

UN MEMOIRE EN BETON
L'humour dans la relation de soin

BETON Joris

Promotion : 2010-2013

Institut de Formation en Soins Infirmiers

C.R.F. Valence

C.H.V

Remerciements

Je tiens à remercier, dans le cadre de ce travail de fin d'étude, pour leur contribution à l'élaboration de ma pensée et pour leur disponibilité :

Mes formatrices référentes : Mme. Marie-Laure DOILLON et Mme. Marcelle VERNET.

L'ensemble de l'équipe du CDI de l'IFSI de VALENCE, Mme. Corine LAFFARE.

La direction de l'IFSI de VALENCE.

Les structures et cadres de santé qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretien ainsi que les deux infirmiers ayant accepté de passer ces entretiens.

Ainsi que mes parents pour m'avoir conçu (ce qui a considérablement facilité la réalisation de ce travail).

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 1 |
| 1 SITUATION DE SOIN | 2 |
| 1.1 Description..... | 2 |
| 1.2 Analyse et questionnements..... | 4 |
| 1.3 Question de départ. | 6 |
| 2 CADRE CONCEPTUEL | 7 |
| 2.1 Le soin..... | 7 |
| 2.1.1 Approche conceptuelle du soin. | 7 |
| 2.1.1.1 Définition. | 7 |
| 2.1.1.2 Conceptualisation du soin. | 7 |
| 2.1.1.3 L'altérité dans le soin. | 8 |
| 2.1.2 L'infirmier. | 9 |
| 2.1.2.1 D'hier ... | 9 |
| 2.1.2.2 ...à aujourd'hui ! | 9 |
| 2.1.2.3 Derrière la blouse, l'être humain..... | 10 |
| 2.1.3 Le patient, la personne soignée. | 11 |
| 2.1.3.1 Un « objet » de soin..... | 11 |
| 2.1.3.2 ...devenu sujet de soin. | 11 |
| 2.1.3.3 Derrière la chemise d'hôpital, un être humain fait de droits..... | 12 |
| 2.1.4 Conclusion du concept de soin. | 13 |
| 2.2 La relation soignant-soigné..... | 14 |
| 2.2.1 Approche conceptuelle de la relation. | 14 |
| 2.2.2 La relation soignant-soigné... .. | 15 |
| 2.2.2.1 ...au cœur de la profession infirmier..... | 15 |
| 2.2.2.2 Une relation pleine de sens..... | 16 |
| 2.2.3 La relation : Une histoire de confiance..... | 18 |
| 2.2.4 La communication. | 19 |
| 2.2.5 Conclusion du concept de relation soignant-soigné. | 21 |
| 2.3 L'humour. | 22 |

| | | |
|---------|--|----|
| 2.3.1 | Un mode de communication à part entière..... | 22 |
| 2.3.2 | Approche conceptuelle de l'humour. | 23 |
| 2.3.2.1 | L'humour selon Freud..... | 23 |
| 2.3.2.2 | De nouveaux regards sur l'humour... .. | 24 |
| 2.3.3 | Le contexte des soins..... | 25 |
| 2.3.3.1 | Les conditions d'apparition de l'humour dans le soin... .. | 26 |
| 2.3.3.2 | ...mal identifiés peuvent conduire à des effets négatifs..... | 27 |
| 2.3.3.3 | Les effets positifs de l'humour sur le patient dans les soins..... | 29 |
| 2.3.4 | Conclusion du concept d'humour..... | 35 |
| 2.4 | Conclusion du cadre conceptuel. | 36 |
| 3 | CADRE EMPIRIQUE..... | 37 |
| 3.1 | Les outils d'enquêtes. | 37 |
| 3.1.1 | Choix de l'outil d'enquête. | 37 |
| 3.1.2 | Choix de la population interrogée. | 38 |
| 3.1.3 | Déroulement des entretiens. | 38 |
| 3.2 | Analyse des entretiens. | 39 |
| 4 | CONFRONTATION CADRE CONCEPTUEL ET CADRE EMPIRIQUE..... | 46 |
| 4.1 | La place de la relation dans le soin. | 46 |
| 4.2 | La place de l'humour dans le soin. | 47 |
| 4.3 | L'humour dans la relation soignant-soigné..... | 48 |
| 4.4 | Les fonctions et effets de l'humour sur les personnes soignées. | 51 |
| 4.5 | Conclusion de la confrontation théorique et empirique..... | 52 |
| 5 | PROBLEMATIQUE..... | 54 |
| 6 | HYPOTHESE..... | 55 |
| 7 | MODULE OPTIONNEL..... | 56 |
| | Conclusion générale..... | 58 |
| | Bibliographie..... | 59 |
| | Annexes..... | 62 |

Introduction

« Un Mémoire en Béton – L’humour dans la relation de soin » est un travail d’initiation à la démarche de recherche en soins infirmiers. Bien que le titre soit d’une extrême arrogance, il représente pour l’élève infirmier que je suis, une forme de transition entre l’étudiant et le futur professionnel de santé. La construction de ce travail de fin d’études est d’ailleurs le reflet du contenu de la formation infirmier puisqu’il se découpe principalement en une partie théorique et en une partie pratique, dite « de terrain ». Tout l’enjeu et l’intérêt de cette initiation à la recherche est de confronter ces deux champs qui, l’un sans l’autre, n’auraient pas de sens.

J’ai ainsi pu observer, lors de mes différents stages, un élément très présent dans les échanges entre infirmiers et personnes soignées : l’Humour. Je ne parle pas ici d’un humour « de comptoir » où l’infirmier raconte au patient la dernière blague carambar qu’il a lue. Je parle davantage d’un humour vivant, parfois rassurant, parfois impertinent. Je parle d’un humour de l’instant, s’inscrivant dans une situation de soin unique entre un infirmier et une personne soignée.

La situation que je décris ci-dessous est précisément l’une de celles vécues en stage. Elle fût pour moi le tremplin de ma réflexion sur ce sujet de l’humour dans le soin.

1 SITUATION DE SOIN

1.1 Description.

La situation qui a le plus retenu mon attention durant mon parcours de stage est une situation rencontrée lors de mon stage de 3^{ème} année en médecine neurologique.

Cette situation met en scène trois acteurs : Mme. M une patiente atteinte d'un AVC, l'infirmier du secteur et moi-même.

Je vais ici, dans un premier temps, relater brièvement le parcours d'hospitalisation de la patiente, afin de comprendre tous les enjeux de la situation rencontrée en stage. Cette situation sera décrite, dans un second temps ; ceci afin de procéder à son analyse.

Parcours d'hospitalisation de la personne soignée :

Mme. M est une femme de 43 ans, admise dans le service de médecine neurologique, via le service des urgences, pour une brutale paralysie de l'hémicorps gauche et une dysarthrie importante. L'IRM à l'entrée révèle un AVC ischémique sylvien droit. Suite à ce diagnostic, une thrombolyse fût pratiquée chez cette patiente. Mme. M est restée hospitalisée en soins intensifs une semaine, avant d'être orientée en médecine neurologique.

La situation que je vais décrire ci-dessous se déroule après 3 semaines d'hospitalisation pour Mme. M. Elle garde comme déficit une hémiplégié complète à gauche et ne souffre d'aucun trouble cognitif. Elle n'a pas l'autorisation médicale de se lever de son lit car les médecins suspectent une maladie des tissus internes des artères. Le levé pourrait donc provoquer l'apparition d'un nouvel AVC. Mme. M est donc totalement dépendante pour ce qui est de ses soins quotidiens.

Description de la situation :

La situation se déroule lors du tour des chambres de 14h. L'infirmier et moi-même venons d'arriver et la relève vient de nous être faite. Lors de cette relève notre collègue nous explique que Mme. M fût d'humeur triste toute la matinée, qu'elle pleurait et indiquait « *en avoir marre* ».

Une fois arrivés à la chambre de la patiente, nous entrons après avoir frappé et reçu une réponse vocale de la part de Mme. M. La patiente est en chambre seule et n'a pas de visite au moment de notre passage. L'infirmier et moi-même connaissons Mme. M depuis son arrivée trois semaines auparavant. Nous la saluons et lui expliquons les soins que nous venons lui faire (pose d'une perfusion et prise de constantes). Je constate que la patiente ne pleure pas et esquisse même un sourire lorsque nous la saluons. En comparaison de son comportement jovial et sa bonne humeur habituelle, Madame M semble fatiguée, lasse. J'effectue les soins de prise de constantes (tension artérielle, pouls, saturation en oxygène) pendant que l'infirmier s'entretient avec Mme. M : Il s'assoit à coté de son lit au niveau de sa tête et débute la conversation en lui demandant comment elle se sent. La patiente lui répond d'un ton de voix calme : *« Ça peut aller, mais ce matin c'était un peu difficile, j'en ai toujours marre mais ça va un peu mieux »*.

Tout au long de l'entretien, la patiente explique avec calme ses craintes de ne pouvoir s'occuper de sa famille, de reprendre son travail d'enseignante et de mener une vie normale à cause de la paralysie dont elle souffre : *« Je sais que je vais rester paralysée, le médecin me l'a dit quelques jours après la thrombolyse »*.

L'infirmier lui signifie que cette crainte est parfaitement légitime, il essaye cependant de nuancer la fatalité de Mme. M face à sa paralysie en lui expliquant que la thrombolyse n'est pas la seule réponse thérapeutique. L'infirmier explique alors ce qu'est la rééducation motrice et les résultats qu'elle peut apporter. Tout au long de la conversation, la patiente semble prendre conscience que son état physique n'est peut-être pas figé et qu'une amélioration fonctionnelle de son corps est possible. Elle répond à l'infirmier d'un ton agacé et plus vivant, qu'en début d'entretien : *« Ce que vous me dites me rassure, vous ne pouvez pas savoir ce que c'est pénible de rester assise sans rien faire toute la journée ! »*.

L'infirmier lui rétorque immédiatement en souriant *« Ah bon ? Je croyais que vous aviez l'habitude ! »*. Mme. M sourit mais ne semble pas comprendre la phrase de l'infirmier et lui demande de préciser sa pensée. Il complète ainsi : *« Ben... comme vous êtes enseignante... »* suivi d'un éclat de rire. Mme. M et moi-même nous mettons à rire également. Elle lui répond en souriant *« C'est facile d'utiliser les préjugés, à ce compte là, je pourrais vous traiter de tortionnaire avec toutes vos piqûres... »*. L'infirmier répondit en riant *« Faites attention à ce que vous dites, sinon je vous en fais encore plus ! (des piqûres) »*. Ce à quoi Mme. M rétorque

toujours sur le ton de l'humour : « *méfiez-vous* (s'adressant à l'infirmier et moi-même), *pour l'instant vous avez de la chance que je ne puisse pas me lever mais je ne me laisserais pas faire !* ». La patiente semble ici d'une humeur joyeuse, son faciès est plus expressif et le ton de sa voix plus vif. Je réponds alors à la patiente avec le sourire : « *J'ai trop souffert des humeurs des profs quand j'étais au collège ! Je prends hélas, ma revanche sur vous !* ». Nous rions tout les trois.

L'infirmier conclut l'entretien en expliquant à Mme. M de ne pas hésiter à nous solliciter en cas d'interrogation ou de besoin de sa part. Enfin, ayant de mon côté terminé les soins entrepris, je donne à Mme. M ses constantes. Mme. M nous remercie en souriant, l'infirmier et moi sortons de la chambre, le sourire aux lèvres.

1.2 Analyse et questionnements.

J'observe que cette situation met en jeu trois personnes : une patiente, un infirmier et moi-même. Je constate ici que Mme. M, l'infirmier et moi-même rentrons tous les trois dans une relation. En effet, il y a une interaction, un échange réel entre nous trois : nous nous regardons, nous parlons, nous échangeons.

De plus, comme le définit le contexte, nous nous situons ici dans une structure de soin. C'est-à-dire dans un lieu dédié exclusivement à la prise en charge d'individus en souffrance. La relation qu'entretiennent la patiente et l'infirmier peut être définie comme une relation soignant-soigné.

Cette relation de soin s'inscrit lors d'un passage dans la chambre de Mme. M. Je m'interroge ici sur la notion de contexte : en effet la patiente est en chambre seule, sans visite, dans une pièce fermée. L'intimité que dégage cet environnement a-t-il joué un rôle dans l'expression du ressenti de Mme. M ?

Je note également que la patiente connaît l'infirmier et moi-même depuis trois semaines. Cet élément ne prédispose-t-il pas Mme. M à se sentir davantage sécurisée, en confiance dans la relation de soin ? Et réciproquement, l'infirmier se sent-il davantage confiant dans la relation qu'il a avec cette patiente ? Une prise en charge à « long terme » est-elle plus favorable à la relation de confiance ?

Par ailleurs, Mme. M semble, dès notre arrivée, moins triste que le matin-même comme il nous l'a été signalé à la relève. La patiente est-elle plus disposée à entrer en relation avec autrui ? Son humeur, plus apaisée, est-elle un facteur propice à l'échange avec l'infirmier ? Aurait-t-il pu conduire la même qualité d'échange avec Mme. M le matin ?

Je constate également que l'infirmier s'assoit aux cotés de la patiente. J'interroge ici la notion de posture soignante, qui se caractérise par la disponibilité que le soignant offre au patient. L'infirmier, en s'essayant près de Mme. M et face à elle, veut lui témoigner de son temps d'écoute. Etant pour ma part debout, je prouve également à la patiente l'intérêt que je lui porte : je lui explique le soin, je lui souris. Je suppose que la posture soignante est un facteur essentiel pour tisser le lien de confiance entre soignant et soigné.

Lorsque Mme. M et l'infirmier ont commencé à échanger, je me suis interrogé sur le concept de communication. L'entretien qu'instaure l'infirmier avec la patiente s'établit grâce à une communication verbale entre eux. Des paroles sont prononcées, écoutées.

La conversation que l'infirmier et Mme. M entretiennent est une conversation en deux temps : dans un premier temps, l'infirmier favorise l'expression de la patiente, l'écoute et rebondit sur ses propos en apportant ses connaissances sur la récupération d'un AVC. La discussion est ici centrée sur la pathologie de la patiente.

Puis dans un second temps, l'infirmier se permet une plaisanterie auprès de Mme. M, et la conversation prend un ton plus « léger », dédramatisé. Le sujet est décentré de la thématique du soin et recentré sur Mme. M elle-même.

Je constate alors avec quelle subtilité l'usage de l'humour de l'infirmier dans cette situation provoque le rire, la joie auprès de Mme. M : les traits de son visage se sont détendus et son timbre de voix également. Elle va même jusqu'à choisir la dérision pour aborder sa pathologie et répondre à l'infirmier : « *vous avez de la chance que je ne puisse pas me lever* ».

Je me suis alors posé une multitude de questions : la patiente avait-elle besoin de ce type de communication, très personnel, qui est l'humour ? Le cadre de l'hôpital, très impersonnel, ne favorise-t-il pas le besoin de Mme. M de « s'amuser » comme elle le peut ? La patiente a-t-elle besoin de rire durant son hospitalisation plus qu'à l'extérieur ? L'humour représente-il un mécanisme de défense pour la patiente autant que pour le soignant ? L'infirmier avait-il ici besoin de décentrer l'objet de conversation en dehors du soin ?

Je me suis également interrogé sur ce qui me semble être le cœur de mon analyse au regard des éléments précédemment évoqués : la relation de confiance avec le patient est-elle indispensable à l'utilisation de l'humour par un soignant ? Les paramètres cités précédemment (le contexte, la durée de la relation soignant/soigné, l'état émotionnel du patient et la posture de l'infirmier) sont-ils des conditions nécessaires à l'apparition de l'humour ? Ce type d'humour aurait-il eu le même impact auprès d'un autre patient ? L'humour est-il une forme de communication propre à chacun d'entre nous ? Est-il perçu différemment par chacun d'entre nous ? Est-il complètement subjectif ? Ne dépend-t-il pas d'autres éléments bien plus larges tels que l'âge du soignant et du soigné ? De la culture, la catégorie sociale ou encore l'habitus de chacun d'entre nous ?

A contrario, l'humour ne peut-il pas remettre en question la distance professionnelle dans le soin ? Est-il applicable partout, avec tout le monde, à tout instant ? A quel degré ne met-il pas en cause le respect que l'on a pour autrui ?

Ces multiples questions sont pour moi la base de ma réflexion et constituent donc le point de départ de ma recherche dans ce domaine.

1.3 Question de départ.

En quoi l'humour utilisé par l'infirmier influe sur la relation de soin avec le patient ?

2 CADRE CONCEPTUEL

2.1 Le soin.

2.1.1 Approche conceptuelle du soin.

J'ai choisi de commencer ce travail d'initiation à la recherche en traitant la dimension la plus en lien avec la profession d'infirmier : le soin.

2.1.1.1 Définition.

Le mot « soin » est issu du verbe « *soniare* », qui signifie « *s'occuper de* » en français. Il se définit au sens courant comme « *attention portée à quelque chose [...] être attentif à ; veiller sur* »¹. Cette définition me laisse entrevoir qu'il existe une interaction entre deux sujets ou objets : l'un est attentif, porte l'attention, et donc par un principe de « cause à effet » l'autre est le destinataire de cette attention.

2.1.1.2 Conceptualisation du soin.

Mais, il serait très réducteur de résumer le concept de soin à cette simple définition. En effet, le soin est une notion ancienne et complexe, existant depuis le berceau de l'humanité et même de la vie : « *Soigner est une nécessité impérieuse de toutes les espèces vivantes. Dès que la vie apparaît, les soins existent : il faut « prendre soin » de la vie pour qu'elle puisse demeurer.* »² explique Marie-Françoise Collière.

L'auteur note également une particularité rare que possède le verbe « soigner » : « *[...] il est un des rares verbes qui se conjugue à la forme passive, pronominale et active : Etre soigné... se soigner... soigner* »³. Cette particularité grammaticale met également l'accent sur la notion d'altérité dans le soin : « *être soigné* » et « *soigner* » sont des actions réalisables si elles

¹ *Le petit Larousse illustré 2012*, p. 1017.

² COLLIÈRE M. F, *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001 p. 121.

³ COLLIÈRE M. F, Op-Cit. 2001 p.137.

mettent en jeu au moins deux personnes ; il y a ici le don d'une personne à une autre personne.

2.1.1.3 L'altérité dans le soin.

Le soin est donc créateur de liens entre les individus, il va avoir pour objectif de mobiliser les forces de vie de la personne soignée : « [...] *le sens originel des soins, c'est prendre en compte, donner sens à tout ce qui peut contribuer à mobiliser, développer la vie, tout ce qui est source vivificatrice, tout ce qui peut faire vivre au regard de ce qui fait obstacle à la vie, en sachant discerner les limites et les seuils inhérents à chaque situation* »⁴.

La « vie » dans cette citation correspond à « l'autre vivant », receveur des soins.

Soigner, c'est aussi l'acquisition de connaissances au préalable ou *a posteriori* de la pratique : « *Mieux connaître pour mieux soigner [...] la connaissance est une dynamique permanente de ce qui nous fait naître davantage à la vie. Les soins sont source de connaissances.* »⁵.

Or, durant des siècles et aujourd'hui encore, l'individu qui porte le soin à l'autre, ne se résume pas uniquement au professionnel de santé qui exerce sa fonction en institution. Le soin est autant une mère qui baigne son nourrisson, qu'un fils qui aide son père à se lever de son lit. Ces soins, aussi, nécessitent la mobilisation de valeurs humaines, créatrices de liens, et requièrent des connaissances et une technicité basées sur un vécu, une expérience.

D'une manière générale, le soignant, donne de son temps et de son énergie à quelqu'un d'autre pour l'aider « *à assurer tout ce qui lui était nécessaire pour continuer sa vie [...]* »⁶.

Ce n'est qu'au fil du temps, longtemps porté par la religion puis les sciences, que des femmes et des hommes se sont « spécialisés » dans l'art du soin (resté longtemps indissocié de la médecine), donnant naissance à nos actuels médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants et autre professionnels de la santé.

Effectuant un travail d'initiation à la démarche de recherche en soins infirmiers, je ciblerai comme personnes soignantes, dans la suite de ma recherche, exclusivement, les infirmiers et infirmières diplômés d'état, dans le cadre de l'exercice de leur profession. Et par

⁴ COLLIERE M. F, *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001 p. 116.

⁵ COLLIERE M. F, Op-Cit. 2001 p. 117.

⁶ COLLIERE M. F, Op-Cit. 2001 p. 117.

conséquent, comme personnes soignées, les patients pris en charge par une institution reconnue comme établissement de soins.

2.1.2 L'infirmier.

2.1.2.1 D'hier ...

Au sens courant, l'infirmier est perçu comme étant une « *personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale* »⁷.

Or, contrairement à ce qu'indique cette définition, le champ d'exercice de l'infirmier ne se limite pas uniquement à des actions sur prescriptions médicales. Ceci fût d'ailleurs le combat de nombreuses infirmières au cours d'une longue socialisation professionnelle : « [...] *la conception des soins telle qu'elle était devenue au cours du XIXème siècle, ce mélange de morale, de tâches d'hygiène et de tâches requises par les médecins, a été remise en cause à différentes reprises, lors de moments cruciaux.* »⁸. Il est bon de rappeler que le métier d'infirmier est constitué d'un long passé, qui a façonné l'identité des professionnels d'aujourd'hui.

2.1.2.2 ...à aujourd'hui !

Or, cette vision de l'infirmier « simple exécutant » reste, encore actuellement, ancrée dans les représentations collectives, alors même que la reconnaissance de sa fonction a considérablement évolué. Evolution dont témoignent les textes réglementaires en lien avec l'exercice de la profession d'infirmier diplômé d'état : « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique,*

⁷ *Le petit Larousse illustré 2012*, p. 571.

⁸ COLLIÈRE M. F, *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001 p. 8.

psychologique, économique, sociale et culturelle »⁹. Je constate que ce décret de compétences fait appel à davantage de savoir, certes technique, mais surtout humain de la part d'un professionnel qualifié dans le domaine de la santé. Ceci en opposition à la profession infirmière « d'hier » : « *elle continuait d'assimiler les traitements aux soins et de demeurer étrangère à ce qui tisse la vie quotidienne, aux habitudes de vie, aux croyances, à ces choses de la vie [...] d'absolue nécessité et qui constituaient la texture des soins* »¹⁰.

Il apparaît que les infirmières ont su légitimer ce qui relève de leur champ de compétence. L'infirmier en prenant en compte « *ces choses de la vie* » replace le patient, et non la maladie, au centre de la prise en charge, comme l'explique l'infirmière Nicole Bénévise : « *Nous, les infirmières, soignons UN malade, nous ne traitons pas que la maladie* »¹¹. Soigner n'est pas seulement mettre en ordre le corps. Cette vision de l'autre (le patient), sous tous ses aspects, dans toutes ses dimensions, dans sa totalité, va « *créer des soins porteurs de vie, qui favorisent et développent les possibilités d'exister tant celles des usagers des soins que celles des soignants [...]* »¹². C'est ainsi qu'est apparu le diagnostic infirmier, ou diagnostic de soin, relevant directement du « rôle propre » infirmier que l'on connaît aujourd'hui.

2.1.2.3 Derrière la blouse, l'être humain...

Après cette approche de l'infirmier dans sa « fonction », son « rôle », je m'aperçois qu'il est également un être-humain à part entière qui donne de sa personne au travers de sa profession (Cf. citation précédente).

C'est une personne singulière dotée d'une identité. Rappelons qu'outre l'identité « *objective* » (critère physique, juridique etc.), il existe l'identité « *subjective* »¹³ qui s'étaye sur des intensions, des perceptions, des sentiments, des émotions. Par cette fonction qui lui est propre, l'infirmier va faire vivre son identité subjective, ses valeurs professionnelles mais aussi personnelles et humaines auprès du patient. Il est seul maître de ce qu'il provoque chez l'autre, de ce qu'il instaure entre lui et le patient. Si l'on devait l'expliquer de façon

⁹ Textes réglementaires, Article R. 4311-2, p. 196.

¹⁰ COLLIÈRE M. F., *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001.

¹¹ BENEVISE Nicole, *journal d'une infirmière*, Paris, Plon, 1993, p. 44.

¹² COLLIÈRE M. F., *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001, p. 46.

¹³ DOILLON M-L., *L'identité*, cours en institut de formation en soins infirmiers, Soins relationnels, Valence, 2013.

caricaturale, un médecin ne prescrit pas un sourire à un infirmier comme il lui prescrit l'administration d'un médicament.

La façon dont l'infirmier fait vivre le soin au patient lui est totalement propre et unique.

2.1.3 Le patient, la personne soignée.

2.1.3.1 Un « objet » de soin...

D'après le « Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la Profession Infirmière », le terme « Patient » est renvoyé à celui de « Personne soignée » : « *personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins. C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance* »¹⁴. D'une façon générale, la personne soignée est une personne qui reçoit les soins.

Là encore, je ne peux m'en tenir à une définition si cartésienne de la personne soignée. Rappelons que la personne « soignée » fût longtemps considérée, et ce jusqu'au XXème siècle, comme « objet de soin » : « *Corps dont ni la souffrance, ni la mort ne seront prises en compte, encore moins la jouissance, mais seulement la pure corporalité* »¹⁵ expliquent les anthropologues Jean-Pierre Peter et Jacques Revel. Cette phrase explique bien que le corps du malade fût objetisé. La maladie était alors le seul objet d'investigation du corps médical et paramédical. Ce qui été appelé « soin » durant cette période n'était alors que le traitement de la maladie.

2.1.3.2 ...devenu sujet de soin.

Ce n'est qu'au cours de l'évolution de la profession d'infirmier, que le soin, en se démarquant du traitement, a permis la considération de la personne soignée comme sujet de soin : « *« prendre soin de... » n'est aucunement centré sur un mal, mais vise à maintenir, développer, éveiller tout ce qui permet aux êtres vivants de continuer à vivre en s'insérant*

¹⁴ Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, Masson, 3^e édition, 2005.

¹⁵ PETER J-P. et REVEL J., *Le corps, l'homme malade et son histoire*, dans Faire de l'histoire, Paris, Gaillimard, 1974, p.175. [Cité par M. F., *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001, p. 150].

dans leur milieu, dès la naissance jusqu'à la mort. »¹⁶. La maladie n'existe d'ailleurs pas en soi mais parce qu'elle génère une souffrance dans la vie d'un individu.

De nos jours, le malade est considéré comme « sujet » de soin. Il n'est pas qu'un « symptôme » ou qu'un « organe », il est lui aussi, une personne singulière, inscrit dans un temps et un espace : « *Chaque malade arrive avec ce qui lui est propre quant à ses habitudes, ses croyances, sa façon d'appréhender la maladie* »¹⁷.

2.1.3.3 Derrière la chemise d'hôpital, un être humain fait de droits.

D'un point de vue anthropologique, la personne soignée, comme n'importe quel être humain, est unique. Elle possède des valeurs, un ensemble de normes, de codes, de ressentis et un vécu propre. « *Toute situation de soins est en soi une situation anthropologique* »¹⁸ nous explique Marie-Françoise Collière. L'humain est ici considéré comme un « *homme total* »¹⁹. Avec une prise en compte de toutes ses dimensions (biologique, historique, linguistique, sociale, psychologique, spirituelle, géographique etc.).

Chaque prise en charge est donc unique puisque chaque personne soignée est unique.

Cette considération de la personne soignée comme sujet de soin est encadrée par de nombreux textes de loi.

Les principaux étant - outre les textes concernant les droits humains tels que la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (1789) ou la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948) - concernant les droits des malades aujourd'hui en France :

- Charte du malade hospitalisé (1974) : réaffirme les principes fondamentaux (accès aux soins, choix de l'établissement etc.).
- Charte de l'enfant hospitalisé (1988) : droit d'avoir ses parents jour et nuit, d'avoir des jeux, activités, prise en compte maximale de la douleur et éviter tout traitement évitable.
- Loi du 27/06/1990 sur la santé mentale.

¹⁶ COLLIÈRE M. F, *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001, p. 151.

¹⁷ COLLIÈRE M. F, Op-Cit. 2001 p. 152.

¹⁸ COLLIÈRE M. F, *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001, p. 152.

¹⁹ KARSENTI B., *L'homme total – Sociologie, anthropologie, et philosophie chez Marcel Mauss*, PUF, 1997.

- Loi Kouchner, 04/03/2002 : défini le droit des malades et patient hospitalisé ainsi que les obligations, devoirs et responsabilité du personnel de santé.
- Loi du 11/02/2005 : droit des personnes ayant un handicap.
- Loi Bachelot, Juillet 2009 : réforme « Hôpital-Patient-Santé-Territoire ».

Ces principaux textes législatifs assurent la sécurité de la personne soignée et permettent de la placer au cœur de sa prise en charge. Le patient a le droit d'être informé, son consentement aux soins doit être total. Cette considération de personne soignée fait d'elle « *la première source de connaissance [...] source à partir de laquelle se grefferont différents domaines de savoirs du personnel soignant, mais sans laquelle tout savoir est vide, toute action est vaine* »²⁰.

Ces textes reflètent par leur nombre (bien que la liste ne soit pas exhaustive), toute la considération humaine portée aux malades et aux personnes soignées en général.

2.1.4 Conclusion du concept de soin.

Les soins étant générateurs de liens entre les hommes, j'ai pu identifier dans cette première partie comme personne soignante, l'infirmier. Ce professionnel de santé ne pouvant exister (dans son statut) sans les personnes en demande de soins, j'ai été amené par la suite à m'intéresser à ces patients.

Je constate que, tous deux, sont des êtres humains singuliers, qui proviennent parfois d'univers différents, qui ont une culture et une identité propres. Ils sont également doués de ressentis, d'émotion, de normes et valeurs qui leurs sont personnelles.

Au regard de cette première partie, je constate qu'infirmiers et personnes soignées interagissent, sont en lien l'un avec l'autre. Je vais donc désormais m'intéresser au concept de relation afin de mesurer les enjeux et les composantes de la rencontre unique entre infirmier et personne soignée.

²⁰ COLLIERE M. F, Op-Cit. 2001 p. 153.

2.2 La relation soignant-soigné.

Dans la première partie du champ théorique, j'ai pu mettre en relief qu'infirmier et personne soignée se rencontrent, échangent et cheminent ensemble autour de ce qui provoque leur rencontre : la santé, la maladie, la souffrance. Je vais donc dans cette deuxième partie théorique, m'intéresser au concept de relation soignant-soigné, et ses composantes : ce qui aide la relation à se faire, entre autre, la communication.

2.2.1 Approche conceptuelle de la relation.

Au sens courant la relation est définie comme étant un « *lien existant entre des choses, des personnes ; rapport* » ou encore « *personne avec laquelle on est en rapport* »²¹. Du point de vue de la sociologie, la relation est le produit d'une rencontre, affective ou technique.

Dans les relations humaines, il y a un lien, un rapport, une influence réciproque entre une personne et une autre.

Ces relations entre les hommes peuvent être de nature très diverses : relations familiales, commerciales, de travail etc. Elles peuvent être en lien avec les rôles et statuts qu'occupe chaque individu au sein d'une communauté : « *Ces rôles ne sont pas suffisants en eux-mêmes pour créer des relations mais ils sont en quelque sorte les façons les plus efficaces d'exercer un comportement de communication. Chacun de ces comportements doit être adapté à une situation relationnelle particulière* »²². D'une façon générale, les relations entre les hommes sont les composantes de l'homme social, en interaction avec ses pairs et son environnement. Le type de relation humaine que je vais développer ci-dessous est en lien avec la finalité de ce travail d'initiation à la démarche de recherche en soin infirmier. J'explorerai donc la relation infirmier-patient.

²¹ *Le petit Larousse illustré 2012*, p. 934.

²² MANOUKIAN A., *La relation soignant-soigné*, série Relation soignant soigné, Lamarre, 3^{ème} édition, 2008, p. 14.

2.2.2 La relation soignant-soigné...

2.2.2.1 ...au cœur de la profession infirmier.

L'ayant évoquée dans la première partie de ce travail, la profession d'infirmier ne se résume pas à une simple technicité du geste, elle demande également une mobilisation de compétences relationnelles de la part de l'infirmier : « *Les soins relationnels font partie intégrante du "prendre soin" de la personne soignée quelle que soit la discipline clinique* »²³.

Or, j'ai pu développer précédemment qu'infirmier autant que personne soignée sont tous deux des êtres humains uniques. Je peux donc, de façon logique, établir que la nature de chaque relation soignant-soigné est tout aussi unique. Cette affirmation est d'ailleurs l'objet de nombreuses études sur cette relation de soin : « *Si chacun, nous pouvons être d'un certain point de vue, un numéro dans un ensemble qu'on appellerait « la communauté humaine », d'un autre point de vue, nous ne sommes assimilables à aucun autre, chacun étant singulier et unique. En rencontrant autrui, je me confronte à son altérité, à sa différence* »²⁴. Laure Marmilloud, présente ici une évidence : la singularité de l'individu qui fait que chaque Être est différent d'un autre tout en étant son semblable. Le produit d'une rencontre est donc indéniablement la rencontre d'une différence. Alexandre Manoukian vient compléter cette idée :

*« L'outil principal de la relation d'aide [...] est davantage la relation soignant/patient que l'arsenal technique opposé à la maladie. La dimension individuelle est centrale dans cette relation. Autant la médecine apporte une réponse précise à un symptôme ou une maladie, autant la relation d'aide se fonde sur un travail individuel où la subjectivité de chacun est mise en avant »*²⁵.

La mise en avant de la subjectivité de la personne soignée permet à l'infirmier d'être le plus aidant possible dans sa prise en charge. Je me situe bien, ici, dans la prise en charge du patient singulier, avec ce qui lui est propre.

Mais la relation soignant-soigné, c'est aussi un infirmier doué d'une identité propre. Le soin relationnel semble être aussi pour lui une manière de faire vivre son humanité : « *Certaines*

²³ BOURGEOIS F., *Les soins relationnels*, La revue de l'infirmière Volume 61, N° 180 - avril 2012 p. 49.

²⁴ MARMILLOUD L., *Soigner, un choix d'humanité*, Espace éthique, 2007, p. 19.

²⁵ MANOUKIAN A., *La relation soignant-soigné*, série Relation soignant soigné, Lamarre, 3^{ème} édition, 2008, p. 56.

relations avec les patients [...] redonnent au travail l'aspect humain que la technique a parfois tendance à évacuer »²⁶. Elle permet l'expression des valeurs professionnelles et personnelles de l'infirmier, cette relation au patient semble d'ailleurs être constituée d'un mélange de ces deux types de valeurs :

*« Toute la complexité de la relation soignant-soigné demeure dans l'intrication des relations humaines et des relations de soins. La force du soignant réside principalement dans la capacité à prendre du recul dans sa pratique, à travailler en équipe pluridisciplinaire, à verbaliser et transmettre les situations rencontrées, à trouver l'équilibre entre l'humanité et le professionnalisme »*²⁷.

Il fait vivre au travers de son comportement la fonction sociale qu'il occupe (infirmier diplômé d'état) mais également sa propre identité et ses valeurs. L'exemple du patient de 95 ans, insulino-dépendant, pris en charge à domicile pour un diabète alors qu'il ne respecte pas son régime, illustre ce propos.

L'infirmier, par son seul statut de professionnel, insisterait « lourdement » auprès de ce patient pour qu'il suive son régime. En faisant vivre ses valeurs personnelles, l'infirmier mobilise également le fait qu'un repas a une dimension autre que nutritive. Le repas a aussi une fonction sociale, il permet le partage en famille d'un moment de plaisir, etc. L'infirmier, dès lors, n'aura pas la même insistance à l'égard de ce patient concernant son régime.

Le mélange de l'ensemble de ces valeurs permet à l'infirmier de capter toute les subtilités de la rencontre avec le patient et d'être au plus prêt possible de ses attentes et besoins.

2.2.2.2 Une relation pleine de sens...

Or, pour faire vivre ses valeurs avec justesse, l'infirmier va devoir mobiliser ses sens dans sa relation avec la personne soignée.

En effet, les sens, représentent la base de toute relation avec autrui puisque ce sont eux qui permettent à l'homme de saisir son environnement, ce qui est extérieur à son seul corps. La personne soignée parle même si elle ne prononce pas un mot. « *Ecouter, c'est d'abord*

²⁶ MANOUKIAN A., Op-cit, 2008, p. 12.

²⁷ BOURGEOIS F., Op-cit, avril 2012 p. 49.

l'hospitalité d'une présence »²⁸ explique Laure Marmilloud. Le soignant témoigne de sa présence à la personne soignée par le biais de ses sens : le toucher, l'écoute, le regard...

*« Que donnent les infirmières qui sont au chevet de ceux qui souffrent ou de ceux qui agonisent ? Des soins, bien sûr. Mais surtout, de la présence à travers une attention, une écoute, un geste ou un sourire. [...] La présence, l'écoute la parole et le geste, cela n'a l'air de rien. En fait, c'est immense. [...] Dans la souffrance, on manque d'existence, parce que l'on est dans l'existence privée d'elle-même. Aussi n'y a-t-il que par l'existence que l'on puisse répondre à un tel déficit de vie. D'où l'importance immense des donneurs de présence et de temps qui sont des passeurs de vie. Car c'est avec ce rien apparent qu'est la présence ou le temps que l'on reconstruit un monde qui s'est défait »*²⁹.

Cette citation explique que l'utilisation des sens représente le support de la relation infirmier-patient, car ils prouvent au patient qu'il existe : « Je vous vois ! Je vous entends ! ». La personne soignée est considérée, on lui porte une attention lorsqu'elle est en difficulté.

Ce que perçoit le soignant de la personne soignée constitue toute la base de son exercice professionnel. Il va effectivement adapter ses soins, sa posture ou même encore sa communication en fonction des perceptions qu'il a du patient. Or, percevoir ce que veut dire l'autre n'est pas toujours limpide. Le corps a son langage « *Il est certes affecté par l'épreuve de sa propre vie mais il a aussi vocation à dire cette vie, à la faire advenir au langage pour lui-même et pour autrui* »³⁰. L'utilisation des seuls sens ne permet pas de comprendre l'intégralité de ce qui se joue pour la personne soignée : « *La proximité physique suscitée par les soins ne coïncide pas forcément avec une proximité de présence* »³¹ dit Laure Marmilloud. Ce n'est pas l'usage même des sens qui atteste au patient de la bienveillance de l'infirmier envers lui mais bien la façon dont il utilise et traite les informations que lui renvoient ses sens.

Je constate qu'il émerge de ce concept de relation soignant-soigné, un autre concept implicitement évoqué dans cette dernière partie : la confiance.

²⁸ MARMILLOUD L., Op-cit, 2007, p. 24.

²⁹ VERGELY B., *La souffrance. Recherche du sens perdu*, Gallimard, Paris, 1997, p. 304 [cité par MARMILLOUD L., Op-cit, 2007, p. 25].

³⁰ MARMILLOUD L., Op-cit, 2007, p. 21.

³¹ MARMILLOUD L., Op-cit, 2007, p. 26.

2.2.3 La relation : Une histoire de confiance.

Même si le mot n'a pas encore été écrit dans ce développement, le concept de confiance transparait en son sein. Jusqu'ici, j'ai pu étudier ce que pouvait apporter la relation de soin à l'infirmier. Qu'elle était source d'expression de ses valeurs personnelles et professionnelles par le biais de ses sens mis à dispositions du patient (toucher, écoute etc.).

Mais la relation de soin se doit aussi (et presque « avant tout ») d'apporter un sentiment de bien-être, de mieux-être ou *a minima* de sécurité à la personne soignée. Je rappelle qu'elle est une personne dont l'indépendance est mise à mal, qu'elle peut être en souffrance ou du moins dans un état de vulnérabilité. Il va donc être important pour cette personne de se sentir en confiance dans le soin.

La confiance peut être définie comme étant « *une attitude, un état psychologique survenant dans un contexte d'incertitude, de risque et de vulnérabilité* »³².

C'est donc par la relation au patient que l'infirmier va initier un climat de confiance entre lui et la personne soignée. La relation permet l'existence de la confiance :

*« La confiance est le ferment de la relation de soin. Pour un malade, faire confiance c'est se placer dans un état de dépendance et d'espérance à l'égard d'un soignant ; c'est accepter d'être vulnérable et admettre que la personne à laquelle la confiance est accordée peut exercer un pouvoir sur soi pour notre propre bien ; c'est aussi croire en la parole du soignant et espérer que les pouvoirs qui lui sont conférés ne seront pas exercés à notre propre insu »*³³.

La confiance est ici décrite comme étant une espérance de la part du patient de ne pas être « trahi » par le(s) soignant(s).

Mais la confiance est aussi l'expression des ressentis entre plusieurs personnes : « *Instaurer un climat de confiance, c'est ouvrir un espace de rencontre et de promesse qui repose sur le sentiment et l'expérience d'une humanité partagée* »³⁴. La confiance se définit ici plus comme une ouverture spontanée et volontaire à l'autre plutôt que « subie ».

L'idéal de la relation de soin est davantage la deuxième interprétation du concept de confiance. Or, la personne soignée n'est généralement pas à l'hôpital ou en soin « pour son

³² BIZOUARN P., *Le médecin, le malade et la confiance*, Ethique & Santé Volume 5, numéro 3 pages 166.

³³ BAIER A., *Confiance*. Canto-Sperber M, édition, Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, Paris, PUF, 1996 : 283-8 [Cité par : BENAROYO L., Soins, confiance et disponibilité, *Les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas*, Ethique & Santé Vol 1, N° 2, mai 2004, p. 60].

³⁴ BENAROYO L., Op-cit, mai 2004, p. 62.

plaisir, parce qu'elle tenait à rencontrer l'équipe de soin... ». J'ai pu mettre en évidence précédemment, que le fruit de la rencontre entre infirmier et patient est la maladie, la souffrance... la personne soignée est donc là où elle est parce qu'elle y est « contrainte ». C'est ici que le rôle infirmier vient intervenir et prend tout son sens. Conduire une relation de soin, c'est faire en sorte que la personne soignée soit sereine, heureuse d'être là où elle (en) est, malgré tout ce qui s'y oppose.

La confiance peut se traduire par « compter sur ». La personne soignée va donc compter sur la bienveillance de l'infirmier à son égard.

Pour alimenter la 3^{ème} partie de cette recherche, je citerai les concepts nécessaires pour l'élaboration d'une relation de confiance dans les soins, selon Alexandre Manoukian.

- « L'acceptation positive inconditionnelle » : c'est accepter le patient quels que soient sa situation, son âge, son sexe, son vécu etc. C'est l'absence de discrimination et de tout jugement.
- « L'authenticité » : « *Être authentique, c'est tenter, car ce n'est pas toujours facile, d'être soi-même* »³⁵. L'authenticité peut être mise en lien avec les valeurs personnelles de l'infirmier, c'est la façon dont il fait vivre la relation à l'autre.
- « L'empathie » : « *L'empathie est le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre* »³⁶.

L'auteur ajoute que ces concepts sont dépendants des sens de l'infirmier. Ils nécessitent écoute, communication, acceptation des silences etc.

2.2.4 La communication.

Au sens courant, la communication se définit comme étant « *action de communiquer, d'établir une relation avec autrui* »³⁷. La communication englobe tout ce qui passe d'un individu à un autre. Comme le dit la définition précédente, elle permet l'émergence d'une relation car c'est la communication qui va lier au moins deux individus l'un à l'autre. Il y a la présence d'un émetteur, qui se manifeste et utilise la communication, et d'un récepteur qui accueille le message de l'émetteur.

³⁵ MANOUKIAN A., Op-cit, 2008, p. 59.

³⁶ Ibid, p. 59.

³⁷ *Le petit Larousse illustré 2012*, p. 240.

La communication détient donc une place majeure dans la relation de soin. Elle va permettre au soignant de faire passer des messages, de façon consciente ou non. En effet, la communication englobe bien plus de dimensions que le seul langage articulé. Communiquer n'est pas converser : « *Nous pouvons dire que l'on parle avec tout son corps car la relation est un phénomène d'ensemble* »³⁸. Ainsi, un infirmier pourra aussi bien faire passer un message à une personne soignée par un « ah bon ? » d'étonnement, que par un haussement de sourcils. La communication est donc l'ensemble des attitudes ou paroles renvoyées à une autre personne qui les perçoit par l'intermédiaire de ses sens (comme développé précédemment).

Il est fréquent de trouver la communication divisée en deux types :

- La communication verbale : cette forme de communication relève de tout ce qui tient du propos. Elle est couramment appelée « *langage de l'intellect* ». Cette communication résulte de la pensée, elle est la conséquence d'une élaboration de l'esprit. Elle regroupe parole, chant et écriture³⁹.

L'infirmier utilise de façon permanente la communication verbale auprès du patient. « *La parole est un des outils les plus efficaces dans la relation d'aide* »⁴⁰ explique Alexandre Manoukian. Elle est, d'ailleurs, une constituante incontournable des relations humaines : « *Le langage structure tout de la relation inter-humaine* »⁴¹.

- La communication non-verbale : cette deuxième forme de communication est, quant à elle, en lien avec le corps et est d'ailleurs souvent appelée : « *langage du corps* ». Par opposition, elle n'est pas élaborée par l'esprit. Elle englobe une multitude d'expressions tels que : regard, toucher, mimiques, gestes, attitudes, silences, rires, pleurs, sons de la voix (intensité, hauteur, timbre), dessins, etc.⁴².

Cette communication-là renvoie à la posture du soignant, ce que son corps exprime : « *Les corps parlent et se répondent* »⁴³. Elle permet également au patient de se sentir exister par ce que témoigne le corps du soignant : « *Le geste et/ou l'attitude d'autrui me rend spontanément*

³⁸ MANOUKIAN A., Op-cit, 2008, p. 9.

³⁹ SABOURIN R., Expression verbale et non verbale, L'aide-soignante n°10, Novembre 1995 p. 16.

⁴⁰ MANOUKIAN A., Op-cit, 2008, p. 146.

⁴¹ Citation « communication » : <http://www.evene.fr/citation>. Jacques LACAN.

⁴² SABOURIN R., Op-cit, p. 16.

⁴³ MANOUKIAN A., Op-cit, 2008, p. 146.

« visible » la tonalité affective qu'il exprime parce que je me reconnais en son corps expressif »⁴⁴.

Mais, ces deux formes de communication se complètent et coexistent en permanence : « Souvent les mains s'animent pour accompagner le discours, le rendre plus audible d'une certaine manière »⁴⁵ nous explique Laure Marmilloud.

D'une façon générale, elles sont toutes deux, l'expression de la relation que veut instaurer l'infirmier avec le patient. « Perfectionner ses propres aptitudes à la communication donnera au soignant les moyens d'améliorer les relations à problèmes »⁴⁶. La communication permet le dynamisme des rapports et peut créer ou alimenter la relation de confiance.

2.2.5 Conclusion du concept de relation soignant-soigné.

J'ai pu m'apercevoir, dans cette deuxième partie de cette initiation à la démarche de recherche, qu'il existe de nombreux enjeux autour de la relation entre infirmier et personne soignée. Pour l'infirmier, cette relation peut être le moyen d'exprimer ses valeurs personnelles et professionnelles dans le souci et l'intérêt du patient. Pour le patient, cette relation doit lui permettre de se sentir sécurisé, en confiance, avec le personnel soignant.

Je constate également que cette relation soignant-soigné, pour se construire, a besoin d'une communication - dont la forme peut être très variée - et de sens permettant aux soignants et aux soignés de percevoir ce que l'autre lui renvoie.

Au regard de la situation de départ de ce travail, j'ai choisi de cibler exclusivement l'humour comme mode de communication utilisé par l'infirmier auprès de la personne soignée. L'humour étant « une composante puissante de la communication verbale et non verbale »⁴⁷ et donc par conséquent, une composante puissante de la relation de soin.

⁴⁴ MARMILLOUD L., Op-cit, 2007, p. 55.

⁴⁵ MARMILLOUD L., Op-cit, 2007, p. 56.

⁴⁶ MANOUKIAN A., Op-cit, 2008, p. 10.

⁴⁷ NEWMAN GIGER J. et DAVIDHIZAR R-E., Soins infirmiers interculturels –Recueil de données et actions de soins, Lamarre, 1998, p. 57.

2.3 L'humour.

Je développerai donc, dans cette troisième et dernière partie de mon cadre théorique, le concept d'humour, seul dans un premier temps, puis lié aux deux concepts développés précédemment. Je mènerai plus particulièrement une réflexion, appuyée sur des recherches d'auteurs, quant à sa place dans le rapport soignant-soigné lorsqu'il est pratiqué par un infirmier.

2.3.1 Un mode de communication à part entière.

S'il existe de nombreuses formes de communications verbales et non verbales dans les relations interhumaines, l'humour en est une à part entière : « *l'humour détient une place importante et quasi omniprésente dans la communication humaine* »⁴⁸ explique l'infirmière Hélène Patenaude. L'auteure indique même que l'humour peut être considéré comme « *un moyen de communication thérapeutique* »⁴⁹. L'humour s'exprime la plupart du temps dans la communication verbale vers une autre personne qui en est la réceptrice : « *Un énoncé humoristique est constamment le fruit d'une énonciation multiple [...] une énonciation est donc le produit d'un échange en cours, que les participants construisent ensemble [...]* »⁵⁰. Il établit une relation à l'autre : « *construisent ensemble* ». L'humour est aussi un plaisir de la communication : « *L'humour est une des sources de plaisir de la communication en général et de la conversation en particulier* »⁵¹ explique l'auteure Béatrice Priego-Valverde.

Même s'il semble indéniable que l'humour fasse partie de notre communication (et donc de notre lien aux autres), il n'en reste pas moins un mécanisme d'une infinie complexité.

⁴⁸ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., *L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature*, Dans RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n°85, juin 2006, p. 36.

⁴⁹ Ibid. p. 37 ;

⁵⁰ BARTH I., *Quand l'humour contribue à la performance de la relation*, Dans REVUE INTERNATIONALE DE PSYCHOSOCIOLOGIE, 2011, p. 106.

⁵¹ PRIEGO-VALVERDE B., *L'humour dans la conversation familière : description et analyse linguistiques*, L'HARMATTAN, 2003 [cité par BARTH I, Op-cit, 2011, p. 106].

2.3.2 Approche conceptuelle de l'humour.

« Plus facile que d'en rire que de l'étudier... »⁵² ironise Christine Bonardi. « Vouloir définir l'humour, c'est prendre le risque d'en manquer »⁵³ dit l'humoriste Guy Bedos. Ces deux phrases illustrent à quel point l'humour reste encore aujourd'hui un concept difficile à saisir.

Cependant, de nombreux penseurs se sont déjà intéressés à ce concept.

2.3.2.1 L'humour selon Freud.

Sigmund Freud explique que l'humour (appelé souvent mot d'esprit) représente une forme de communication entre l'inconscient de l'individu et ce que lui fait vivre son environnement : « L'humour est perçu par Freud comme une des réactions intellectuelles les plus raffinées, un territoire libre où l'esprit de l'homme, malgré les répressions extérieures, peut se libérer en paroles et en pensées »⁵⁴. Dans son ouvrage « Le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient », Freud explique plusieurs mécanismes de l'humour - tels que le double sens des mots, l'absurdité, l'ironie, la caricature, ou encore la notion de « non-sens » - illustrés par de multiples exemples : « non seulement il ne croyait pas aux fantômes, mais il n'en avait même pas peur »⁵⁵. Comment peut-on affirmer ne pas avoir peur de quelque chose dont on n'imagine pas l'existence ? Freud explique pour ce qui est du non-sens « [...] qui, d'un certain point de vue, semble être un non-sens, ne peut que sembler, d'un autre point de vue, plein de sens ou du moins acceptable »⁵⁶.

D'une façon générale, Freud pense que la pratique de l'humour résulte d'une pulsion de l'homme qu'il souhaite satisfaire. Il établira d'ailleurs un parallèle entre « mot d'esprit » et sexualité : « C'est ainsi, [...], que telle ou telle des composantes de la constitution sexuelle d'un être humain [peuvent] intervenir comme mobile de la formation du mot d'esprit »⁵⁷.

⁵² BONARDI C., *L'humour : un kaléidoscope pour les sciences humaines ?*, Dans LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES, n°269, juillet-août 2009, p. 22.

⁵³ Citation « humour » : <http://www.evene.fr/citation>. Guy BEDOS.

⁵⁴ ZIMERMAN D., *L'humour dans nos groupes thérapeutiques*, Dans REVUE DE PSYCHOTERAPIE PSYCHANALYTIQUE DE GROUPE n°44, Humour rire et groupe, 2005 p. 88.

⁵⁵ FREUD S., *Le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient*, Paris, Gallimard Folio essais, 1988, p. 179.

⁵⁶ FREUD S., Op-cit, 1988, p. 244.

⁵⁷ FREUD S., Op-cit, 1988, p. 262.

De plus, Sigmund Freud explique que l'humour peut représenter un mécanisme de défense par « épargne d'énergie » face à ce qui nous fait obstacle : « *l'attitude humoristique est une attitude dans laquelle une personne refuse la souffrance en accordant une importance à l'invincibilité du moi dans la continuité de la vie réelle, en sustentant de façon victorieuse le principe du plaisir* »⁵⁸. Entre autres, par le jeu pour un adulte de se considérer comme un enfant : « *le côté enfant adopte une attitude humoristique face à soi dans le but d'éloigner les possibilités de souffrance* »⁵⁹. L'humour semble donc être pour Freud une façon de contourner ce qui fait souffrir.

2.3.2.2 De nouveaux regards sur l'humour...

Le psychanalyste Daniel Sibony, rejoint Freud sur le fait que l'humour peut représenter un moyen de lutter contre la souffrance : « *L'humour c'est mon pouvoir de me consoler [...] C'est donc assez ambigu ou dédoublé : on est dans la misère, mais du fait de se consoler (comme on console un autre), on se hisse à la place de celui qui s'en est sorti et qui en parle supérieurement. On est deux. Ça fait sourire comme si l'on jouait un petit tour au destin* »⁶⁰. Il explique, de plus, que l'humour partagé avec un autre peut provoquer un rire qui « *conjure le malheur* »⁶¹. Là où l'analyse du psychanalyste diverge des pensées de Freud c'est sur le pourquoi de l'humour ? Contrairement à Freud qui considère l'humour comme conséquence d'une pulsion qui permet une épargne d'énergie face à des affects pénibles « *Il n'y a aucun doute, l'essence de l'humour consiste à économiser les affects que la situation devrait occasionner et à se dégager par une plaisanterie de la possibilité d'une telle détérioration affective* »⁶². Sibony, lui, considère que l'humour n'existe pas exclusivement aux dépens de l'individu, « *faute-de-mieux* ».

Pour lui, l'humour peut être un jeu entre celui qui le pratique et les autres, il peut permettre la distribution des rôles, « *il y a dans l'humour une dimension symbolique [...]* »⁶³, il peut

⁵⁸ ZIMERMAN D, Op-cit, 2005, p. 89.

⁵⁹ ZIMERMAN D, Op-cit, 2005, p. 89.

⁶⁰ SIBONY D., *Les sens de l'humour*, Dans LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES, n°269, juillet-aout 2009, p.30.

⁶¹ SIBONY D., Op-cit, 2009, p. 31.

⁶² FREUD S., *Le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient*, [cité par SIBONY D., *Les sens de l'humour*, Dans LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES, n°269, juillet-aout 2009, p.32].

⁶³ SIBONY D., Op-cit, 2009, p. 32.

représenter une forme de défiance à l'autre, une vengeance. Il peut permettre de dénoncer ce qui est considéré comme normal : « [...] *l'humour fait plus qu'accueillir le désordre ou intégrer l'anormal, il leur fait dire des choses étranges qui dénoncent la norme dans laquelle il s'intègre* »⁶⁴.

L'anthropologue Vera Robinson fût également l'une des pionniers à tenter de définir l'humour. Pour elle, « *L'humour est une expérience cognitive, une forme de communication alors que le rire est un comportement, une expérience physique et physiologique. L'humour est donc un phénomène physiologique, psychologique et cognitif complexe* »⁶⁵. Elle décrit l'humour « *comme étant une communication de type cognitif menant à une réponse émotionnelle d'amusement, de plaisir et qui résulte en une réponse de comportement physique sous forme, par exemple, de rire* »⁶⁶. L'auteure explique parfaitement dans ses propos la différence entre l'humour, qui résulte d'une activité mentale, et le rire, qui est une activité du corps, une manifestation possible de l'humour.

Ces trois auteurs, se rejoignent tous sur la notion de plaisir que procure l'humour. Freud et Sibony semblent être d'accord sur l'effet « anesthésiant » de l'humour.

Il semble que l'humour fasse du bien à celui qui le pratique. Mais ce bien-être est-il perçu de façon systématique par celui qui en est la cible, ou du moins par celui qui en est l'auditeur ?

Je vais donc, désormais m'intéresser plus particulièrement à l'humour dans le contexte de soin et à son impact sur la personne soignée.

2.3.3 Le contexte des soins.

A la célèbre interrogation : « *peut-on rire de tout avec tout le monde ?* » je rajouterai « *peut-on rire de tout avec tout le monde et de partout ?* ». D'autant que, d'une façon générale, l'hôpital n'est pas le premier lieu auquel les gens pensent pour se mettre des claques sur les genoux... La pratique de l'humour semble devoir relever d'une notion de contexte : « [...] *l'humour dans les soins est contextuel, situationnel et spontané. Il surgit de situations*

⁶⁴ SIBONY D., Op-cit, 2009, p. 32.

⁶⁵ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., *L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature*, Dans RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n°85, juin 2006, p. 37.

⁶⁶ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 37.

ordinaires, inspiré par les circonstances du moment, des interactions »⁶⁷. Cette notion de contexte est d'autant plus accentuée par toutes les tensions et difficultés que peuvent rencontrer les patients lors d'une hospitalisation ou lorsqu'ils sont atteints d'une maladie générant, la plupart du temps, de la souffrance.

En plus de cette notion de contexte, j'ai pu comprendre, dans la première partie de ce travail, qu'infirmier et personne soignée sont tous les deux des être humains singuliers, avec leurs propres perceptions, représentations, cultures et leurs propres rapports à la réalité et aux autres. Toutes ces nuances ne compliquent-elles pas la pratique de l'humour par les infirmiers auprès de leurs patients ? Par crainte de les blesser ? Ces nuances multiplient-elles l'aléatoire des effets de l'humour sur la personne soignée qui en est auditrice ?

Ce sont sur ces conditions, qui favorisent l'apparition de l'humour et ses effets sur le patient, qu'ils soient positifs ou négatifs, auxquelles je vais m'intéresser désormais.

2.3.3.1 Les conditions d'apparition de l'humour dans le soin...

Il semblerait que des conditions préalables soient nécessaires à la pratique de l'humour par un infirmier auprès d'une personne soignée : « *On s'accorde à dire qu'il y a un temps et une place pour l'humour. Chaque situation requiert du jugement de la part de l'infirmière* »⁶⁸ explique Hélène Patenaude. Cette infirmière indique qu'introduire l'humour dans le soin est contextuel (notion de moment, de temps, d'instant) mais relève également du « bon sens professionnel » : « *Introduire l'humour est fonction de saisir le bon moment et de relever des indices, d'évaluer la situation [...]. Toutefois l'expérience de l'infirmière vient moduler sa perception quant à ce qui est jugé approprié et inapproprié* »⁶⁹.

Plus encore que la notion de temps ou de contexte, il semblerait que la personnalité de la personne soignée (ce qui suppose de la connaître *a minima*) puisse influencer sur l'usage de l'humour par le soignant : « *Personnalité et sens de l'humour sont intimement liés. La capacité de rire est reliée à la capacité de jouer, d'imaginer, de tolérer l'ambiguïté,*

⁶⁷ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 36.

⁶⁸ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., *L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature*, Dans RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n°85, juin 2006, p. 39.

⁶⁹ Expérience de TORNTON J. et WHITE A., 1999 expliqué par PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L. Op-cit, 2006, p.39.

l'incongruité et l'absurdité et à celle de voir le côté drôle de certaines situations »⁷⁰. explique Vera Robinson. Ceci est en lien avec la notion de « singularité » de chaque individu comme j'ai pu l'évoquer précédemment. Certains individus utilisent l'humour dans leur vie quotidienne ; ce qui donne à l'infirmier l'indication que cette pratique est bénéfique au patient. Par ailleurs, lorsque l'infirmier est face à des personnalités plus réservées, l'humour peut être un moyen pour elles de verbaliser. D'une façon plus générale, la pratique de l'humour par le soignant sera facilitée par un « *esprit ouvert, disponible* »⁷¹ de la personne soignée.

Enfin, il semblerait qu'une relation de confiance déjà établie prédispose infirmier et patient à user de l'humour. L'étude de Greenberg en réfère : « *Pour les 3 patients et les 3 infirmières de cette étude, sans la présence de sympathie, d'affection et de confiance, l'humour ne peut être défini comme étant émotionnellement supportant et aidant. Une relation de confiance devrait être théoriquement présente comme antécédent d'humour* »⁷². La confiance, abordée précédemment, serait alors une condition inévitable de la bonne utilisation de l'humour dans le soin ?

Après m'être intéressé aux conditions d'apparition de l'humour, je vais maintenant en étudier ses conséquences sur la personne soignée.

2.3.3.2 ...mal identifiés peuvent conduire à des effets négatifs.

L'ensemble de ces conditions préalables non identifiées par l'infirmier pourrait remettre en question la bonne pratique de l'humour dans le soin. En effet, il semblerait que « *les usages « banalisés » de l'humour ne sont pas sans risques pour leurs cibles* »⁷³. L'humour mal pratiqué représente un risque pour celui qui en est auditeur, en l'occurrence, le patient dans le contexte des soins. Mais qu'est-ce qu'un humour mal pratiqué ? Pour l'infirmière Hélène Patenaude :

⁷⁰ ROBINSON V., *Humor and the Health Professions*, Thorofare, 1991 [cité par PATERNAUDE H. HAMELIN BRABANT L. Op-cit, 2006, p.39].

⁷¹ BARTH I., *Quand l'humour contribue à la performance de la relation*, Dans REVUE INTERNATIONALE DE PSYCHOSOCIOLOGIE, 2011, p. 113.

⁷² PATERNAUDE H. HAMELIN BRABANT L., *L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature*, Dans RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n°85, juin 2006, p. 40.

⁷³ BONARDI C., Op-cit, juillet-aout 2009, p. 24.

« Certaines conditions reliées à la personne soignée indiquent que l'humour est inapproprié. Ces conditions sont reliées à l'état de la personne ou à la situation de crise dans laquelle elle se trouve et à certaines caractéristiques personnelles [...] Lors d'une phase critique sur le plan physique, lors d'anxiété ou de stress élevé, lors de douleur intense ou abdominale, chez une personne psychotique, l'humour peut être inapproprié à moins que ce ne soit le patient lui-même qui l'initie. Lorsque la phase critique est sous contrôle, on peut se permettre l'humour après coup »⁷⁴.

L'auteure ajoute également que *« l'humour peut être inapproprié lors de différences culturelles entre l'infirmière et le patient »⁷⁵*. Je constate ici qu'il y a plusieurs conditions au bon usage de l'humour dans de soin telle que la notion de moment (phase critique) ou de personne (ressenti, douleur, culture etc.). Ceci est en lien avec la fragilité qui se dégage de certaines situations de soins ou la personne soignée est particulièrement vulnérable.

Par ailleurs, une utilisation abusive de l'humour, peut être également mal perçue par la personne qui en est la cible : *« L'humour peut être jugé comme du harcèlement quand il dépasse certaines limites, pas toujours simples à identifier »⁷⁶*. Il semblerait que l'humour vienne faire violence lorsqu'il touche des instants, des sujets ou même des valeurs fortes auxquelles les individus sont très attachés : *« L'humour autorise à remettre quasiment tout en question, à traiter avec légèreté des sujets graves ou inversement avec gravité des sujets légers, mais caricatures et stéréotypes notamment, peuvent être malvenus en des circonstances auxquelles s'attachent des normes morales fortes »⁷⁷*. Un célèbre humoriste français fût d'ailleurs poursuivi en justice concernant un sketch sur les handicapés mentaux joué dans son « one man show ». Un propos décalé ou inapproprié face à un certain public sur un sujet, pouvant être « sensible », peut générer de l'incompréhension voire de la souffrance.

Je constate ici les limites que peut avoir l'humour. Etant donné qu'il s'inscrit entre deux personnes faites de normes et valeurs, il (l'humour) ne peut être que lui-même soumis à ces normes et valeurs qui régissent les rapports humains. Or, les auteurs précédemment cités évoquent « les limites » de l'humour sans jamais réellement les définir. L'infirmière Hélène Patenaude résume encore tout à fait quelles peuvent être ces limites auprès du patient : *« Une*

⁷⁴ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 39.

⁷⁵ Ibid. p. 39.

⁷⁶ BARTH I., Op-cit, 2011, p. 110.

⁷⁷ BONARDI C., Op-cit, juillet-août 2009, p. 26.

relation infirmière-patient doit être empreinte de respect de la personne et de ses valeurs. L'humour ne doit jamais insulter la personne ou violer sa dignité »⁷⁸.

Il semblerait donc qu'il n'existe pas un « mauvais humour » ou un « bon humour » mais plutôt une bonne ou une mauvaise utilisation de l'humour. Ce n'est donc pas l'acte d'humour en lui-même qui peut avoir un effet négatif sur l'autre, mais bien la façon dont il est pratiqué, compte tenu d'un contexte (personne, moment, lieu, situation), qui peut impacter la relation soignant-soigné de façon négative comme positive.

2.3.3.3 Les effets positifs de l'humour sur le patient dans les soins.

Ayant précédemment évoqué les limites de l'humour sur le patient, lorsque celui-ci est utilisé dans des conditions défavorables, je développerai exclusivement dans la suite de cette réflexion, les effets positifs que peuvent avoir l'humour sur la personne soignée.

Le « listing » reste encore la façon la plus visuelle de capter quels sont les enjeux principaux de l'humour intégré aux soins, bien qu'une liste ne soit pas représentative de toutes les nuances qui peuvent s'en dégager.

L'humour « apaise » les émotions :

L'humour, dans certaines situations de soins, peut permettre au patient de « tempérer » - si tant est que l'on puisse réellement tempérer - ses émotions. De multiples auteurs y font références : « *Les patients se sentent supportés, encouragés par l'humour et ressentent une diminution de leur anxiété en se distanciant des émotions négatives et en s'élevant par des émotions positives »⁷⁹. Ou encore « *l'humour, [...] sert de mécanisme de défense, permet de contourner la réalité et leur donne du temps pour se préparer aux situations difficiles. L'humour permettrait aussi l'expression acceptable de critiques, de colère, d'hostilité ou de conflit »⁸⁰. La fonction de l'humour donnée dans ces citations semble être en parfaite corrélation avec la pensée de Freud, développée précédemment, qui explique qu'il (l'humour) peut permettre d'esquiver un sentiment pénible, une souffrance, par un évitement de celui-ci.**

⁷⁸ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 40.

⁷⁹ Références : Greenberg, 2003 ; Isola & Astedt-Kurki, 1997 ; Savage, 1995 ; Schmitt, 1990 [cité par PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 41].

⁸⁰ Ibid. p. 41.

Cette analyse est partagée par l'écrivain Jacques Salomé : « *Le propre de l'humour est de modifier un état d'âme, d'orienter différemment une situation qui autrement s'enfermerait dans le négatif, voir dans la souffrance* »⁸¹. Cette fonction de l'humour nous rappelle cet adage populaire « mieux vaut en rire qu'en pleurer ».

L'humour met à l'aise :

Cette fonction de l'humour est en lien avec la précédente. Il permet ici de diminuer la gêne ressentie par le patient (et/ou le soignant) lors des soins, entre autres, qui sont en lien avec l'intimité du patient. Du moins, entre ce qui lui est propre, dans sa corporalité, et l'extérieur. L'infirmier, par les actes de soins qu'il pratique, vient parfois bousculer cette barrière du patient entre « intérieur » et « extérieur ».

L'usage de l'humour semble ici diminuer l'impact que peuvent avoir les soins infirmiers sur cette barrière : « *Si la situation est difficile, embarrassante, gênante, l'humour aide l'infirmière, le patient ou les deux à y faire face, et devient une forme de soutien au patient* »⁸².

L'auteure et professeure Jocalyn Lawler a d'ailleurs balayé dans ses écrits cette fonction de l'humour :

*« [...] les infirmières prennent un air détaché et utilisent souvent l'humour, [...] pour minimiser la gêne potentielle, diminuer l'embarras et dédramatiser la situation particulièrement dans des contextes où le patient est incapable de contrôler ce qui se passe en raison d'un processus pathologique. Ceci permet de gérer des situations par rapport à leurs propres sentiments et visent parfois à protéger ceux du patient. C'est une façon de retrouver son sang-froid qui peut être utilisée comme alternative à la gêne »*⁸³.

Lawler nous explique, en résumé, que l'humour est un pis-aller du sentiment de gêne. Choisir l'humour plutôt qu'un long silence embarrassé.

⁸¹ SALOME Jacques, *L'humour, un autre visage de l'humour*, Dans D'AMES & D'HOMMES, n°4, 1995, p. 22.

⁸² PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 40.

⁸³ LAWLER J., *La face cachée des soins ; soins au corps, intimité et pratique soignante*. Paris, SeliArslan, 2002.

L'humour crée, conforte une relation de confiance :

Contrairement à ce qui a été développé ci-dessus dans les « conditions de l'apparition de l'humour dans le soin » où l'humour est la conséquence d'une relation de confiance, il semblerait qu'il contribue également à la création de cette relation entre les individus.

D'une part, parce que l'humour est majoritairement partagé entre deux personnes (au moins) plutôt qu'autocentré. L'ayant développé dans le concept de communication : il existe un émetteur et un récepteur. « [...] il paraît douteux qu'il (l'humour) puisse se passer de l'étayage d'un partenaire »⁸⁴ affirme Jean Maisonneuve, professeur de psychologie. D'autre part, parce que l'humour, au-delà du contexte de soin, peut être fédérateur, unir des personnes qui à la base, ne se connaissent pas. Les propos d'Isabelle Barth illustrent parfaitement cette idée :

« Cette donne n'implique pas forcément que les interlocuteurs se connaissent mais qu'il aient un minimum de connaissances et de valeurs en commun, comme le montrent les spectacles où un humoriste se trouve face à une salle. Pour pouvoir basculer ensemble dans le monde ludique, il faut aussi la volonté, le désir commun de rire ensemble, de partager, pour un moment, le plaisir humoristique »⁸⁵.

L'auteur reprend l'idée d'un humour spontané, ou celui qui fait la blague ne connaît pas ou peu celui qui en est l'audit. En ce cas, c'est l'humour qui est en partie à l'origine de la relation, qui tisse le lien social. Il peut également consolider, conforter un lien social, une relation infirmière-patient récemment créée.

L'humour fait oublier la blouse :

Mais, l'humour n'est pas uniquement créateur de lien social, « l'humour est fondamentalement bienveillant »⁸⁶. Or, j'ai pu constater, dans la première partie de ce travail, que l'infirmier est un professionnel de santé qui mobilise des compétences professionnelles et personnelles auprès du patient. La bienveillance est l'une d'elle. C'est une attention que l'on donne à l'autre, avec le souci de ne pas lui porter atteinte. L'infirmier fait vivre de son être à la personne soignée. Or, l'humour semble pouvoir conforter cette humanité : « L'humour peut créer un sentiment de rapprochement entre les infirmières et les patients et aplanir la

⁸⁴ MAISONNEUVE J., *Humour ou es-tu ?*, Dans LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES, n°269, juillet-août 2009, p.27.

⁸⁵ BARTH I., Op-cit, 2011, p. 105.

⁸⁶ BARTH I., Op-cit, 2011, p. 113.

hiérarchie. Selon des infirmières, l'humour sert à briser les barrières entre l'infirmière et le patient, à briser la glace. Le patient perçoit de la chaleur, de l'attention à sa personne, de la compassion »⁸⁷.

L'humour semble ici faire reculer (au moins un instant), les rôles sociaux du soignant et du soigné presque « imposés » aux deux personnes par l'objet de leur rencontre : la maladie.

Je m'interroge quant à la place de cet humour dans le soin. La personne soignée, lorsqu'elle est prise en charge, vit souvent une période difficile. N'est-elle pas justement parfois en attente de cette « simplicité » dans les rapports ? Je ne parle pas ici de « familiarité » mais de « simplicité ». Les usagers des soins n'attendent-ils pas des rapports avec les infirmiers autres que « blanc et stériles » ? N'est-ce pas un moyen de faire s'évader le patient (même un court instant) de l'hôpital ? Ou de sa « condition » de malade ?

Il semblerait, de plus, que « *L'infirmière est perçue comme « plus facile d'approche » par le patient lorsqu'elle pratique l'humour* »⁸⁸ ; « *L'humour peut créer un sentiment de rapprochement entre les infirmiers et les patients et aplanir la hiérarchie* »⁸⁹.

Cette partie, peut poser, par ailleurs, la question de la distance professionnelle dans le soin.

L'humour mobilise les forces de vie :

Bien plus que créateur de liens entre soignant et soigné, l'humour semble mobiliser la dynamique de vie de la personne soignée. Cette usage de l'humour est tout à fait en lien avec la philosophie des soins, que je rappelle : « *le sens originel des soins, c'est prendre en compte, donner sens à tout ce qui peut contribuer à mobiliser, développer la vie, tout ce qui est source vivificatrice, tout ce qui peut faire vivre [...]* »⁹⁰.

Notamment concernant l'humour qui met à l'aise, évoqué précédemment : « *L'humour est une énergie de survie, il nous aide à travers les obstacles du ridicule* »⁹¹.

De façon complémentaire, si l'humour semble mobiliser les forces de vie, il se moque également de la mort : « *l'humour s'emploie comme une arme – contre les puissances de la*

⁸⁷ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 41.

⁸⁸ Ibid. p. 42.

⁸⁹ Ibid. p. 42.

⁹⁰ COLLIÈRE M. F., *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001 p. 116.

⁹¹ SALOME Jacques, Op-cit, p. 23.

mort, les forces dangereuses et mystérieuses »⁹². D'un point de vue culturel, la fête des morts au Mexique en est le parfait exemple.

L'illustration, très exploitée par Freud, du condamné que l'on mène le lundi à l'échafaud, et qui s'exprime : « la semaine commence bien ! » confirme bien cette moquerie de la mort. L'angoisse existentielle de l'homme est ici banalisée. Or, il n'est pas rare pour les patients (notamment en soins palliatifs) de côtoyer cette proximité de la mort. « *Il y a un aspect conjuratoire dans l'humour : on conjure le malheur par un rire partagé* »⁹³ explique Sibony. Que ce soit pour mobiliser les forces de vie ou se moquer de la mort, il semblerait que ce type d'humour puisse aider la personne soignée à cheminer dans certaines étapes de sa vie.

L'humour valorise :

Dans le même ordre d'idée que l'humour dynamise la vie, il valorise également celle-ci : « *L'humour semble procurer un sentiment de contrôle, de dignité, d'intégrité et d'estime de soi* »⁹⁴. Il donne de la hauteur à la personne soignée, la conforte dans ce qu'elle est. L'exemple qui l'illustre parfaitement est l'une des phrases prononcées par la patiente, Mme. M dans la situation de départ de ce travail : « *méfiez-vous* (s'adressant à l'infirmier et moi-même), *pour l'instant vous avez de la chance que je ne puisse pas me lever mais je ne me laisserais pas faire !* ». La patiente évoque ici de façon implicite son hémiplégie. C'est l'emploi du « *pour l'instant* » et « *je ne me laisserai pas faire* » qui indique que Mme. M semble soumettre l'idée qu'elle se positionne au dessus de ce handicap, d'apparition récente. La patiente s'est elle senti valorisée par l'infirmier qui l'a mettait au défi ?

La pensée de la psychologue Christine Bonardi paraît étayer cette illustration : « *Un partage social d'émotions basé sur l'humour vient déplacer le caractère dramatique et angoissant du vécu, donne une distance ou de la hauteur par rapport au problème [...]* »⁹⁵.

L'humour peut donc permettre au patient de dépasser ses ressources, ses limites pour gérer une situation difficile.

⁹² BONARDI C., *L'humour : un kaléidoscope pour les sciences humaines ?*, Dans LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES, n°269, juillet-août 2009, p. 22.

⁹³ SIBONY D., Op-cit, 2009, p. 31.

⁹⁴ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 41.

⁹⁵ BONARDI C. Op-cit, 2009, p. 26.

L'humour porteur de message :

Il n'est pas rare, en structure de soin, de rire du goût infâme de certains médicaments : « tenez Monsieur, votre Smecta, je sais que vous l'adorez celui-là ! ». Cette phrase, en plus d'être amusante, est également porteuse de sens. Implicitement, l'infirmier recommande ici à la personne soignée de prendre son médicament malgré son mauvais goût.

« L'humour peut aussi servir à passer un message sous forme de jeu, permettant de « sauver la face ». Sous forme de blague, un message peut passer sans jamais avoir à être discuté. Ce peut être un message de peur, d'embarras, de colère tout autant que le partage d'une préoccupation commune, d'amour ou de compréhension »⁹⁶.

C'est le sens de l'humour qui est ici évoqué. Pratiquer par l'infirmier, il peut permettre, entre autres, le consentement du patient à certains soins considérés comme douloureux, ou difficiles.

L'humour aussi efficace qu'un médicament ?

Même si aucune corrélation scientifique entre humour et santé « organique » n'a encore été formellement établie, il n'est pas rare d'entendre que rire fait gagner des années de vie.

Même s'il n'existe aucune preuve scientifique à ce sujet, il me semblait pertinent de citer la liste établie par Isabelle Barth quant aux bienfaits de l'humour sur l'organisme :

« D'un point de vue médical, l'humour améliore :

- la résistance aux maladies, un meilleur sens de l'humour serait corrélé à une plus grande immunité, même si d'autres études n'appuient pas ces résultats,*
- la vigilance (grâce aux sécrétions d'adrénaline, de norepinephrine, de dopamine),*
- la respiration, l'activité musculaire et le rythme du cœur,*
- l'oxygénation,*
- la résistance à la douleur, et ... augmente le plaisir (sécrétion d'endorphine) »⁹⁷.*

Ces effets seraient essentiellement dus aux modifications corporelles qu'induit le rire qui accompagne l'humour.

⁹⁶ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 42.

⁹⁷ BARTH I., Op-cit, 2011, p. 109.

2.3.4 Conclusion du concept d'humour.

Même difficile à déterminer, le concept d'humour semble être porteur de nombreux effets sur celui qui le reçoit ou qui en est l'auditeur. Il reste certain que l'humour est un mode de communication verbal et non verbal et qu'il est une partie de ce qui tisse les liens entre les individus. Il est en somme créateur de relation.

L'ensemble des auteurs cités dans cette dernière partie paraissent s'accorder sur la notion de plaisir qu'apporte l'humour. J'ai d'ailleurs eu, le long de cette recherche, beaucoup plus de facilité à trouver des références d'auteurs sur les impacts positifs de l'humour que sur ses impacts négatifs. C'est un plaisir partagé dont le mécanisme et les causes restent encore peu identifiés. Quoi qu'il en soit, l'humour, appliqué dans le milieu des soins, semble être un mode de communication qui a une multitude de conséquences positives sur le patient bien qu'il doit être manipulé avec certaines précautions et sous certaines conditions : « *L'humour n'est pas une panacée à tous les problèmes et ne contrecarre pas toutes les anxiétés vécues, mais c'est une force positive et, en tant que complément à d'autres interventions, il ne peut être que thérapeutique* »⁹⁸ conclut Hélène Patenaude.

⁹⁸ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 42.

2.4 Conclusion du cadre conceptuel.

Trois grands concepts ont été évoqués dans la partie théorique de ce travail : Soin, Relation soignant-soigné et Humour. Je peux constater que même en ayant traité, sur la forme, ces concepts indépendamment les uns des autres, il n'en demeure pas moins qu'ils sont étroitement liés, voire imbriqués.

Effectivement, après avoir identifié qui sont infirmiers et personnes soignées, j'ai pu développer le fait que ces deux personnes sont étroitement liées du point de vue des rapports humains. J'ai ainsi pu faire émerger de ce développement les concepts de relation de confiance ou encore de communication, ce dernier étant indispensable à toutes formes de relation. Par la suite, j'ai pu cibler, comme mode de communication entre la personne soignante et la personne soignée, l'humour. L'humour que beaucoup d'auteurs qualifient de force positive, en lien avec une notion de plaisir. Cet enchaînement m'a permis de rester en lien avec la situation de départ de ce travail qui relate une situation de soin au cours de laquelle un infirmier utilise l'humour comme moyen de communiquer auprès d'une personne soignée.

L'idée principale qui se dégage de l'intrication des concepts entre eux, est que l'usage de l'humour par le soignant auprès de la personne soignée est soumis à de multiples conditions qui favorisent son apparition. L'humour semble être contextuel. Mais, lorsque l'infirmier l'emploie correctement, il s'avère procurer de multiples effets positifs sur la personne soignée.

L'objectif de la suite de ce travail, va être de retourner de la théorie des soins à la pratique des soins. Je vais donc tenter de replacer les trois concepts précédemment développés dans la pratique infirmière et ainsi de les lier entre eux, ceci par le biais d'une enquête de terrain auprès d'infirmiers diplômés d'état.

3 CADRE EMPIRIQUE

Comme j'ai pu l'évoquer dans l'introduction de ce travail, la démarche de recherche à pour but de confronter la théorie et la pratique afin de percevoir avec réalité les tenants et aboutissants d'un sujet en situation de soin. J'ai pu détailler, dans la partie précédente, trois thèmes principaux qui sont : le soin, la relation soignant-soigné et l'humour.

L'objectif de la partie suivante de ce travail, va être de replacer ces trois thèmes dans le « faire » de la profession d'infirmier. Je vais ici « sortir » ces concepts des livres, pour identifier leurs places dans le soin et la façon dont ils sont perçus et pensés par les professionnels de santé.

3.1 Les outils d'enquêtes.

3.1.1 Choix de l'outil d'enquête.

L'humour dans le soin est un sujet d'une infinie subjectivité puisque, comme évoqué dans la théorie, infirmier et personne soignée sont tous deux des êtres uniques avec leurs propres sentiments, perceptions, et de ce fait, la relation entre eux est tout aussi unique et singulière. De plus, j'ai pu également voir avec quelle complexité se construit l'humour et la multitude d'effets qu'il peut avoir sur la personne soignée.

Le but de mon enquête, depuis la situation de départ, ne cherche en aucun cas une réponse quantitative à ce sujet : « X% des infirmiers interrogés disent utiliser l'humour dans leurs soins ». Bien que probablement intéressant, ce n'est pas l'objet de ma recherche.

Etant donné tout l'aspect subjectif et contextuel du sujet que j'ai choisi, le choix de l'entretien semi-directif comme outil d'enquête me semble être le plus approprié pour capter toutes les nuances dans le propos de l'infirmier. Cet outil lui permettra, je pense, une meilleure expression de son vécu émotionnel. Bien mieux qu'un questionnaire qui reste plus impersonnel et ne laisse que peu de place à la nuance. L'objectif est ici de saisir un ou plusieurs « bout(s) » de ce qui semble être insaisissable par le biais d'une interaction directe entre le professionnel infirmier et moi-même.

3.1.2 Choix de la population interrogée.

Lorsque j'en suis arrivé, dans l'avancée de mon travail, à envoyer des lettres de demandes d'entretien dans différentes structures de santé, j'avoue ne pas avoir réellement eu d'exigences particulières sur l'instant quant à la nature des lieux et des personnes à interroger par rapport au thème de l'humour dans les soins.

Ma réflexion est que l'humour n'est pas un sujet spécifique et propre à une « branche » du métier d'infirmier contrairement à d'autres sujets plus ciblés comme le don d'organe ou la contention physique en psychiatrie par exemple. Ce postulat m'a volontairement poussé à cultiver la diversité des structures de soins destinataires de mes demandes d'entretien. Ceci en gardant tout de même à l'esprit que le concept de relation de confiance est un concept qui s'inscrit dans une temporalité plus ou moins longue. J'ai donc tout de même ciblé pour mes demandes d'entretien des lieux qui accueillent les patients sur des durées très variables.

3.1.3 Déroulement des entretiens.

Ainsi, deux structures ont répondu favorablement à mes demandes d'entretien. La première est un cabinet infirmier libéral. J'ai interrogé au sein de ce cabinet un infirmier de 42ans, en dehors de ses heures de travail (l'infirmier étant en repos ce jour là). L'entretien a duré 15min 40 et s'est déroulé à mon domicile, dans une pièce close où nous n'avons pas été dérangés. L'infirmier s'est montré très intéressé par mon sujet.

La seconde structure à m'avoir répondu favorablement est un service de médecine physique et de réadaptation. La cadre de santé de ce service m'a mis en relation avec une infirmière qu'elle a « sélectionnée » elle-même, au regard du sujet que je traite. Cette infirmière de 45ans s'est immédiatement montrée intéressée par mon sujet. Tellement intéressée qu'elle a d'ailleurs pris sur son temps de vacances pour répondre à mes questions. L'entretien a duré 14min 10 et s'est déroulé au sein de la structure où travaille l'infirmière, dans une salle de réunion close où nous n'avons pas été dérangés.

J'approfondirai davantage la présentation des infirmiers interrogés dans l'analyse de ces deux entretiens. Cependant, je peux tout de même mettre en évidence la diversité de ces deux

rencontres au regard de quelques éléments tel que le mode d'exercice (intra hospitalier et extrahospitalier), ou encore le sexe du professionnel interrogé (masculin, féminin). Ces différences sont autant de variables pouvant influencer sur la relation soignant-soigné et la pratique de l'humour.

Par ailleurs, pour mener à bien l'exploitation des propos des deux infirmiers interrogés, j'ai établi une grille d'entretien⁹⁹ permettant de recentrer la réflexion de la personne questionnée dans sa pratique vers les différents thèmes du cadre conceptuel. Le but n'est pas ici d'orienter leurs réponses mais bien de centrer ou recentrer la réflexion des professionnels vers le sujet de ce mémoire. Ce qui facilitera le travail de confrontation entre cadre théorique et cadre empirique.

3.2 Analyse des entretiens.

Pour procéder à l'analyse de ces deux entretiens, j'établirai par la suite un tableau comparatif entre les propos des deux professionnels de santé. Pour faciliter la lecture de ce tableau, je nommerai l'Infirmier Diplômé d'Etat travaillant en cabinet libéral : IDE1. Et l'infirmière travaillant en médecine physique et de réadaptation : IDE2 (bien que ce procédé soit relativement dépersonnalisant).

Le tableau qui suit s'organise en deux parties : la première présente les deux IDE et permet ainsi de mettre en relief leurs points communs et différences. La deuxième partie porte, quant à elle, sur les thèmes abordés au cours de l'entretien, le résumé des réponses des professionnels sur ces thèmes et permet ainsi leur comparaison.

Note : l'ensemble des citations figurants dans la première colonne du tableau ci dessous sont extraites de l'ANNEXE N°2, c'est-à-dire de la retranscription de l'entretien que j'ai réalisé avec l'infirmier libéral, Mr. C.

De même que l'ensemble des citations de la deuxième colonne sont extraites de l'ANNEXE N°3, soit de la retranscription de l'entretien réalisé avec Mme. B, infirmière en médecine physique.

⁹⁹ Consulter ANNEXE N°1

| RESUME DES ENTRETIENS PAR THEMES | |
|---|---|
| IDE1 | IDE2 |
| Parcours du professionnel de santé et nature du lieu d'exercice | |
| Identité, parcours professionnel | |
| <p>Sexe : homme. Age : 42ans. Infirmier depuis 12 ans. A exercé 3 ans en psychiatrie puis 9 ans successivement dans 4 cabinets infirmiers libéraux différents. Travail dans son cabinet actuel depuis 3ans.</p> | <p>Sexe : femme. Age : 45ans. Ancienne aide-soignante durant 14 ans, est devenue infirmière il y a 7 ans. Travail depuis l'obtention de son diplôme dans le même centre de soin qu'aujourd'hui : un centre de médecine physique et rééducation.</p> |
| Nature du lieu d'exercice, population rencontrée et soins pratiqués | |
| <p>Cabinet infirmier libéral dans un quartier défavorisé. Population en majorité d'origine immigrée, au registre social difficile. Egalement beaucoup de personnes vieillissantes. La durée de prise en charge est variable : de quelques semaines à plusieurs années. Les soins sont essentiellement des soins de confort et d'hygiène bien que le cabinet pratique tous types de soins.</p> | <p>Centre de rééducation et de réadaptation. Population d'origine très diverse. Les pathologies rencontrées sont essentiellement des pathologies neurologiques (AVC, SEP) mais également des traumatologies diverses (genoux, épaules etc.). Durée du séjour variable de 4 semaines à 1an. Les soins pratiqués sont de tous types : soins éducatifs, relationnels, et techniques.</p> |
| Thèmes abordés en rapport avec le cadre conceptuel du TFE | |
| La place de la relation dans le soin | |
| <p>L'IDE1 explique que l'exercice de la profession infirmier à domicile induit une « relation de proximité » avec le patient. Il</p> | <p>L'IDE2 évoque immédiatement la confiance : « tu ne peux pas travailler sans qu'il y ait la confiance du patient, ça c'est</p> |

| | |
|---|--|
| <p>évoqué des « <i>relations qui sont assez imbriquées</i> » ; « <i>proche</i> ». L'IDE1 qualifie même la relation soignant soignée « <i>d'une certaine façon amicale</i> », bien qu'il précise que qu'il ne fait « <i>pas parti de leurs familles</i> » ou même de leurs amis mais de leur « <i>entourage</i> ». Il ajoute que de cette proximité qu'induit le domicile découle une relation de confiance. L'infirmier connaît « <i>leurs (aux patients) petites manières, leurs façon de fonctionner</i> » et même certaines choses que les familles ignorent. Il évoque par ailleurs, le recule que peut avoir le soignant par rapport aux familles : « <i>on n'est pas dans l'émotif en fait</i> ».</p> | <p><i>primordial [...]</i> ». Elle explique aussi que la relation s'inscrit dans la temporalité : « <i>la relation se fait au fil des jours en fait</i> ». Pour l'IDE2 la relation de confiance est un soin. Elle mentionne également le concept d'accompagnement : « <i>la satisfaction qu'on a c'est qu'on a essayé de l'accompagner au mieux dans sa démarche</i> ». « <i>l'</i> » étant le patient. Elle parle de l'accompagnement du patient dans son projet de vie. Elle évoque également que l'infirmier se doit de « <i>s'adapter</i> » à la personne soignée pour l'accompagner au mieux.</p> |
|---|--|

La place de l'humour dans le soin

| | |
|--|---|
| <p>L'IDE 1 pense « <i>faire partie des gens qui font beaucoup d'humour avec les patients</i> ». Il explique pratiquer l'humour avec « <i>des chroniques</i> » comme avec des nouveaux patients : « <i>[...] Même des patients que je ne connais pas forcément, ou qu'on a que ponctuellement</i> ». Il nuance malgré tout ses propos : « <i>L'humour est plus dur à pratiquer aussi avec des gens qu'on fréquente moins. Qu'on connaît moins</i> » ; « <i>je pense que l'humour se fait mieux avec quelqu'un avec qui on a un bon relationnel, [...] une bonne confiance</i> ». De plus Il définit l'humour comme un mode de communication</p> | <p>Cette IDE pratique également beaucoup l'humour auprès des personnes soignées : « <i>Moi je l'utilise beaucoup en fait</i> ». Elle explique quasi-immédiatement qu'elle ne le pratique pas dans les premiers temps de la prise en charge d'un patient : « <i>C'est pas du jour au lendemain (que l'humour se fait)</i> ». Pour l'IDE2, l'humour est uniquement la conséquence d'une relation de confiance déjà établie, et répond par la négative lorsque je lui demande si ce peut être le contraire. L'IDE2 fait un parallèle intéressant quant à l'usage de l'humour : « <i>Après t'as des patients qui vont être tout</i></p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>important pour lui : « <i>Ca fait partie vraiment [...] de ma personnalité, de comment je suis quand j'aborde les gens</i> ». Pour lui, « <i>l'humour est une façon d'être du soignant [...] quand vous faites de l'humour c'est que vous êtes positif, c'est que vous allez de l'avant</i> ». Il insiste quant à la place de l'humour dans le soin : « <i>Ah ben l'humour permet vraiment d'avoir de vrais rapports humains avec les gens</i> » ; « <i>ça crée un lien qui est important si on veut soigner correctement</i> ». Il semblerait ici que l'humour soit du soin pour l'IDE1.</p> | <p><i>de suite dans l'humour donc toi, hop, tu, tu accroche les wagons derrière. [...] Mais bon ça après c'est une relation de confiance quoi en fait</i> ». Il semblerait ici pour l'infirmière, qu'il soit presque « logique » d'associer humour et relation de confiance. Elle évoque tout de même le fait que l'humour reste une composante du soin : « <i>[...] tu es là pour faire un soin, donc l'humour entre dans le soin en fait</i> ». L'humour n'est pas un « tout » pour l'IDE2 mais il s'imbrique dans une globalité : « <i>L'humour ne fait pas tout, il ne soigne pas</i> ».</p> |
|--|--|

L'Humour dans la relation soignant soigné

| | |
|--|---|
| <p>Pour l'infirmier, l'humour semble donc être possible au début d'une prise en charge comme sur le long terme, mais il ajoute que l'humour « <i>va se mettre en place petit à petit et [...] va être complètement naturel au bout d'un moment</i> ». Il compare d'ailleurs l'humour aux habitudes : « <i>L'humour est un dosage [...] comme les habitudes !</i> ». Pour lui l'humour évolue au fur et à mesure que la relation de soin évolue. En somme, pour lui « <i>l'humour peut permettre la relation de confiance</i> » mais également conforter une relation déjà existante.</p> <p>De plus l'infirmier évoque que l'on peut rire de tout mais pas à n'importe quel moment :</p> | <p>L'IDE2, tout au long de l'entretien, met beaucoup en avant la notion de personne soignée dans la pratique de l'humour. Pour elle, elle est la composante principale de l'apparition de l'humour dans le soin : « <i>tu as des patients qui sont réceptifs ou pas du tout</i> » ; « <i>C'est une question de personne [...] tout le monde n'apprécie pas l'humour quoi</i> ». Dans son discours elle évoquera même la notion d'identité de la personne soignante et de la personne soignée : « <i>Après voilà, tu as la blouse mais tu reste toi quoi en fait ! C'est pas parce que t'as la blouse que voilà tu es euh... au dessus, [...] tu restes une personne avec tes défauts et tes</i></p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p>« il y a des moments où les gens ne peuvent pas entendre certaines choses » ; « ils ne sont pas prêts » Il évoque l'impossibilité de l'humour lorsque les patients sont « dans l'affolement de leur pathologie ou qui viennent d'apprendre quelque chose de difficile [...] ». Il évoque également ne pas pouvoir le faire avec n'importe qui. Effectivement, il met aussi en avant la notion de culture qui peut représenter une difficulté quant à l'utilisation de l'humour : « y'a des références, euh, humoristiques qu'on ne peut pas faire sur une culture qu'on ne maîtrise pas ». Il évoque les « normes » des personnes. Néanmoins, l'IDE1 explique pouvoir rire de tout « je suis quelqu'un qui fait beaucoup de l'humour, même sur leurs pathologies, même sur le fait des fois qu'ils aillent moins bien » ; « même des choses très graves qui peuvent correspondre des fois sur le décès, sur la fin de vie ».</p> <p>L'infirmier m'explique qu'il faut « savoir mesurer l'humour qu'on peut faire avec la personne ». Pour lui, cela relève de l'intuition du soignant : « vous sentez la personne prête à recevoir cet humour ».</p> <p>En outre, pour l'IDE1 l'humour ne remet pas en cause la distance professionnelle justement grâce à cette capacité de « mesurer » l'humour : « on reste toujours</p> | <p>qualités, voilà » ; « Après le patient c'est une personne à la base quoi ! Il est là en tant que patient mais c'est une personne il ne faut pas l'oublier ». Mais, l'infirmière explique également ne pas pratiquer le même humour d'une personne soignée à une autre : « Tu ne peux pas avoir le même humour avec telle ou telle personne. C'est propre à chacun [...] ». Par ailleurs, en plus de cette notion de personne, l'IDE2 explique que l'on ne peut pas rire de tout avec le patient : « Tu ne peux pas rire de tout [...] parce que leurs vies à eux elles s'écroulent quoi en fait [...] Ici dans le handicap tout s'effondre quoi ». Il semblerait que l'infirmière fasse référence, en parlant de handicap, à la souffrance qu'il génère ce qui limiterait l'usage de l'humour par le soignant. Elle explique également qu'il y a une notion de temps, de moment pour pratiquer l'humour dans les soins : « Il (l'humour) faut bien le caler à des moments bien précis ». Elle explique que l'humour qu'elle pratique reste un humour assez « léger » : « c'est pas non plus un humour comme je pourrais avoir avec ma famille » ; « On rigole des petites choses du quotidien en fait ».</p> <p>Par ailleurs, pour l'infirmière l'humour ne remet pas en cause la distance professionnelle entre le soignant et le</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p><i>les soignants et eux sont des personnes soignées » ; « on reste professionnel ». Il explique que les limites de l'humour sont « plus strictes » pour un soignant que pour un intime (famille, ami) de la personne soignée : « parce qu'on est aussi dans le respect de la personne ». En somme, pour l'infirmier interrogé l'humour se fait « surtout en connaissance du climat, du milieu et des gens ».</i></p> | <p>soigné sous certaines conditions : « Si tu sais ou tu peux aller et ne pas dépasser les limites c'est bon. C'est comme le tutoiement c'est pareil ». Lorsque je lui demande de préciser quelles sont ces limites l'IDE2 répond : « Le manque de respect, les dérapages ».</p> |
| <p>Les fonctions et effets de l'humour sur les personnes soignées</p> | |
| <p>L'infirmier évoque, de lui-même, le long de l'entretien plusieurs fonctions et effets que peut avoir l'humour pour la personne soignée : « ça détend » ; « ça vous permet de mieux appréhender la personne » ; « ça permet des fois de dire les choses, d'amener les choses » ; « ça fait réfléchir les gens et ça leur permet [...] de se booster » ; Lorsque je lui demande de me préciser le terme « booster » il me donne sa représentation de ce mot : « Faire sourire, mobiliser, donner envie de. Créer une forme d'élan vital ». Pour lui l'humour permet aussi au patient de « passer au-dessus et d'avancer » face à « des situations qui sont difficiles à vivre ». Il évoque également, lorsque l'intimité du patient est mise à mal que « l'humour permet à chacun de se détendre un petit peu ». L'IDE1 exprime</p> | <p>L'IDE2 évoque elle aussi le long de l'entretien de façon ponctuée les effets que peut avoir l'utilisation de l'humour dans sa pratique : « C'est juste un moment de répit quoi. C'est histoire de s'échapper, de s'évader juste un laps de temps, [...] par l'humour ». Elle reprendra d'ailleurs le mot « s'évader » plusieurs fois dans la conversation. Elle souligne d'autres fonctions de l'humour dans le soin : « Des fois tu arrives mieux à faire passer des choses par l'humour en fait. Et le patient accepte plus facilement par l'humour [...] » ; « Quand il y a un patient qui dérape ou quoi que ce soit, hop, je passe par l'humour et je lui fais comprendre qu'il a débordé ». Elle évoque ici un humour porteur de message : « Parce que des fois dire des choses trop abruptes, des fois ça</p> |

| | |
|---|--|
| <p>aussi le ressenti des patients lorsque l'humour est pratiqué dans une situation où il n'a pas lieu d'être : « <i>ils vont vous trouver complètement décalé et ce serait incongru</i> ». Mais d'une façon générale, le discours du professionnel reste dominé par l'aspect positif de l'humour dans le soin : « <i>L'humour a un impact, parce qu'il est fort des fois</i> ».</p> | <p><i>passé pas, par l'humour du coup c'est mieux accepté</i> ». Elle parlera par ailleurs d'un autre aspect de l'humour : « <i>Mais pour certain ça leur permet aussi de se booster, d'aller de l'avant</i> ». Elle ira même jusqu'à évoquer la notion de « besoin » d'humour : « <i>T'a des gens qui ont besoin, qui sont toujours dans l'humour [...] pour avancer dans la vie</i> ».</p> |
|---|--|

Je constate, dès lors, que ces deux entretiens présentent plusieurs points communs ainsi que plusieurs différences. L'ensemble des éléments qui se dégagent de ces deux entretiens, sera repris dans la mise en confrontation du cadre conceptuel avec le cadre empirique pour permettre de mettre en lumière ce qui se joue entre théorie et pratique.

4 CONFRONTATION CADRE CONCEPTUEL ET CADRE EMPIRIQUE

Pour faciliter la lecture de cette partie de mon travail de fin d'études, j'effectuerai la confrontation du cadre conceptuel et du cadre empirique en reprenant comme schéma les 4 thèmes émergents dans l'analyse des entretiens. Je pourrai ainsi mettre en évidence les points de convergence et de divergence entre la théorie explorée et les propos des infirmiers interrogés. Mais également, les nouveaux éléments, apportés par les professionnels de soin, à la théorie.

4.1 La place de la relation dans le soin.

Tout d'abord, j'ai constaté lors du déroulement de ces deux entretiens, qu'IDE1 et IDE2 sont deux professionnels différents. Outre leurs aspects physiques, sociaux ou comportementaux, ils ont une réflexion et un positionnement qui leur sont propres. Ceci fait le lien avec le cadre conceptuel où il a pu être mis en avant toute la singularité de la personne soignante. IDE1 et IDE2 sont tous deux dotés d'une identité¹⁰⁰ professionnelle, à laquelle ils font d'ailleurs référence dans leur vocabulaire : « *patients* »¹⁰¹ ; « *on reste professionnels* »¹⁰² ; « *Tu es là pour faire un soin* »¹⁰³. Mais, ils font aussi vivre, au travers de leurs discours, leur identité personnelle : « *Moi je [...]* »¹⁰⁴ ; « *Ca fait vraiment partie de ma personnalité* »¹⁰⁵ ; « *Après voilà, tu as la blouse mais tu restes toi quoi en fait ! [...]* tu restes une personne avec tes défauts et tes qualités, voilà » !¹⁰⁶

Concernant la place de la relation dans le soin, les deux infirmiers évoqueront des notions proches bien qu'elles soient légèrement différentes. L'IDE1 parle de relations « *de proximité* » ; « *imbriquées* » ; « *proches* » ; « *d'une certaine façon amicales* » avec le patient.

¹⁰⁰ Evoqué dans : « 2.1.2.3 Derrière la blouse, l'être humain... ».

¹⁰¹ Cf. ANNEXE N°2 et 3.

¹⁰² Cf. ANNEXE N°2.

¹⁰³ Cf. ANNEXE N°3.

¹⁰⁴ Cf. ANNEXE N°2.

¹⁰⁵ Cf. ANNEXE N°2.

¹⁰⁶ Cf. ANNEXE N°3.

L'IDE2, pour sa part, parle directement et explicitement de l'importance de la relation de confiance dans le soin : « [...] *c'est primordial* ». Ces notions font écho avec celle évoquée dans le cadre conceptuel : la relation de confiance¹⁰⁷. Les paroles des infirmiers confirment que la relation infirmier-personne soignée est une composante centrale de la profession infirmier¹⁰⁸.

Par ailleurs, l'IDE2 met en avant des éléments nouveaux quant au thème de la place de la relation dans le soin. Elle évoque le concept d'accompagnement ou encore celui d'adaptation à la personne soignée.

4.2 La place de l'humour dans le soin.

Les deux infirmiers interrogés affirment beaucoup pratiquer l'humour auprès des personnes en demande de soin. Là où leurs propos divergent, c'est lorsqu'ils abordent la place de l'humour dans le soin :

Pour l'IDE1, l'humour se positionne aussi bien dès les premiers contacts avec le patient qu'au bout d'un certain temps. Bien qu'il explique que l'usage de l'humour soit tout de même « *plus dur à pratiquer [...] avec des gens qu'on fréquente moins* ». Ce que dit l'IDE1 rejoint globalement le contenu du cadre conceptuel : l'humour est à la fois créateur (en partie) de la relation de soin¹⁰⁹ mais aussi conséquence d'une relation de soin déjà établie¹¹⁰ : « *Une relation de confiance devrait être théoriquement présente comme antécédent d'humour* »¹¹¹.

La vision de l'IDE2 diverge de celle de l'IDE1 et de ce qui est exprimé dans le cadre conceptuel. Pour elle, l'humour est uniquement une conséquence de la relation de confiance et me répond que ce ne peut être l'inverse. Ceci est d'ailleurs dans le prolongement de sa vision évoquée précédemment, lorsqu'elle met en avant l'importance de la relation de confiance dans le soin « *tu ne peux pas travailler sans qu'il y ait la confiance du patient [...]* ».

Je m'aperçois ici que l'usage de l'humour auprès du patient, par rapport à la relation soignant-soigné instaurée, n'est pas le même d'un professionnel de santé à l'autre.

¹⁰⁷ Evoqué dans : « 2.2.3 La relation : Une histoire de confiance. ».

¹⁰⁸ Evoqué dans : « 2.2.2.1 ...au cœur de la profession infirmier. ».

¹⁰⁹ Evoqué dans : « 2.3.3.3 L'humour crée, conforte une relation de confiance ».

¹¹⁰ Evoqué dans : « 2.3.3.1 Les conditions d'apparition de l'humour dans le soin... ».

¹¹¹ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., *L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature*, Dans RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n°85, juin 2006, p. 40.

Par ailleurs, il semblerait également que la place qu'occupe l'humour dans le soin ne soit pas la même d'un soignant à l'autre. En effet, IDE1 et IDE2 viennent tout deux apporter des éléments nouveaux que la théorie ne peut réellement apporter seule : leur ressenti et impression concernant la place de l'humour dans le soin.

Pour l'infirmier libéral (IDE1), l'humour est soignant : « [...] *l'humour permet vraiment d'avoir de vrais rapports humains avec les gens* » ; « [...] *ça crée un lien qui est important si on veut soigner correctement.* ». Pour lui, il semblerait que l'humour permette d'être dans le soin. Il qualifie d'ailleurs l'humour comme étant « *une façon d'être du soignant [...] quand vous faites de l'humour c'est que vous êtes positif, c'est que vous allez de l'avant* ». Ces propos ne sont pas sans rappeler les pensées de Freud et Sibony¹¹² quant au caractère positif qu'a l'humour. La vision de l'IDE2 est tout autre. Pour elle, l'humour semble davantage se définir comme étant une partie du soin : « [...] *tu es là pour faire un soin, donc l'humour entre dans le soin en fait* ». L'humour paraît, pour cette infirmière, s'inscrire dans une globalité et n'est pas soignant à lui seul : « *L'humour ne fait pas tout, il ne soigne pas* ».

Je mesure ici toute les nuances qui peuvent se dégager des propos des infirmiers concernant la place qu'occupe l'humour dans le soin. Ces nuances révèlent ici les différents points de vue qui animent les deux professionnels de santé. L'un pense que l'humour est un soin, l'autre pense qu'il entre dans le soin mais n'en est pas un en lui-même.

4.3 L'humour dans la relation soignant-soigné.

Ce thème regroupe les éléments évoqués par les deux infirmiers interrogés qui pourrait servir de réponse à la question : Dans le contexte des soins, peut-on rire de tout, avec n'importe qui et à n'importe quel moment ? (même si cette question n'a pas été formulée clairement de cette façon lors des entretiens).

L'IDE1 explique pouvoir rire de tout avec le patient : « *même des choses très graves qui peuvent correspondre des fois sur le décès, sur la fin de vie* ». Ce qui n'est pas le cas de

¹¹² Evoqué dans : « 2.3.2 Approche conceptuelle de l'humour. ».

l'IDE2 qui explique pratiquer un humour assez « léger » : « *On rigole des petites choses du quotidien en fait* ». Ceci me renvoie à l'idée que l'humour est très personnel.¹¹³

En revanche, l'IDE1 et l'IDE2 s'accordent sur le fait qu'il existe une notion de moment et de personne pour pratiquer l'humour. L'IDE1 explique que l'on ne peut utiliser l'humour lorsque le patient est en situation de crise, lorsque qu'il est « *dans l'effolement de sa pathologie* ». Ceci rejoint les propos¹¹⁴ d'Hélène Patenaude évoqués dans la théorie :

*« Certaines conditions reliées à la personne soignée indiquent que l'humour est inapproprié. Ces conditions sont reliées à l'état de la personne ou à la situation de crise dans laquelle elle se trouve et à certaines caractéristiques personnelles [...] Lors d'une phase critique sur le plan physique, lors d'anxiété ou de stress élevé, lors de douleur intense ou abdominale, chez une personne psychotique, l'humour peut être inapproprié [...] »*¹¹⁵.

L'IDE2 évoque également cette notion de moment et vient confirmer la citation ci-dessus : « *Il faut bien le caler à des moments bien précis* » ; « *Tu ne peux pas rire de tout parce que leurs vies à eux elles s'écroulent [...] ici dans le handicap tout s'effondre quoi* ».

Par ailleurs, l'IDE2 insiste beaucoup sur la notion de personne dans l'emploi de l'humour dans le soin. Ceci transparaît tout le long de l'entretien : « *Tu ne peux pas avoir le même humour avec telle ou telle personne. C'est propre à chacun [...]* ». Elle aborde dans son discours plusieurs notions abordées dans le cadre théorique telle que l'identité de la personne soignée : « *Après le patient c'est une personne à la base quoi ! Il est là en tant que patient mais c'est une personne il ne faut pas l'oublier* ». Cette idée rejoint celle évoquée par Marie Françoise Collière : « *Toute situation de soins est en soi une situation anthropologique* »¹¹⁶. L'IDE1 vient nourrir ce qui est précédemment évoqué en exprimant sa difficulté de pratiquer l'humour auprès des personnes dont la culture est différente de la sienne. Le patient est bien ici considéré comme un homme dans sa totalité, dans l'ensemble de ses dimensions (biologiques, sociales, culturelles etc.) comme étudié dans la théorie des soins¹¹⁷.

Même si les deux infirmiers n'usent pas du même humour auprès de leurs patients, il n'en demeure pas moins qu'ils s'accordent sur la question de personne et de moment pour

¹¹³ Evoqué dans : « 2.3.3 Le contexte des soins. ».

¹¹⁴ Evoqué dans : « 2.3.3.2 ... mal identifiés peuvent conduire à des effets négatifs. ».

¹¹⁵ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 39.

¹¹⁶ COLLIÈRE M. F., *Soigner... Le premier art de la vie*, InterEdition, Paris, Masson, 2001, p. 152 [Evoqué dans : « 2.1.3.3 Derrière la chemise d'hôpital, un être humain fait de droits. »].

¹¹⁷ Evoqué dans : « 2.1.3.3 Derrière la chemise d'hôpital, un être humain fait de droits. ».

pratiquer l'humour. Ceci vient confirmer ce que j'ai pu développer dans le cadre conceptuel : « [...] l'humour dans les soins est contextuel, situationnel et spontané. Il surgit de situations ordinaires, inspiré par les circonstances du moment, des interactions »¹¹⁸ ; « Personnalité et sens de l'humour sont intimement liés. [...] »¹¹⁹. En théorie comme en pratique, l'humour entre infirmier et personne soignée s'inscrit dans un contexte.

Par ailleurs, en plus du contexte, l'apparition de l'humour relève également du « bon sens » infirmier. C'est en tout cas ce que j'ai mis en évidence dans la théorie des soins : « Introduire l'humour est fonction de saisir le bon moment et de relever des indices, d'évaluer la situation [...]. Toutefois l'expérience de l'infirmière vient moduler sa perception quant à ce qui est jugé approprié et inapproprié »¹²⁰. La théorie est ici encore confortée par la pratique. L'IDE1 explique de lui-même qu'il est important de « savoir mesurer l'humour [...] » ; « [...] parce que vous le sentez aussi, vous sentez la personne prête à recevoir cet humour ». Pour lui, l'infirmier sent que la personne est prête à recevoir l'humour de la part du soignant. Je peux ici faire un parallèle avec l'importance des sens¹²¹ de l'homme qui lui permettent de capter son environnement et ainsi, combinés à une sorte d'intuition, lui permettent de saisir la personne soignée dans son environnement et sa capacité à accueillir ce qui est drôle ou amusant.

Enfin, les infirmiers viennent apporter des éléments nouveaux dans cette confrontation entre théorie et pratique. Effectivement, pour eux, l'usage de l'humour dans le soin ne semble pas remettre en question la distance professionnelle qui incombe à la profession. Cette question de la distance professionnelle est abordée dans la partie « L'humour fait oublier la blouse »¹²² où j'ai pu mettre en relief le fait que l'humour peut parfois créer un sentiment de rapprochement entre infirmier et personne soignée par une interaction plus simplifiée, plus humaine encore. IDE1 et IDE2 emploient tous deux le terme de « respect »¹²³. Pour eux, l'humour trouve ses limites lorsque son emploi représente un manque de respect de la personne soignée. Ce qui rappelle le concept « d'acceptation positive inconditionnelle de

¹¹⁸ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., Op-cit, p. 36.

¹¹⁹ Ibid. p. 39.

¹²⁰ Expérience de TORNTON J. et WHITE A., 1999 expliqué par PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L. Op-cit, 2006, p.39.

¹²¹ Evoqué dans : « 2.2.2.2 Une relation pleine de sens... ».

¹²² Evoqué dans : « 2.3.3.3 Les effets positifs de l'humour sur le patient dans les soins. ».

¹²³ Cf. ANNEXE N°2 et 3.

l'autre »¹²⁴, évoqué par Alexandre Manoukian, qui stipule que l'infirmier doit se garder de toute forme de jugement de valeur envers le patient.

4.4 Les fonctions et effets de l'humour sur les personnes soignées.

Je commencerai cette dernière partie de confrontation théorique et empirique en développant les effets négatifs que peut avoir l'humour dans le soin, puis je passerai aux effets positifs.

Seul l'IDE1 explique quelle peut être la réaction d'un patient lorsque l'infirmier utilise un humour inapproprié compte tenu du contexte des soins : « *ils vont vous trouver complètement décalé et ce serait incongrue* ». Cette phrase me rappelle combien l'humour dans les soins dépend d'une multitude d'éléments propres à la personne soignée, son environnement, son ressenti¹²⁵ etc.

Néanmoins, les deux infirmiers interrogés dans cette enquête, argumentent très majoritairement l'emploi de l'humour dans leurs pratiques, en expliquant les retombées positives qu'il a sur le patient. Ce qu'ils évoquent est très semblable à la liste des effets positifs de l'humour que j'ai pu établir au travers des références théoriques de ce travail :

L'humour « apaise » les émotions, met à l'aise : « *ça détend* »¹²⁶ ; « [...] *l'humour permet à chacun de se détendre un petit peu* »¹²⁷.

L'humour crée, conforte une relation de confiance : « [...] *ça vous permet de mieux appréhender la personne* »¹²⁸ ; « *Je suis quelqu'un qui permet de faire de l'humour [...] parce que ça crée justement un climat de confiance [...]* »¹²⁹.

L'humour fait oublier la blouse : « *C'est juste un moment de répit quoi. C'est histoire de s'échapper, de s'évader juste un laps de temps, [...] par l'humour* »¹³⁰.

L'humour mobilise les forces de vie : Les deux infirmiers emploient dans cette fonction de l'humour un même mot : « *Booster* ». Ils précisent tout deux ce qui se cache derrière ce

¹²⁴ Evoqué dans : « 2.2.3 La relation : Une histoire de confiance. ».

¹²⁵ Evoqué dans : « 2.3.3.1 Les conditions d'apparition de l'humour dans le soin... ».

¹²⁶ Cf. ANNEXE N°2.

¹²⁷ Cf. ANNEXE N°2.

¹²⁸ Cf. ANNEXE N°2.

¹²⁹ Cf. ANNEXE N°2.

¹³⁰ Cf. ANNEXE N°3.

terme : « *Faire sourire, mobiliser, donner envie de. Créer une forme d'élan vital* »¹³¹ ; « *Mais pour certain ça leur permet aussi de se booster, d'aller de l'avant* »¹³². L'IDE2 ira même jusqu'à apporter une précision nouvelle en évoquant le Besoin d'humour du patient : « *T'as des gens qui ont besoin, qui sont toujours dans l'humour [...] pour avancer dans la vie* ».

L'humour valorise la personne soignée : « *[...] parce qu'il y a quand même des situations qui sont difficiles à vivre et faire de l'humour dessus permet des fois de... de passer au dessus et d'avancer* »¹³³.

L'humour porteur de message : « *ça permet des fois de dire les choses, d'amener les choses* »¹³⁴ ; « *ça fait réfléchir les gens [...]* »¹³⁵ ; « *Des fois tu arrives mieux à faire passer des choses par l'humour en fait. Et le patient accepte plus facilement par l'humour [...]* »¹³⁶ ; « *Parce que des fois dire des choses trop abruptes, des fois ça passe pas, par l'humour du coup c'est mieux accepté* »¹³⁷.

Je constate, que la pratique des infirmiers ne s'éloigne pas de la théorie des soins. Ils évoquent tous deux, sensiblement les mêmes fonctions que peut jouer l'humour auprès de la personne malade.

4.5 Conclusion de la confrontation théorique et empirique

Quatre thèmes ont été évoqués dans cette confrontation, et plusieurs éléments peuvent être mis en relief. Je m'aperçois qu'IDE1 et IDE2 sont tous deux des personnes singulières faisant vivre au travers de leurs discours leurs identités professionnelles mais aussi personnelles. Ils évoquent le concept de relation de confiance, développé dans la théorie, comme lien entre infirmier et personne soignée. Ils abordent aussi d'autres concepts, tel que celui d'accompagnement ou d'adaptation au patient, en complément de la relation de confiance. Par ailleurs, les deux infirmiers interrogés expliquent beaucoup utiliser l'humour dans les soins. Pour l'IDE1, l'humour est à la fois cause et conséquence de la relation de confiance,

¹³¹ Cf. ANNEXE N°2.

¹³² Cf. ANNEXE N°3.

¹³³ Cf. ANNEXE N°2.

¹³⁴ Cf. ANNEXE N°2.

¹³⁵ Cf. ANNEXE N°2.

¹³⁶ Cf. ANNEXE N°3.

¹³⁷ Cf. ANNEXE N°3.

alors qu'il est, pour l'IDE2, uniquement une conséquence de cette relation. Je réalise ici que l'utilisation de l'humour dans le soin dépend du professionnel de santé qui l'emploie. D'autant que ces deux professionnels apportent une vision différente de la place de l'humour dans le soin : Pour l'un, il permet au professionnel d'être dans le soin ; pour l'autre, l'humour, à lui seul, n'est pas soignant mais il s'inscrit dans un ensemble de pratiques de soins. L'IDE1 explique de plus que l'humour est une force positive qui permet d'aller de l'avant, ce qui conforte ce que j'ai pu développer dans le cadre conceptuel.

Concernant le thème de la place de l'humour dans la relation de soin, IDE1 et IDE2, en plus de ne pas employer l'humour au même stade de la prise en charge d'un patient (comme développé ci-dessus), n'emploient pas le même type d'humour : l'une rit avec le patient de sujets « légers », qui touchent le quotidien ; l'autre, explique pouvoir rire de tout avec le patient, même de sujets sérieux, voir graves. Ces différents emplois, ici encore, me confortent dans l'idée que l'humour est éminemment personnel. De plus, les deux professionnels de santé confirment également ce qui a pu être développé dans le cadre conceptuel : l'usage de l'humour dans les soins dépend des personnes soignées (personnalité, culture, âge, etc.) et du moment (situation de crise pour le patient, douleur etc.). Recherche théorique et recherche empirique s'accordent sur l'aspect contextuel et situationnel de l'humour entre infirmier et patient. C'est d'ailleurs toute la composante contextuelle de l'humour qui fait dire à l'IDE1 qu'un soignant doit savoir « mesurer » l'humour dans une situation donnée. Là encore, la pratique vient soutenir la théorie ou j'ai pu comprendre que l'humour doit être pratiqué sous certaines précautions de l'infirmier, car il (l'humour) est soumis à des normes et des valeurs.

En outre, les infirmiers viennent tous deux nourrir la théorie des soins par l'apport d'un nouvel élément de réflexion concernant la place de l'humour dans le soin. Effectivement, ils ont une réponse unanime quant au fait que l'humour ne remet pas en cause la distance professionnelle entre soignant et soigné. Ils évoquent le concept de « respect » de la personne soignée. Cette question de la distance professionnelle fût évoquée dans le cadre conceptuel lorsque j'ai développé le caractère « humanisant » que peut avoir l'humour intégré aux soins.

Enfin, les effets et fonctions de l'humour dans le soin, évoqués par les professionnels interrogés, sont sensiblement les mêmes que ceux décelés dans le cadre conceptuel.

5 PROBLEMATIQUE

Après avoir apporté une exploration possible à la question « En quoi l'humour utilisé par l'infirmier influe sur la relation de soin avec le patient ? » j'ai pu être amené à voir dans le cadre conceptuel développé, que l'humour, intégré aux soins, peut permettre de mettre de côté les rôles sociaux entre une personne soignante et une personne soignée. En effet, l'objet de rencontre, qui est la maladie ou la souffrance, impose à l'infirmier et au patient des rôles sociaux, qui peuvent (peut-être) créer un sentiment de « hiérarchie »¹³⁸.

L'infirmière Hélène Patenaude y fait d'ailleurs beaucoup référence : « *Selon des infirmières, l'humour sert à briser les barrières entre l'infirmière et le patient, à briser la glace. Le patient perçoit de la chaleur, de l'attention à sa personne, de la compassion. Pour des patients, l'humour améliore le contact car si l'infirmière a le sens de l'humour, elle est perçue comme étant plus facile d'approche.* »¹³⁹.

Cela voudrait alors signifier, que l'humour aurait hypothétiquement la propriété d'aplanir cette « hiérarchie des rôles sociaux » et permettre à l'infirmier d'être au plus prêt des besoins du patient. Représente-t-il un outil fort pour construire ou conforter une relation de proximité avec le patient ? D'être davantage « authentique »¹⁴⁰ avec la personne soignée ?

Les propos des infirmiers interrogés dans la recherche empirique viennent compléter cette notion de proximité : pour eux (bien qu'ils ne représentent qu'un « mince » échantillon d'infirmier en terme d'effectif), l'humour ne remet pas en cause la distance professionnelle entre soignant et soigné et joue un rôle important dans la construction d'une relation de soin.

J'en viens ainsi à résumer l'ensemble de ces éléments en une nouvelle problématique : Dans quelles mesures l'humour influe-t-il sur le sentiment de proximité ressenti par un patient envers l'infirmier ?

¹³⁸ Cf. citation n°89.

¹³⁹ PATENAUDE H. HAMELIN BRABANT L., *L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature*, Dans RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS n°85, juin 2006, p. 41.

¹⁴⁰ Evoqué dans : « 2.2.3 La relation : Une histoire de confiance. » Les concepts d'Alexandre MANOUKIAN.

6 HYPOTHESE

Mon hypothèse face à cette problématique se construit au regard du cadre conceptuel et du cadre empirique. J'ai pu constater, au travers des multiples ouvrages que j'ai lu, que l'usage de l'humour par l'infirmier engage de nombreuses retombées positives sur la personne soignée. Ceci a été confirmé dans ma recherche « de terrain », où les deux infirmiers interrogés m'ont expliqué que l'humour peut être réellement bienveillant et ne remet pas en cause la distance professionnelle, dans la mesure, où il est emprunt de respect de la personne soignée.

Mon hypothèse est donc la suivante :

L'humour pratiqué par un infirmier permet de créer ou d'accroître, chez le patient, un sentiment de proximité avec l'infirmier, dans la mesure où cet humour est emprunt de respect.

7 MODULE OPTIONNEL

Cette partie du travail de fin d'études, appelée « module optionnel » a pour but d'approfondir le mode d'exercice de la profession d'infirmier en lien avec la situation de départ.

En l'occurrence, la situation décrite au début de ce travail se déroule dans un service de médecine neurologique dans un hôpital public. Je vais donc m'intéresser à l'exercice de l'infirmier dans la fonction publique hospitalière.

Rappelons que la fonction publique hospitalière est l'une des trois fonctions publiques avec la fonction publique territoriale et la fonction publique d'Etat. Elles sont régies par des dispositifs particuliers à caractères nationaux. D'un point de vue législatif, l'ensemble des fonctions publiques a vu son statut général unifié par la loi du 13 juillet 1983 tout en préservant les spécificités de chaque secteur (ce qui correspond au Titre IV pour les fonctionnaires hospitaliers). La loi du 9 janvier 1986 vient également compléter cette première sur l'exercice des emplois hospitaliers publics (hors personnel médical) ce qui concerne aujourd'hui un peu plus d'un million d'agents.

Outre l'aspect législatif, je peux également mettre en évidence les contraintes et exigences qu'impose ce mode d'exercice en fonction publique hospitalière pour un infirmier.

En effet, il existe, entre autres, la difficulté du recrutement. La gestion du personnel étant propre à chaque établissement, le recrutement, la notation et l'avancement sont décentralisés et relèvent uniquement du chef d'établissement. Pour l'infirmier, cela peut représenter un temps variable pour arriver à une titularisation, voire une impossibilité à être titularisé. Il existe également pour l'infirmier, dans son exercice, des contraintes budgétaires (Ex : Plan hôpital 2007 : tarification à l'activité). D'autres contraintes propres à la fonction publique existent : la nécessité de service, le rythme de travail parfois lourd, la gestion du temps de travail (manque de personnel, rapidité exigée, stress) et les impacts que cela peut avoir sur la vie personnelle.

Mais la fonction publique hospitalière présente également de nombreux avantages tels que la garantie de l'emploi (statut de fonctionnaire), les salaires répartis en grades et en échelons,

ainsi que des perspectives d'évolutions, en termes de spécialisation (IBODE, IADE, cadre de santé) ou encore en termes de diversité des services.

Ayant effectué un stage en médecine neurologique, j'ai pu me rendre compte, sur le terrain, de l'intérêt que je portais à cette spécialité. Les journées sont découpées en 8h de travail et l'infirmier prend en soin une quinzaine de patients, tous de conditions sociales différentes (principe républicain d'égalité aux soins). Les pathologies rencontrées sont essentiellement des AVC, sclérose en plaque, maladie de parkinson et tumeurs cérébrales. Des maladies souvent lourdes à vivre pour les patients qui nécessitent de la part de l'infirmier une prise en charge psychologique aussi importante qu'une prise en charge somatique de la personne soignée. C'est d'ailleurs dans le cadre de cette prise en charge « multidimensionnelle » que peut venir s'inscrire l'humour dans la pratique de l'infirmier : un humour de soutiens face à ces maladies lourdes ou face à des soins pénibles (mobilisation, sondages, électromyogrammes etc.). L'infirmier réalise donc un ensemble d'actes et d'activités complexes définis par son rôle propre et par son rôle sur prescription médicale. C'est pourquoi le travail d'un infirmier dans ce mode d'exercice s'inscrit toujours dans un travail pluridisciplinaire. J'ai ainsi noté que l'infirmier se doit d'avoir un étroit sens de la coopération avec les aides-soignants, l'équipe d'imagerie médicale, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, les psychologues, et de nombreux autres professionnels. Mais également un grand sens de la collaboration avec les médecins, spécialistes, chirurgiens et sa hiérarchie (cadre de santé, direction).

J'ai pu observer, et même vivre, toute la complexité du rôle de l'infirmier dans ce mode d'exercice. Les journées sont intenses et imprévisibles mais les richesses humaines apportées par les patients en valent largement la peine malgré les difficultés inhérentes à la profession. Je dirais donc que le dynamisme, la capacité d'adaptation, de résilience et de prise de décision ; ainsi que le sens des responsabilités et la capacité à travailler en équipe, sont des compétences requises par l'IDE pour s'épanouir dans cette spécialité. Ce mode d'exercice peut être un choix d'orientation pour moi dans ma future profession d'infirmier.

Conclusion générale

Au commencement de ce Travail de Fin d'Etude, je n'arrivais pas à me projeter quand à sa réalisation : je ne savais pas par quel « bout » l'attraper ou comment l'appréhender. Puis, au fur et à mesure que je progressais dans mes lectures, je me suis passionné par cette question de la place de l'humour dans le soin ; et ce qui semblait être un « devoir » (au sens d'une contrainte), est devenu un plaisir de l'intellect. J'ai ainsi découvert que l'humour, pratiqué par un infirmier, peut être défini comme un formidable « outil de soin », puisqu'il semble procurer au patient une certaine forme de plaisir, ou *a minima*, réduit les sentiments pénibles, tels que la gêne ou la souffrance. Il doit être cependant utilisé avec soin puisqu'il dépend d'un contexte qui tient compte du ressenti du patient, de l'histoire de sa maladie, de ses normes, de ses valeurs et de son identité.

Ce travail m'a ainsi permis de faire des liens entre la théorie des soins et la pratique de stage, qui reste à mon sens, indispensable pour comprendre, dans son entièreté, les enjeux d'une relation si personnelle entre une personne soignante et une personne soignée.

Je reste, malgré moi, un peu frustré par la fin de ce travail de fin d'étude : je me rends compte ici que plus mes connaissances augmentent plus je rentre en contact avec l'inconnu. Nous ne connaissons jamais tout, et c'est peut être d'ailleurs ce qui nous pousse à en savoir toujours plus. Ce travail m'a donné le goût d'aller, plus encore, au fond des sujets qui m'intéressent. Cette recherche sur l'humour, qui clôtüre en quelque sorte mes études infirmières, n'est que le début d'une longue démarche intellectuelle que je mènerai tout au long de ma carrière.

Je me qualifierai, après ce long travail, de la même façon que le poète David Katan qualifie l'humour : « une idiotie intelligente ». Intelligent de ce que je sais déjà, idiot de ce que j'apprendrai plus tard.

Bibliographie

- Ouvrages

COLLIERE Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris InterEdition, Masson, 2001, 456p.

FREUD Sigmund, *Le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient*, Paris, Gallimard (Folio) essais, 1992, 442p.

KARSENTI Bruno, *L'homme total – Sociologie, anthropologie, et philosophie chez Marcel Mauss*, Paris, PUF, 1997, 456p.

LAWLER Jocalyn, *La face caché des soins ; soins au corps, intimité et pratique soignante*. Paris, SeliArslan, 2002, 288p.

MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne, *La relation soignant-soigné*, série Relation soignant soigné, Lamarre, 3^{ème} édition, 2008, 223p.

MARMILLOUD Laure, *Soigner, un choix d'humanité*, Espace éthique, 2007, 128p.

MINISTERE DE LA SANTE, *Textes réglementaires, Exercice de la profession, Actes professionnels*, 2007.

NEWMAN GIGER Joyce, DAVIDHIZAR Ruth-Elaine, *Soins infirmiers interculturels – Recueil de données et actions de soins*, Lamarre, 1998, 308p.

RON L'INFRIMIER, *La chambre d'Albert Camus et autres nouvelles*, Editions Privé, Les Clandestins, 2006, 285p.

- Périodiques

BARTH Isabelle, « Quand l'humour contribue à la performance de la relation », in *Revue Internationale de Psychosociologie*, 2011, pp.103-122.

BENAROYO Lazare, « Soins, confiance et disponibilité. Les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas », in *Ethique & Santé* Vol 1, N° 2, Mai 2004, pp.60-63.

BIZOUARN Philippe, « Le médecin, le malade et la confiance », in *Ethique & Santé* Volume 5, numéro 3, Septembre 2008, pp.165-172.

BONARDI Christine, « L'humour : un kaléidoscope pour les sciences humaines ? », in *Le Journal des Psychologues*, n°269, juillet-aout 2009, pp.22-26.

BOURGEOIS Françoise, « Les soins relationnels », in *La revue de l'infirmière* Volume 61, N° 180 Avril 2012, pp.49-50.

MAISONNEUVE Jean, « Humour ou es-tu ? », in *Le Journal des Psychologues*, n°269, juillet-aout 2009, pp.27-29.

PATENAUDE Hélène. HAMELIN BRABANT Louise, « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature », in *Recherche en soins infirmiers* n°85, juin 2006, pp.36-45.

SABOURIN Romola, « Expression verbale et non verbale », in *L'aide-soignante* n°10, Novembre 1995 pp.16-19.

SALOME Jacques, « L'humour, un autre visage de l'humour », in *D'Ames & d'Hommes*, n°4, 1995, pp.22-23.

SIBONY Daniel, « Les sens de l'humour », in *Le Journal des Psychologues*, n°269, juillet-aout 2009, pp.30-35.

ZIMERMAN David, « L'humour dans nos groupes thérapeutiques », in *Revue De Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* n°44, Humour rire et groupe, 2005, pp.87-95.

- Dictionnaires et encyclopédies

[Collectif], *Dictionnaire Le petit Larousse illustré 2012*, Larousse, 2012, 1996p.

[Collectif], *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, Masson, 3^e édition, 2005.

- Documents non publiés

DOILLON Marie-Laure, « L'identité », cour en institut de formation en soins infirmiers, Soins relationnels, Valence, 2013.

- Sites Web

Citation « humour » EVENE : BEDOS Guy : Extrait du journal *les échos* 1987 :
<http://www.evene.fr/citations/mot.php?mot=guy%20bedos%20humour>

Citation « communication » EVENE : LACAN Jacques : Extrait des *Ecrits* 1966 :
<http://www.evene.fr/tout/le-langage-structure-tout-de-la-relation-inter-humaine>

Annexes

- ANNEXE N°1 : Guide d'entretien.
- ANNEXE N°2 : Entretien n°1 : Mr. C - Infirmier en cabinet libéral.
- ANNEXE N°3 : Entretien n°2 : Mme. B - Infirmière en centre de médecine physique et de réadaptation.

ANNEXE N°1 :**Guide d'entretien
L'humour dans le soin.**

| Questions relatives au professionnel interrogé : | |
|---|---|
| Question n°1 <i>Histoire, Parcours.</i> | Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ? <i>Questions Sous-jacentes (QSJ) : Sexe, âge, ancienneté dans la profession d'IDE.</i> |
| Question n°2 <i>Exercice professionnel.</i> | Quel est la nature du lieu où vous exercez votre métier d'IDE ? <i>QSJ : Types de population rencontrée, type de pathologies ; Durée moyenne du séjour / de la prise en charge ; Pratique de l'infirmier dans cette structure.</i> |
| Questions relatives au cadre théorique du travail de fin d'étude : | |
| Question n°1 <i>Relation.</i> | Pour vous, quelle est la place de la relation dans le soin ? <i>QSJ : La relation de confiance est-ce aussi du soin ? En quoi ? La relation avec le patient vous permet-elle de faire vivre vos valeurs personnelles et professionnelles ?</i> |
| Question n°2 <i>Humour.</i> | Dans votre pratique, utilisez-vous dans votre communication l'humour auprès des personnes soignées ? <i>QSJ : Est-ce un mode de communication comme un autre ? Utilisé fréquemment ? Peut-on rire de tout à tout instant avec la personne soignée ? Y'a-t-il une notion de contexte, de lieu, de personne (âge, culture), de moments ?</i> |
| Question n°3 <i>Relation, Humour.</i> | Dans votre pratique, pensez-vous que l'humour puisse favoriser et/ou défavoriser la relation avec le patient ? <i>QSJ : Est-ce l'humour qui contribue à la construction d'une relation soignant soignée ou est-ce l'inverse ? Humanise-t-il les rapports entre soignant et soigné ? Remet-il en question la distance professionnelle ?</i> |
| Question n°4 <i>Soins, Humour.</i> | Pensez-vous que l'humour puisse avoir un effet thérapeutique sur le patient ? <i>QSJ : L'humour permet-t-il au patient de contourner ou de surmonter une situation difficile, de souffrance ? Mobilise-t-il les forces de vie ? Est-il porteur de message ? Met-t-il à l'aise ?</i> |

ANNEXE N°2 : Entretien n°1 : Mr. C - Infirmier en cabinet libéral.

- *Bonjour.*
- Bonjour.
- *Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?*
- Je m'appelle Monsieur C. L., j'ai 42ans cette année, je suis infirmier depuis 12ans, diplômé en septembre 2001. J'ai travaillé quasiment uniquement en psychiatrie pendant 3ans, et quand j'ai eu mes trois ans de fonction publique à l'hôpital de X¹⁴¹. Je suis parti en libéral (silence) en 2005, non 2004 pardon, jusqu'à maintenant ou j'ai fait 4 cabinets différents, et là je suis dans mon cabinet depuis octobre 2010.
- *Sur votre lieu d'exercice actuel, quel type de population rencontrez-vous ?*
- C'est un cabinet infirmier qui est plutôt dans un quartier un peu défavorisé - nom du quartier. On a plutôt des populations d'origines immigrées, à 60-70% avec heu... un registre social assez difficile et des personnes vieillissantes. On intervient sur les villes de X1 et X2.
- *D'accord, et la durée moyenne, à peu près, de la prise en charge...*
- Cela va dépendre du style de soin, heu... par exemple moi je suis dans le cabinet depuis octobre 2010, j'ai encore des patients qui étaient là en octobre 2010 et que l'on suit toujours. Tout ce qui est personnes âgées et ben malheureusement on les suit des fois soit jusqu'au décès soit jusqu'au départ en maison de retraite et sinon on fait beaucoup de soins ponctuels, d'injections, de pansements parce que nous travaillons en collaboration avec un centre médical ou il y a 4 médecins.
- *Et le type de soins rencontrés dans votre cabinet du coup ?*
- Alors le style de soins, c'est le travail à domicile, ça va être des soins de confort et d'hygiène (silence) pour 1 tiers à peu près. Nous faisons des dialyses péritonéales à domicile, nous en avons deux. Et nous faisons aussi beaucoup d'actes de pansements, et de sous-cutanées et de tout ce qui est décoagulants. Et du suivi thérapeutique avec préparation et distribution de médicaments. C'est quelque chose de nouveau que l'on

¹⁴¹ Le « X » a pour fonction de rendre anonyme toute références à une ville ou un établissement évoqué de façon nominative.

fait de plus en plus, sur des personnes qui ont soit des troubles psychologiques soit des personnes vieillissantes.

- *D'accord. J'en viens à une autre question qui est la première en rapport avec mon travail de fin d'étude... (silence). Pour vous, dans votre pratique quel est la place de la relation dans le soin ?*
- Alors d'une façon générale, heu... il faut avoir une relation de proximité avec ses patients, parce que sinon... Alors surtout en domicile, on va chez les gens, on ouvre leurs portes, on fait un petit peu parti de leurs amis à un certain moment donné et donc on a... heu... oui une place assez privilégiée et eux aussi ont une place privilégiée parce qu'on se connaît on se côtoie tous les jours, on se voit des fois plusieurs fois par jours donc on a des relations qui sont assez imbriquées, qui sont des fois assez, entre guillemet « proches ». On connaît leurs histoires, on connaît leurs familles, on connaît leurs enfants, on connaît souvent leurs histoires de vie et on... quand y vont moins bien on, heu, discute beaucoup avec eux on est référents par rapport aux, aux autres professionnels de santé et même des fois la famille.
- *Cette forme de relation avec le patient vous pourriez la qualifier de relation de confiance ?*
- Mais complètement, en fait, le fait d'aller chez eux, on... les gens sont obligés de nous faire confiance parce qu'on reste présent chez eux. Donc ça déjà ça crée une relation de confiance d'entrée, nous avons les clefs de certains patients, donc c'est quand même une sacrée marque de confiance, soit données par les patients eux-mêmes soit par les enfants. Donc petit à petit voilà, y'a vraiment une relation ami... d'une certaine façon amicale qui s'instaure entre les soignants et les soignés. On ne fait pas partie de leurs familles, nous ne sommes pas des amis à eux, mais nous sommes des personnes qui sont dans leurs entourages, des personnes qui comptent avec qui ils discutent de tout, des fois de choses même qui discuteraient pas avec leurs propres enfants... De leurs avenir, de leurs devenir, de ce qu'ils ressentent. On connaît aussi leurs petites manières, leurs façons de fonctionner, les petites choses que, je pense, des membres de leurs familles ne connaissent pas. Et puis on a ce recul qui fait que, c'est très important, on a du recul... comme ils ne sont pas de notre famille, on peut entendre

certaines choses et on a du recul sur ce qu'on peut répondre par rapport à... on n'est pas dans l'émotion, on n'est pas dans l'émotif en fait.

- *D'accord heu... j'en viens à ma deuxième question. Dans votre pratique utilisez-vous dans votre communication l'humour auprès des personnes soignées ?*
- Alors moi je pense faire partie des gens qui font beaucoup d'humour avec les patients. Et à la fois pour des patients qui sont chroniques et qu'on a tous les jours, qu'on connaît bien. Moi je pense que je suis quelqu'un qui fait beaucoup de l'humour, même sur leur pathologie, même sur le fait des fois qu'ils aillent moins bien, tel jour ou un autre. J'ai tendance à les booster un peu avec de l'humour. Même des patients que je connais pas forcément ou qu'on a que ponctuellement, de temps en temps, je suis quelqu'un qui permet de faire de l'humour, un petit peu sur la façon d'être, heu... des choses comme ça, parce que ça crée justement un climat de confiance et ça crée un lien qui est important si on veut soigner correctement quelqu'un et que cette personne se laisse aussi soigner correctement.
- *Pour vous c'est un mode de communication comme un autre ?*
- Oui c'est même un mode de communication, j'allais dire, assez important chez moi. Ça fait partie vraiment de la façon... de ma personnalité, de comment je suis quand j'aborde les gens. Je fais toujours une pointe d'humour parce que ça détend, c'est souvent des situations difficiles, c'est souvent des situations socialement... ou les gens sont seuls, ou heu... Donc d'arriver et de faire un peu d'humour ça les fait sourire, ça vous permet de mieux appréhender la personne, à mon avis.
- *Et justement par rapport à ces situations difficiles... à votre avis, est ce que vous diriez qu'on peut rire de tout et à tout instant avec la personne soignée ? Selon vous...*
- Alors rire de tout surement, à tout instant peut-être pas. Alors rire de tout oui je pense qu'on peut rire de tout, parce que avec une bonne pointe d'humour c'est une façon de dire et de faire des choses qui vont permettre de le dire. A tout instant non, il y a des moments où les gens ne peuvent pas entendre certaines choses et même avec de l'humour on ne peut pas le dire, ils ne sont pas prêts. Mais c'est import... mais à d'autres moments de leur... de la semaine par exemple, on va pouvoir dire certaines choses avec une pointe d'humour même des choses très graves, qui peuvent correspondre des fois sur le décès, sur la fin de vie, mais avec une pointe d'humour ça

permet des fois de dire les choses, d'amener les choses un petit peu aussi. Mais il y a des moments, y'a des moments où nous en tant que professionnels on sait très bien qu'on ne peut pas aborder certaines questions à ce moment là. Que ça soit avec les patients ou leurs familles. Puis y'a... puis y'a des moments où ces questions vont pouvoir être abordées justement à travers l'humour. Donc on peut faire de l'humour, je pense sur tout, mais pas à tout instant.

- *D'accord. Et en plus de cette notion de « moments » pensez vous qu'il y ait aussi une question de personne ?*
- Alors oui, par rapport à la culture par exemple. Nous on a une population d'origine immigrée, c'est légèrement plus difficile. Heu... mais ça va être légèrement plus difficile parce que malheureusement des fois ils ont une compréhension du Français qui est plus difficile en fait. Donc l'humour, à ce moment là, va être plus compliqué en fait... à faire, parce qu'ils ne vont pas forcément comprendre heu... ce qu'on a voulu dire. Donc là c'est, c'est un...leur culture...heu, la culture maghrébine et aussi un peu différente de la notre donc y'a des références, euh, humoristique qu'on ne peut pas faire sur une culture qu'on ne maîtrise pas. Par exemple, bon, y'a certaines normes de leur culture que je ne maîtrise pas, donc je ne me permettrai pas de faire de l'humour sur telle et telle chose. Après je pense que l'humour se fait mieux avec quelqu'un avec qui on a un bon relationnel, hein, une bonne confiance. Avec quelqu'un qu'on voit depuis longtemps. Les personnes vieillissantes sont des personnes qui acceptent beaucoup l'humour et qui sont souvent elles très proches de l'humour, aussi. Et justement avec elles on peut aborder des sujets assez difficiles, comme la fin de vie, avec de l'humour. Mais culturellement c'est vrai qu'il faut faire attention on ne peut pas le faire avec tout le monde, et on le fait pas forcément... l'humour est plus dur à pratiquer aussi avec des gens qu'on fréquente moins. Qu'on connaît moins. Qui sont juste dans des soins ponctuels.
- *Justement, j'en viens à une autre question, vous avez évoqué ces notions de contexte, de personnes, mais au total, pensez vous que l'humour puisse favoriser et/ou défavoriser la relation avec le patient ?*
- Ben je pense que, dans un premier temps, quand vous rentrez en contact avec un patient il faut savoir mesurer l'humour qu'on peut faire avec la personne. Une fois

qu'on connaît bien les gens, on... c'est comme dans votre entourage, dans votre famille ou dans vos amis, vous savez les limites à ne pas dépasser. Et nous en tant que soignants et ne faisant pas partie de leurs familles on a automatiquement des limites plus strictes, ce qui est normal. Parce qu'on est aussi dans le respect de la personne. Donc cet humour va se mettre en place petit à petit, et heu... va, va être complètement naturel au bout d'un moment. Par contre il est vrai que sur des personnes qu'on connaît moins, ça va être un frein. Si vous faites de l'humour dès le premier jour sur des gens que vous ne connaissez pas, ou heu... qui sont peut être aussi dans l'affolement de leurs pathologies ou qui viennent d'apprendre quelque chose de difficile, vous ne pouvez pas arriver comme ça, en faisant de l'humour sur leur pathologie, ils vont vous trouver complètement décalé et ce serait incongrue. Donc l'humour se fait aussi en dosage et surtout en connaissance du climat, du milieu et des gens.

- *D'accord. Donc pour vous l'humour est plutôt une conséquence de la relation de confiance ou l'humour en est-il la cause ?*
- Ben il est les deux ! Il peut permettre la relation de confiance, parce que si vous faites des petites pointes d'humour quand vous rentrez en contact avec quelqu'un, parce que vous le sentez aussi, parce que vous sentez la personne prête à recevoir cet humour, ça va vous permettre de rentrer en relation de confiance justement. Mais, et inversement, quand vous êtes en relation de confiance avec quelqu'un vous pouvez vous permettre aussi une certaine... disons que l'humour va, à mon sens, surement évoluer, (silence), par rapport à la relation que l'on a avec la personne. On ne fera pas le même humour à J0 que 10ans plus tard, ou 1an plus tard, ou 6mois plus tard. Vous voyez c'est vraiment, l'humour est un dosage aussi de... comme les habitudes ! On prend des habitudes chez les gens, ben on n'a pas les mêmes habitudes au bout de 6mois que ce qu'on a au départ du soin. Ben l'humour va être pareil en fait.
- *L'humour remet-t-il alors la distance professionnelle en cause ?*
- Non, parce que la distance qu'on a avec les gens on l'a automatiquement parce qu'on reste toujours les soignants et eux sont des personnes soignées. On ne fait pas partie de leurs familles, on ne fait pas partie de leurs amis, mais on rentre dans la troisième catégorie qui est la catégorie des gens qui tournent autour des gens. Si vous avez des

personnes âgées elles ont aussi des aides à domicile, des choses comme ça, des personnes autour d'elles qui vont être très proches d'elles, qui font partie de leur entourage et donc nous on rentre dans ce cadre là en fait. Donc on est à la fois proche d'eux (silence) beaucoup de confiant, mais à la fois on reste un professionnel et quand il y a des choses à dire ou à remettre en place, ou à évoluer, ou à changer, on reste professionnels, mais l'humour peut servir justement à modifier les choses.

- *D'accord, pensez-vous que l'humour « humanise » (avec le geste des guillemets) le soin ?*
- Ah ben l'humour permet vraiment d'avoir de vrais rapports humains avec les gens, est important parce que ça crée la relation mais surtout c'est aussi important pour nous en tant que soignant, de faire de l'humour. Alors il y a l'humour qu'on fait avec les patients, sur eux, et puis il y a l'humour qu'on peut avoir sur une situation qu'on a vécu 15 jours avant. Et ça l'humour chez les soignants est connu parce que ça permet aussi des fois de souffler un petit peu et de prendre les choses avec distance parce qu'il y a quand même des situations qui sont difficiles à vivre et faire de l'humour dessus permet des fois de... de passer au dessus et d'avancer.
- *J'en viens à ma dernière question, heu... pensez vous que l'humour puisse avoir un effet thérapeutique sur le patient ?*
- Je pense que oui, parce que l'humour si vous voulez, c'est aussi une façon d'être du soignant. C'est heu... c'est d'arriver chez les gens, quand vous faites de l'humour c'est que vous êtes positif, c'est que vous allez de l'avant, « allez venez la... » c'est rentrer en relation, on fait de l'humour pour rentrer en contact, et cet humour il a un impact, parce qu'il est fort des fois. Donc ça fait réfléchir les gens et ça leur permet justement des fois de se booster. En disant « ho vous n'allez pas rester couché ce matin, il fait trop beau, vous allez finir par resté collé au lit » (rire de l'infirmier et moi). Vous voyez, c'est toujours pareil, l'humour est un moyen de communiquer, avec les gens, avec les patients, et c'est un moyen qui à mon sens est plutôt positif et qui booste les gens et qui permet de dire les choses.
- *Par booster vous entendez...*
- Faire sourire, mobiliser, donner envie de. Créer une forme d'élan vital que des fois les gens peuvent avoir moins, avec l'âge ou la fatigue. Donc voilà... l'humour c'est aussi

un moyen, comme de dire à une personne âgée « vous allez vous lever aujourd'hui, on va aller faire un petit tour... », voilà ! Ben ça permet de donner un élan pour la journée, et ben l'humour ça va être un moyen de donner cet élan.

- *D'accord, et selon vous, l'humour peut-il mettre à l'aise dans certaines situations de soin ?*
- Enormément, on se sert beaucoup d'humour pour... parce que les gens des fois ils ont des pansements, ou ils ont des points, des fils, des ablations de fils à faire à des endroits très intimes. Heureusement qu'il y a l'humour pour pouvoir poser un peu tout ça, parce que il y a des situations inconfortables pour les patients, nous en tant que soignants on est habitués mais pas forcément à toutes situations, et l'humour permet à chacun de se détendre un petit peu et de se dire « on en a vu d'autres ».
- *D'accord, et bien je vous remercie pour votre participation.*
- De rien, je vous remercie.

ANNEXE N°3 : Entretien n°2 : Mme. B - Infirmière en centre de médecine physique et de réadaptation.

- *Bonjour !*
- Bonjour !
- *Je vais vous demander de vous présenter s'il vous plait. Et de me décrire votre parcours professionnel.*
- D'accord, donc je m'appelle PB, j'ai 45ans. J'ai été euh... 14ans aide-soignante en maison de retraite et j'ai passé mon diplôme d'infirmière il y a 7ans. Et euh, ça fait 7ans que je suis au centre des X en fait.
- *Très bien, du coup je vais vous demander de me décrire la nature du lieu ou vous exercez, le type de population rencontré, la durée moyenne du séjour...*
- D'accord, donc euh, centre de rééducation et de réadaptation, on reçoit plusieurs pathologies. Des pathologies neurologiques, c'est-à-dire des SEP, des AVC, euh voilà tous les neuros, et des traumatos également : des genoux, des épaules, des hanches, voilà. Donc la moyenne de séjour, pour la traumato c'est entre 4 à 6 semaines voir 8 semaines ça dépend et pour les neuros c'est quand même plus euh... minimum 6mois voir 1an. Parce qu'après c'est vrai que bon, on a les tétras et les paraplégiques quoi ! Donc ça fera plus de temps... Voilà à peu près la moyenne du séjour quoi !
- *D'accord, et la nature des soins infirmiers...*
- Soins techniques, soins éducatifs, soins relationnels, comme de partout, tous types de soins.
- *D'accord. Et bien j'en viens à ma première question davantage en rapport avec mon travail de fin d'étude... Pour vous, dans votre pratique, quelle est la place de la relation dans le soin ?*
- Alors euh, quelle est la place de la relation dans le soin ? (silence). Ah ben déjà il faut qu'il y ait euh... la confiance ! De toute façon tu ne peux pas travailler sans qu'il y ait la confiance du patient, ça c'est primordial, ça c'est la première chose à avoir de toute façon. Après nous dans le handicap ça c'est primordial. Si le patient à confiance en toi

tout le long du séjour il n'y aura pas de souci. Ouais. Après euh, la relation (silence) voilà, après la relation se fait au fil des jours en fait. Au fil des jours, c'est apprendre à se connaître quoi, l'un et l'autre quoi en fait.

- *D'accord, pour vous la relation de confiance, c'est du soin ?*
- Ah oui, ah oui, oui ! Oui (silence).
- *Ok. Et pensez-vous qu'au travers de la relation de soin, vous infirmière, faite vivre de vos valeurs professionnelles et personnelles ?*
- Alors euh... si j'ai bien compris ta question, pour moi euh, non parce qu'en fait tu es la pour accompagner le patient en fait. Donc c'est pas tes valeurs... c'est pas tes désirs à toi que tu fais euh, tu accompagnes le patient en fait. Donc euh, même si toi tu penses que ça, ça serait mieux pour lui, mais si lui dans son projet de vie il a pas, il veut pas ça, de toute façon t'es obligé de t'adapter à lui. Donc tu suis son projet de vie à lui et c'est pas le tiens. Après nous euh, la satisfaction qu'on a, c'est qu'on a essayé de l'accompagner au mieux dans sa démarche. Mais en aucun cas, c'est pas nos désirs et nos valeurs qui sont prioritaires.
- *J'entends bien, je pensais plus au sein même de la relation de soin plutôt que sur la prise de décision. Est-ce que cette relation soignant-soigné vous permet de vous affirmer en tant que professionnelle et que personne humaine aussi, en fait ?*
- Ben de toute façon c'est euh... tu euh... c'est ton métier en fait. Donc tu es professionnel. Tu es la pour faire un travail au mieux, et accompagner le patient en fait. Donc euh oui tes valeurs sont représentées parce que si euh... voilà si de plus en plus il a de l'autonomie voilà ! Ton travail est récompensé entre guillemets quoi en fait. Mais en fait c'est pas ce que tu recherches en priorité. C'est pas la recherche de euh... en tant qu'infirmier quoi. En tant qu'infirmier en centre de rééducation c'est d'accompagner le patient dans son projet de vie. Ça c'est primordial.
- *D'accord, j'en viens à une autre question, dans votre pratique est-ce que vous utilisez dans votre communication l'humour auprès des personnes soignées ?*
- Oui. Moi je l'utilise beaucoup en fait. Moi je l'utilise beaucoup, alors après euh... ça c'est pas du jour au lendemain hein, non plus. C'est au fil des jours et puis après tu as des patients qui sont réceptifs ou pas du tout voilà... (silence).
- *Ce serait donc une question de personnes ?*

- C'est une question de personne. Voilà après tout le monde n'apprécie pas l'humour quoi. Et puis tu as humour et humour aussi en fait. Euh, en plus dans le handicap, voilà, faut aussi gérer des choses quoi. Après t'as des patients qui vont être tout de suite dans l'humour donc toi, hop, tu, tu accroches les wagons derrière quoi en fait hein. Mais des fois c'est toi qui amène quoi en fait. Mais bon ça après c'est une relation de confiance quoi en fait.
- *D'accord, donc pour vous l'humour découle de la relation de confiance. Est-ce possible que ce soit l'inverse, que la relation de confiance se fasse par l'humour ?*
- Euh... non ! Pour moi non parce qu'il n'y a pas que l'humour qui peut... heu...
- *En partie par l'humour...*
- Voilà, en partie si tu veux, mais en fait c'est vrai t'es, t'es dans un cadre professionnel, donc c'est vrai que tu es là pour l'accompagner et tu es là pour faire un soin, donc l'humour entre dans le soin en fait. Mais pour moi non, l'humour ne fait pas (silence), pour moi non. C'est juste un moment, quoi de répit quoi. C'est histoire de s'échapper, de s'évader juste un laps de temps, tu vois, par l'humour. Parce que malgré tout la réalité revient quoi. Et après faut pas mélanger tout quoi, quand il faut être sérieux voilà, l'humour il faut bien le caler aussi à des moments bien précis.
- *D'après ce que vous me dites, en plus d'une question de personne, il y aurait aussi une question... (silence), de moment ? De contexte ?*
- Oui, oui absolument.
- *Donc, pour vous, peut-on rire de tout et à tout instant avec la personne soignée ?*
- (long silence) Non. Non, non, non. Non. Tu ne peux pas rire de tout quoi en fait. Parce que leur vie à eux elle s'écroule quoi en fait. Donc tu ne peux pas rire de tout, donc pour moi non parce que tout, tout, tout s'effondre autour d'eux en fait. Ici dans le handicap tout s'effondre quoi. Et tu ne peux pas, non. L'humour pour moi c'est juste voilà, pour euh... voilà, juste s'évader quelques instants, mais pas plus en fait.
- *D'accord, j'en viens à une autre question, dont vous avez commencé à évoquer la réponse. Dans votre pratique est-ce que vous pensez que l'humour puisse favoriser et/ou défavoriser la relation avec le patient ?*
- Y'a les deux, les deux. Si tu l'utilise mal c'est sûr que voilà... Après euh, tu ne peux pas avoir le même humour avec telle ou telle personne. C'est propre à chacun aussi en

fait. Donc tu auras peut-être plus d'humour avec un, et pas le même humour avec l'autre. Il faut s'adapter aussi quoi. Ça c'est euh... ça c'est euh... je pense que ça dépend de la personne. Après voilà c'est euh... l'humour c'est léger quoi en fait, c'est pas non plus un humour comme je pourrais avoir avec ma famille... voilà. On rigole des petites choses du quotidien en fait. Après t'as des patients qui sont beaucoup dans l'humour, voilà, qui euh, qui vont t'appeler en disant « ouais attend j'ai une histoire à te raconter, tatata » voilà, et hop, tu embringues là-dessus en fait. Mais autrement non, quand même dans la majorité, il n'y a pas beaucoup de gens qui ont beaucoup d'humour en fait. Après voilà, il ne faut pas confondre l'humour, le rire et voilà.

- *D'accord, pensez-vous, par ailleurs, que l'humour pratiqué par le soignant puisse avoir un effet thérapeutique sur le patient ?*
- Ah oui, ça oui, j'en suis persuadée. Des fois tu arrives mieux à faire passer des choses par l'humour en fait. Et le patient, accepte plus facilement par l'humour que si tu aurais dit euh... très... (grimasse de Mme. B). Je l'utilise beaucoup pour ça oui ! Quand il y a un patient qui dérape ou quoi que ce soit, hop, je passe par l'humour et je lui fais comprendre qu'il a débordé et qu'il faut... euh... changer quoi. Mais pour certain ça leur permet aussi de se booster, d'aller de l'avant, mais parce qu'en fait, ils étaient comme ça avant aussi. Ça vient pas comme ça non plus, c'est pas parce qu'ils sont ici que du coup voilà y ont l'humour quoi en fait. Ils l'avaient en eux quoi en fait. Et y'en a qui ont besoin... t'as des gens qui ont besoin, qui sont toujours dans l'humour ou beaucoup dans l'humour pour avancer dans la vie. Donc ça après il faut s'adapter et euh... si c'est son désir à lui, voilà ! Mais, néanmoins, t'as le professionnel qui est la derrière quand même, malgré tout. L'humour ne fait pas tout, il ne soigne pas. Pour moi il ne soigne pas l'humour. Il est là pour, voilà, pour euh... s'évader. Ou alors des fois pour faire passer des messages, voilà. Parce que des fois dire des choses trop abruptes, des fois ça passe pas. Par l'humour du coup c'est mieux accepté. Ouais, c'est mieux accepté.
- *Est-ce que du coup, vous pensez que l'humour, « humanise » entre guillemets le soin ?*
- De toute façon, voilà, tu... l'humour n'engendre pas ça en fait, après ça vient de la personne. De toi quoi, si tu es voilà, soignant ou soigné, et euh... au niveau du patient. Après le patient c'est une personne à la base quoi ! Il est là en tant que patient

mais c'est une personne il ne faut pas l'oublier. Donc en fait, il faut pas oublier que...
heu... tu es là pour l'aider en fait. (silence) Donc tu es humaine ou tu es pas humaine à
la base en fait, l'humour ça n'amène rien de plus de ce point de vue là. Pour moi non.

- *D'accord... (coupé dans ma phrase).*
- T'es humain ou t'es pas humain à la base quoi ! C'est pas parce que tu vas faire de l'humour que tu seras plus humain. Après je ne sais pas ce qu'en pensent les patients... Après voilà t'as la blouse mais tu reste toi quoi en fait ! C'est pas parce que t'as la blouse que voilà, tu es euh... au-dessus, pour moi non, tu restes une personne, avec tes défauts et tes qualités, voilà. T'es là pour accompagner mais euh... non pour moi non.
- *Ok, une autre question, est-ce que selon vous, l'humour peut remettre en cause la distance professionnelle ?*
- (silence) Non. Ça va dépendre de la personne en fait. Si tu sais où tu peux aller... et ne pas dépasser les limites c'est bon. C'est comme pour le tutoiement c'est pareil. Pour moi voilà... après si tu es bien clair dans ta tête, euh... voilà, tu dépasses pas les limites. (silence).
- *C'est quoi ces limites ?*
- C'est euh... le manque de respect, les dérapages. Après oui peut-être qu'il y a des fois oui voilà, euh... y'a des dérapages, mais pas forcément que dans l'humour quoi en fait. Donc à ce moment là voilà il faut essayer de recadrer quoi. Que ça soit le patient ou le professionnel quoi en fait. Après y'a toujours l'équipe qui est derrière qui fait gaffe, voilà.
- *Très bien, et bien je vous remercie, j'en ai terminé.*
- Mais de rien.

DIPLOME D'ETAT INFIRMIER

GRADE LICENCE

BETON JORIS

« UN MEMOIRE EN BETON – L'humour dans la relation de soin »

| RESUME | | ABSTRACT |
|--|--|--|
| <p>S'il existe de nombreuses façons pour les hommes de communiquer entre eux, l'humour en est une à part entière. C'est un plaisir du langage partagé. Infirmier et personne soignée sont deux individus dont l'objet de rencontre correspond généralement à la maladie ou à la souffrance. Ce mémoire vise à décrypter quelle peut-être la place de l'humour dans la relation si particulière entre un infirmier et un patient. Ainsi, plusieurs notions seront abordées dans ce travail, tels que le soin, la relation ou encore l'humour. Ces concepts seront confrontés à des témoignages de professionnels infirmiers, interrogés dans le cadre de cette recherche. Cette confrontation révèlera que l'usage de l'humour dans les soins est contextuel : il requière du jugement de l'infirmier car il est une force qui peut avoir de nombreuses conséquences sur la relation de soin.</p> <p>Mots clefs : Humour, relation, soin, confiance, infirmier.</p> | | <p>If there are lots of ways for men to communicate, humour is entirely one of them. It's a pleasure of shared language. A nurse and an cared person are two individuals whose reason for meeting is usually illness or suffering. This abstract aims at finding out what is the position of humour in such a special relation between a nurse and a patient. Therefore, several notions will be treated in this work, such as care, relation or humour as well. These concepts will be compared to testimonies given by professional nurses beeing questioned about this research. This confrontation will show up that using humour during attendance is contextual : it makes the nurses's judgement necessary because it is a force which can have many consequences on the nursing relation.</p> <p>Keywords : humour, relation, care, confidence, nurse.</p> |