 ans et depuis 2 ans dans ce service. (admission, fermé)

IDE 2 : Femme de 26 ans, diplômée depuis 2018. Exerce en psychiatrie depuis 1 an et 4 mois et depuis 6 mois dans ce service. (admission, fermé)

En accord

En contradiction

Idées complémentaires

Question	Réponse IDE 1	Réponse IDE 2	Analyse
LA JUSTE DISTANCE			
Qu'avez-vous à dire sur la juste distance en psychiatrie ?	Je trouve que le thème il est super intéressant car ça revient souvent, mais c'est vraiment adapté en fonction de chaque patient , quand... avec aussi son accord. La distance c'est à nous de la positionner selon les critères de.. d'âge, de sexe, y'a des symptômes aussi qui permettent aussi de... on ira pas s'adresser de la même façon, avec de la proximité à un patient qui est en pleine crise, en décompensation et avec un patient chronique, au long court qu'on connaît depuis longtemps. Enfin voilà, les gens qui viennent d'arriver on prend une distance peut-être plus importante, qu'on est amené à réduire en fonction de la relation que l'on a avec la personne en soi. Voilà. C'est le cœur de notre métier, savoir comment s'adresser à la personne, donc...(silence)	Que c'est plus compliqué que dans les soins généraux, en tout cas qu'en MCO. La juste distance, elle est vraiment adaptée selon le patient , alors je pense que ça c'est un peu partout. En psychiatrie on a souvent des patients qui ont besoin qu'on soit un peu plus proche d'eux, ou un peu plus distancié, en fonction aussi de leur pathologie, c'est vraiment compliqué de trouver... Enfin y'a pas une juste distance pour tous les patients, c'est vraiment en fonction de leur pathologie et de leur besoin sur le moment quoi...	Lorsque les infirmiers expriment ce qu'ils pensent de la juste distance en psychiatrie, ils commencent tous deux par dire qu'elle est adaptée en fonction du patient. Un infirmier précise son propos en disant qu'il y a différents critères qui influent la distance que l'on va mettre avec le patient tels que l'âge, le sexe et les symptômes. Tandis que l'autre infirmier parle davantage de la pathologie et des besoins du patient. De plus, un des infirmiers précise que la juste distance est difficile à trouver.
Pouvez-vous donner une définition de la juste distance ?	La juste distance je pense que c'est celle qui te met en sécurité, qui ne met pas le patient en difficulté. Qui permet d'avoir une relation de soin qui est dans la confiance et dans l'alliance . Que le patient voit qu'on est là pour lui, pas forcément trop hautain et qu'on n'est pas au dessus de lui. Il y a aussi cette histoire de relation à égalité, c'est lui qui est en soin, on est là pour montrer qu'on travaille avec lui et que l'on est à la même hauteur . Ça englobe la façon d'être, le savoir-être, le respect des gens, la politesse. ne pas être dans le jugement des gens surtout en psychiatrie	La juste distance c'est celle qui respecte le patient , mh, qui, qui respecte le patient , celle qui lui permet de rester à la bonne distance tant pour le soignant que pour le patient. C'est important. Et qui permet de pouvoir répondre à ses besoins sans être trop intrusif, et pouvoir... pouvoir répondre à ce dont il a besoin mais sans être... je sais pas trop comment dire mais euh... sans être, soit trop distant, soit trop envahissant. Mais c'est vraiment adapté en fonction de chaque patient.	Les professionnels interrogés mettent en avant que la juste distance doit être bénéfique pour le patient. En effet, d'après eux, elle "ne met pas le patient en difficulté". De plus, les infirmiers insistent sur le fait que la juste distance est celle qui respecte le patient.

	<p>on sait qu'il y a des personnes qui viennent pour des actes d'agressions notamment agressions sexuelles. Enfin il faut rester.. La distance elle est parfois difficile à garder, y'a des patients avec qui on a du mal, on a envie de pas trop s'en occuper. Ouais il faut essayer d'avoir ça en tête avec les patients qu'on a en charge.</p>		
<p>Que mettez-vous en place pour instaurer une juste distance avec un patient ?</p>	<p>Passer du temps avec ces patients, pour recueillir un peu leur positionnement, savoir comment eux se sentent dans les soins. Est-ce qu'ils ont demandé à être là ou non ? On va pas s'adresser de la même façon à quelqu'un dont on sait qu'il n'a jamais voulu être là, qu'il veut partir ou etc. qu'à un patient qui est là depuis 10 ans, ou avec un ado, car on a souvent des jeunes nous qui viennent là, 14, 15, 16 ans, même s'ils devraient être en pédopsychiatrie ils arrivent ici. Il y a des gens déficitaires, des gens trisomiques, des autistes, et tout ça donc à chaque patient c'est vraiment une relation, une distance qui est à ajuster en fonction de chacun quoi. (Q 2)</p>	<p>déjà c'est une évaluation, une observation. Beaucoup d'observation clinique, si on voit que le patient il est pas à même d'être à l'écoute ou d'entendre, ou que le rapprochement physique par exemple est un peu trop compliqué, ça c'est quelque chose qu'on voit dans l'observation. Chercher le consentement, pour tout ce qui est tutoiement, le vouvoiement. Enfin voilà c'est... Il faut que ce soit un consentement mutuel pour que ça se passe bien en fait... Et puis, en parler avec les collègues je pense que c'est important. Voir comment les collègues agissent et faire ensemble et mettre une bonne distance. Pour que ce soit assez respectueux pour le patient, et que ça réponde à ses besoins.</p>	<p>Les deux infirmiers s'accordent sur le fait qu'il faut en priorité observer le patient en passant du temps avec lui. L'IDE 2 ajoute qu'il est important de chercher le consentement du patient lorsqu'il s'agit de tutoyer ou de vouvoyer et qu'il est nécessaire de discuter avec ses collègues pour avoir la même distance. Or, l'IDE 1 dit que "à chaque patient c'est vraiment une relation, une distance qui est à ajuster en fonction de chacun". Ces deux professionnels se contredisent car pour l'IDE 2, il faudrait que toute l'équipe ait la même distance avec le patient. A contrario, l'IDE 1 dit que la distance est à ajuster selon chacun, donc selon chaque soignant et chaque soignante.</p>
TUTOIEMENT ET VOUVOIEMENT			
<p>Quel mode utilisez-vous avec les patients entre le tutoiement et le vouvoiement ?</p>	<p>Alors, moi j'ai pour habitude, sur des patients de l'admission, c'est voilà premier contact c'est monsieur, madame, le vouvoiement directement. Mr machin est-ce que vous voulez que je vous accompagne... voilà donc ça c'est la base. Peut être les seuls cas où on tutoie d'emblée ça va être les ados, les tout jeunes, ou les patients qui sont accompagnés par leurs parents. Je pense à une fois où on avait un patient trisomique ou un patient autiste, dont on sait très bien que le vouvoiement, ils vont pas forcément... Enfin ça a pas de sens pour eux. Après rapidement dans la prise en charge je demande au patient comment on doit les appeler, est-ce qu'on se vouvoie, est-ce</p>	<p>Ca dépend des patients, ça dépend. Ça dépend du contexte et ça dépend même du jour. Y'a des patients qu'on peut tutoyer un jour et qu'on va vouvoyer le lendemain. Ça dépend vraiment... Je préfère pas l'un ou l'autre.. C'est vraiment patient-dépendant, relation-dépendant, alliance thérapeutique dépendant. Mh, y'a certain patient qui sont très jeunes, qui sont parfois carencés et qui ont besoin qu'on les tutoie, qui demande à ce qu'on les tutoie. Qu'on les appelle par leur prénom, et y'a certain patient qu'on ne se permettrait pas de tutoyer parce que voilà y'a une barrière naturelle qui se met. Donc c'est vraiment patient dépendant et en fonction de la demande et puis de l'observation clinique et de la sensation qu'on a avec le</p>	<p>L'IDE 1 dit utiliser le vouvoiement et appeler les patients qu'il ne connaît pas par Monsieur ou Madame lors du premier contact. Il apprécie particulièrement utiliser le vous avec le prénom du patient car cela lui permet d'être dans la proximité mais aussi de garder une distance. L'IDE 2, quant à elle, ne se prononce pas et dit que c'est "patient-dépendant, relation-dépendant, alliance thérapeutique-dépendant". Cependant, les deux IDE me parlent de l'utilisation du tutoiement d'emblée qui est plus naturelle avec les patients très jeunes,</p>

	<p>qu'on se tutoie. Et souvent moi ce que j'aime bien utiliser c'est prénom + vous. Ca va être voilà, Vincent vous venez, Vincent vous, enfin tu vois. Moi ça me semble ce genre d'appellation tu vois ça me va bien, ça permet d'être dans la proximité, parce que voilà, y'a des patients ça va être non m'appelle pas monsieur machin ce sera tout de suite tu vas m'appeler machin et tu me tutoie. Donc dès fois quand on a pas d'antécédents, on connaît pas l'historique des patients, on ne se connaît pas donc non pour l'instant on se vouvoie, voilà on garde une certaine distance, effectivement on n'est pas des copains, pour tout de suite voilà... Après des gens qui sont au long cours, des patients qui sont chroniques même si le terme n'est pas forcément juste, ils sont institutionnalisés, ils sont là depuis 10 ans, 15 ans, tous les collègues les tutoient donc voilà.. Mais moi j'ai pour habitude de toujours demander au patient. Ca permet d'éviter les malentendus, voilà même si lui il est là depuis 15 ans, qu'il voit un nouveau soignant, il va se dire pourquoi lui il me tutoie direct, on ne se connaît pas...</p>	<p>patient. Si on voit que c'est possible, pourquoi pas rentrer dans cette relation là mais toujours avec son consentement.</p>	<p>les patients accompagnés par leur parent ou encore les personnes qui sont carencées. L'IDE 1 donne l'exemple de patients trisomiques ou de patients autistes. Ce qu'ils évoquent me fait penser à la situation de Julien, précédemment énoncée, qui ne souhaitait pas qu'on le vouvoie et qu'on l'appelle par "Monsieur" car il ne se reconnaissait pas. Les deux infirmiers insistent sur la notion de consentement, qu'il faut demander au patient son accord pour le tutoyer ou le vouvoyer.</p>
<p>Est-ce qu'il y a des éléments particuliers qui vous font pencher plus vers l'un ou vers l'autre ?</p>	<p>/</p>	<p>Alors, l'âge beaucoup. Les patients assez jeunes, c'est vrai qu'on a plus tendance à les tutoyer, même si des fois c'est pas idéal, enfin voilà ça veut pas dire forcément que c'est une bonne idée. Mais, on nous a toujours appris à vouvoyer les patients, à les appeler par leur nom de famille, je trouve que ça a plus de mal à s'appliquer en psychiatrie, parce que c'est pas toujours le milieu le plus adapté. Donc l'âge beaucoup. La pathologie aussi, la maladie mentale. Quelqu'un qui vient pour dépression c'est peut être plus compliqué de le tutoyer que quelqu'un qui vient pour psycho. C'est vraiment patient-dépendant. Et mh... le vouvoiement plus pour la personne âgée, et tout ceux qui sont un peu réticents dans le contact, qui sont pas du tout dans l'alliance thérapeutique. Ca me semble compliqué de dire tu à un patient qui a pas du tout confiance en nous et qui est sur la réserve, et qui veut pas se faire soigner et qui n'est pas du tout dans les soins. Alors que quelqu'un qui est dans le soin et qui demande.. Enfin, j'ai déjà eu des patients qui m'ont demandé de les</p>	<p>Elle évoque le facteur de l'âge en priorité. Elle tutoie plus facilement les personnes jeunes, même si elle avoue que ce n'est pas toujours l'idéal. Elle pense également que nous sommes formatés à utiliser le tutoiement et à appeler les gens par Monsieur ou Madame, et trouve que cela est plus compliqué à mettre en place en psychiatrie qu'en service de soins généraux. De plus, elle ajoute la pathologie, soit la maladie mentale en donnant comme exemple "Quelqu'un qui vient pour dépression c'est peut être plus compliqué de le tutoyer que quelqu'un qui vient pour psycho". Elle ajoute, que selon elle, le vouvoiement est plus réservé à la personne âgée et ceux qui ne sont pas dans l'alliance thérapeutique : "Ça me semble compliqué de dire tu à un patient qui a pas du tout confiance en nous et qui est</p>

		tutoyer, bah c'est beaucoup plus simple dans la relation quoi.	sur la réserve, et qui veut pas se faire soigner et qui n'est pas du tout dans les soins". Elle termine sa réponse en disant qu'elle trouve le tutoiement comme élément facilitateur de la relation.
Et, quand vous tutoyez un patient, quelles sont vos intentions derrière cette utilisation du tu?	Une certaine proximité, une certaine alliance. Il y a des personnes effectivement si on les vouvoie ils ne vont pas se reconnaître, ils vont penser qu'on est au dessus, dans la relation. Donc, ceux avec qui on a l'accord, on a le feu vert pour tutoyer... Ce que j'en attends..? C'est une bonne question ouais je pense que, ouais une relation simple enfin voilà, soignant, soigné normale.	De rentrer en contact plus facilement, d'avoir une alliance thérapeutique un peu différente qu'avec un vous, le tu il induit une sorte, je sais pas si le mot est bien choisi mais d'intimité ou de privilège dans la relation qui n'est pas forcément là quand il y a le vous. Par contre, il faut que ça reste une relation soignant-soigné, il faut bien que ce soit clair, même si le tu est là et que le prénom est là. Il faut que ça reste une relation soignant-soigné et que ça reste dans les limites du respect à porter à chacun. Et bien contrôler par chacun, qu'on soit bien clair sur le fait de ce que c'est. Mais le tu ça rapporte peut être un échange un peu plus facile, pour des patients qui sont jeunes et qui ont besoin de voilà. enfin je dis ça c'est peut être parce que je suis jeune aussi mais des patients qui ont besoin d'être écoutés, de parler ou... Bah le tu c'est plus simple et puis c'est des patients qui, si on les retrouve un peu plus tard, te reconnaissent un peu plus facilement je pense. Qu'ils viennent plus te voir parce que tu les as tutoyés et que c'est resté dans un respect mutuel, et une relation soignant-soigné adaptée. Mais voilà, je pense que ça crée vraiment un lien qui peut être bénéfique pour le patient tant que ça ne dépasse pas les limites.	L'IDE 1 utilise le tutoiement pour avoir une "certaine proximité, une certaine alliance". Il est à la recherche d'une "relation simple, soignant-soigné, normale". L'IDE 2 rejoint l'avis de ce dernier. Pour elle, le tutoiement est plus simple et permet d'avoir une alliance thérapeutique différente qu'avec le vouvoiement. De plus, cela est compatible avec une relation soignant-soignant. Par ailleurs, elle explique que le tutoiement induit une "intimité ou un privilège dans la relation". C'est pourquoi elle précise l'importance que la relation soit claire tant pour le soignant que pour le patient et que cela se passe dans le respect mutuel. Elle pense que "ça crée vraiment un lien qui peut être bénéfique pour le patient tant que ça ne dépasse pas les limites."
Et, quand vous vouvoyez un patient, quelles sont vos intentions derrière cette utilisation du vous?	Oui dans le cas contraire quand on a des gens un petit peu énervés ou des gens qui ne sont pas d'accord d'être là, on reste bien, on sait qu'ils ne sont pas d'accord d'être là. On sait que tout va être prétexte à que ça puisse mal se passer, donc voilà, on reste à notre rôle de soignant. On garde volontairement, là on va pas dans la proximité, du moins pas dans l'immédiat. Nous on est l'équipe, et on se vouvoie. Ouais c'est une façon de marquer, ça peut être un peu paradoxale avec ce que j'ai dit avant, mais de marquer	De prime abord c'est la relation de respect, puisque, c'est souvent des patients en détresse. On est infirmier, on n'est pas ses copains, donc voilà, le vous c'est la base de la relation soignant-soigné, c'est la base de la communication avec autrui. C'est ce qu'on nous apprend depuis tout petits, ça induit une relation de respect et une distance, qui est parfois bénéfique, qui l'est souvent d'ailleurs. Mais une distance qui est importante, et puis voilà, ça marque aussi une (silence), une place... Quand on les vouvoie et qu'on a notre blouse, ça marque le	Pour répondre à cette question, l'IDE 1 donne l'exemple de patients qui sont énervés ou qui montre un refus de soin. Dans ce cas là, l'IDE 1 vouvoie ces patients pour rester à son rôle de soignant. Son intention est ne pas être dans la proximité avec le patient mais plutôt de marquer une plus grande distance. Quant à l'IDE 2, elle associe le vouvoiement à la relation de respect et à la notion de distance. Elle explique également que "le vous c'est la base de la relation soignant-soigné, c'est la base de la

	<p>une certaine distance qui a besoin d'être un peu plus grande.</p>	<p>positionnement de soignant, de médecin... Ça marque ce genre de positionnement.</p>	<p>communication avec autrui". Les deux infirmiers s'accordent sur le fait que le vouvoiement permet de marquer un positionnement de soignant. L'IDE 2 l'explique clairement en parlant de la blouse blanche et du vouvoiement qui marque le positionnement de soignant, tandis que l'IDE 1 l'exprime indirectement en disant "Nous on est l'équipe et on se vouvoie".</p>
<p>Quels sont les risques du tutoiement ?</p>	<p>Les risques ça peut être la familiarité, une relation qui ne soit plus de soin mais qui soit plus euh, familière. Donc bah ça on n'y arrive pas mais ça peut être le risque effectivement. De ne plus se sentir comme un soignant mais comme un amis, un proche. Après c'est vrai qu'on a des patients qui n'ont aucune visite ou famille qui s'intéresse à eux, donc quelque part on est aussi un peu leur famille. Voilà mais il faut pas oublier que derrière nous on a la blouse et qu'on est là pour travailler avec eux. Donc ouais le risque il est là, il est de sortir un peu de son rôle.</p>	<p>Le risque c'est de..je pense de dériver vers une relation de, pas de copinage mais une relation qui soit pas dans... qui glisse un peu vers la relation de copinage. Et puis y'a certain patient qu'on tutoie qui peuvent facilement venir nous demander des bénéfices enfin des privilèges ou voilà des choses comme ça. Qui sont pas pourtant adaptés mais voilà, comme la relation de confiance est vraiment là, ils auraient peut être tendance à en profiter un peu. Donc voilà je pense que ça c'est le risque du tutoiement. Et puis qu'on soit peut être trop familier ou trop... voilà, la question se pose en tout cas et c'est nécessaire de se remettre en question... à chaque fois je trouve. J'ai un patient la dernière fois en chambre de soins intensifs qui m'a demandé de le tutoyer, parce qu'il était vraiment pas bien et qu'il refusait d'être vouvoyé. Et du coup je lui ai demandé plusieurs fois s'il était toujours d'accord pour qu'on se tutoie... Moi je pars du principe que si je tutoie un patient, ils peuvent me tutoyer y'a aucun problème. Mais, voilà il faut que ça reste clair pour ne pas dévier dans une relation de copinage... c'est pas adapté.</p>	<p>Les deux IDE s'accordent pour dire que le risque le plus évident est d'être dans une relation familière, de copinage et de ne plus être dans une relation de soin adaptée. L'IDE 1 parle paradoxalement des patients qui ne voient plus leur proche et que les soignants sont, en quelques sortes, un peu leur famille. C'est pourquoi il précise que le risque du tutoiement est également de sortir de son rôle de soignant. Quant à l'IDE 2, elle donne l'exemple de patients qui demandent des services ou des privilèges aux soignants. Elle explique que cela est due à la relation de confiance qui est présente, car pour elle, cela va de paire avec le tutoiement. L'IDE 2 accepte que les patients la tutoient, si elle fait de même.</p>
<p>Quels sont les risques du vouvoiement ?</p>	<p>Je ne sais pas s'il y a des risques. Il y a des patients qui ont fait des longs séjours et on s'est toujours vouvoyé. Il n'y a jamais eu tellement de problèmes de ce côté là. Tant que c'est clair en fait pour les patients. Moi je pense que le coeur de la question il est là, il faut que</p>	<p>Tu parlais tout à l'heure de juste distance, le fait justement d'être un peu trop loin de la distance peut-être. En fonction des patients, de leur pathologie et de leur âge, et de leur besoin sur le moment. Un patient qui a besoin d'être extrêmement réassuré, qu'a besoin d'être entendu,</p>	<p>Pour l'IDE 1, il pense qu'il n'y a pas de risque à vouvoyer un patient. Il pense que tant que cela est clair entre le patient et le soignant et que cela ne met personne en difficulté, il n'y a pas de problème. Il rappelle la nécessité de recueillir le</p>

	<p>tout le monde soit à l'aise. Il faut que tu sois à l'aise après avec tes patients, en disant voilà on se tutoie, on se vouvoie, mais ça peut bouger. Rarement, enfin plus dans un sens d'ailleurs tu passes rarement du tutoiement au vouvoiement, par contre dans l'autre sens je pense que ça peut se faire assez facilement. Mais voilà il faut que le patient se sente à l'aise, qu'il ne se sente pas jugé ou voilà, il a l'impression que tu le prends de haut ou qu'au contraire tu t'en fou un peu et que t'es copain enfin voilà. Il faut que tu sois à l'aise dans ta pratique et que lui se sente bien aussi avec ça. Il faut recueillir son consentement et en parler enfin voilà il faut pas hésiter à lui en parler c'est un sujet qui est important c'est clair. Et nous voilà sur des patients qui restent assez peu de temps il faut qu'on puisse travailler sans être à se dire... Moi c'est souvent que je pose la question dans les premières heures ou même à l'arrivée, des fois t'as des prénoms un peu ambigus ou des noms qui sont durs à dire donc c'est une façon de dire comment on dit votre nom, comment il faut vous appelez. Donc voilà c'est assez simple, il faut pas trop se prendre la tête. Mais voilà une fois que c'est fait tu peux partir sur des bases qui sont définies.</p>	<p>compris, il a peut être besoin qu'on lui dise tu, en tout cas je pense qu'on peut lui poser la question. Mais voilà, la trop juste distance et le manque d'alliance thérapeutique pour le coup.</p>	<p>consentement du patient et de lui en parler. Quant à l'IDE 2, les risques du vouvoiement sont pour elle d'être un peu loin du patient, de ne pas être à la bonne distance : "la trop juste distance et le manque d'alliance thérapeutique". Elle rappelle une fois de plus les facteurs qui influencent l'utilisation de ces pronoms personnels qui sont pour elle : les pathologies, l'âge et les besoins du patient sur le moment, s'il a besoin d'être entendu ou compris par exemple.</p>
<p>Est-ce qu'un patient vous a déjà tutoyé ? Qu'en avez-vous pensé et quelle a été votre réaction ?</p>	<p>Oui. C'est souvent, c'est assez fréquent. Bah souvent avec les mêmes patients que nous on tutoie aussi. Parce que voilà ça fait partie de l'échange, moi ça me dérange pas, ça me va aussi. Comme je te disais, si ça me va pas je leur dis aussi non vous me vouvoyez. Mais non ça ne me pose pas de problèmes dans le sens où, voilà c'est aussi un signe de confiance, donc voilà s'ils acceptent qu'on soit dans cette proximité là, je pense que c'est qu'on a une accroche, c'est qu'on a quelque</p>	<p>Oui. Les patients nous disent souvent tu, quand ils sont là depuis longtemps. C'est... c'est compréhensible je trouve, puisqu'ils nous voient enfin souvent ils ont que nous. Surtout en unité d'admission, enfin en long court aussi mais dans des unités où ils restent longtemps je peux comprendre. Mais après, moi quand je dis pas tu, dès fois ça me fait bizarre qu'on me dise tu. Je..Dès fois dans ma relation j'impose un respect, enfin c'est pas un manque de respect de dire tu pas du tout, mais j'impose une distance,</p>	<p>Les infirmiers répondent tous deux que des patients les ont déjà tutoyé et que cela est fréquent. L'IDE 1 évoque la réciprocité du tutoiement : les patients qu'il tutoie font de même. Tandis que l'IDE 2 dit "c'est souvent qu'on me dit "tu" alors que moi je dis "vous"". La raison qu'elle trouve à cette non-réciprocité est sa jeunesse, encore une fois le facteur de l'âge. Elle explique qu'elle est parfois mal à l'aise face à ces patients plus âgés qui la tutoie. Cependant, elle comprend que ce sont</p>

	<p>chose. On a réussi déjà une partie du travail de se faire accepter, de rentrer un peu dans le cercle. En restant soignant moi ça me dérange pas que des patients me tutoient.</p>	<p>parce que je sens que c'est le moment et je sens que c'est nécessaire. Et certain patient ils disent facilement tu surtout le fait que je sois jeune. Depuis que j'ai commencé c'est souvent qu'on me dit tu alors que moi je dis vous. C'est la jeunesse.. Enfin le fait d'être un peu jeune et surtout plus jeune que certain patient. Donc dès fois ça me met un peu mal à l'aise, mais, ça reste... je comprend parce que des fois c'est des patients qui sont assez souvent isolés, en détresse et je comprends qu'ils aient besoin de soignants avec qui ils peuvent avoir une bonne relation. Une relation de confiance, et si ça doit passer par le tu bah, j'accepte assez facilement.</p>	<p>souvent des personnes isolés qui ont besoin d'avoir une relation de confiance avec les soignants. L'IDE 1 s'accorde sur le fait que le tutoiement d'un patient est un signe de confiance, et ajoute que c'est une manière de se faire accepter.</p>
--	--	--	--

LIEN ENTRE MODE DE COMMUNICATION ET RELATION SOIGNANT-SOIGNE

<p>Et quelles sont les répercussions que peut avoir le choix du tu sur la relation au patient?</p>	<p>Je suis pas sûr que ça change vraiment quelque chose dans la relation, ce qui compte c'est que la personne sente que tu t'impliques que tu es là pour eux. Ouais c'est une bonne question. Je sais pas, moi je bosse pas différemment avec des personnes que je vouvoie et d'autres que je tutoie. On est là pour eux donc... Après ça m'est arrivé de... Moi j'ai travaillé sur le centre de jour, le CATTP, et du coup on n'avait pas la blouse. On faisait des activités thérapeutiques et je faisais le sport et tout avec eux, et là quand t'es dans cette relation là, il y a des gens que je vouvoyais et que dans l'activité je les tutoyais. Ou en sortie en ville ou en séjour, ou on allait emmener des patients au stade de foot, bah là voilà tu débordes un peu, tu restes le soignant mais voilà tu n'es plus dans le cadre, dans les murs en fait. Donc il se crée quelque chose d'autre en fait, tu es dans une autre activité et effectivement tu te rapproches vachement. Quand tu prends le bus ensemble, quand tu manges une galette saucisse ou</p>	<p>C'est un peu comme les risques du tu, c'est le fait de déborder un peu dans la relation. Peut être de se permettre des choses qu'on ne se serait pas permis avec un vous, un recadrage, si les patients ont besoin d'être recadrer un recadrage un peu plus...familier qu'un recadrage avec le vous par exemple. C'est vraiment ce risque là je pense, on n'est pas là pour être des amis. C'est des patients. Les patients qu'on a tutoyé quand ils étaient dans une phase de décompensation et qui décompensent un peu plus après et qu'on a besoin de mettre en CSI par exemple, le risque est... fin voilà la relation peut vite être mal comprise par le patient parce qu'il peut ne pas comprendre pourquoi d'un coup il nous a dit tu et on a été gentille et d'un coup le lendemain il a été en CSI et on l'a injecté. Voilà c'est un peu ce risque je pense qui peut arriver. Moi ça m'est pas arrivé mais je pense que ça peut arriver facilement, le fait que des patients peuvent avoir du mal à identifier la relation, du coup que ce soit bien franc et bien clair. Et du coup qui nous en veulent après d'avoir briser une relation</p>	<p>Pour la question des répercussions que peut avoir le choix d'un tu sur la relation avec le patient, les infirmiers ont des avis contradictoires. En effet, l'IDE 1 pense qu'il n'existe pas vraiment de répercussions. Cependant, il pense que le tutoiement est un "bon média pour créer du lien" lors des sorties extra-hospitalières et que utiliser le vouvoiement après avoir tutoyé permet de "verrouiller enfin sécuriser une relation". Tandis que l'IDE 2 pense que les répercussions négatives peuvent être un recadrage un peu familier. Elle évoque aussi le risque que le patient ait du mal à définir la relation et qu'il ne comprenne pas pourquoi, après l'avoir tutoyé, on puisse le mettre en CSI (chambre de soins intensifs)". Elle insiste sur l'importance d'utiliser un "tu soignant".</p>
--	--	--	---

	<p>que tu transpires sur un terrain de foot ou de basket tu partages autre chose que juste des soins infirmiers d'intra hospitalier on va dire. Donc après voilà c'est pas forcément évident de revenir au vouvoiement, mais c'est un bon média pour créer du lien et au contraire après voilà, verrouiller enfin sécuriser une relation avec un patient quand t'as partagé ce genre bah voilà t'es plus juste celui qui donne les médicaments, qui fait les prises de sang et qui est avec le médecin pour les visites quoi.</p>	<p>alors que c'était pas notre volonté à nous en fait. Je pense que ça il faut se méfier. Et c'est pour ça que c'est important que ce soit un tu soignant, dans la relation, qui soit vraiment dans les limites de la relation soignant-soigné, parce que sinon il peut vite y avoir des dérives quoi...</p>	
<p>Et quelles sont les répercussions positives ?</p>		<p>L'entrée en relation, la communication je pense que c'est vraiment important. Encore une fois ça s'adresse à des patients jeunes ou qui sont là depuis plusieurs années, en tout cas pour ma part. Moi c'est ce que je fais pour des patients qui sont jeunes et qui sont là depuis longtemps, plusieurs moi ou plusieurs années. Je pense vraiment que dans la relation, la confiance, dans l'échange, ça met peut être moins de barrière que le vous, donc ça permet d'avoir une relation plus fluide. Et puis une observation clinique, si la personne a confiance. Je pense que le tu il s'associe vraiment à de la confiance, et... je pense que la confiance ça aide à beaucoup de choses, à une observation clinique, à un diagnostic infirmier, à des évolutions, à faire passer des messages qui sont peut être difficile à faire passer par le médecin par exemple, à... des mots à remanier parce qu'il n'a pas compris, je pense que les patients qui tutoie ils sont plus facilement amener à venir vers nous et à nous demander de l'aide s'ils ont besoin. Et c'est pour ça qu'on est là nous, pour répondre à l'aide et à leur besoin. Je pense que ça peut vraiment être bénéfique.</p>	<p>Concernant les répercussions positives, l'IDE 2 explique que le "tu" permet de créer une relation de confiance qui permet au patient de pouvoir plus facilement s'adresser au soignant. La confiance permet également au soignant, selon elle, d'établir un diagnostic clinique, d'avoir une meilleure observation clinique et de pouvoir faire passer plus facilement que le médecin des messages compliqués au patient.</p>
<p>Que pensez-vous de la notion de respect</p>	<p>Il faut garder ça en tête, tout le temps tout le temps. Moi je ne pense pas que c'est parce qu'on tutoie qu'on</p>	<p>Alors je pense que tutoyer c'est absolument pas un manque de respect. C'est pas très bien vu je pense ailleurs</p>	<p>Les deux infirmiers pensent que le tutoiement n'est pas un manque de respect. L'IDE 2 fait le parallèle avec les services de</p>

<p>lorsque vous tutoyez un patient?</p>	<p>ne respecte pas les gens. Non au contraire, c'est... Il faut rester chacun à sa place, on n'est pas des copains.. Mais ça n'empêche pas qu'on ait une relation de proximité, une distance qui soit un peu plus abaissée. Après en plus on est tous, on est une équipe donc voilà la distance que tu mets avec un patient, bah un collègue va pas avoir la même et tout donc. Nous on a pas ici le système d'infirmier référent comme ça peut être le cas en pédopsy ou dans d'autres unités. Donc voilà les patients ils le vivent bien, y'a des collègues qui vouvoient tout le monde, bon y'a personne qui tutoie tout le monde d'emblée mais si on a pu voir des collègues qui fonctionnaient comme ça. Après voilà moi je suis pas trop, pas comme ça. Parce qu'on a des gens qui arrivent en chambre d'isolement par exemple qui se font tutoyer et qui sont en crise, en phase aiguë d'agitation enfin voilà quelque chose comme ça, là si tu les tutoie je pense que t'es plus dans la bonne distance. Après je pense que c'est du bon sens, enfin voilà moi je travaille comme ça mais visiblement pas tous. Il ne faut pas se mettre en danger, quelqu'un qui est pas bien que tu tutoie, que tu n'as jamais vu, je pense que c'est une erreur. Ca peut mettre les personnes encore moins bien donc... Mais oui pour résumer je pense qu'il faut vraiment en discuter, avoir l'accord de la personne, et puis... Je pense que le prénom + vous d'emblée c'est pas mal, ça met une certaine proximité, on le nomme par son prénom et pas juste par son nom, en plus il y a aussi la question de confidentialité. Quand tu es dans des chambres en service de MCO bah c'est pas pareil, là ils sont tous dans les parties communes. Est-ce qu'on peut interpeller quelqu'un en l'appelant par son nom. En plus ici c'est sectorisé donc ils sont là ils habitent tous</p>	<p>dans les autres unités de soins. Notamment en MCO je pense que c'est quelque chose qu'on ne fait pas ou très peu, je pense que c'est pas forcément bien vu. Mais je pense que ça s'adapte vraiment à des patients en psychiatrie, qui ont un parcours de soins qui est souvent assez importants, qui ont besoin d'être rassuré et entendu, qui ont besoin d'avoir une relation de confiance assez importante. Je pense vraiment pas que ce soit un manque de respect, en tout cas c'est absolument pas l'objectif. Et c'est pour ça qu'on s'en assure avant, enfin moi je m'en assure avant, que ce soit bien clair et que ce soit pas un manque de respect, et que ce soit pas outrepasser mes droits, et ce que je suis en tant que soignant. Je pense que y'a vraiment plus à jouer que, dans la relation quand on tutoie quand un patient l'accepte, et c'est pas du tout un manque de respect bien que ce soit mal vu, enfin parfois mal vu et différemment compris. C'est pas parce qu'on tutoie que c'est un manque de respect, souvent au contraire, c'est parce qu'on essaie de comprendre et qu'on essaie d'être encore plus présent et c'est respecter que de vouloir les aider du moment que ça reste consenti par chacun et que ça reste dans la relation soignant-soigné, c'est très important.</p>	<p>soins généraux, où elle trouve que le tutoiement n'est pas très bien vu. Elle dit également que tutoyer n'est sûrement pas un manque de respect et qu'au contraire, il permet de comprendre et d'être encore plus présent auprès du patient. "C'est respecter que de vouloir les aider". Les deux infirmiers rappellent cependant l'importance que ce tutoiement soit consenti et que la relation soit claire des deux côtés : celui du soignant et du patient.</p>
---	---	--	--

	<p>plus ou moins dans le même coin, les gens peuvent se connaître, ils ont pas forcément envie qu'on sache, donc voilà.</p>		
<p>est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?</p>	<p>Non mais c'est très intéressant, surtout en santé mentale, c'est quand même quelque chose qui se joue là tout de suite, dès le début de la relation, c'est du verbal. Nous notre travail c'est beaucoup d'observation mais c'est beaucoup de discussion aussi, d'entretien, donc effectivement si on patouille un peu sur, si on sait pas trop la distance, si on sait pas comment interpeller les gens.. Donc il faut comme je t'ai dit, se mettre en raccord avec le patient et voir comment lui il décide de jouer et de, pas de jouer mais de se situer, après déjà ça facilite le reste de la prise en charge.</p>	<p>Mhh... Je pense que c'est un sujet qui est intéressant, c'est un sujet qui effectivement peut poser questions. Mais je pense que du moment que c'est encadré, et consenti par chacun le fait que le tutoiement soit présent, je pense que c'est important de le cadrer mais c'est un bon moyen de communication avec nos jeunes, enfin avec les jeunes en tout cas ça marche bien.</p>	<p>Les deux infirmiers trouvent que c'est un sujet intéressant qui mérite réflexion, car cela fait partie de la relation soignant-soigné.</p>

NOM : CRIBIER

Prénom : Anaïs

TITRE : Tutoyer ou vouvoyer pour soigner

Synthetic presentation of the work :

The use of “tu” with mental health patients can sometimes be surprising, as revealed during a psychiatry internship. The dilemma of using “tu” or “vous” is often faced when it comes to caregiver and patient relationships. In fact, it is taught from the start of training to use “vous” in order to protect yourself. The choice to use “tu” or “vous” may not be a given and requires consideration. Therefore, we can ask ourselves how the use of “tu” or “vous” plays a role in establishing a safe distance in the relationship between a caregiver and their patient in mental health services. To answer this question, several readings on the key concepts of this subject were necessary: the use of “tu” and “vous” and the safe distance within caregiver and mental health patient relationships. To support these theories, two interviews were carried out with a male and female nurse, both practising psychiatry in hospital. These interviews highlighted some important elements in the caregivers’ choice to use "tu" or "vous" with a patient and the role of these personal pronouns in maintaining a therapeutic safe distance.

Présentation synthétique du travail :

Le tutoiement avec les patients en santé mentale peut parfois surprendre, comme cela s’est révélé lors d’un stage en psychiatrie. Le dilemme d’employer le “tu” ou le “vous” se pose régulièrement lors de la relation de soins. En effet, il est demandé dès le début de la formation de vouvoyer les patients, notamment pour se protéger. La notion de tutoiement et de vouvoiement semble ne pas être un “allant de soi” et nécessite une réflexion. Ainsi, on peut se demander en quoi le tutoiement ou le vouvoiement participe à établir une juste distance dans la relation soignant-soigné en santé mentale ? Pour répondre à cette question, plusieurs lectures sur les notions clés du sujet ont été nécessaires : le tutoiement et le vouvoiement, la juste distance et la relation soignant-soigné en santé mentale. Pour donner sens à ces recherches théoriques, deux entretiens ont été réalisés auprès d’une et d’un infirmier exerçant en intra-hospitalier dans un service d’admission psychiatrique. Cela a permis de repérer les éléments qui participent aux choix des soignants d’utiliser le tutoiement ou le vouvoiement et l’influence de ces pronoms personnels sur la juste distance thérapeutique.

KEY WORDS :

The use of « tu » or « vous », safe distance, caregiver and patient relationships, mental health

MOTS CLÉS :

Tutoiement/Vouvoiement, juste distance, relation soignant soigné, santé mentale

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS CHU RENNES

2 rue Henri le Guilloux

35033 Rennes Cedex 9

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - 2017-2020