Communication et vulnérabilité : l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement dans l'accompagnement infirmier

Éva TATANIA

Promotion 2022-2025

Diplôme d'État Infirmier

UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

UE 6.2 S6 : Anglais

Madame Nadège GIROUD

5 mai 2025

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIER DE FLEYRIAT

CENTRE HOSPITALIER – 900 ROUTE DE PARIS – 01000 BOURG-EN-BRESSE

Note aux lecteurs

« Il s’agit d’un travail personnel et il ne peut faire l’objet d’une publication en tout ou partie sans l’accord de son auteur »

Remerciements

Je souhaite remercier tout particulièrement madame Nadège GIROUD. Pédagogue et dévouée, elle représente pour moi la définition d'être passionnée par son métier. Même quand je débarquais avec un « Bonjour Nadège, j'espère que je ne vous dérange pas... vous auriez 5 minutes ? » qui se transformait en 1h30, elle m'a soutenue, conseillée et écoutée toujours avec bienveillance, sans jamais compter son temps. Nadège, je vous remercie sincèrement pour votre précieuse présence du début à la fin.

Je remercie également madame Valérie COLAS, ma référente pédagogique. Elle m'a accompagnée durant ces trois années, dans les bons moments mais aussi dans les plus difficiles. Elle m'a apporté un regard juste et un soutien constant à chaque étape de ce parcours. Merci pour son écoute et ses encouragements.

Je tiens à remercier les quatre infirmières qui ont accepté de participer à cette enquête. Sans elles, ce travail n'aurait pas été possible. Merci pour la richesse de leurs réponses, pour leur honnêteté et la confiance qu'elles m'ont accordée, j'en suis sincèrement reconnaissante.

Un immense merci à mes proches pour leur patience et leur soutien. Merci d'avoir été mes bouteilles d'oxygène quand je n'arrivais plus à respirer. Merci d'avoir été mes cerveaux quand je n'arrivais plus à penser. Merci d'avoir été mes GPS quand je n'arrivais plus à retrouver mon chemin. Merci d'avoir cru en moi quand je n'en étais pas capable. Et surtout, merci pour votre amour.

Merci également à mes amis qui m'ont accompagnée tout au long de cette aventure.

Enfin, une douce pensée pour ma tante et ma grand-mère, parties bien trop tôt. J'espère, du fond du cœur, qu'elles seraient fières de la jeune femme qu'elles ont laissée.

Table des matières

Glossaire 6
1. Introduction 7
2. De la situation d'appel vers la question de départ 7
2.1. La situation d'appel 7
2.2. Les questionnements 8
2.3. La question de départ 8
3. Cadre théorique 8
3.1. La vulnérabilité 9
3.1.1. Le « patient vulnérable » 9
3.1.2. Les facteurs prédisposants à la vulnérabilité 9
3.1.3. Les facteurs protecteurs pour le patient 10
3.1.4. Les enjeux de la vulnérabilité dans les soins 11
3.2. La communication 11
3.2.1. Qu'est-ce que la communication ? 12
3.2.2. Les freins à la communication 12
3.2.3. Les facteurs favorisant la communication 13
3.2.4. Le but d'une bonne communication 13
3.3. L'utilisation du prénom et/ou du tutoiement 14
3.3.1. Historique et recommandations 14
3.3.2. Les bénéfices de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement 14
3.3.3. Les limites de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement 15
3.3.4. Les différents enjeux de ces pratiques dans les soins 16
3.4. L'accompagnement infirmier 17
3.4.1. Qu'entendons-nous par accompagnement infirmier ? 17
3.4.2. Les facteurs favorisant un bon accompagnement infirmier 18
3.4.3. Les facteurs limitant l'accompagnement 18
3.4.4. Le but d'un bon accompagnement infirmier 19
4. Cadre exploratoire 20
4.1. La méthode de recherche 20
4.2. L'analyse des résultats 21
4.2.1. Présentation générale 21
4.2.2. La vulnérabilité 21
4.2.3. La communication 23
4.2.4. L'utilisation du prénom/tutoiement 24
4.2.5. L'accompagnement infirmier 27
4.2.6. Ouverture 29

4.3. Synthèse de l'analyse et question de recherche 30
5. Conclusion 31
Bibliographie 32
Annexe A : Schéma de la communication 35
Annexe B : Outil d'enquête 36
Annexe C : Grille de dépouillement 37
Résumé 62
Abstract 62

Glossaire

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
COVID	Coronavirus disease
CSP	Code de la santé publique
DU	Diplôme universitaire
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FF CDS	Faisant-fonction cadre de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IOA	Infirmier organisateur de l'accueil
JORF	Journal officiel de la République française
S2	Semestre 2
S6	Semestre 6
SAU	Service d'accueil des urgences
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UE	Unité d'enseignement
UVP	Unité de vie protégée

1. Introduction

« Bonjour monsieur X., comment allez-vous ? » ou « Bonjour Mathieu, comment vas-tu ? » ou encore « Bonjour Mathieu, comment allez-vous ? ». Trois possibilités de s'adresser à une personne, mais laquelle utiliser ?

Lors de mes différents stages, au cours de ces trois années d'IFSI, plusieurs situations similaires m'ont interpelées : l'utilisation du prénom et du tutoiement dans les soins. En SMR, UVP ou même en psychiatrie, ces appellatifs sont parfois employés indépendamment, parfois simultanément. Tous les patients rencontrés avaient un point commun : la vulnérabilité.

Ces différentes situations ont pu parfois me mettre en difficulté, ce qui m'a incité à rechercher les recommandations de bonnes pratiques et l'impact que ces différentes pratiques avaient sur la relation entre le patient et l'infirmier. C'est pourquoi la question de départ de ce travail de fin d'études est la suivante : « En quoi l'utilisation du tutoiement et/ou du prénom dans la communication avec les patients vulnérables peut-elle impacter l'accompagnement infirmier ? ». L'objectif principal de ce travail est de savoir si cet usage est récurrent chez les infirmiers. Ce travail sera un réel outil pour appréhender ma future posture professionnelle et personnelle.

Le point de départ de ce travail s'appuie sur la description d'une situation vécue en stage. Il se construit ensuite d'un cadre théorique organisé en quatre parties : la vulnérabilité, la communication, l'usage du prénom et/ou du tutoiement, ainsi que l'accompagnement infirmier. Ensuite, la réalisation d'un outil d'enquête destiné à interroger quatre infirmiers issus de spécialités différentes permet l'élaboration d'un cadre exploratoire. Enfin, les résultats de cette enquête servent à analyser les données recueillies sur le terrain, dans le but de répondre à l'objectif principal de ce travail.

2. De la situation d'appel vers la question de départ

2.1. La situation d'appel

La situation se déroule lors de mon premier stage de troisième année, en service de soins médicaux et de réadaptation. Le service est divisé en deux unités de vingt-neuf lits chacune. Je suis affectée sur l'unité 1, composée de deux médecins, deux infirmières et cinq aides-soignants.

Je prends mon poste à 6h30 en binôme avec ma tutrice. En milieu de matinée, après le tour des traitements du matin et la relève médicale, nous nous accordons dix minutes de pause avant de commencer le tour des pansements. La salle de pause est commune aux deux unités.

Une infirmière de l'unité voisine me propose de venir assister à la réfection d'un pansement complexe et peu courant. Il s'agit d'un patient âgé de dix-huit ans, entré dans leur unité pour une prise en charge rééducative à la suite d'un accident de la voie publique ayant nécessité une amputation des membres inférieur et supérieur gauche. J'accepte volontiers, je n'ai encore jamais observé une réfection de pansement d'amputation. J'accompagne l'infirmière jusqu'à l'entrée de la chambre, je ne connais pas le patient. Elle rentre en premier dans la chambre avec tout le matériel nécessaire pour la réfection du pansement. Elle explique au jeune homme en le tutoyant et en l'appelant par son prénom, que je vais assister au soin.

Avant d'entrer à mon tour dans la chambre, je pense au fait que l'infirmière ne m'a donné qu'une partie de l'identité du patient : son prénom. La porte est entrouverte, je frappe et rentre. Le jeune homme m'accueille avec un grand sourire. Je me présente « Bonjour, je m'appelle Eva, je suis étudiante infirmière en stage sur l'unité voisine », il me répond « moi c'est Mathieu ». J'en profite pour tout de suite lui demander si cela ne le dérange pas que je participe au soin. Il me répond que cela ne lui pose aucun problème et rajoute « c'est important d'apprendre ! ». Je le remercie et participe au soin avec l'infirmière. Le jeune homme et l'infirmière discutent sur la bonne cicatrisation des moignons et je constate une nouvelle fois que l'infirmière l'appelle par son prénom et le tutoie.

Une seconde infirmière de l'unité entre dans la chambre pour assister au soin. Ils se tutoient mutuellement également, cela me paraît être un accord entre le jeune homme et les professionnels de l'unité. Je me demande alors comment me comporter si je devais interpeler le jeune homme. Je connais son prénom, son âge et la raison de son hospitalisation mais pas son nom de famille et nous avons presque le même âge. J'ai pourtant appris dès ma première année de formation, pour le respect du patient et la distance professionnelle, à vouvoyer et appeler les patients par leur nom de famille.

Il est déjà presque midi quand nous terminons le soin. Nous retournons dans nos salles de soins respectives afin de débuter le tour des traitements. Je ne peux pas prendre le temps de poser mes quelques questions à l'infirmière sur la communication avec ce jeune homme. Je reste en questionnement. Néanmoins, cette situation fait écho à une seconde : mon dernier stage de deuxième année. J'étais affecté en unité de vie protégée, où les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées, étaient également appelés par leur prénom.

2.2. Les questionnements

Quelques questions me sont parvenues :

- → Pourquoi l'utilisation du prénom et du tutoiement a-t-elle été dominante ?
- → L'utilisation du prénom et/ou du tutoiement influence-t-elle la prise en charge des patients ?
- → L'utilisation du prénom et/ou du tutoiement a-t-elle un impact sur la communication ?
- → Dans les deux situations les patients semblent vulnérables, l'utilisation du prénom et du tutoiement est-elle une atteinte au respect ?

2.3. La question de départ

De ces différentes situations et interrogations en découlent la question de départ suivante : « **En quoi l'utilisation du tutoiement et/ou du prénom dans la communication avec les patients vulnérables peut-elle impacter l'accompagnement infirmier ?** ».

3. Cadre théorique

Afin d'apporter des éléments théoriques à ma question de départ, ce cadre de références se compose en quatre parties. Une première abordera le concept de vulnérabilité. Ensuite, la communication, concept incontournable de la profession, sera traitée dans un

deuxième temps. L'utilisation du prénom et du tutoiement sera développée dans une troisième partie. Enfin, le concept d'accompagnement infirmier viendra compléter ce cadre théorique.

3.1. La vulnérabilité

Pour débuter, le concept de vulnérabilité sera constitué en quatre parties. La première partie visera à définir les termes utilisés afin de fixer une compréhension commune. La deuxième partie abordera les facteurs prédisposants à la vulnérabilité, tandis que la troisième traitera des facteurs protecteurs. Enfin, une quatrième et dernière partie se concentrera sur les enjeux de la vulnérabilité dans les soins.

3.1.1. Le « patient vulnérable »

Le Dictionnaire Encyclopédique des Soins Infirmiers (2002) définit le terme patient comme une « personne qui reçoit des soins et des traitements de la part des différents professionnels de santé. » (p.239)

Selon Le Petit Robert (2011), une personne vulnérable est celle « qui peut être blessée, frappée par un mal physique » ou au sens figuré « qui peut être facilement atteinte, se défend mal. » (p.2748)

De manière plus globale, Légifrance dans le JORF n°0158 du 10 juillet 2015 relatif au consentement des personnes vulnérables, nous précise que ces dernières :

« … ne sont pas des personnes dont la volonté ou le discernement sont altérés ;

mais leur état de vieillissement, leur pathologie, le contexte social, sanitaire et

économique dans lequel elles vivent, les placent dans une situation de vulnérabilité

particulière et contraignent leur choix. »

Ainsi, nous comprenons que le patient hospitalisé inclut d'office plusieurs facteurs de vulnérabilité. Dans la situation de Mathieu, jeune homme de 18 ans, hospitalisé à la suite d'un accident ayant entraîné une amputation des membres gauches renforce cette situation de vulnérabilité. Abordons premièrement, les facteurs prédisposants à cette vulnérabilité.

3.1.2. Les facteurs prédisposants à la vulnérabilité

Selon E. LEMOINE et al. (2014), la vulnérabilité peut caractériser tout individu dont l'état de santé est altéré. Par état de santé, nous reprenons la définition proposée par l'OMS « état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (HAS, présentation générale, 2018, p.2). La vulnérabilité peut donc découler d'une pathologie, d'une fragilisation physique, psychologique, sociale ou même économique. Celle-ci expose l'individu à des risques de souffrance, d'exploitation ou d'injustice. En effet, toute étape de la vie inscrit, à un moment donné, la vulnérabilité ou la fragilité entraînant une altération de ses capacités physiques et psychologiques, de l'image de soi et surtout de l'estime de soi. Ces conséquences entraînent un changement, synonyme de diminution du bien-être et de la qualité de vie, par rapport à un état dit « pré-pathologique ».

La Commission nationale de lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance (2021) présente le cas de la personne dépendante. La personne dépendante nécessite au quotidien un tiers pour effectuer une ou plusieurs tâches de la vie quotidienne afin de répondre à des besoins primordiaux. Les personnes dépendantes et plus généralement, les personnes vulnérables, se trouvent en difficulté ou incapacité de se défendre face à une situation de maltraitance envers elles. Ces situations peuvent concerner tout type de profil du mineur au majeur de tout âge, toute origine ethnique, tout statut social, toute orientation sexuelle, toute situation de handicap ou toute emprise relationnelle.

Par ailleurs, même si nous identifions plus aisément la personne vulnérable en fonction de son statut (précaire par exemple), de ses signes physiques (situation de handicap, âge, pathologie…) ou de ses origines (personne parlant une langue étrangère), du point de vue de l'institut national de la santé publique du Québec (2023), il est possible de les enfermer dans une identité ou une situation qui ne reflète pas obligatoirement leur expérience. S'interroger sur la vulnérabilité d'un individu, c'est également questionner les possibilités d'améliorer certaines conditions de vie ou de modifier des environnements lorsque ceux-ci sont reconnus comme défavorables pour la santé.

Nous comprenons donc que chaque individu est vulnérable à un moment donné, dans un contexte donné. Par conséquent, tous les patients peuvent être concernés par cette vulnérabilité. Dans la situation, nous réalisons donc que Mathieu est un patient vulnérable par son âge et son contexte d'hospitalisation. Cependant, la vulnérabilité n'implique pas seulement une atteinte négative. Concentrons-nous à présent sur les facteurs protecteurs de la vulnérabilité pour le patient.

3.1.3. Les facteurs protecteurs pour le patient

Pour E. LEMOINE et al. (2014), il est important de définir ce que nous entendons par le mot « vulnérabilité » en allant plus loin que l'avis que nous pouvons nous faire au premier regard. En effet, ce n'est pas seulement un signe ou une faiblesse visible. Elle peut être intériorisée et propre à chacun. Cela soulève donc des questions sur l'observation plus poussée du patient. La vulnérabilité est généralement liée à un manque d'autonomie mais pas seulement. Nous devons donc dépasser cette analyse et collecter des données supplémentaires pour mieux saisir l'individu et détecter une vulnérabilité cachée. En détectant et en prenant conscience au plus tôt, cela permet de tendre à équilibrer les choix et les échanges. Cet équilibre repose sur le partage des savoirs entre celui qui détient la connaissance et celui qui l'ignore. Mais également sur la reconnaissance d'une similitude entre êtres humains. Cela évite la tentation de domination, d'humiliation ou de minimisation de la souffrance vécue. Instaurer cette reconnaissance morale de l'autre comme un être susceptible d'être fragilisé, tout comme nous pourrions l'être, forme en quelque sorte un « fond commun d'humanité ». Avoir conscience de cette capacité à être affecté, tant du côté du soignant en bonne santé que du patient malade, permet d'établir une relation fondée sur la reconnaissance mutuelle.

Toujours selon le point de vue de E. LEMOINE et al. (2014), la confiance, valeur fondamentale dans la relation de soin, permet au patient de s'ouvrir, de se sentir en sécurité et en accord avec le soignant. Reconnaître la vulnérabilité du patient c'est lui offrir les conditions nécessaires pour préserver ou renforcer son autonomie. À travers une relation fondée sur la confiance et l'échange, le patient est considéré comme une personne et plus uniquement comme un malade. Le patient vulnérable fait naître chez le soignant la notion de « prendre soin » et ainsi, d'agir avec empathie et bienveillance. Cela nous rappelle que la vulnérabilité est une réalité de la condition humaine.

Prenons l'exemple de l'enfant dépendant de ses parents, cité dans la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance en 2021. Nous

pouvons l'identifier comme une personne vulnérable, notamment en raison de son développement en cours. Un enfant peut subir des influences extérieures et se retrouver confronté à tous types de difficultés. Or, si son environnement est équilibré et protecteur les risques liés à sa vulnérabilité, susceptibles d'être rencontrés, se voient diminués.

L'attention du soignant portée sur la possibilité d'une situation projetable de vulnérabilité le poussera donc à s'adapter à chaque prise en soin. Cela marque une considération de l'autre et de bienveillance et ainsi permet une relation de confiance. Pour l'infirmière intervenant dans la prise en soin de Mathieu, l'adaptation est naturellement établie lors de l'échange. Une relation de confiance s'installe. L'accompagnement infirmier, dernier concept de ce cadre théorique, permettra de développer cette relation. Ces différents facteurs amènent à prendre en considération les différents enjeux de la vulnérabilité rencontrés lors des soins.

3.1.4. Les enjeux de la vulnérabilité dans les soins

La Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance (2021) stipule aux travers de grands principes éthiques fondamentaux, les notions de respect de la dignité humaine, de bienfaisance, d'équité et de consentement. Ces valeurs permettent d'assurer la prise en charge de chaque patient incluant les personnes vulnérables. En complément, la charte du patient hospitalisé, affichée dans chaque service, propose la notion que chaque individu, quelle que soit sa situation, doit être considéré avec égard. Cette même charte définit clairement le rôle du soignant face au consentement : s'assurer que chaque patient, dans la mesure de ses capacités, puisse participer aux décisions qui le concernent, en étant informé et accompagné de manière adaptée à son état de santé.

Selon E. LEMOINE et al. (2014), le soignant doit donc œuvrer en permanence dans l'intérêt du patient hospitalisé, veiller à son bien-être physique et psychologique. Il doit éviter toute décision ou agissement pouvant lui nuire. L'accès aux soins doit être équitable et doit tenir compte des besoins spécifiques des patients les plus fragiles. Le soignant favorise l'autonomie du patient en valorisant ce qu'il est capable de faire. La prise en compte des souhaits du patient, de ses capacités et de ses fragilités, et cela quelque soit le stade d'évolution de sa maladie est à favoriser pour respecter son autonomie.

Afin de garantir un accompagnement et un accès aux soins adaptés aux besoins des personnes vulnérables, il est précisé dans la Commission contre la maltraitance et promotion bientraitance (2021) qu'il est essentiel de mettre en place des dispositifs de protection adaptés selon chaque situation. Ils identifient par exemple les patients en fin de vie, les personnes en situation de handicap, les mineurs, les réfugiés, les victimes de violence et les personnes âgées.

Pour conclure ce premier concept, nous comprenons que la vulnérabilité d'une personne est liée à plusieurs facteurs internes et externes. Les enjeux principaux résident dans la prise en soin la plus respectueuse, individualisée et adaptée possible à chaque personne soignée. À présent, abordons le concept de communication.

3.2. La communication

Dans cette deuxième partie du cadre théorique, nous allons aborder le concept de la communication. Celui-ci sera également présenté en quatre parties. La première proposera les définitions associées à la communication. La deuxième partie abordera les freins à la communication, puis la troisième partie traitera les facteurs favorisant une bonne communication. Pour terminer, nous aborderons les enjeux et buts en lien avec ce concept.

3.2.1. Qu'est-ce que la communication ?

Dans le cadre d'enseignements sur les soins relationnels lors de la première année à l'IFSI (2022-2023), nous avons abordé la communication selon différentes définitions. Le cours de mesdames GALLAIS et BOUVARD nous expliquent que le verbe communiquer provient du latin « communicare » qui signifie « mettre en commun ». Elles nous partagent également la définition suivante de Virginia Henderson : communiquer est un « … besoin pour chaque individu de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions. » (UE 4.2, « La communication », 2023, diapositive n°3). Nous abordons également la communication non-verbale et paraverbale qui entrent dans une dynamique communicationnelle.

En complément, le Dictionnaire Encyclopédique des Soins Infirmiers (2002) définit la communication comme une « … relation entre deux personnes (au moins), quel qu'en soit le moyen ou l'objet. Par extension, ce mot désigne également un message transmis. La communication est un élément déterminant dans la vie d'un groupe. » (p.71). La définition précédente nous ramène au schéma de la communication établi par Claude Shannon. Nous retrouvons l'émetteur, le récepteur et les voies de communication les reliant et associant la réponse ou « feedback » du récepteur qui assure l'échange.

Ainsi, nous comprenons que la communication est un besoin pour tout être humain, peu importe la forme employée. La communication est un partage essentiel dans la relation soignant-soigné, et donc de l'accompagnement infirmier. Dans la situation de Mathieu, la communication est établie sans difficultés avec les différents soignants. Afin de développer ce concept, nous allons énoncer dans la partie suivante les freins d'une communication efficace.

3.2.2. Les freins à la communication

L'ouvrage « Tout sur les soins infirmiers » des éditions Foucher (2021), nous propose deux principaux phénomènes pouvant altérer la communication : le bruit et les filtres mentaux. Reprenons ces deux exemples très bien schématisés par Shannon et Weaver[1]. Le bruit peut plus facilement altérer la compréhension et induire une perte d'information lors de l'échange. En effet un environnement bruyant demande une capacité de concentration et d'attention plus importante, sans pour autant aboutir à une compréhension totale du message émis. Nous pouvons également lire qu'il existe des processus mentaux : le filtrage ou la distorsion. En effet, en fonction de l'intérêt porté au contenu de l'échange, le cerveau humain pourra sélectionner une partie ou une idée de l'information qui lui correspond ou qui est en accord avec ses idées. L'interprétation d'un message peut donc se faire sur la base de préjugé susceptible de nuire à nos échanges. L'interaction entre les acteurs de l'échange s'attache à l'échange d'information, mais l'emploi de certains mots ou certaines expressions verbales peuvent également provoquer une discordance et induire des malentendus.

Toujours dans ce même ouvrage, nous retrouvons l'importance des sentiments et des émotions lors d'un échange. Notre vécu, notre éducation et nos représentations peuvent effectivement modifier notre capacité à communiquer en modifiant la perception du présent autant du côté patient que du côté soignant. Il est donc important pour le soignant de se connaître afin de mieux appréhender ses émotions lors d'une relation afin de se consacrer pleinement au cas avec un patient.

France Alzheimer (2020) inclut également le manque de temps, la surcharge de travail et parfois le manque de formations adaptées comme des obstacles majeurs à une communication efficace. Certains patients avec des troubles cognitifs prennent davantage de

[1] Cf. Annexe A, schéma de la communication, page 35

temps à exprimer leur pensée et en demandent donc aussi aux soignants. France Alzheimer soutient également l'idée que, même si certaines paroles peuvent sembler incohérentes au premier abord, elles ne sont jamais insensées. En revanche, considérer qu'un patient n'a plus la capacité de comprendre ce qu'on lui dit, ou ignorer la communication non verbale d'un patient, peut conduire à des attitudes infantilisantes.

En résumé, plusieurs situations ou facteurs peuvent entraver une communication efficace : manque d'écoute, difficulté à échanger, manque de temps, incompréhension… Cela peut aboutir à une mauvaise relation avec le patient entraînant la dégradation de la prise en charge. L'objectif de la communication entre êtres humains est de parvenir à se comprendre. Abordons à présent les facteurs favorisant cette bonne compréhension.

3.2.3. Les facteurs favorisant la communication

Dans l'ouvrage « Tout sur les soins infirmiers » des éditions Foucher (2021), nous pouvons découvrir que pour favoriser considérablement la qualité de la communication, il est primordial de considérer l'autre comme une personne à part entière, ce qui constitue un signe de reconnaissance. Dans son article, C. VERDON et al. (2013) met en avant la nature du partage par la reconnaissance de l'autre, par la présence et l'écoute active. Un engagement infirmier par une implication sincère qui va au-delà d'une simple transmission d'informations. Ils pointent la distinction entre « faire des soins » et « prendre soins », en privilégiant une approche humaine et personnalisée plutôt qu'une simple exécution technique des soins.

À nouveau dans l'ouvrage « Tout sur les soins infirmiers », la notion de posture d'écoute est abordée, c'est-à-dire faire l'effort d'entendre le point de vue de l'autre même si ce point de vue est différent du nôtre, tout cela avec empathie et confidentialité, dans le but d'instaurer une confiance avec le patient et lui permettre de s'ouvrir.

France Alzheimer reprend le concept de communication dans sa revue publiée en 2020, où la clarté et la transparence sont jouent également un rôle primordial. En effet, en évitant un vocabulaire trop technique et en expliquant simplement, le soignant aide le patient à mieux comprendre son état de santé et favorise donc la communication. L'ouvrage « Tout sur les soins infirmier (2021), complète qu'il est également important d'adapter son langage en fonction de l'état d'esprit et d'utiliser un langage corporel (communication mixte) en fonction du contexte, ceci permettant une communication efficace et bienveillante.

En résumé, assurer un échange constructif c'est savoir écouter, s'adapter et reformuler. L'engagement et la posture empathique sont de réels atouts vers une communication de qualité entre le patient et le soignant. À présent, abordons la dernière partie de ce concept.

3.2.4. Le but d'une bonne communication

Dans son article B. TEMANER-BRODLEY et al. (2013), souligne l'importance de créer un climat de confiance en favorisant la transparence. L'authenticité du soignant envers son patient, en adoptant une posture d'écoute et une approche empathique, permet de favoriser un échange thérapeutique efficace. Nous trouvons également, dans l'article de V. HABEREY-KNUESSI et al. (2013), l'importance d'améliorer la relation soignant-soigné afin d'instaurer une mise en confiance. Pour ce faire, il est nécessaire d'avoir le temps et d'être investi.

Selon France Alzheimer (2020), une communication efficace améliore la qualité des soins en favorisant une meilleure compréhension du diagnostic et des traitements renforçant alors l'observance et la sécurité. Elle joue également un rôle essentiel dans le renforcement de la relation soignant-soigné, en instaurant un climat de confiance. Enfin, la communication

contribue également à la relation d'aide incluant soutien psychologique et écoute active, poussant vers le bien-être du patient.

Nous pouvons résumer que les enjeux de la communication reposent sur la création d'un climat de confiance, d'une posture d'écoute lors des soins et d'une objectivité de l'échange thérapeutique afin de permettre d'assurer une transmission efficace des informations. Dans la situation de Mathieu, la qualité et la bienveillance de la communication instaure une relation de confiance avec les soignants.

3.3. L'utilisation du prénom et/ou du tutoiement

Nous allons à présent aborder l'utilisation du tutoiement et du prénom dans un contexte de relation de soin, également présentée en quatre parties. La première abordera l'histoire des règles d'usage du tutoiement et du prénom. La deuxième partie précisera les facteurs facilitant l'utilisation du tutoiement, du vouvoiement, du prénom et/ou du nom de famille. La troisième partie traitera des facteurs la limitant. Pour terminer, nous aborderons les enjeux de cette utilisation dans un contexte de soin.

3.3.1. Historique et recommandations

Historiquement, l'emploi du « vous » hiérarchisait les relations humaines et marquait le respect. De nos jours, cela tend à disparaitre dans la plupart des contextes sociaux, professionnels ou relationnels. Le tutoiement est de plus en plus utilisé dans les relations entre collègues de travail et de différents niveaux hiérarchiques. Selon E. KERN (2020) cela permet de créer une relation plus humaine de partage. Dans le cadre familial ou amical, la norme est le tutoiement. Cependant, le vouvoiement reste de mise en majorité lors d'échanges avec des inconnus.

Dans son article, I. LOFFEIER (2016) constate que dans le milieu médical, particulièrement en EHPAD, nous nous retrouvons confronté à l'utilisation du prénom voire du tutoiement lors des échanges, en fonction des résidents ou patients. Plusieurs cas peuvent se présenter : la pathologie rencontrée, le patient demandeur ou le patient hospitalisé de longue date. L'usage du prénom, du nom, du tutoiement et/ou du vouvoiement en milieu hospitalier est un sujet vaste. Il englobe la communication entre les patients et les soignants, la personnalisation des soins et les dynamiques relationnelles dans un environnement médical.

Aucun texte officiel n'aborde la question de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement dans les soins. Les recommandations professionnelles incitent à vouvoyer et appeler les patients « Monsieur » ou « Madame » suivi de leur nom de famille. Or des exceptions existent : particulièrement chez les personnes démentes et les enfants. Ces différentes rencontres peuvent inciter à l'utilisation d'appellatifs différents des recommandations. Dans le cas de Mathieu, l'utilisation mutuelle du prénom et du tutoiement est naturellement installée avec l'infirmière. Nous allons à présent aborder les différents bénéfices de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement dans la relation de soin.

3.3.2. Les bénéfices de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement

Dans son livre « Le Tu et le Vous : l'art français de compliquer les choses » (2020), E. KERN constate que nous vouvoyons des inconnus, des personnes âgées ou des personnes détentrices d'une forme d'autorité. Et nous tutoyons les proches et les enfants. Ainsi,

l'utilisation du « vous » marque plutôt une distance affective, sociale et d'âge, tandis que l'emploi du « tu » dénote une proximité familière et de partage.

Concernant les échanges entre les soignants et les patients, il est dit dans l'article rédigé par le comité éthique de la Fondation Bon Sauveur (2018) que la majorité des soignants emploie le vouvoiement, sauf lors d'échanges avec des enfants, des adolescents ou des personnes qu'ils connaissaient avant de les prendre en charge. Cependant, certains soignants tutoient les patients si ces derniers le demandent. Les pronoms « tu » et « vous » déterminent la nature de nos relations aux autres en adaptant la proximité ou la distance qu'on veut lui accorder. Dans le milieu médical, ce choix de tutoyer ou de vouvoyer doit être réfléchi. Il ne doit pas être spontané et impulsif mais individualisé à la situation et aux besoins du patient.

L'ANESM (2012) recommande de privilégier le vouvoiement des adultes sauf s'il génère une perte de repères. Pour les autres cas, c'est-à-dire, à la demande du patient, face à des adolescents et de jeunes adultes, les arbitrages seront interrogés et validés en équipe pour statuer entre le tutoiement et le vouvoiement ainsi que l'utilisation du prénom ou du nom de famille. En complément M. MAZOYER dans son article « Le tutoiement en EHPAD » (2021), pour les relations avec des résidents, l'usage du tutoiement est une décision d'équipe consignée dans le projet d'accompagnement personnalisé. Il faut rappeler que le tutoiement est employé spontanément dans des relations sociales précises. Les bonnes pratiques en EHPAD préconisent donc d'appeler les résidents par leur nom de famille précédé de « Monsieur » et de « Madame » et de les vouvoyer.

En contradiction, le tutoiement en EHPAD permet, toujours selon M. MAZOYER (2021), d'apaiser par une relation plus intime les souffrances et lutter contre les angoisses chez les résidents, et ainsi d'une manière détournée de s'excuser de la prise en charge parfois défectueuse. Le tutoiement n'est pas toujours synonyme de maltraitance et est souvent instauré comme atout de la prise en charge. Dans son article, I. LOFFEIER (2016) partage même certains témoignages de soignants en EHPAD, soulignant le vouvoiement comme une barrière qui empêche le résident de « construire une maison ».

Nous comprenons que le tutoiement peut s'avérer bénéfique pour les résidents atteints de troubles cognitifs et faciliter certains soins en instaurant une relation plus familière. Chez les enfants, le tutoiement semble être une norme de langage où la question ne se pose pas. Concernant l'usage du prénom, il n'existe que très peu d'ouvrage. Nous retrouvons malgré tout un passage dans l'article d'I. LOFFEIER (2016) sur l'utilisation du prénom en maison de retraite. Celui-ci peut être utilisé en fonction des résidents : avec ceux qui en font la demande, ceux qui sont présents depuis longtemps et également ceux qui présentent une démence. Globalement, l'usage du prénom est souvent réciproque entre résidents et le personnel. Poursuivons avec les facteurs freinant l'utilisation du tutoiement et/ou du prénom dans le milieu médical.

3.3.3. Les limites de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement

Dans son article R. COVELET (2003) nous relate les abus de familiarité du personnel soignant envers les patients, essentiellement rencontrés en pédiatrie et en gériatrie. Envers les enfants, on considère que la familiarité est en général adaptée. En revanche en gériatrie, elle est très souvent abusive, et s'apparente à une forme de maltraitance.

Pour compléter dans l'extrait d'article de J.L. NOËL (2024), nous trouvons des éléments sur le fait de tutoyer et ses différentes significations. Nous tutoyons quand nous avons le même centre d'intérêt, une proximité professionnelle, un lien familial. Un enfant est tutoyé puis vouvoyé dès lors que sa maturité est reconnue. Mais nous tutoyons également lorsque nous dénigrons l'autre, par exemple en cas de conflit ou désaccord avec un inconnu.

En complément M. MAZOYER (2021) expose les dangers associés à l'usage du tutoiement, notamment celui de l'infantilisation, pouvant porter préjudice à l'estime de la personne. Elle souligne également le danger d'instaurer une relation trop proche, pouvant créer une dépendance affective et favoriser le transfert émotionnel. De plus le tutoiement est souvent synonyme de passage de non-retour au vouvoiement, le résident peut se sentir comme prisonnier dans la relation.

M. MAZOYER (2021) et R. COVELET (2003), abordent tous deux un versant plus sombre et précisent que le tutoiement est une marque de familiarité répandue sous différentes formes. Une forme à connotation positive en exprimant une certaine proxémie (affection, camaraderie, intimité) et une forme à connotation agressive, avec la recherche de pouvoir, de besoin de rabaisser l'autre voire de l'humilier.

Dans un compte-rendu de l'ARS Grand-Est (2024), nous pouvons lire un passage sur la fusion erronée de dossiers avec un exemple de deux patients enregistrés sous un même identifiant en raison de prénoms identiques. L'interprétation et la mise en lien avec notre sujet, montre que les prénoms, souvent plus communs et moins différentiels, peuvent induire en erreur lors d'une relève ou d'une délégation de soin. Pour compléter ce concept, nous allons aborder à présent les enjeux de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement dans la relation de soins.

3.3.4. Les différents enjeux de ces pratiques dans les soins

Selon R. COVELET (2003), en EHPAD, les soignants peuvent se retrouver face à une misère physique, émotionnelle, affective ou mentale des résidents. Parfois, cette misère peut émouvoir le personnel, pouvant le faire se sentir coupable face à la souffrance et l'impossibilité de la soulager. Le soignant sera involontairement incité à apporter des compensations affectives au patient tel que l'usage du prénom ou du tutoiement. Le résident pourra paraître moins malheureux et le soignant souffrira donc moins. Le soignant a généralement besoin d'intégrer dans ses pratiques avec le résident un soupçon d'affectivité, de proximité ou d'humanité afin de ne pas être simplement un instrument institutionnel.

Il n'existe pas de texte officiel où est évoqué directement le tutoiement et/ou le vouvoiement entre personnel soignant et patients. Il existe essentiellement des références au respect et à la dignité de la personne. L'écrit du comité éthique de la Fondation Bon Sauveur (2018) fait apparaître la notion abstraite de juste distance lors de l'usage du tutoiement et du vouvoiement dans une relation de soins. Un concept non mesurable qui est difficile à définir, d'autant plus que la distance entre le soignant et le soigné évolue avec la durée de la relation. Cette proximité/distance est souvent liée à l'évolution clinique de la personne soignée et à l'objectif du projet de soin. Le professionnel de santé accompagne le malade dans les actes de la vie, et si cette relation peut aboutir exceptionnellement à une familiarité des deux parties, cela ne doit pas se généraliser. En effet, si cela dérive sur du « copinage », il sera ensuite compliqué pour le soignant de rappeler les règles au patient, au risque de provoquer un échec de la prise en charge. Le patient comme le soignant doivent se montrer un respect mutuel. En situation de soin, il est primordial de donner du sens à nos interactions avec le patient et les moyens que l'on met en œuvre afin d'atteindre nos objectifs thérapeutiques. Chaque soignant doit auto-évaluer et adapter sa posture en fonction des situations et des patients.

R. COVELET (2003) rappelle que chaque résident et plus généralement patient est différent et considéré comme tel. Certains refuseront toute forme de familiarité, d'autres souhaiteront être tutoyés. D'autres, en fonction de l'évolution de leur état, chercheront à augmenter la familiarité du personnel en phase de décompensation, puis revenir à la relation antérieure après guérison. Le soignant ne doit jamais dépasser les limites du simple respect et appliquer les règles déontologiques en vigueur dans la profession et l'institution concernée.

Dans l'article de M. MAZOYER (2021), nous découvrons l'importance d'une réflexion approfondie en équipe soignante afin d'instaurer les usages dans le projet personnalisé de soins. Cela permet ensuite aux soignants d'harmoniser les pratiques et d'apporter de la cohérence au résident. La participation de la famille peut être intéressante lors de la mise en œuvre.

Ces ouvrages et articles offrent une vision sur l'impact possible de l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement dans les relations en milieu hospitalier, que ce soit pour réduire la distance sociale, encourager un lien plus personnalisé ou au contraire, maintenir une certaine neutralité professionnelle. Bien que l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement puisse améliorer la relation soignant-soigné, ces freins montrent qu'elle doit être mise en place avec discernement et en fonction du contexte. À chaque situation, une réflexion s'impose afin de trouver un équilibre dans la proximité et l'adaptation aux préférences tout en conservant son professionnalisme dans la relation et la qualité des soins. Dans le cas de Mathieu et de certains patients en UVP, l'ensemble de l'équipe instaure une utilisation du prénom et parfois du tutoiement réciproque. Pour finaliser ce cadre théorique, nous allons aborder dans cette quatrième et dernière partie, le concept d'accompagnement infirmier.

3.4. L'accompagnement infirmier

Ce concept sera également présenté en quatre parties. La première partie définira les termes en lien avec l'accompagnement infirmier. La deuxième partie abordera les facteurs favorisant la relation, tandis que le troisième traitera des facteurs la limitant. Enfin, nous aborderons le but de cet accompagnement.

3.4.1. Qu'entendons-nous par accompagnement infirmier ?

Le Petit Robert (2011) définit le terme accompagner par le fait de « Se joindre à (quelqu'un) pour aller où il va en même temps que lui. » (p.17)

L'ouvrage Les Concepts en Sciences Infirmières (2009) nous propose la définition d'accompagnement selon Verspieren :

> « Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer
>
> un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à
>
> ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. » (p.44)

Nous trouvons dans l'article R.4311-2 du Code de la Santé Publique, des éléments stipulant que les infirmiers et les infirmières ont le rôle de dispenser des soins de différentes natures qu'elles soient préventives, curatives ou palliatives dans le but de promouvoir, maintenir et améliorer la santé du patient. Ces soignants contribuent à l'éducation à la santé mais également à l'accompagnement des soignés tout au long de leurs parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

Nous comprenons alors que l'accompagnement infirmier est une démarche relationnelle ayant pour objectif de soutenir et favoriser l'autonomie du patient. Dans la situation de Mathieu, l'infirmière s'engage dans son processus de rééducation et s'adapte aux besoins du jeune homme. L'accompagnement infirmier prend alors toute sa dimension. Pour commencer, nous allons énoncer dans un premier temps, les facteurs favorisant cet accompagnement.

3.4.2. Les facteurs favorisant un bon accompagnement infirmier

Dans l'article de M. PAUL (2012) sur l'éducation thérapeutique, nous pouvons lire que la démarche relationnelle est mise en œuvre par une capacité à « être avec ». Le terme « être avec » associe la capacité à mobiliser la disponibilité, la présence, l'ouverture et l'attention. Il ne suffit pas d'être présent physiquement et d'émettre des paroles ou de réaliser des gestes. Il ne suffit pas de « mettre quelqu'un en mouvement » ou d'agir sur le patient mais plutôt que le soignant s'accorde au mouvement de ce dernier. Cela implique pour le soignant, une observation, une compréhension et une adaptation au rythme du patient, l'objectif étant de l'accompagner selon ses capacités et envies. À l'identique pour l'autonomie, ce n'est pas seulement « rendre autonome le patient » avec une action imposée par le soignant, ce qui laisserait à penser que sans lui rien n'est possible. Au contraire, il s'agit de créer les conditions qui permettront une évolution au rythme du patient en insistant sur le fait que l'autonomie est présente chez le patient.

Toujours dans l'article de M. PAUL (2012), nous cherchons donc, en accompagnant, à utiliser la « sollicitation » plutôt que la « sollicitude ». En effet, le soignant doit être vu comme une ressource et non comme une aide. Il faut voir dans cette relation soignant-soigné, une coopération entre deux personnes qui se perçoivent mutuellement comme compétentes. Le patient est acteur de sa prise en charge, ainsi l'accompagnement se base sur une relation de coopération, de partage et de mobilisation dans le seul but de renforcer l'autonomie du patient.

M. FONTAINE (2009) précise que l'accompagnement est indissociable des soins. Un patient qui perd son autonomie l'amène à une déconstruction et à une fragilité qui le rend dépendant d'autrui, d'où l'importance d'améliorer l'estime de soi avec l'accompagnement. Pour compléter, M. FORMARIER (2007) précise que depuis de nombreuses années, la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins.

D. GABORIT, dans son article de 2017, préconise quant à elle une démarche de soins fondée sur des besoins personnalisés. L'accompagnement repose donc sur une adaptation aux besoins spécifiques du patient, évitant une méthode standardisée. L'infirmier(ère) s'adapte à l'état du patient à chaque instant, sans lui imposer un rythme ou une pression inadaptée. Il adopte une posture d'écoute et de respect du patient. Dans cet article, il est évoqué également la notion de l'estime de soi. L'amélioration de l'estime s'impose prioritairement dans chaque prise en charge. Cela permet d'augmenter l'atteinte des objectifs de l'épanouissement des patients, renforçant ainsi l'image positive du soigné.

En conclusion, nous pouvons résumer que la relation de confiance, l'écoute, le respect de la singularité du patient et la sollicitation sont les principaux facteurs prédisposants à un bon accompagnement infirmier. Comme dans chaque concept, il existe des facteurs limitants. Nous allons à présent, décrire les limites à l'accompagnement infirmier.

3.4.3. Les facteurs limitant l'accompagnement

Comme évoqué précédemment, l'accompagnement vise à rendre autonome le patient. Cette action détaillée dans l'article de M. PAUL (2012) précise que cela ne doit pas être perçu comme une injonction contradictoire dans laquelle le patient est excessivement responsabilisé. Il faut trouver la balance entre autonomie et responsabilité tout en intégrant l'environnement et l'humain. Le soignant doit accompagner sans imposer et sans se substituer au patient. Ceci réclame un ajustement de la posture face à chaque individu et donc trouver l'équilibre adapté entre la distance professionnelle et l'implication. Parfois, un contexte de réduction des coûts ou d'optimisation peuvent altérer ces valeurs fondamentales.

Dans son article M. FORMARIER (2007) fait remonter les plaintes régulières des infirmières qui ne passent pas autant de temps qu'espéré auprès de leurs patients.

L'organisation, le manque de personnel et la charge de travail réduisent considérablement le temps qui pourrait être consacré au relationnel. Les patients pouvant parfois se montrer moralisateurs voire culpabilisants. De plus, les attentes relationnelles sont différentes entre celles des patients et celles des soignants. Ceci pouvant donc engendrer des discordances et des désillusions de la part du soigné.

En complément, D. GABORIT (2017), précise que les soignants peuvent s'appuyer sur des modèles standards de soins sans prendre en compte la singularité du patient. Alors que chez un patient avec des pathologies neurodégénératives, l'accompagnement peut être compliqué et nécessiter en permanence des ajustements de chaque soignant. De plus, les évolutions peuvent être subtiles ou basées sur des ressentis, entraînant une perte de motivation et d'implication de la part des soignants.

Pour conclure cette partie, plusieurs facteurs peuvent entraver l'accompagnement du patient tels que les aléas organisationnels, les attentes du patient et la posture du soignant. Les limites concernent la charge émotionnelle, les contraintes institutionnelles et la difficulté d'individualiser totalement l'accompagnement. À présent, tournons-nous vers les enjeux de l'accompagnement et les moyens possibles pour assurer une prise en charge de qualité et adaptée à chaque profil.

3.4.4. Le but d'un bon accompagnement infirmier

Lors de l'étude du concept de vulnérabilité, vu précédemment, l'accent est porté principalement sur la relation de confiance soignant-soigné. Nous l'aborderons dans cette quatrième et dernière partie. N'oublions pas que l'accompagnement a pour but de prendre en charge le patient dans son parcours de soins, d'encourager l'initiative plutôt que de lui imposer un rythme.

Pour introduire, la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance (2021) relève que la relation de confiance qui s'instaure entre le patient et le soignant doit être partagée. Cela passe par la compétence du soignant, le respect mutuel, le partage mutuel et la communication. Le soignant doit être en capacité d'amener tout patient en difficulté à mobiliser ses ressources pour mieux appréhender la situation. C'est un soin relationnel dans un climat de bienveillance et de non-jugement nécessitant un minimum de disponibilité psychologique de la part du soignant.

L'article R4311-2, version en vigueur depuis le 8 aout 2004, relate que les soins infirmiers (préventifs, curatifs ou palliatifs), nécessitent des qualités techniques et relationnelles avec le malade. P. SVANDRA (2018), précise que le soignant à la volonté de faire attention, d'être attentif, d'être précautionneux. Il doit préserver par le soin, ce qui est fragile, précaire, vulnérable, et en premier lieu la vie du patient. Cette vie qui peut être source de joie, puissante et forte mais aussi source de vulnérabilité ou d'inquiétude. Lorsqu'on est soignant, l'inquiétude et la vulnérabilité font partie du quotidien et sont au cœur de la relation de soin.

Pour compléter, M. PAUL (2012) aborde la posture éthique. Il est important de se poser des questions telles que : « Pour qui je me prends ? Pour qui je le prends ? » (p.16). Nous ne sommes pas dans une relation de pouvoir ni de domination. Il ne faut pas penser, ni dire, et encore moins faire à sa place. Il faut simplement accompagner sans imposer. Rester dans la bienveillance, le respect des choix et du rythme du patient. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, l'accompagnement s'inscrit dans une approche centrée sur la personne et son environnement. Cette relation engendre une compréhension de l'autre, de son état émotionnel et ce, grâce au dialogue. Le but est d'aider le patient à gérer sa maladie et ses traitements de façon autonome. Le patient doit être acteur de sa santé. Le professionnel

ne doit pas se contenter pas d'expliquer ou d'interpréter mais doit accompagner en toute situation le patient vers l'autonomie.

À l'identique, D. GABORIT (2012), va plus loin en précisant que l'infirmier doit offrir un cadre sécurisant et valorisant qui encourage l'expression et la participation active du patient. L'accompagnement ne se limite pas aux soins physiques, mais comprend aussi un soutien psychologique et social en instaurant une dynamique relationnelle.

En résumé, l'accompagnement est fondé sur le respect du rythme du patient, la valorisation de son autonomie et une approche relationnelle qui s'adapte à son état. L'accompagnement souligne les défis liés à la perte d'autonomie, la charge émotionnelle pour les soignants et la nécessité d'une posture d'écoute et de flexibilité. Pour Mathieu, le but est de l'aider à être acteur de sa rééducation et ainsi lui permettre de retrouver son autonomie et son estime. L'étude du cadre théorique est à présent terminée. Poursuivons avec le cadre exploratoire.

4. Cadre exploratoire

Par rapport au cadre théorique, l'objectif de ce cadre exploratoire est de savoir si dans la pratique infirmière, l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement est courante et si cette dernière impacte la prise en charge du patient. À noter, les références théoriques notamment sur le prénom sont assez pauvres. Nous souhaitons donc comparer les pratiques entre la réalité de terrain et les recommandations de bonnes pratiques.

4.1. La méthode de recherche

Pour mener cette recherche, l'élaboration d'un outil d'enquête[2] qualitatif est basée sur des entretiens semi-directifs. Ce format permet de poser des questions ouvertes, afin de guider le discours sans l'orienter de manière directive, laissant ainsi aux infirmières la liberté d'exprimer leur expérience. Les questions ont été construites en miroir du cadre théorique. Chaque entretien a été enregistré avec l'autorisation préalable des infirmières. Le choix s'est fait dans une optique de diversité professionnelle, en privilégiant des profils exerçant dans des contextes variés afin de recueillir des points de vue riches et contrastés.

L'IDE 1 est une infirmière puéricultrice exerçant en pédopsychiatrie à l'hôpital A, service spécialisé dans l'accompagnement des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques ou relationnels, ainsi que des nourrissons en grande difficulté. L'IDE 2 travaille dans une unité cognitivo-comportementale à l'hôpital B, un service pluridisciplinaire qui accompagne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en vue de restaurer leur autonomie. L'IDE 3 est une infirmière intérimaire polyvalente, anciennement en libéral, ce qui lui permet de témoigner d'une expérience de terrain en soins à domicile. Enfin, l'IDE 4 exerce dans un EHPAD, établissement accueillant des personnes âgées dépendantes nécessitant des soins quotidiens.

Toutefois j'ai été confronté à certaines limites organisationnelles, notamment en raison de délais de réponse et de contraintes administratives. Deux demandes sont passées par l'IFSI : l'une a abouti (hôpital B), l'autre est restée sans réponse malgré plusieurs relances, m'amenant à solliciter en urgence l'IDE 4. Par ailleurs, deux infirmières (IDE 1 et IDE 3) sont des connaissances indirectes, ce qui a rendu difficile la tenue des entretiens dans des environnements professionnels. L'entretien avec l'IDE 1 s'est d'abord tenu dans un café, mais a finalement dû être poursuivi dans une voiture en raison du bruit ambiant ; celui avec l'IDE 3

[2] Cf. Annexe B, outil d'enquête, page 36

a eu lieu à son domicile. Je ne connaissais que l'IDE 4 en amont de la recherche, en tant que professionnelle rencontrée lors de mes emplois d'été dans sa structure. Les trois autres infirmières ont été de nouvelles rencontres dans le cadre de cette étude.

4.2. L'analyse des résultats

Dans cette partie nous allons exploiter les réponses obtenues lors des entretiens et les mettre en miroir avec le cadre théorique. Le but étant de montrer les parallèles et les écarts entre les données théoriques et l'expérience des différentes infirmières. Une grille de dépouillement[3] nous permet de trier les verbatims des différents entretiens et faciliter l'analyse. Chaque partie est en miroir des thèmes de l'enquête : vulnérabilité, communication, utilisation du prénom/tutoiement et accompagnement infirmier.

4.2.1. Présentation générale

Pour commencer, nous trouvons les trois premières questions afin de mieux connaître les infirmières. Les quatre infirmières ont des parcours professionnels très variés allant de 6 à 18 ans d'expérience. Chacune apporte un regard complémentaire et donc une richesse à l'analyse. L'IDE 1, est infirmière puéricultrice depuis 2023 en service de pédopsychiatrie dans l'hôpital A. L'IDE 2 exerce depuis 18 ans en alternance entre une UCC et un SMR polyvalent de l'hôpital B. L'IDE 3, actuellement intérimaire nous partagera son expérience de plus de 3 ans en libéral. Enfin l'IDE 4 occupe un poste de faisant de fonction cadre de santé depuis 4 ans. Aucune infirmière ne travaille dans la même structure, cela permet d'avoir différent point de vue au niveau institutionnel.

4.2.2. La vulnérabilité

4.2.2.1. Les facteurs de vulnérabilité

L'objectif de cette question était d'appréhender leur perception de la vulnérabilité.

Toutes les 4 se rejoignent spontanément sur les facteurs principaux de la vulnérabilité en citant la maladie et l'âge. L'IDE 1 par exemple « à partir du moment où une personne est porteuse d'une maladie finalement ça la rend vulnérable » ou IDE 2 « la maladie, l'âge, […], son état de conscience » et IDE 4 « soit par handicap. Soit parce qu'on est enfant et qu'on n'a encore pas toute notre capacité à raisonner, à se défendre. […] des troubles, des troubles cognitifs liés à l'âge ou une démence ». Cela rejoint la définition proposée par E. Lemoine et al. (2014). Cette dernière associe la vulnérabilité à une altération de l'état de santé. L'IDE 2 cite d'ailleurs « Tout ce qui fait qu'il n'est pas dans le bien-être ». Pour rappel la vulnérabilité se traduit par un déficit de capacités physique ou mentale lié à une pathologie ou l'âge et établit alors un parallèle avec la dépendance, notion abordée dans la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance (2021).

L'IDE 1, puéricultrice en pédopsychiatrie « je trouve les plus importants ce sont les facteurs sociaux avec l'environnement dans lequel on évolue, les personnes qui nous entourent et qui ont une incidence du coup sur notre stabilité psychique ». Cela relève un impact psychosocial et environnemental sur la vulnérabilité du patient. Comme précisé par E. Lemoine et al. (2014) dans le cadre théorique, si l'enfant évolue dans un environnement

[3] Cf. Annexe C, grille de dépouillement, page 37

équilibré et protecteur, alors les risques susceptibles d'être rencontrés, liés à sa vulnérabilité, se voient diminués.

L'IDE 4 commence en disant « à un moment ou à un autre dans notre vie, on est tous vulnérables. Soit quand on est seul face à un groupe. Soit parce qu'on est fatigué et moins disponible ». Cela relève une dynamique émotionnelle et relationnelle à la vulnérabilité. Ces propos viennent rejoindre la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance (2021), où il est dit que toute personne peut être touchée par la vulnérabilité. E. Lemoine (2014) et al., nous rappellent que la vulnérabilité est une réalité de la condition humaine.

L'IDE 4 remarque que la vulnérabilité n'est pas forcément visible malgré tout, il existe différents facteurs temporaires : « soit quand on est seul face à un groupe. Soit parce qu'on est fatigué et moins disponible ». Pour E. Lemoine et al. (2014), il est important de définir ce que nous entendons par le mot « vulnérabilité » en allant plus loin que l'avis que nous pouvons nous faire au premier regard. En effet, ce n'est pas seulement un signe ou une faiblesse visible.

Pour finir cette première sous partie sur les facteurs de la vulnérabilité, l'IDE 1 souligne un facteur protecteur : « plus il connaît sa maladie plus il est à l'aise avec, moins il est vulnérable ». L'autonomie serait donc un facteur protecteur de la vulnérabilité tout comme la dépendance est un facteur prédisposant.

4.2.2.2. Le relationnel et l'adaptation au patient vulnérable

L'objectif de cette question était de savoir si le soignant adapte sa posture relationnelle en fonction de la vulnérabilité. Cela permet d'introduire le concept suivant sur la communication.

L'IDE 1 évoque l'adaptation en fonction de la vulnérabilité perçue : « Si c'est un patient que je sens vraiment fragile au niveau émotionnel, très à fleur de peau, ma posture elle va changer je vais être beaucoup plus maternante, beaucoup plus enveloppante, beaucoup plus présente et à l'écoute ». Elle adopte un instinct protecteur et une attitude accompagnante, elle se laisse même guidé par le patient « je vais suivre ses demandes et plutôt me laisser porter par ce dont il a besoin ». Nous retrouvons ce parallèle avec E. Lemoine et al. (2014) où il explique que le soignant doit en permanence agir dans l'intérêt du patient, veiller à son bien-être physique et psychologique.

Dans la même idée, l'IDE 3 porte une attention plus renforcée envers un patient vulnérable : « tu vas peut-être […] un peu plus bienveillante, à l'écoute, empathique, dans le relationnel […] être un peu plus cocon quoi. » et assume « c'est pas pareil, quelqu'un qui n'est pas vulnérable, tu vas peut-être moins t'en occuper ». L'intention bientraitante et empathique rejoint les propos d'E. Lemoine et al. (2014), le patient vulnérable fait naître chez le soignant la notion de « prendre soin » et ainsi, agit avec empathie et bienveillance.

L'IDE 2 développe également une posture qui s'adapte en fonction des besoins individuels du patient : « oui ma prise en charge sera différente d'une personne qui n'est pas démente. […] par rapport à l'âge, l'enfant je ne vais pas parler à un enfant comme je parlerai à un adulte. […] Je ne vais pas discuter pareil à quelqu'un qui est anxieux, angoissé, que quelqu'un qui est détendu ». Elle termine d'ailleurs clairement en disant « Je m'adapte en fonction de ce j'ai en face ». À nouveau pour E. Lemoine et al. (2014), la prise en compte des souhaits du patient, de ses capacités et fragilités est primordiale. Cela souligne une adaptation du soignant en fonction du contexte.

L'IDE 4 dit adopter la même posture avec tout le monde mais change plutôt son vocabulaire : « en fait j'ai la même attitude avec tout le monde. Un enfant. Une personne âgée. Le personnel. Un collègue. J'ai la même attitude avec tout le monde. […] Son vocabulaire, la

manière de parler, en s'adaptant à la hauteur. » Elle insiste plus sur le faire preuve de bon sens « Mais en fait c'est simplement du bon sens, plus que de faire appel à des techniques particulières qui ne seraient pas naturelle. […] C'est un savoir-être ». Cela reflète une capacité à adapter sa posture, et révèle une attitude bienveillante et compétente.

4.2.3. La communication

4.2.3.1. Les grands principes de la communication

L'objectif de cette question était de retrouver les bases et/ou outils principaux de la communication.

Les quatre infirmières se rejoignent sur les différents types de communication que nous retrouvons également dans le cadre théorique. Par exemple l'IDE 3 « tu as deux types de communication, verbal et non-verbal […] Et puis ton timbre de voix aussi. […] C'est du paraverbal, ça ». Ce qui nous ramène aux trois types de communication proposés dans la présentation de mesdames GALLAIS et BOUVARD.

Trois d'entre elles énumèrent même des valeurs en lien avec ce concept. Par exemple, l'IDE 1 « déjà il faut être à l'écoute, ouvert d'esprit, bienveillant pour pouvoir écouter. Et faire preuve de « self control », […] savoir garder son calme face aux choses qui sont difficiles, faire preuve de bon sens ». Nous comprenons qu'il faut faire preuve d'une certaine intelligence émotionnelle et faire preuve de neutralité afin de maintenir une posture professionnelle. Selon B. Temaner-Brodley et al. (2013), adopter une posture d'écoute et une approche empathique permet de favoriser un échange thérapeutique efficace.

Ensuite, toujours dans la même idée, « l'écoute, l'empathie, […] le regard, le toucher », l'IDE 2 renvoie à une communication non verbale et bienveillante. L'ouvrage des éditions Foucher (2021), complète qu'il est important d'adapter son langage en fonction de l'état d'esprit et d'utiliser un langage corporel et ainsi d'inclure une communication mixte. Cela permet une communication efficace et bienveillante. Enfin, l'IDE 4 partage son point de vue sur la prise en compte des capacités cognitives et émotionnelles : « donc des fois, il vaut peut-être mieux ne rien dire […] parce qu'on sait que ça n'aura pas d'impact et que ce sera plus délétère qu'autre chose ».

Selon l'IDE 4, « vous pouvez tout dire mais il faut encore que la personne en face soit capable de recevoir ». En effet, l'ouvrage « Tout sur les soins infirmiers » des éditions Foucher (2021), précise qu'en fonction de l'intérêt porté au contenu de l'échange, le cerveau humain peut sélectionner une partie ou une idée de l'information qui lui correspond ou qui est en accord avec ses idées. L'impact des mots peut donc engendrer des maux.

Aucune d'entre elles n'abordent la communication comme besoin pour tout être humain, ni les freins à la communication tels que le manque de temps, le bruit pourtant vu dans la cadre théorique.

4.2.3.2. L'ajustement de la communication et du relationnel

L'objectif de cette question était d'échanger sur l'adaptation de leur communication en fonction du patient.

L'IDE 1 explique que son service accueille des patients âgés de 6 à 16 ans donc « forcément la communication elle est très différente ». Pour ajuster sa communication auprès d'enfants et adolescents, elle précise « j'adapte mon vocabulaire au niveau de compréhension de l'enfant […] j'adapte mon intonation je pense ». Parallèlement l'IDE 2 dans le cadre d'un patient dément, souligne l'importance d'une adaptation de la parole : « j'essaye de parler, de

faire des phrases courtes ». Selon France Alzheimer (2020), en évitant un vocabulaire trop technique et en expliquant simplement, le soignant aide le patient à mieux comprendre son état de santé et favorise donc la communication.

L'IDE 1 adapte sa posture en fonction de celle de l'enfant en face « soit je vais percevoir qu'il faut plutôt être enveloppante et rassurante, soit je vais percevoir qu'il faut plutôt être ferme et le « driver ». Nous comprenons qu'elle s'adapte au développement cognitif et aux troubles de l'enfant et de l'adolescent. Dans la même optique d'adaptation, l'IDE 2 montre l'importance, dans le cas d'un patient dément, de découper les tâches « il faut que lui fasse action par action ». Le but est d'éviter une surcharge cognitive et toujours s'adapter aux capacités liées à la pathologie.

L'IDE 3 insiste sur l'analyse de la situation : « quelqu'un qui arrive et qui hurle sur toi, bah, tu vas essayer de ne pas hurler parce que ça va faire monter. » et inversement « quand quelqu'un qui parle tout doucement comme ça (chuchote), bah, tu vas faire pareil parce que, bah, peut-être que le seul moyen de communiquer avec elle, c'est comme ça. », elle précise « tu orientes ta communication en fonction de ce qu'il y a en face ». Nous retrouvons donc toujours à la recherche d'alignement, de respect et de réassurance. Les propos rejoignent alors ceux de l'IDE 2 « s'il est anxieux, en colère, eh ben, hop, nous, on va descendre notre ton pour essayer de le calmer. Si, par exemple, tu vois qu'il monte, qu'il pose 36 000 fois la question, tu dis, oh stop, ça suffit (élévation du ton). On recadre ». Pour l'IDE 4 « s'adapter à ce qu'il est capable d'entendre. Et surtout si je sais déjà que ce que je vais lui dire peut-être violent, bah j'adopte une attitude un petit peu plus en douceur où je vais arrondir les angles, tout en quand même disant ce que j'ai à dire ». Elle cite l'exemple d'un patient en EHPAD qui fume à l'intérieur « il faut quand même lui dire, même si peut être qu'aujourd'hui c'est son seul plaisir de fumer à l'intérieur ». Dans l'ouvrage « Tout sur les soins infirmiers » des éditions Foucher (2021), la notion de posture d'écoute est abordée, c'est à dire faire l'effort d'entendre le point de vue de l'autre même si ce point de vue est différent du nôtre. Tout cela avec empathie et confidentialité dans le but d'instaurer une confiance avec le patient et lui permettre de s'ouvrir.

En lien, l'IDE 4 emploie des mots percutants dans une dynamique empathique et de reconnaissance de l'autre : « pour moi ce qui est hyper important, c'est toujours d'essayer un petit peu de se mettre à la place de l'autre. » […] faut bien se dire que ce qui est difficile à dire, est aussi difficile à entendre ».

4.2.4. L'utilisation du prénom/tutoiement

4.2.4.1. Le contexte d'utilisation du prénom et du tutoiement

Ici, deux questions ont été réunies car une infirmière a involontairement répondu aux deux dans la première. Cela montre probablement une utilisation indissociable l'une de l'autre. L'objectif de ces questions étaient de voir si l'utilisation du prénom et du tutoiement est une pratique courante chez les infirmiers et dans quel contexte.

L'IDE 1 travaille en pédiatrie et précise que dans son service « je les appelle par leur prénom, […] parce que ce sont des enfants » et rajoute « si je donne le prénom, en général, je tutoie ». Nous comprenons alors que le travail en pédiatrie rend l'utilisation systématique et indissociable du prénom et du tutoiement. En effet, l'appellation par le nom de famille précédé de « monsieur » ou « madame » ne se montre pas adapté à l'âge. Ce point de vue rejoint celui de l'IDE 4 : « en tant qu'infirmière, oui j'ai appelé des patients par leur prénom en pédiatrie. En pédiatrie c'est juste du bon sens, vous ne pouvez pas appeler un enfant de 2 ans Monsieur X. C'est par son prénom ». Elle insiste sur le bon sens de cette utilisation et nuance d'ailleurs « par contre les adultes ou même les jeunes adultes. Quand je parle de

jeunes adultes c'est de 15 à 25 ans, moi je les ai toujours vouvoyés et appelés par leur nom de famille ». Nous pouvons donc nous demander où se situe la limite du passage au vouvoiement entre l'enfance et l'âge adulte. L'IDE 1, dans son service accueille également « des mamans […] avec leur bébé, et il y a des mamans qui ont des déficits intellectuels, qui ne comprennent pas quand on les appelle madame, vraiment, c'est pas elles. Du coup, là, effectivement, c'est pareil, comme elles ont des déficits intellectuels, on a une posture un peu plus enveloppante, un peu plus accompagnante, et du coup, souvent, on leur demande ce qu'elles préfèrent, et elles préfèrent qu'on les appelle par leur prénom ». Cela montre encore une fois l'adaptation au développement cognitif, à la vulnérabilité et à l'âge. En effet, R. Covelet (2003), précise que dans la pratique courante le tutoiement et l'usage du prénom est régulièrement utilisé en pédiatrie. Envers les enfants, on considère que cette familiarité est en général adaptée.

Durant l'entretien je me permets de demander à l'IDE 1, son retour d'expérience auprès des adultes en réanimation. Elle nous dit ne pas employer le tutoiement « mais par contre, parfois, j'appelais par le prénom, parce que quand on les réveille du coma, et ben, ils ont du mal à savoir où ils sont, et les appeler par leur prénom, ça les aide à savoir qu'on parle d'eux, à se réorienter ». Nous déduisons que le prénom permet un encrage identitaire et facilite la réorientation d'un patient sorti du coma. Nous pouvons ainsi mettre en parallèle la situation de l'IDE 2 : « dans le contexte d'un jeune patient dément que quand tu disais son nom de famille, il ne répondait pas […] » et celle de l'IDE 3 : « des fois, tu n'as pas trop le choix de d'employer le prénom parce que, bah, disons qu'ils ne se reconnaissent que comme ça ». L'ANESM (2012) recommande de privilégier le vouvoiement des adultes sauf s'il génère une perte de repères.

L'IDE 2 apporte des éléments sur l'importance de la décision en équipe dans les choix d'utiliser le prénom avec les patients. Elle explique : « on a des réunions de synthèse pluridisciplinaire tous les jeudis. On était tous d'accord avec le médecin, la psycho, la psychiatre, que ce monsieur, on l'appellerait par son prénom. Voilà. C'est une décision d'équipe ». Elle évoque également une situation similaire concernant le tutoiement en insistant à nouveau sur la décision d'équipe. Elle souligne d'ailleurs « la famille on leur dit, voilà, maintenant, on va tutoyer votre papa. On va appeler par son prénom votre fils ». Cette décision d'équipe garantie une cohérence relationnelle entre les soignants. Cette cohérence est essentielle pour le patient, notamment en cas de troubles cognitifs, comme le souligne l'IDE 2 « en fait, il faut qu'on aille tous dans le même sens. Parce que s'il y en a un qui dit monsieur machin « vous », et puis qu'un autre dit Michel « tu ». […] Ils ont déjà un peu tout mélangé dans leur tête. Alors si nous, on ne va pas dans le même sens, on les perd ». Cela met en évidence l'utilisation de ses appellatifs comme un outil de stabilité pour les patients fragilisés, particulièrement dans un contexte de troubles cognitifs. M. Mazoyer dans son article « Le tutoiement en EHPAD » (2021), rejoint cette importance de prendre une décision d'équipe vis-à-vis de l'usage du tutoiement pour les relations avec des résidents.

L'IDE 4 reprend l'importance de ne pas systématiser cette pratique et propose une sorte d'accord entre le soignant et le soigné. Elle nous partage son étonnement face à l'utilisation du prénom et du tutoiement en EHPAD lors de son arrivée : « effectivement, j'entendais des collègues appeler des résidents par leur prénom voir même les tutoyer ». À titre personnelle, elle est donc allée questionner l'une de ses collègues. Cette dernière lui a répondu « ça se fait pas au hasard, à chaque fois c'est quelque chose qui est réfléchi avec le résident, souvent c'est à sa demande, où le résident dit en fait toute ma vie on m'a appelé Janine. Maintenant j'habite ici, donc je veux qu'on continue de m'appeler Janine ». Elle souligne que ce choix doit dépendre du résident, de son mode de vie et de ses convictions personnelles, nous devons nous demander « est-ce qu'il souhaite qu'on lui dise tu, vous, son prénom ou son nom de famille ? ». Elle rajoute que cette décision dépend également du soignant, en effet « il y en a qui sont très à l'aise avec le tutoiement mais toujours avec l'accord du résident. Et il y en a qui même avec l'accord du résident n'y arrivent pas ». Elle nous partage ensuite ses propres limites personnelles : « c'est quelque chose qui m'est difficile.

J'arrive pas à passer ce cap ». Cela met en évidence l'influence des habitudes de vie dans la manière de s'adresser au patient. La Fondation Bon Sauveur (2018) rappelle que l'usage du tutoiement ne doit pas être spontané, ni impulsif mais individualisé à la situation et aux besoins du patient.

Enfin, l'IDE 3 évoque l'utilisation régulière du prénom et du tutoiement en libéral. Ce contexte particulier de prise en soin à domicile s'inscrit dans une relation souvent durable, intime, parfois même affective. Elle explique « je l'utilisais beaucoup en libéral parce que, bah, tu vas dans la sphère, du coup, vraiment intime. Parce que tu vas chez eux, tu rencontres les enfants, les petits-enfants […]. Et puis, même eux, ils disent, non, bah non, c'est bon, tu m'appelles par mon prénom ». Ce contexte de prise en charge rappelle celui de l'EHPAD, une prise en charge longue où des liens plus familiers se créent. Selon la Fondation Bon Sauveur (2018), certains soignants tutoient les patients, si ces derniers le demandent. Cette pratique parait donc plus courante que nous le pensons.

4.2.4.2. Les ajustements en fonction du contexte

L'objectif de cette question était de comprendre pourquoi certains contextes leur a laissé l'opportunité de changer leur habitude.

L'IDE 1, pour rappel travaille en pédopsychiatrie, elle nous explique que l'utilisation du prénom s'impose tout naturellement parce que « ce sont des enfants […] je ne sais même pas si on peut les appeler « Monsieur » à partir du moment où ils ne sont pas adultes, […] ça ne convient pas ». L'IDE 4 rejoint ces propos, dans la question précédente, elle affirme qu'« en pédiatrie c'est juste du bon sens, vous ne pouvez pas appeler un enfant de 2 ans Monsieur X. ». Toutefois l'IDE 1 fixe une limite, si le prénom est adapté aux enfants, « donner des surnoms, par contre, non, ça va un peu loin là ». Elle conclut finalement que pour les enfants, « leur prénom, c'est juste que c'est la seule manière de les appeler ».

Pour les adultes, l'IDE 1, justifie l'utilisation du prénom par la vulnérabilité des patients. Elle explique que cet usage permet de renforcer la relation de confiance : « c'est parce qu'effectivement, ils sont vulnérables, et du coup, ils ont besoin d'un peu de familiarité pour se sentir en confiance […] c'est pour un peu maximiser la relation de confiance ». Dans certaines situations, comme les jeunes mères qu'elle suit, elle n'hésite d'ailleurs pas à leur demander ce qu'elles préfèrent.

L'IDE 2 intègre à cette question la notion d'autonomie. L'utilisation du prénom ou du tutoiement permet une reconnaissance identitaire, notamment lors d'une perte de repères comme dans la maladie d'Alzheimer. Dans son service, ils utilisent le prénom « parce qu'on voulait que le patient se reconnaisse quand on lui parle et qu'on veut l'emmener à faire des choses. On essaie de trouver le petit truc qui fait qu'il réagisse à nous ».

Pour l'IDE 3, « des fois, ça sort tout seul ». Cela relève de la spontanéité et du naturel de la relation. Elle insiste sur la particularité de la relation à domicile, où la proximité est renforcée. En effet, certains patients « ça fait […] 3/4 ans que tu les connais et qu'ils te connaissent ». Ceci rejoint les propos de l'IDE 4, qui distingue également les différents contextes de soins : « je pense qu'il y a aussi une distinction pour le tutoiement et le vouvoiement, à faire entre l'hôpital et les services où les patients sont de passages sur 3 jours. Et le médico-social où c'est leur lieu de vie, où ils restent des années. Et où il y a une autre relation qui s'installe ». Effectivement, à l'hôpital les personnes soignées sont des patients alors qu'en EHPAD ce sont des résidents. La distinction reflète d'une différence primordiale dans la relation : en EHPAD (et parallèlement le libéral), le lieu de soin est également le lieu de vie.

L'IDE 3 reconnait la difficulté de garder ses distances en libéral car « tu as des patients, tu vas tous les jours chez eux ». Cependant, elle défend la proximité de cette relation, celle-ci n'a rien d'un manque de respect. Elle conclut donc, « c'est vrai que des fois, c'est pas

forcément optimal. Mais c'est comme ça. Et ça n'enlève pas le fait de bien faire son travail. Parce que, quoi qu'il en soit, le travail reste et le respect aussi. C'est pas parce qu'on le tutoie qu'il n'y a pas de respect, souvent bien au contraire ». Nous pouvons comprendre que dans le cas de l'IDE 3, c'est presque le tutoiement qui approuverait le respect de cette proximité. Toutefois, là où une relation plus conventionnelle pourrait paraitre trop froide, cette relation plus intime et quotidienne pourrait créer une confusion ou dépassement des rôles. En effet, la plupart des libéraux ne portent pas de blouse blanche, qui permet de symboliser une certaine « distance » en hospitalier.

Tout en valorisant la démarche d'accompagnement personnalisé, l'IDE 4 insiste sur la nécessité de garder « la juste distance professionnelle aussi ». Elle nous explique que la relation peut rester de qualité si « il y a une maturité du professionnel et que c'est un accord commun et que c'est écrit quelque part. Pour moi, on est plus dans de l'accompagnement personnalisé. Donc c'est plutôt quelque chose de bien, de positif ». Elle rappelle que « ça reste leur lieu de vie, donc chez eux, leur environnement proche les tutoyait donc ils souhaitent continuer comme ça ». Le comité éthique de la Fondation Bon Sauveur (2018) fait apparaître la notion abstraite et évolutive de la juste distance ou de la juste proximité lors de l'usage du tutoiement dans une relation de soins.

L'IDE 4 soulève la « question d'éthique, de vulnérabilité, de politique d'établissement » et insiste sur le respect de la dignité : il ne faut jamais oublier « d'être toujours dans le respect de l'autre ». L'utilisation du prénom et du tutoiement commence à être mis en place dans les projets d'accompagnement personnalisé. Cela permettrait de protéger autant le patient, des abus de familiarité, que la responsabilité professionnelle du soignant.

Enfin, les IDE 3 et IDE 4 concluent sur l'importance de savoir s'adapter au contexte. Pour l'IDE 4, il est nécessaire de rester centrer sur les besoins du patient. Cette adaptation constante vise à améliorer la relation de soin.

4.2.5. L'accompagnement infirmier

4.2.5.1. Les éléments essentiels de l'accompagnement infirmier

L'objectif de cette question était d'obtenir des éléments essentiels de l'accompagnement du point de vue de chaque infirmière.

Pour l'IDE 1, « c'est faire preuve d'écoute, de bienveillance, de non-jugement ». Il est donc nécessaire d'avoir des qualités humaines. Elle souligne également l'importance d'« être rigoureuse dans son travail » et d'avoir des compétences techniques. Ces propos rejoignent l'article R4311-2 du CSP, précisant que les soins infirmiers (préventifs, curatifs ou palliatifs), nécessitent des compétences techniques et relationnelles avec le malade. Nous comprenons que les compétences humaines et techniques sont au cœur du rôle infirmier.

L'IDE 4 rejoint ces valeurs humaines et professionnelles. Elle insiste sur la relation de confiance, pilier de l'accompagnement : « en tant qu'infirmière, on a des responsabilités et on porte beaucoup de choses dans un service, dans un établissement. C'est quand même une personne référente pour le résident, le patient, pour la famille, pour le cadre, pour le docteur. On vient toujours la stimuler. Donc clairement on doit être une personne de confiance. De confiance tant sur ses capacités, sur son savoir, savoir-faire et aussi surtout sur son savoir être ». En EHPAD, l'infirmier est un repère pour les résidents, les familles et l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle. Ces propos rejoignent ceux de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance (2021). Cette dernière relève que la relation de confiance qui s'instaure entre le patient et le soignant doit être partagée. Cela passe par la compétence du soignant, le respect mutuel, le partage et la communication. Le soignant doit avoir la capacité d'amener tout patient en difficulté à mobiliser ses ressources

pour mieux appréhender la situation. C'est un soin relationnel dans un climat de bienveillance et de non-jugement.

L'IDE 2 nous apporte une situation illustrant cette posture relationnelle. Elle décrit l'importance d'une communication non verbale et paraverbale : « essayer, quand on discute avec des personnes, de choper un regard, le toucher pour dire c'est moi qui te parle ». Derrière cette communication gestuelle, elle essaye d'attraper l'attention du patient et de créer une relation solide.

L'IDE 2 souligne également l'importance de connaître le patient pour mieux accompagner. « En général, pour bien accompagner, donc déjà bien connaître ses passions, son histoire de vie, ses habitudes. Donc, par exemple, histoire de vie, savoir que, par exemple, il a eu trois enfants, mais qu'il y en a un qui est décédé récemment. Donc, on ne va pas mettre les pieds dans le plat en parlant de décès récents. Connaître son métier. Quand on voit qu'il est un peu triste, « Ah, ben, vous faisiez quoi comme métier ? » Et hop, ils sont contents de se valoriser là-dessus ». Elle explique que dans son service, l'équipe propose des activités personnalisées comme le bain thérapeutique ou le jardinage, en fonction de ce que le patient aime. Cet accompagnement personnalisé permet de valoriser et prendre en compte la singularité du patient. Cela rejoint les propos de l'IDE 3, un bon accompagnement doit être adapté au besoin du patient. Ceci est transférable aux propos de D. Gaborit dans son article publié en 2017. Il précise l'importance de prendre en compte la singularité du patient. L'accompagnement nécessite une capacité d'adaptation constante de la part de chaque soignant.

Un dernier élément essentiel pour l'accompagnement est souligné par l'IDE 2. Elle remet l'accent sur le travail d'équipe avec l'importance d'une bonne communication entre professionnels. Cela permet de se remettre en question, d'améliorer ses pratiques et de ne pas tomber dans une routine. Selon elle, « mettre en commun nos difficultés, de discuter entre professionnels afin de trouver des solutions » permet un accompagnement du patient plus adapté. L'IDE 4 souligne également l'importance d'avoir « une bonne cohésion avec les aides-soignants » dans l'accompagnement.

4.2.5.2. L'adaptation relationnelle dans l'accompagnement

L'objectif de cette question était d'explorer comment les infirmières adaptent leur relationnel pour être dans une démarche accompagnante.

L'IDE 1 souligne que cette adaptation repose sur la perception du patient et ce qu'il lui renvoie. Elle n'hésite d'ailleurs pas à leur demander quand il est, pour elle, difficile de s'ajuster. Elle utilise beaucoup la reformulation lors de la communication et s'appuie sur une bonne compréhension du patient : « Est-ce que tu as compris ? Est-ce que c'est clair pour toi ? Est-ce que tu... Enfin, vous voulez que je vous tutoie ou que je vous vouvoie... Est-ce que je vous appelle par votre prénom ? ». Elle insiste sur le fait que le patient sait mieux que personne ce dont il a besoin. Pour la Fondation Bon Sauveur (2018), chaque soignant doit auto-évaluer et adapter sa posture en fonction des situations et des patients.

IDE 3 rejoint cette idée d'adaptation en analysant chaque situation. Elle illustre en comparant deux postures relationnelles : un patient en fin de vie et un patient sortant après une chirurgie orthopédique. Elle précise que « tout dépend des besoins qu'il peut avoir parce que certains patients n'ont pas du tout les mêmes besoins, vu que chaque est différent. » Nous comprenons que sa posture n'est jamais figée et s'ajuste en fonction des besoins de ses patients. Cependant, elle évoque également les contraintes organisationnelles et institutionnelles : parfois un patient a besoin de discuter mais l'organisation fait que « tu peux pas trop […] tu essaies de rester 3 minutes. Mais entre-temps t'as 3 téléphones qui ont sonné en même temps, t'as un chirurgien qui t'a cherché ». Elle pointe l'écart entre l'idéal et la réalité du métier. Dans son article M. Formarier (2007) fait remonter les plaintes régulières des

infirmières qui ne passent pas autant de temps qu'espéré auprès de leurs patients. L'organisation, le manque de personnel et la charge de travail, réduisent considérablement le temps qui pourrait être consacré au relationnel.

Pour l'IDE 2, c'est la même réponse que la question précédente, connaître le patient reste la meilleure condition pour s'adapter et proposer un meilleur accompagnement. Nous pouvons rebondir sur les propos de l'IDE 4 qui appuie cette même idée en affirmant « en fait c'est personnaliser, personnaliser les soins, personnaliser l'attitude ». Reprenons l'exemple cité dans une question sur la communication qui illustre bien cette personnalisation : le patient en EHPAD qui fume à l'intérieur. Elle nous explique qu'« il faut quand même lui dire, même si peut être qu'aujourd'hui c'est son seul plaisir de fumer à l'intérieur. Donc on va l'accompagner sur d'autres choses comme à l'extérieur, comment aménager autrement son environnement pour qu'il puisse quand même fumer ». Dans cet exemple, plutôt que de lui interdire et de ne pas entendre son besoin, elle propose une alternative afin de respecter les souhaits de chacun.

Enfin, pour l'IDE 4, bien accompagner c'est valoriser le patient et « savoir mettre en avant ce qu'il leur reste, quand je dis ce qu'il leur reste c'est-à-dire le peu d'autonomie qu'il leur reste ». Bien accompagner c'est aussi adopter une posture d'aide en ayant « ce côté rassurant, réconfortant quand ils sont en panique face à une opération, face à une détresse. En fait, se rendre disponible et bienveillante. Voilà. Leur montrer qu'ils sont là, qu'ils ont une attention particulière. Et juste avec ça ils se sentent exister. Et ça met un coup de boost à leur journée ». Bien accompagner c'est reconnaître l'autre comme une personne singulière. Pour rappel, selon D. Gaborit (2012), l'infirmier doit offrir un environnement sécurisant et valorisant qui encourage l'expression et la participation active du patient dans sa prise en charge. L'accompagnement ne se limite pas aux soins physiques, mais comprend aussi un soutien psychologique et social en instaurant une dynamique relationnelle.

4.2.6. Ouverture

L'objectif de cette dernière question était d'ouvrir l'échange sur des éléments non abordés ou ouvrir sur un potentiel autre sujet. Trois notions ont été soulevées.

4.2.6.1. La notion culturelle

L'IDE 3 attire l'attention sur l'influence des origines dans l'utilisation du tutoiement. Elle explique que tutoyer « dans certaines origines, c'est un grand manque de respect. Et pour d'autres, […] vouvoyer, c'est un manque de respect parce que ça veut dire qu'on est trop différents ». Le tutoiement peut autant être une forme d'humanisation que d'atteinte au respect. Ces propos reflètent l'impossibilité de standardiser cette pratique. Chaque patient et chaque relation sont uniques et nécessitent une adaptation.

4.2.6.2. La notion d'impact cognitif

L'IDE 2 nous dit que selon elle, l'usage du prénom ou du tutoiement n'est pas un manque de respect, ni de la maltraitance. Elle explique que c'est plus pour capter l'attention du patient et nous partage l'exemple : « pas plus tard qu'à 10 heures, on s'est posé, ma collègue et moi, autour d'un café, il y a une patiente qui est venue. Elle s'est assise à côté de nous. On l'a laissée faire. Et puis, cette patiente, elle avait le regard dans le vague. Alors, j'ai dit, Madame [nom de famille]. Pas de réaction. On regarde son prénom sur le bracelet. « Jeanine ». Ah, elle a bougé ». Elle explique ensuite « depuis sa naissance, on l'a toujours appelée par son prénom. Et que son nom de jeune fille ou son nom de maritale, ça ne percute plus. […] On essaye de s'adapter en fonction des patients. Tout simplement ». Nous pouvons voir l'impact cognitif que symbolise le prénom pour une personne désorientée.

Cela rejoint plus ou moins les propos de l'IDE 1 : « je pense que c'est pour ça que le prénom est utilisé. Et c'est pour ça que le tutoiement est utilisé. Parce que, au même titre que les patients qui sont dans le coma et qui se réveillent, ils ne savent plus où ils sont, ils ne savent plus comment... Enfin, vraiment, ils sont complètement désorientés. Donc, en fait, leur donner des repères clairs et qu'ils ont eu toute leur vie, c'est beaucoup plus constructif. Et la relation de confiance, elle se fait bien mieux. Et du coup, la prise en charge, je pense qu'elle est bien meilleure ». L'usage du prénom et du tutoiement apparait donc comme un outil thérapeutique.

4.2.6.3. La notion de distance/proximité

Cette dernière question nous amène à nous interroger sur la posture relationnelle, à travers la notion de distance ou de proximité. L'IDE 1 nous explique qu'elle va donner des cours de pédopsychiatrie à des étudiants. Le médecin souhaiterait qu'elle aborde la notion de « bonne distance ». Elle préfère le terme « juste proximité ».

Pour l'IDE 3, l'utilisation du prénom ou du tutoiement « quoi qu'il en soit, elle impacte. Elle impacte en bien ou en mal, mais elle impactera à un moment donné. Parce que tu as cette notion de distance qui est hyper essentielle. Parce que le moment où tu l'appelles par son prénom, ce n'est pas juste « Hé ho, Paul, je t'appelle », c'est vraiment que je rentre dans ta sphère ».

Nous comprenons de ces propos que l'usage du prénom ou du tutoiement engage la posture relationnelle et professionnelle du soignant.

4.3. Synthèse de l'analyse et question de recherche

Dans la situation d'appel, l'utilisation du prénom et du tutoiement était dominante et à lancer ce travail. À travers cette analyse, nous recherchions à savoir si cette pratique est courante dans le quotidien des infirmiers. Les réponses aux entretiens ont permis de répondre à cet objectif, mais certains axes d'amélioration doivent d'abord être soulignés. En effet, ces quatre entretiens ne permettent pas de représenter la diversité des pratiques et des opinions de l'ensemble des infirmiers. Il serait donc intéressant d'enrichir cette analyse en interrogeant plus de soignants, y compris des infirmiers hommes. Ces derniers ayant peut-être une posture ou un relationnel différent de celle des quatre infirmières interrogées. De plus, élargir l'enquête auprès de patients, principaux concernés, serait également un approfondissement pertinent.

Le thème de la vulnérabilité a été central dans les propos recueillis. Les infirmières interrogées ont souligné l'importance d'un accompagnement bienveillant, surtout lorsque les patients sont dans l'incapacité d'exprimer clairement leurs besoins. Avec cet objectif, la communication devient un outil essentiel pour échanger avec chaque patient. Il n'existe pas de communication standard, cela nécessite une adaptation permanente. Chaque patient ayant des besoins différents, un vécu et des pathologies différentes, il est donc important de choisir son langage avec soin. L'usage du prénom ou du tutoiement apparaît alors comme un choix réfléchi. L'utilisation émerge d'une intention bienveillante et est souvent lié au contexte du patient : l'âge, l'état cognitif, le vécu, la nature de la relation. Il n'existe pas de règles standards à l'usage du prénom ou du tutoiement, seulement une personnalisation de l'accompagnement. Cette décision est réfléchie en équipe pluriprofessionnelle, notamment dans les services hospitaliers, ou individuelle dans le cadre d'un exercice libéral. Enfin, l'accompagnement infirmier repose sur une approche globale du patient. Cela nécessite une posture professionnelle solide, fondée sur des valeurs telles que l'écoute, la disponibilité et le respect.

Avec le recul des quatre entretiens, certaines limites méthodologiques ont été identifiées. En effet, l'outil d'enquête comportait des questions parfois trop similaires, ce qui a conduit certaines infirmières à regrouper plusieurs réponses en une seule. À l'inverse, d'autres questions manquaient peut-être un de précision, obligeant la reformulation ou la répétition. Cela montre la nécessité de retravailler l'outil d'enquête pour le rendre plus précis et éviter les confusions. Les réponses obtenues lors de cette enquête permettent d'apporter des éléments concrets pour répondre à la question de départ et ouvrent à d'autres réflexions. En tant que future professionnelle, ce travail m'a permis de confronter différents points de vue, à la fois théoriques et pratiques, venant créer ma propre réflexion sur ce sujet. Il m'a également permis de prendre en compte l'importance des mots dans une relation. Chaque positionnement doit être réfléchi, centré sur le respect et le bien-être du patient.

Pour finir, cette analyse nous invite à se poser une nouvelle question : « **En quoi l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement peut-elle impacter la proximité relationnelle et la distance professionnelle dans l'accompagnement infirmier des personnes vulnérables ?** »

5. Conclusion

Ce premier travail d'initiation à la recherche vient conclure mes trois années de formation en soins infirmiers. Pour rappel la question de départ est : « En quoi l'utilisation du tutoiement et/ou du prénom dans la communication avec les patients vulnérables peut-elle impacter l'accompagnement infirmier ? ». À partir de cette question de départ, issue de situations vécues lors de stages en SMR et UVP, quatre grands axes se sont naturellement dégagés : la vulnérabilité, la communication, l'utilisation du prénom et du tutoiement et l'accompagnement infirmier. Des recherches professionnelles et scientifiques sur ces différents concepts ont permis de construire un cadre théorique. En miroir, j'ai élaboré un outil d'entretien semi-directif, afin de recueillir les points de vue de quatre infirmiers de divers services. Ce choix s'explique par le fait que la vulnérabilité est présente dans la plupart des contextes de soins. Ensuite, la construction d'une grille de dépouillement a permis de dégager les éléments récurrents mais également les écarts, et de les mettre en lien aux références du cadre théorique. Enfin, une question de recherche s'est dégagée en perspective d'un approfondissement possible de cet écrit vers un travail de recherche.

Cependant ce travail présente des limites méthodologiques. D'une part dans le cadre théorique, j'ai l'impression d'avoir survolé deux importants mais vastes concepts : la communication et l'accompagnement infirmier. Lors de mes recherches, je me suis parfois dispersée et me suis retrouvée avec trop de sources, je n'ai pas su mettre de limites et cela m'a parfois détourné du concept initial. De plus, les sources sur l'usage du prénom dans les soins sont peu traitées dans les articles professionnels, c'est pour avoir plus de sources et créer des parallèles que le sujet a également été élargi au tutoiement. D'une autre part, concernant l'enquête, l'outil mériterait d'être peaufiné afin d'éviter les confusions ou répétions. L'analyse aurait pu également être approfondie avec du temps supplémentaire. Cependant, les réponses obtenues ont permis d'atteindre l'objectif. Autant au niveau professionnel que personnel, ce travail m'a amenée à m'interroger sur mes choix de communication et ma posture relationnelle. Il me rappelle l'importance de toujours se recentrer sur le patient et de se demander « pour qui je le fais et pourquoi ? ». La réponse devant toujours être : « pour le patient et pour son bien-être ».

Bibliographie

Abbadi, K. (2021). *Tout sur les soins infirmiers*. Foucher.

ANESM. (2012). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. Consulté en décembre 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-conciliervieetpersonnalisation.pdf

ARS Grand-Est (2024, juin 5). *Identitovigilance : Bien identifier vos patients.* Consulté en mars 2025, à l'adresse https://www.grand-est.ars.sante.fr/identitovigilance-bien-identifier-vos-patients

Article R4311-2—Code de la santé publique—Légifrance. Version en vigueur du 8 août 2004. Consulté en février 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889

Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur. (2018). *Réflexion éthique autour de l'usage du tutoiement et du vouvoiement dans la relation de soin*. Consulté en décembre 2024, à l'adresse https://www.fondationbonsauveur.com/fileadmin/user_upload/Initiales_N__6_Comite_Ethique_-_Vouvoiement-Tutoiement.pdf

Commission nationale de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance. (2021). *Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité*. Consulté en novembre 2024, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf

Covelet, R. (2003). *La familiarité du personnel gérontologique envers les résidents. Gérontologie et société*, 26104(1), 115-124. Consulté en octobre 2024, à l'adresse https://doi.org/10.3917/gs.104.0115

Fontaine, M. (2009). *L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers…. Pensée plurielle*, 22(3), 53-63. Consulté en mars 2025, à l'adresse https://doi.org/10.3917/pp.022.0053

Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. Consulté en mars 2025, à l'adresse https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033

Formarier, M., & Jovic, L. (2009). Accompagnement. *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.

Gaborit, D. (2017). *Éléments pour une pratique du soin relationnel en accueil de jour gériatrique. Empan*, 106(2), 116-121. Consulté en novembre 2024, à l'adresse https://doi.org/10.3917/empa.106.0116

Gallais, K., & Bouvard, F. (2023). *La communication* [UE. 4.2 S2]. Recueil inédit, Institut de Formation en Soins Infirmiers Fleyriat.

Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Paula, E. M. D. (2013). *L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers,* 115(4), 8-18. Consulté en janvier 2025, à l'adresse https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008

HAS. (2018). *Présentation générale*. Consulté en mars 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

JORF n°0158—*Avis sur le consentement des personnes vulnérables*—Légifrance. (10 juillet 2015). Consulté en décembre 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030862460

Kern, E. (2020). *Le tu et le vous, l'art français de compliquer les choses*. Flammarion.

Khosravi, M. (2020, mars). *Maladie d'Alzheimer : pourquoi doit-on communiquer avec le patient. France Alzheimer, Santé mentale* (n°246), pages 20-26. Consulté en janvier 2025, à l'adresse https://www.francealzheimer.org/creuse/wpcontent/uploads/sites/128/2020/05/Communication-avec-le-patient.pdf

Le Petit Robert. (2011). Accompagner. Vulnérable. Le *dictionnaire Le Petit Robert*

Lemoine, E., Lange, L., Chapuis, F., & Vassal, P. (2014). *Relation soigné soignant : Réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. Éthique & Santé*, 11(2), 85-90. Consulté en octobre 2024, à l'adresse https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2014.03.002

Les EHPAD. (2025, mars). Consulté en avril 2025, à l'adresse https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/undefinedvivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad

L'infirmier libéral. (2024, mai). Consulté en avril 2025, à l'adresse https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/undefinedpreserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/l-infirmier-liberal

Loffeier, I. (2016). *À propos de quelques normes discursives en maison de retraite. Langage et société*, 158(4), 71-87. Consulté en octobre 2024, à l'adresse https://doi.org/10.3917/ls.158.0071

L'unité cognitivo-comportementale. (s. d.). Consulté en avril 2025, à l'adresse https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/a-domicile-moins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-6-1/soins-et-accompagnement-a-lexterieur-du-domicile-scenario-6-1/lunite-cognitivo-comportementale/

L'usage du concept de la vulnérabilité en santé publique | INSPQ. (2023, mars 29). Institut national de santé publique du Québec. Consulté en novembre 2024, à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/publications/3310

Mazoyer, M. (2021). *Le tutoiement en EHPAD. SOINS AIDES-SOIGNANTES, relation communication* (n°102). Pages 22-23. Consulté en janvier 2025, à l'adresse https://www.em-premium.com/showarticlefile/1469150/main.pdf

Ministère de la santé et des solidarités. (2006). *Charte de la personne hospitalisée*. Consulté en mars 2025, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Noël, J.-L. (2024). 9. *Quelques questions liées aux pratiques. L'âge et la vie - Prendre soin des personnes âgées et des autres*, 195-213. Consulté en mars 2025, à l'adresse https://shs.cairn.info/les-fondamentaux-du-travail-en-EHPAD--9782749281186-page-195

Paul, M. (2012). *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20. Consulté en janvier 2025, à l'adresse https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013

Poitier, M. (2002). Communication. Patient. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Lamarre.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Hôpital des enfants | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. (s. d.). Consulté en avril 2025, à l'adresse https://enfants-ados.hug.ch/pedopsychiatrie

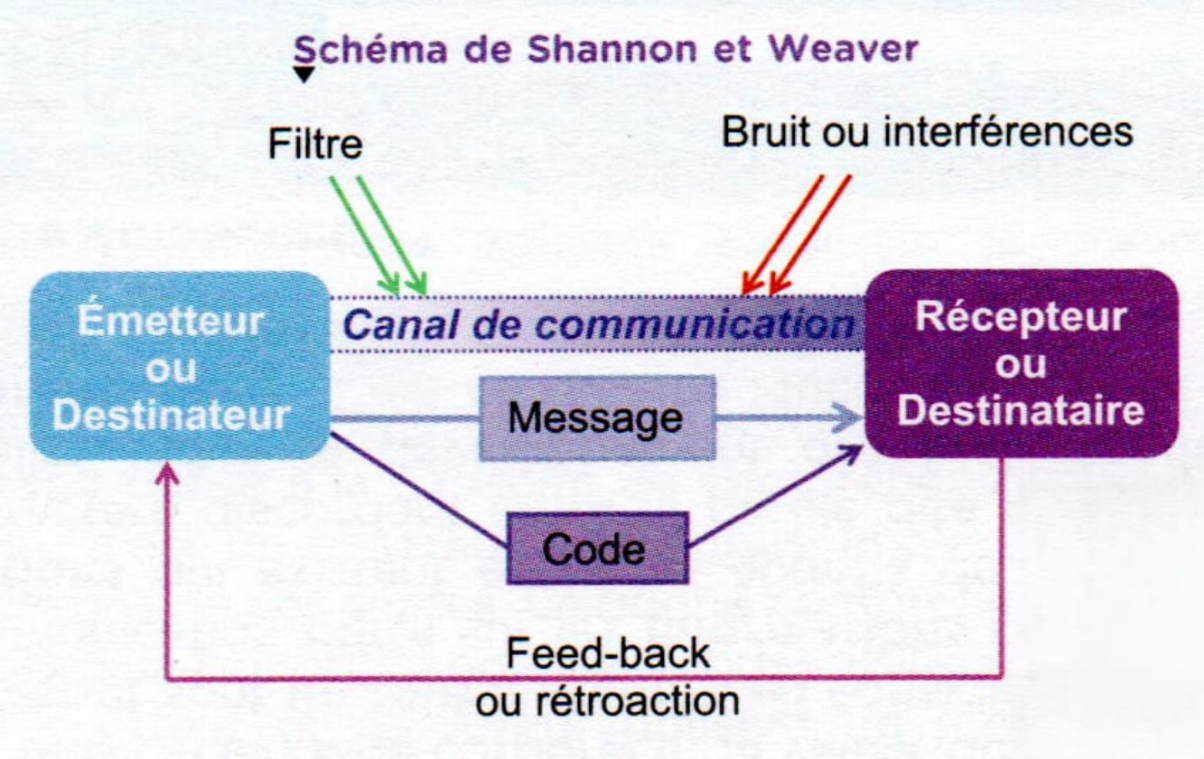
Svandra, P. (2018). *Introduction à la pensée d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. Recherche en soins infirmiers*, 132(1), 91-98. Consulté en mars 2025, à l'adresse https://doi.org/10.3917/rsi.132.0091

Temaner-Brodley, B., Stora, N., & Ducroux-Biass, F. (2013). *La congruence et sa relation à la communication en thérapie centrée sur le client. Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 17(1), 28-64. Consulté en mars 2025, à l'adresse https://doi.org/10.3917/acp.017.0028

Verdon, C., Lavoie, M., & Blondeau, D. (2013). *Relation et communication : Une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné*. *Recherche en soins infirmiers*, *114*(3), 92-92. https://doi.org/10.3917/rsi.114.0092

Annexe A : Schéma de la communication

Extrait de l'ouvrage « Tout sur les soins infirmiers » des éditions Foucher (2021)



Annexe B : Outil d'enquête

- **Présentation**

Question n°1 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état infirmier ?

Question n°2 : Depuis quand êtes-vous infirmier/infirmière dans ce service ?

Question n°3 : Pouvez-vous me partager votre parcours professionnel ?

- **Vulnérabilité**

Question n°4 : Selon vous, quels facteurs permettent d'identifier un patient comme vulnérable ?

Question n°5 : Si vous considérez un patient vulnérable, votre relationnel est-il amené à changer ? Si oui, de quelle manière ?

- **Communication**

Question n°6 : Selon vous, quels sont les grands principes de la communication ?

Question n°7 : Comment ajustez-vous votre communication en fonction du patient ?

- **Prénom / tutoiement**

Question n°8 : Avez-vous déjà été amené(e) à appeler un patient par son prénom ? Si oui, dans quel contexte ?

Question n°9 : Avez-vous déjà été amené(e) à tutoyer un patient ? Si oui, dans quel contexte ?

Question n°10 : Pour quelle raison ce contexte vous a-t-il laissé l'opportunité de modifier votre manière de vous adresser au patient ?

- **Accompagnement infirmier**

Question n°11 : Selon vous, quels sont les éléments essentiels pour un bon accompagnement infirmier ?

Question n°12 : Comment adaptez-vous votre relation avec le patient en fonction de ses besoins ?

- **Clôture**

Question n°13 : Souhaitez-vous rajoutez quelque chose pour terminer l'entretien ?

Annexe C : Grille de dépouillement

Thèmes	Sous thèmes		IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Généralités	**Sexe**		Femme	Femme	Femme	Femme
	Année d'obtention du diplôme		2013 Puis spécialisation puéricultrice en 2023 (12 ans dont 2 ans spécialisation puer)	2007 (18 ans)	2019 (6 ans)	2011 Puis IDE faisant de fonction cadre de santé depuis 2021 (14 ans dont 4 ans FF CDS)
	Service		Pédopsychiatrie et unité de soins et d'accompagnent précoce pour les jeunes parents.	UCC / SMR poly	Intérimaire anciennement IDE libérale pendant 3 ans	EHPAD
	Nombre d'années d'expérience dans le service		2 ans	13 ans	3 ans	4 ans
	Parcours		6 ans en réanimation adulte, 2 ans en chirurgie ambulatoire adulte et pédiatrique, 2 ans en maison médicale de l'enfant et de la néonatalogie, pendant le COVID aide en réa, puis vacations dans différents services de néonat puis spécialisation puériculture et depuis	Chirurgie, médecine générale, urgences, soins palliatifs, dialyse, pneumologie et depuis 2012 UCC/SMR	3 ans aux urgences (SAU, SMUR et IOA) avec des vacations en médecine, chirurgie, gériatrie et SSR à côté. IDE libérale pendant + de 3 ans. Actuellement intérimaire.	7 ans en réanimation cardiaque puis référente week-end, IDEC et FF CDS dans ce même service IDEC en consultation pédiatrique fœtale et congénitale. Février 2021 arrivée en tant que FF CDS en EHPAD. En parallèle reprise d'étude à la faculté

			2023 service de pédopsychiatrie et unité de soins et d'accompagnent précoce pour les jeunes parents.			pour obtenir DU de management, diplôme de CDS, master 1 en management et un master 2 de direction des organisations sanitaires et sociales.
Vulnérabilité	**Facteurs d'identification de la vulnérabilité**		« Il y en a vraiment énormément. En fait-il y a beaucoup de facteurs sanitaires à partir du moment où une personne est porteuse d'une maladie finalement ça la rend vulnérable. Alors plus il connaît sa maladie plus il est à l'aise avec, moins il est vulnérable mais malgré tout ça reste un facteur de vulnérabilité. Puis après il y a beaucoup et je trouve les plus importants ce sont les facteurs sociaux avec l'environnement dans lequel on évolue, les personnes qui nous entourent et qui ont une incidence du coup sur notre	« Vulnérable… (silence) Tout. La maladie, l'âge, sa conscience, fin son état de conscience. La vulnérabilité. Tout ce qui fait qu'il n'est pas dans le bien-être. »	« Quels facteurs permettent d'identifier un patient comme vulnérable ? Je ne sais pas, un patient malade, un patient avec l'âge. Voilà. Je ne sais pas, oui, non, âgé, enfin quelqu'un avec la fonction de l'âge, parce que ça va être un petit aussi. Et oui, la maladie. »	« Alors pour moi la vulnérabilité, ça nous concerne tous. A un moment ou à un autre dans notre vie, on est tous vulnérables. Soit quand on est seul face à un groupe. Soit parce qu'on est fatigué et moins disponible. Soit par un handicap. Soit parce qu'on est enfant et qu'on n'a encore pas toute notre capacité à raisonner, à se défendre. Soit, je peux parler plus aujourd'hui par rapport au public qui est accueilli en EHPAD. La vulnérabilité, c'est quand on va dire il y

			stabilité psychique, bon moi mais je viens de pédopsy donc c'est normal que je pense comme ça »			a une pathologie ou un déficit qui vient se rajouter à ce qu'on peut appeler une personne normale. Donc des troubles, des troubles cognitifs liés à l'âge ou une démence ou voilà. Qui signifie que la personne n'a pas forcément toutes ses capacités à raisonner. En tout cas pour sa sécurité. Et du coup a besoin d'aide. D'où le fait de rentrer en institution, d'être accompagné. Mais vraiment pour moi, la vulnérabilité touche tout le monde à un moment ou un autre. Mais certains ne sont pas capables de se défendre face à cette vulnérabilité. »
	Relationnel et patient vulnérable		« Bah ça dépend du niveau de vulnérabilité. Si c'est un patient que je sens vraiment fragile au niveau émotionnel, très à fleur de peau,	« Alors, s'il est vulnérable lié à une pathologie, notamment ici la démence, oui ma prise en charge sera différente d'une	« Oui. Bah oui, parce que du coup, tu n'as pas les mêmes... Bah, c'est pas pareil, quelqu'un qui n'est pas vulnérable, tu vas peut-être moins	« Alors si un résident est vulnérable. En fait j'ai la même attitude avec tout le monde. Un enfant. Une personne âgée. Le personnel. Un

			ma posture elle va changer je vais être beaucoup plus maternante, beaucoup plus enveloppante, beaucoup plus présente et à l'écoute. Alors que si c'est un patient qui a une pathologie plutôt stable et qui globalement à quelques difficultés mais qui les verbalise et qu'il a des demandes claires, bah en fait je vais suivre ses demandes et plutôt me laisser porter par ce dont il a besoin et qu'il arrive à énoncer clairement. Parce que l'autre aussi, quand il est tout chétif, il énonce ces besoins mais pas verbalement mais voilà je pense je me laisse conduire par la posture de celui d'en face et aussi du niveau de vulnérabilité. »	personne qui n'est pas démente. Après, la vulnérabilité par rapport à l'âge, l'enfant je ne vais pas parler à un enfant comme je parlerai à un adulte. La vulnérabilité par rapport à un mal-être. Je ne vais pas discuter pareil à quelqu'un qui est anxieux, angoissé, que quelqu'un qui est détendu. Je m'adapte en fonction de ce que j'ai en face. »	t'en occuper. Enfin, du moins, tu vas peut-être être... Bah après, tout dépend de ta façon d'être. Mais peut-être un peu plus bienveillante, à l'écoute, empathique, dans le relationnel, dire que vous êtes sûre, tout va bien, être un peu plus cocon quoi. »	collègue. J'ai la même attitude avec tout le monde. C'est simplement qu'en fait il faut s'adapter peut-être. Son vocabulaire, la manière de parler, en s'adaptant à la hauteur. Mais en fait c'est simplement du bon sens, plus que faire appel à des techniques particulières qui ne seraient pas naturelles. Je pense que c'est du bon sens. C'est un savoir-être. Et euh...Voilà. »

Communication	**Grands principes de la communication**		« Déjà il faut être à l'écoute, ouvert d'esprit, bienveillant pour pouvoir écouter. Et faire preuve de « self control », parce que si on entend des choses qui ne nous plaisent pas, il ne faut pas qu'on parte nous dans l'émotionnel, et qu'on arrive à faire comprendre son point de vue sans partir dans des choses un peu colériques ou des choses comme ça. Voilà je dirais que c'est ça les principaux principes : être à l'écoute et savoir garder son calme face aux choses qui sont difficiles, faire preuve de bon sens. »	« Il y a deux types déjà de communication. Ça serait tout ce qui est verbal. Donc, l'écoute, tout ce qui est non-verbal, le regard. Qu'est-ce que... Le faciès, la posture, les petits grognements « aïe, aïe, aïe, beurk » La communication adaptée, adaptée en face. » « L'écoute, l'empathie, je dirais. Les grands principes de la communication. L'écoute, le regard, le toucher, l'empathie. Ce n'est pas forcément la communication verbale. Il y a plein de types de communication, verbale et non-verbale. »	« La communication. Ah bah, déjà, tu as deux types de communication, verbale et non-verbale. Pour le coup, les non-verbales, les mimiques, la façon de relever les yeux, les soupirs des fois. Bah voilà, et puis après, tu as le relationnel verbal, où du coup, tout dépend comment tu emploies tes mots, tout ça. Et puis tes expressions. Et puis ton timbre de voix aussi. Alors, je ne sais pas dans quoi il va... C'est du paraverbal, ça. Ton timbre de voix qui joue beaucoup, des fois. Voilà. »	« Houhou bah alors là, je peux parler pendant deux heures dessus. C'est très compliqué la communication. C'est très très compliqué au quotidien. Pour tous. Il y a déjà la communication verbale et la communication non verbale. » « Sur la communication. Respecter l'autre. Respecter le métier de l'autre. Se respecter soi-même. Et puis au même titre tenir compte, pour revenir à votre question précédente de la vulnérabilité ou en tout cas de ce que la personne est capable d'entendre. Vous pouvez tout dire mais il faut encore que la personne en face soit capable de recevoir. Donc des fois, il vaut peut-être mieux ne rien dire. Parce qu'on

						sait que ça n'aura pas d'impact et que ce sera plus délétère qu'autre chose. »
	Ajustement de la communication en fonction du patient		« Bah de toute façon là c'est un peu ce que je disais par rapport à la vulnérabilité ça dépend mais moi le service où je travaille on accueille des patients de 6 à 16 ans donc forcément la communication elle est très différente. Déjà j'adapte mon vocabulaire au niveau de compréhension de l'enfant mais ça on le fait même quand les gens ne sont pas vulnérables, fin quoi que… donc j'adapte mon vocabulaire en fonction de l'enfant, j'adapte mon intonation je pense, j'adapte ma posture et après voilà en fonction de ce que me renvoie l'enfant en face, soit je vais percevoir qu'il faut plutôt être enveloppante et	« Eh ben, j'essaye de parler, de faire des phrases courtes. Si je veux l'emmener à faire quelque chose, c'est action par action. Par exemple, si je veux qu'il s'habille, eh ben, donnez d'abord la culotte. Après, vous mettez vos chaussettes. Après, vous mettez le pantalon. Il faut que lui fasse action par action. Si tu lui dis, bah, vous mettez la culotte, le pantalon, les chaussettes, ça fait trop d'infos. S'il est anxieux, en colère, eh ben, hop, nous, on va descendre notre ton pour essayer de le calmer. Si, par exemple, tu vois qu'il monte, qu'il pose 36 000 fois la question, tu dis, oh stop, ça	« Bah, il faut analyser la situation. Disons que s'il y a quelqu'un qui arrive et qui hurle sur toi, bah, tu vas essayer de ne pas hurler parce que ça va faire monter. Donc, tu vas analyser et tu vas dire, bon, bah, je vais diminuer un peu de fréquence. Ou des fois, bah, quand quelqu'un qui parle tout doucement comme ça (chuchote), bah, tu vas faire pareil parce que, bah, peut-être que le seul moyen de communiquer avec elle, c'est comme ça. Enfin, tu vas, je pense que tu vas, tu vas, tu orientes ta communication en fonction de ce qu'il y a en face. Du moins, de la communication que le patient va	« Sur la communication verbale, pour moi ce qui est hyper important, c'est toujours d'essayer un petit peu de se mettre à la place de l'autre. Même si on ne vit pas dans un monde où tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil. Hum... Il faut quand même ne pas faire vivre aux autres ce qu'on n'aimerait pas qu'on vive nous. Donc il y a une forme effectivement d'empathie autour de la communication et surtout dans la manière de le dire, pour moi finalement on peut tout dire du moment qu'on y met les formes, faut bien se dire que ce qui est difficile à dire, est aussi difficile à

			rassurante, soit je vais percevoir qu'il faut plutôt être ferme et le « driver ». Je vais adapter ma posture et ma communication en fonction de ça. Je trouve que la communication aussi, j'essaie d'être vigilante à tout ce qui est non verbal parce que en fait ça en dit plus que les mots donc voilà. »	suffit (élévation du ton). On recadre. Voilà. »	adopter en face de toi. Voilà. »	entendre. Donc faut se mettre un petit peu à la place de son interlocuteur. Et euh...et s'adapter à ce qu'il est capable d'entendre. Et surtout si je sais déjà que ce que je vais lui dire peut-être violent, bah j'adopte une attitude un petit peu plus en douceur où je vais arrondir les angles, tout en quand même disant ce que j'ai à dire. Si par exemple un résident va trop loin ou fume à l'intérieur pour prendre un exemple. Bah oui, il faut quand même lui dire, même si peut être qu'aujourd'hui c'est son seul plaisir de fumer à l'intérieur. Donc on va l'accompagner sur d'autres choses comme à l'extérieur, comment aménager autrement son environnement pour qu'il puisse quand

						même fumer. Mais en tout cas il y a des codes à respecter. Chacun a des droits et des devoirs. Voilà » « En fonction du patient, de son âge, de son sexe car je pense un homme ou une femme n'accueille pas les choses de la même manière. De son histoire de vie, je pense que c'est important de connaître son histoire de vie. Et puis quand on le connait un petit peu après on sait comment l'aborder, ce qu'il est plus facile de faire. Ou pas. »

Prénom / tutoiement	**Utilisation du prénom + contexte**		« Bah moi dans le service dans lequel je travaille à peu près tous mes patients, je les appelle par leur prénom, fin tous, parce que ce sont des enfants. Et après, du coup, je suis des mamans aussi avec leur bébé, et il y a des mamans qui ont des déficits intellectuels, qui ne comprennent pas quand on les appelle madame, vraiment, c'est pas elles. Du coup, là, effectivement, c'est pareil, comme elles ont des déficits intellectuels, on a une posture un peu plus enveloppante, un peu plus accompagnante, et du coup, souvent, on leur demande ce qu'elles préfèrent, et elles préfèrent qu'on les appelle par leur prénom. Ou alors, les très jeunes mères. On a des mères adolescentes ou très	« Alors, oui. Dans le contexte d'un jeune patient dément que quand tu disais son nom de famille, il ne répondait pas, et qu'on s'était rendu compte, toutes, une par une, en équipe, que quand tu l'appelais par le prénom, il se retournait et il disait « oui ». Donc en synthèse, on a des réunions de synthèse pluridisciplinaire tous les jeudis. On en a parlé. On était tous d'accord avec le médecin, la psycho, la psychiatre, que ce monsieur, on l'appellerait par son prénom. Voilà. C'est une décision d'équipe. »	« Oui, grave. Grave souvent surtout en libéral. Aux urgences, on n'avait pas le temps parce que, bah, on ne les voyait pas assez. Mais des fois, quand c'était des anciens, genre, [prénom], tout le monde le connait. Enfin, et des fois, bah, ils ne se reconnaissent qu'avec les prénoms, les personnes plus âgées ou même les enfants. En fait, les adultes, par exemple, de 30 à 70 ans, c'est bon. Enfin, même vraiment, avant 30 ans, mais les enfants, bah, ils ne se reconnaissent que par leur prénom. Et les personnes âgées, du coup, plus de 75 ans, aussi des fois, se reconnaissent que par leur prénom. Parce que tu vas dire, monsieur, bah, monsieur [nom de	« En tant qu'infirmière, oui j'ai appelé des patients par leur prénom en pédiatrie. En pédiatrie c'est juste du bon sens, vous ne pouvez pas appeler un enfant de 2 ans Monsieur X. C'est par son prénom. Voilà. Par contre les adultes ou même les jeunes adultes. Quand je parle de jeunes adultes c'est de 15 à 25 ans, moi je les ai toujours vouvoyés et appelés par leur nom de famille. En tant qu'infirmière dans le sanitaire, lorsque je suis arrivée en EHPAD, ça a pu me surprendre au départ. Effectivement, j'entendais des collègues appeler des résidents par leur prénom voir même les tutoyer. J'ai observé mais j'ai rien dit. Et après à

			jeunes, et qui ont une immaturité, enfin, qu'on perçoit une immaturité, et on leur demande, en général. Moi, je leur demande, quand je sais pas trop quelle posture avoir. » Au vu de son parcours, aparté cas adultes : « Alors [en réa], je ne tutoyais pas, mais par contre, parfois, j'appelais par le prénom, parce que quand on les réveille du coma, et ben, ils ont du mal à savoir où ils sont, et les appeler par leur prénom, ça les aide à savoir qu'on parle d'eux, à se réorienter, et du coup, voilà. Là, j'utilisais le prénom, mais c'était juste le temps qu'ils étaient un peu dans un état second, quoi. Donc, juste le temps qu'ils retrouvent leurs esprits, et quand ils avaient vraiment retrouvé leurs esprits		famille], et bah, il ne va pas forcément se reconnaître. Donc, s'il s'appelle Paul, « ça va Paul ? », « Ah oui, oui, ça va, et vous ? » Donc, du coup, des fois, tu n'as pas trop le choix de d'employer le prénom parce que, bah, disons qu'ils ne se reconnaissent que comme ça. Mais sinon, moi, je l'utilisais beaucoup en libéral parce que, bah, tu vas dans la sphère, du coup, vraiment intime. Parce que tu vas chez eux, tu rencontres les enfants, les petits-enfants... Des fois, bah, je ne sais pas, il a perdu sa femme, bah, du coup, il me fait voir l'alliance de sa femme. Enfin, du coup, c'est hyper intime. Et puis, même eux, ils disent, non, bah non, c'est bon, tu m'appelles	titre personnel, je suis allée leur demander « ça me fait un petit peu bizarre, c'est la première fois que je vois ça, est-ce que tu peux m'expliquer pourquoi tu le fais ? ». Et j'attendais vraiment de la réponse. J'attendais vraiment quelque chose de convaincant. Et où ma collègue a été plutôt convaincante. Elle m'a dit : ça se fait pas au hasard, à chaque fois c'est quelque chose qui est réfléchi avec le résident, souvent c'est à sa demande, où le résident dit « en fait toute ma vie on m'a appelé Janine. Maintenant j'habite ici, donc je veux qu'on continue de m'appeler Janine. » Donc voilà. Pour moi c'est dépendant résident c'est-à-dire que ça

			et tout ça, ben, je repartais sur leur nom de famille. »		par mon prénom, quoi. »	dépend du résident, est-ce que oui ou non, suivant son mode de vie, suivant ses convictions personnelles. Est-ce qu'il souhaite qu'on lui dise tu, vous, son prénom ou son nom de famille. Et après, c'est aussi personnel dépendant. Il y en a qui sont très à l'aise avec le tutoiement mais toujours avec l'accord du résident. Et il y en a qui même avec l'accord du résident n'y arrivent pas. C'est quelque chose qui va à l'encontre de leurs valeurs ou même pas à l'encontre de leurs valeurs parce que moi finalement c'est pas contre mes valeurs mais c'est quelque chose qui m'est difficile. J'arrive pas à passer ce cap, je sais pas pourquoi. Des fois je me trouve même à me dire « allez vas-y », mais

						en fait c'est pas naturel. Et je préfère pas le faire. »
	Utilisation du tutoiement + contexte		« Exactement les mêmes conditions que... Si je donne le prénom, en général, je tutoie. En général, pas tout le temps tout le temps, mais là, dans les services dans lesquels je travaille actuellement, oui, c'est ça. Chaque fois que je donne le prénom, je tutoie. »	« Pareil. Des fois, le vouvoiement chez des messieurs qui étaient patrons, et qu'on dit monsieur et le nom, eh bien, tout de suite, ça pense à son métier. Et en tant que patron, ça peut vite paniquer. Et là, on disait le prénom « tu », c'est bon, il n'est plus au travail et ça passe. Pareil. On en parle en équipe. Le médecin donne son accord et on y va. Et aussi la famille. La famille, on leur dit voilà, maintenant, on va tutoyer votre papa. On va appeler par son prénom votre fils. » « En fait, il faut qu'on aille tous dans le même sens. Parce que s'il y en a un qui dit monsieur machin « vous », et puis qu'un autre dit Michel	« Euh, oui, pareil, des fois, mais des fois, je ne fais pas exprès. Des fois, ça sort tout seul. Tu, vous, bon, des fois, ça, c'est humain. Mais sinon, bah, des fois, c'était plus en libéral parce qu'en hospitalier, non, tu ne tutoie pas. Enfin, moi, du moins, je ne tutoie pas. En hospitalier, très rare. Ou alors, tu ne fais pas exprès, en fait. Tu te dis, tu, non, excusez-moi, vous, des fois, ça sort tout seul alors que tu es trop à l'aise, quoi. Mais par contre, en libéral, oui, parce que du coup, tu as un certain patient, ça fait, je ne sais pas, 3/4 ans que tu les connais et qu'ils te connaissent mieux toi que toi tu te connais (rire). Et du	Réponse dans la question précédente

				« tu », attendez, vous me tutoyez, vous me vouvoyez, vous m'appelez par mon prénom. Ils ont déjà un peu tout mélangé dans leur tête. Alors si nous, on ne va pas dans le même sens, on les perd. »	coup, bah, tu dis, tu parce que, bah, tu es à l'aise avec eux. Donc, du coup, c'est comme, des fois, en libéral, tu arrives, tu es la famille, quoi. Tu es vraiment la famille. Donc, du coup, enfin, moi, en libéral, ça m'arrivait d'être invitée aux anniversaires. Il y en a certains de mes patients, ils sont venus à mon anniversaire parce que c'est la famille, en fait. Enfin, c'est voilà, des gens qu'on respecte et qu'on adore. »	
	Modification de l'utilisation en fonction du contexte		« C'est parce que ce sont des enfants, et les appeler par leur nom de famille. Puis même, je ne sais même pas si on peut les appeler monsieur à partir du moment où ils ne sont pas adultes, monsieur, madame, ça ne convient pas. Donc, du coup, que par leur	« Parce qu'on voulait... que le patient se reconnaisse quand on lui parle et qu'on veut l'emmener à faire des choses. On essaie de trouver le petit truc qui fait qu'il réagisse à nous. Voilà. C'est aussi un moyen de garder son	« Ah, bah, par rapport à la distance. Peut-être que, potentiellement, il y avait beaucoup moins de distance. Du coup, bah, là, c'est beaucoup plus en libéral parce que, du coup, les distances sont vraiment biaisées du fait de l'intimité déjà.	« Du coup on s'est posé la question entre collègues : parce qu'il y a quand même derrière une question d'éthique, de vulnérabilité, de politique d'établissement. C'est quand même pas évident, l'idée c'est d'être toujours dans le respect de

			nom de famille, c'est un peu irrespectueux, donc du coup, forcément, c'est leur prénom. Et puis, donner des surnoms, par contre, non, ça va un peu loin là. Donc, non, ouais, leur prénom, c'est juste que c'est la seule manière de les appeler, finalement, je pense. Et puis, les adultes, c'est parce qu'effectivement, ils sont vulnérables, et du coup, ils ont besoin d'un peu de familiarité pour se sentir en confiance quoi. Donc, souvent, quand on les appelle par leur prénom ou qu'on les tutoie, c'est parce que c'est pour un peu maximiser la relation de confiance, je pense. Parce que c'est un peu difficile pour eux. »	autonomie, finalement. Voilà. »	Et puis, aussi, des événements passés. Il y a des choses que tu vis avec les patients, qui rapprochent. Enfin, je ne sais pas, moi, je prends l'exemple. J'avais un monsieur qui était en fin de vie, en HAD. On savait, il avait 50 ans, il n'était pas ancien. On savait qu'il allait mourir de toute façon. Et nous, il nous avait dit, il nous avait dit, bah, tu me tutoies du départ. Parce que, de toute façon, il avait vu beaucoup d'infirmières, il les avait usées. C'était quelqu'un qui avait un cancer ORL. C'est un ancien tabac et alcoolique, quoi. Donc, ses profils sont très, très particuliers. Et on savait que, de toute façon, il allait mourir dans pas longtemps parce qu'il avait des	l'autre. Et du coup en fait on l'a mis en place, on commence à le mettre en place dans les projets d'accompagnement personnalisé. En fait il faut que ce soit écrit quelque part. ça ne l'est pas toujours. Donc on commence à le mettre en place. C'est aussi pour se protéger auprès des tutelles. Mais finalement ça a du sens et puis au moins c'est écrit quelque part donc c'est mieux pour tout le monde. Mais dans les projets d'accompagnement personnalisé, on met une petite ligne validation du résident pour l'appeler par son prénom. Autorisation ou demande de la part du résident. Voilà. Et je pense qu'il y a aussi une distinction pour le tutoiement et le vouvoiement, à

					métastases de partout. Tout le monde était au clair, sauf qu'il n'y avait pas de directive anticipée. Donc, ça, c'était compliqué. Et donc, du coup, bah, là, cette situation-là, où moi, je l'ai vu mourir, bah, on se tutoyait parce que, de toute façon, on savait qu'on allait le... Moi, j'allais le voir mourir parce que, bah, potentiellement, il n'y avait que moi qui voyais, voilà. Et dans d'autres contextes, où, par exemple, tu as des personnes qui ne veulent pas te voir, bah, tu vas bien les vouvoyer parce que, tu as des patients en libéral qui te foutent à la porte. Bah, là, tu adaptes, tu dis bien vous, parce que si tu dis tu t'es mal, mais en libéral, c'est plus compliqué d'avoir	faire entre l'hôpital et les services où les patients sont de passages sur 3 jours. Et le médico-social où c'est leur lieu de vie, où ils restent des années. Et où il y a une autre relation qui s'installe. Après bien sûr, il faut garder la juste distance professionnelle aussi. Mais pour moi, tant qu'il y a une maturité du professionnel et que c'est un accord commun et que c'est écrit quelque part. Pour moi, on est plus dans de l'accompagnement personnalisé. Donc c'est plutôt quelque chose de bien, de positif. Ça reste leur lieu de vie, donc chez eux, leur environnement proche les tutoyait donc ils souhaitent continuer comme ça. Certains résidents tutoient également

					ces distances. C'est de ne pas dire tu. C'est très dur. Parce qu'on est dans la sphère intime aussi, quoi. Donc, après, et puis, tu t'en occupes depuis longtemps. Et puis, ils te voient tous les jours. Tu as des patients, tu vas tous les jours chez eux. Tu fais la douche tous les jours. Tu mets ses chaussettes tous les jours. Tu le lèves, tu le... Et tu le couches. Il a vu que toi de la journée, donc, il est trop content de te voir. Donc, voilà, c'est vrai que c'est... Tu les vois plus que tes grands-parents, quoi. Donc, c'est vrai que des fois, c'est pas forcément optimal. Mais c'est comme ça. Et ça enlève pas le fait de bien faire son travail. Parce que, quoi qu'il en soit, le travail reste et le respect	certains professionnels. Après aussi suivant le résident, suivant la famille, l'équipe sait s'adapter, et quand on sent que c'est une situation qui peut être un peu ingrate, ça remonte en relève, c'est quelque chose qui est traité avec la psychologue, le médecin et en fait avec l'ensemble de l'équipe disciplinaire. Voilà, on se recentre sur le résident, et quel est l'intérêt pour lui. On essaye d'avoir une réflexion d'équipe. »

					aussi. C'est pas parce qu'on le tutoie qu'il n'y a pas de respect, souvent bien au contraire. »	
Accompagnement infirmier	**Éléments essentiels de l'accompagnement**		« Bah après, c'est faire preuve d'écoute, de bienveillance, de non-jugement. C'est des valeurs, être rigoureuse dans son travail. Que ça soit sur des choses, par exemple, très techniques, il faut être bien au clair et rigoureuse sur son travail. Après, dans l'accompagnement, plus tout ce qui est humain, c'est faire preuve de bienveillance, d'écoute, d'empathie. Enfin, toutes les valeurs qu'on retrouve souvent chez les professionnels de santé, je trouve. Et chez les gens, de manière générale, j'espère mais voilà. »	« En général, pour bien accompagner, donc déjà bien connaître ses passions, son histoire de vie, ses habitudes. Donc, par exemple, histoire de vie, savoir que, par exemple, il a eu trois enfants, mais qu'il y en a un qui est décédé récemment. Donc, on ne va pas mettre les pieds dans le plat en parlant de décès récents. Connaître son métier. Quand on voit qu'il est un peu triste, « Ah ben vous faisiez quoi comme métier ? » Et hop, ils sont contents de se valoriser là-dessus. Donc, connaître sa passion. Après, essayer, quand on discute avec des	« Un bon accompagnement infirmier ? Les éléments qui font un bon accompagnement infirmier, je réfléchis, ça se voit (rire). Bah, la bonne communication, la bonne distance, d'identifier les besoins et d'adapter les actions aux besoins. Et tout ça dans une sphère professionnelle. Donc, communication adaptée, posture adaptée, distance professionnelle. On est pas mal, là. »	« La confiance déjà. D'être professionnel. Professionnalisme. Juste distance. Relationnel. Bonne organisation. Anticipation de sa journée, qui lui permettra une meilleure assise dans le déroulement de sa journée. Parce qu'elle saura que tout ce qui peut être anticipé l'est. Et du coup ça laisse une petite marge pour l'urgence. Et finalement qu'est-ce que j'associe à l'urgence c'est le manque de confiance, la panique, du travail qui vient se rajouter. En tant qu'infirmière, on a des responsabilités et on porte beaucoup de

				personnes, de choper un regard, le toucher pour dire, « C'est moi qui te parle. » Essayer d'attraper son attention. Après l'accompagnement, de beaucoup parler en équipe, en disant, « Ben, voilà, moi, j'ai ça comme difficulté » pour essayer de trouver des solutions. Ici, on n'est pas très en accord avec les médecins dans le médicament. On essaye de faire tout ce qui est hors médicament, donc beaucoup d'huiles essentielles, beaucoup d'activités. Et ça, on en parle beaucoup entre nous en disant « Comment tu fais ? » « Ben, moi, j'ai eu mal là-dessus ». Après, les transmissions, la communication entre nous, la communication avec la famille, avec le patient et la		choses dans un service, dans un établissement. C'est quand même une personne référente pour le résident, le patient, pour la famille, pour le cadre, pour le docteur. On vient toujours la stimuler. Donc clairement on doit être une personne de confiance. De confiance tant sur ses capacités, sur son savoir savoir-faire et aussi surtout sur son savoir être. Une infirmière qui a une journée bien anticipée, qui connait son métier, qui a une bonne relation, une bonne communication, une bonne cohésion avec les aides-soignants. Tout est facilitant. Donc voilà. Professionnalisme, juste distance relationnelle, anticipation, savoir,

				communication. On peut faire, chez des patients anxieux, qu'on sait qu'elle aimait bien aller à la piscine, on fait un bain thérapeutique. On essaye de comprendre ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas. Si elle aime bien jardiner, on l'emmène dehors. La patiente brassouille dans la terre. Et puis, voilà. »		savoir-être, savoir-faire et confiance. Voilà. »
	Adaptation de la relation en fonction des besoins du patient		« Après, c'est beaucoup une question de perception. Et si je...Oui, c'est beaucoup une question de perception. Si je les sens vraiment vulnérables ou pas, je m'adapte à ce qui me renvoie. Et puis, si des fois, je suis dans le flou, parce que parfois, c'est difficile de s'ajuster vraiment, je leur demande souvent, est-ce que tu as compris ? Est-	« Les deux questions se rejoignent. De connaître le patient, ses habitudes de vie, ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas. Pareil pour la nourriture, parce que, des fois de manger, c'est compliqué. Donc, s'il n'aime pas les carottes, et puis qu'il y a des carottes, ben, on ne va pas se poser la question. »	« Eh bah, en analysant la situation. Disons que si c'est par exemple, je sais pas, c'est une... Bon, ça me semble être encore différent ce qu'il y avait dans ma tête. Si c'était une fin de vie, bah, tu vas être bien... Tu vas être carrément différent parce que, bah, tu sais que c'est peut-être les derniers moments que tu vas avoir le patient. Si, par exemple, c'est	« En fait c'est personnaliser. Personnaliser les soins, personnaliser l'attitude. Sans être dans de la stratégie manipulatrice, loin de là. Mais plutôt dans de la stratégie de communication. Montrer à chacun qu'il a ce petit truc en plus. Il faut savoir valoriser les patients, les résidents. Savoir mettre en avant ce qu'il leur reste, quand je dis ce qu'il leur reste c'est-à-dire le

			ce que c'est clair pour toi ? Est-ce que tu... Enfin, vous voulez que je vous tutoie ou que je vous vouvoie... Est-ce que je vous appelle par votre prénom ? Je leur pose la question. Donc ça, en fait, ils savent mieux. Eux, c'est ce dont ils ont besoin. Et si moi, je n'arrive pas à l'identifier, je leur demande. »		« juste » (guillemets mimés) une prothèse de hanche où le gars, il sort à 10 heures, ça va... Ouais, ouais, vous avez passé une bonne nuit, ouais, ouais, ouais, ouais, ok. C'est bon, quoi. C'est pas c'est bon je m'en fous. C'est juste que, ok, c'est géré, il va bien le patient, voilà, je sais pas... Lui-même, il a juste envie de sortir, finalement. Ouais, voilà, c'est ça. En fait, c'est aussi... En fait, ce que les patients te renvoient, tu le renvoies aussi. Bon, quand ils sont violents, tu vas pas leur casser la gueule. C'est pas ça. C'est savoir faire l'analyse de la situation à ce moment-là. Mais, mais, tu peux me redire la question ? Je crois que je m'égare. »	peu d'autonomie qu'il leur reste. Avoir ce côté rassurant, réconfortant quand ils sont en panique face à une opération, face à une détresse. En fait, se rendre disponible et bienveillante. Voilà. Leur montrer qu'ils sont là, qu'ils ont une attention particulière. Et juste avec ça ils se sentent existés. Et ça met un coup de boost à leur journée. »

					« Ça, et bah, comme ça, en analysant la situation et du coup, on... Après, tout dépend, tout dépend des besoins qu'il peut avoir parce que certains patients n'ont pas du tout les mêmes besoins, vu que chaque est différent. S'il a besoin de respirer, là, c'est encore différent. Parce que besoin de respirer, c'est des techniques. C'est un besoin primaire. Voilà. Donc, après, si c'est un besoin de discuter, bah, parfois, (embarrassée) tu peux pas trop. Du moins, tu te dis, je reviens et puis tu oublies de revenir. Donc, du coup, tu te dis, ah, je suis désolée, je suis pas revenue. Donc, du coup, tu essaies de rester 3 minutes. Mais entre-temps,	

					t'as trois téléphones qui ont sonné en même temps. T'as un chirurgien qui t'a cherché. Mais après, c'est de prendre le temps aussi. Prendre le temps d'analyser les situations et de voir quels sont les besoins de chacun. Parce que je pense que c'est bien d'être infirmière, mais c'est bien d'analyser les choses. Parce que tu peux être très bonne infirmière, mais si t'analyses pas les situations, et si t'analyses pas que chaque patient a des besoins vitaux, vraiment des besoins différents, tu peux pas faire être pareil, du coup, avec chaque patient. T'as des patients où tu vas être plus souriante que d'autres parce qu'ils en ont plus besoin que d'autre. Et tu vas	

					être plus dans l'engouement. Des fois, les patients, ils aiment pas trop l'engouement. Quand tu as trop de joie de vivre, ils aiment pas trop. Parce que ça leur envoie qu'eux, ils sont vraiment malheureux. Donc du coup, tu essayes de désamorcer ta bombe. Temporiser un petit peu. Tu temporises, c'est ça. »	
Clôture	**Potentielle ouverture sur un autre sujet**		« Non, c'est un beau sujet de mémoire. Franchement, c'est assez atypique, je pense, dans ce thème-là. Et du coup, je trouve ça intéressant parce que c'est vrai que... Je vais donner un cours à des infirmières puéricultrices sur de la pédopsychiatrie et avec un médecin. Et le médecin, une des premières notions	« Que, voilà, aussi bien qu'on tutoie ou qu'on donne le prénom, nous, c'est une décision en équipe. À un moment, un patient qui était jeune, qu'on appelait par son prénom, des fois on enchaînait sur le tutoiement. Et le médecin nous a dit non. Déjà, qu'on donne le prénom, on ne va pas tutoyer. On	« C'est bien comme sujet pour le coup. Parce que quoi qu'il en soit, elle impacte. Elle impacte en bien ou en mal, mais elle impactera à un moment donné. Parce que tu as cette notion de distance qui est hyper essentielle. Parce que le moment où tu l'appelles par son prénom, ce n'est pas	« Non, l'entretien est plutôt bien. Les questions sont plutôt bien faites. Effectivement, on pourrait parler des heures sur le sujet. Et puis c'est après quand je vais me refaire le match que je vais dire « ah si j'aurais pu dire ça… »»

			qu'il veut aborder, c'est la bonne distance. Et moi, je lui ai expliqué que je n'utilisais pas ce terme-là. J'utilise le terme la juste proximité. Je trouve ça beaucoup plus réel et encore plus en pédiatrie. Mais quand vous parliez des personnes Alzheimer, souvent, c'est des personnes qui régressent quand même et donc pour lesquelles il faut se rendre plus accessible. Et je pense que c'est pour ça que le prénom est utilisé. Et c'est pour ça que le tutoiement est utilisé. Parce que, au même titre que les patients qui sont dans le coma et qui se réveillent, ils ne savent plus où ils sont, ils ne savent plus comment... Enfin, vraiment, ils sont complètement désorientés. Donc, en	ne va pas tutoyer, quoi. Voilà. Et puis, ce n'est pas du tout du non-respect. Ce n'est pas du tout de la maltraitance qu'on tutoie ou qu'on donne le prénom, quoi. Ici, tout le monde est d'accord. Nous, on veut essayer de capter l'attention du patient. Donc, des fois, là, pas plus tard qu'à 10 heures, on s'est posé, ma collègue et moi, autour d'un café, il y a une patiente qui est venue. Elle s'est assise à côté de nous. On l'a laissée faire. Et puis, cette patiente, elle avait le regard dans le vague. Alors, j'ai dit, Madame [nom de famille]. Pas de réaction. On regarde son prénom sur le bracelet. « [prénom] ». Ah, elle a bougé. Parce que, ce qu'on disait tout à l'heure, depuis sa	juste « Hé ho, Paul, je t'appelle », c'est vraiment que je rentre dans ta sphère. Que ce soit l'hôpital ou le libéral, vraiment, tu rentres dans sa sphère. Il y en a qui sont… Des fois, juste quand tu fais l'accueil d'un patient, tu lui dis « vous vous appelez Maria ? » Oui, genre, elle est énervée. Ah non, c'est bon, c'est juste pour savoir votre prénom. Il y en a, ils le prennent très mal pour les appeler par leur prénom. Alors, le tutoiement, c'est encore pire. Les prénoms sont mieux gérés quand même que le tutoiement. Après, tout dépend des origines aussi. Dans certaines origines, c'est un grand manque de respect. Et pour d'autres, justement, c'est même de vouvoyer,	

			fait, leur donner des repères clairs et qu'ils ont eu toute leur vie, c'est beaucoup plus constructif. Et la relation de confiance, elle se fait bien mieux. Et du coup, la prise en charge, je pense qu'elle est bien meilleure. Voilà ce que je rajouterais si je devais rajouter quelque chose. »	naissance, on l'a toujours appelée par son prénom. Et que son nom de jeune fille ou son nom de maritale, ça ne percute plus. Donc, on ne fait pas prénom, quoi. On essaye de s'adapter en fonction des patients. Tout simplement. »	c'est un manque de respect parce que ça veut dire qu'on est trop différents. Alors que ça, c'est plus les bouddhistes, tout ça, c'est que tu les vouvoies. Tous les gens qui sont un peu hindous, enfin un peu de ces pays là-bas, Bali, Inde, tout ça, que tu ne les vouvoies pas parce qu'on est tous égaux et parce qu'on a tous cette culture à être pareil. Pareil à un moment donné où toi, tu prends ton chemin, mais pour eux, on est tous pareils et identiques, avec les mêmes attentes, les mêmes besoins, tout ça. Mais non, c'est très bien. Je n'ai rien à rajouter. »	

Résumé

Ce travail de fin d'études s'intéresse à l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement dans l'accompagnement infirmier des personnes vulnérables. La communication est un élément essentiel de la prise en soin, ce changement d'appellatifs peut donc soulever des questions éthiques, relationnelles et professionnelles. L'objectif de cet écrit d'initiation à la recherche est d'analyser les pratiques infirmières. Pour répondre à cet objectif, une première partie théorique est basée sur des articles professionnels et scientifiques, une seconde partie exploratoire est menée à partir d'entretiens semi-directifs auprès de quatre infirmières exerçant en pédopsychiatrie, UCC, libéral et EHPAD. Les résultats montrent que l'utilisation du prénom et/ou du tutoiement est perçue comme une marque d'humanité et d'accompagnement personnalisé. Cependant, chaque situation doit être réfléchie, pour accompagner tout en préservant la notion de respect. L'utilisation en libéral, pédiatrie ou EHPAD est fréquente mais doit être différenciée du milieu l'hospitalier. Cela invite à une potentielle réflexion entre proximité relationnelle et distance professionnelle.

Mots-clés : vulnérabilité, prénom, tutoiement, communication, accompagnement infirmier.

Abstract

The subject of this research report is the use of the informal "tu" and/or the first name when communicating with vulnerable patients in nursing support. The main goal of my research report is to analyse the impact of the use of the first name and/or the informal “tu” in nursing support. The initial research question was: “what impact does the use of the informal “tu” and/or the first name have when communicating with vulnerable patients in nursing care?”. The concepts I looked into are vulnerability, communication, the use of the informal “tu” and/or the first name and nursing support. I collected information by reading scientific literature and conducting a qualitative field research study involving four semi-structured interviews. Through my research, I found that there is a tension between the personalisation of care, through the use of the informal "tu" and first names, and ethical considerations related to the notion of respect. While these practices can promote interpersonal closeness, they also raise questions about professional boundaries. Future research projects could focus on how the use of informal language and first names affects the ability to maintain both interpersonal closeness and professional distance in nursing support.

Keywords : vulnerability, first name, use of the informal “tu”, communication, nurse support.