GUERIR DE RIRE

L'HUMOUR DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

FLACK Morgane

IFSI CCM promotion 2015-2018

« L'humour est le plus court chemin d'un homme à un autre.»

Georges WOLINSKI

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI de la Communauté Creusot-Montceau, qui m'a permis de devenir, au fil de ces trois ans, la professionnelle de santé que je tends à être aujourd'hui. Je tiens à remercier plus particulièrement Valérie Rogès, ma référente pédagogique qui, durant ces trois années, m'a non seulement suivie et accompagnée, mais m'a aussi soutenue, écoutée et encouragée. Ce travail n'aurait pas pu être le même sans elle. Merci d'avoir cru en moi, d'avoir été là quand j'en ai eu besoin et de m'avoir permis de devenir l'infirmière que j'ai toujours souhaité être.

Je souhaite ensuite remercier mes parents, Jean-Christophe et Anne-Marie, qui depuis le début de ma vie, me soutiennent, m'encouragent et m'épaulent. Un simple merci ne suffirait pas. Ainsi que mes grands-parents qui m'ont non seulement donnée cette envie d'être infirmière mais qui m'ont aussi enseignée que parfois l'humour peut soigner les maux.

Je remercie également ma sœur Suzanne qui, au quotidien, me transmet sa force d'esprit et son courage. Merci pour ton soutien, ton amour et tes mots réconfortants.

Je tiens à remercier tout particulièrement Isabelle, qui a été mon ange gardien durant ce mémoire, à travers son énorme travail de relecture, son soutien et ses encouragements.

Merci à Margaret pour son aide et sa bienveillance ainsi qu'aux bibliothécaires du CH de Sevrey, sans vous, ce mémoire n'aurait pas pu exister.

Je souhaite remercier l'ensemble de mes amis et mes collègues de promotion pour leur soutien, leurs encouragements, leur aide tout au long de ce travail, vous êtes incroyables et j'ai énormément de chance de vous avoir.

A l'ensemble des infirmiers que j'ai pu côtoyer durant ces trois ans, merci de m'avoir guidé, enseigné, transmis votre savoir mais aussi montré que mon idéal du soin existait.

Pour finir, je souhaite remercier cette personne qui m'écoute, m'encourage, m'épaule au quotidien. Merci pour ton soutien infaillible, merci d'être toi, merci d'être là, merci pour tout. Sans toi, ce travail ne serait pas le même et moi non plus.

S o m m a i r e

Introduction **2**

Situations d'appel et questionnement **6**

1 Situations d'appel **8**

1.1 Première situation **8**

1.2 Seconde situation **11**

2 Questionnement **12**

2.1 En rapport avec l'humour dans le soin : **12**

2.2 En rapport avec la situation : **12**

2.3 En rapport avec le patient : **12**

2.4 En rapport avec le soignant : **13**

2.5 En rapport avec la relation soignant-soigné : **13**

Phase exploratoire **16**

3 L'humour **18**

4 La relation de soins **19**

5 L'outil **20**

6 Adhésion au soin **22**

7 Question de départ définitive **24**

Phase conceptuelle **26**

8 La relation de soins **28**

8.1 Une relation nécessaire et obligatoire dans les soins… **28**

8.2 …Centrée autour de deux acteurs principaux **29**

8.2.1 Le soignant 30

8.2.2 Le soigné 30

8.2.3 Une relation asymétrique 31

8.3 De la relation de soins... A la relation de confiance **32**

8.3.1 La création du lien de confiance … 33

8.3.2 …Et son utilité dans les soins 34
8.4 Une évolution possible grâce à la communication 35
8.4.1 La communication dans le soin 35
8.4.2 La communication verbale 36
9 L'humour 38
9.1 L'humour : humeur des soins 38
9.2 L'humour : outil de soins 39
9.2.1 L'humour : un mode de communication à part (entière) 39
9.2.2 L'humour : Un outil de la relation de soins 40
9.2.3 L'humour : Gère l'anxiété 42
9.2.4 L'humour : Verbalise les émotions 43
9.2.5 L'humour : Aide au mieux-être du patient 43
9.2.6 L'humour : Des bienfaits sur la santé ? 44
9.3 L'importance du contexte 45
9.3.1 Rire avec tout le monde ? …..... 45
9.3.2 …A tout moment ?.... 46
9.4 Les limites de son utilisation 47
9.4.1 Impact sur la relation de soins 47
9.4.2 Mécanisme de défense 48
10 Synthèse de la phase conceptuelle 50
Enquête 52
11 Description du protocole 54
11.1 Choix de l'outil d'enquête 54
11.2 Construction du guide d'entretien 54
11.3 Choix de la population 55
11.4 Réalisation de l'enquête 56
12 Analyse des résultats 57
13 Conclusion de l'enquête 65
14 Limites de l'enquête 66
Conclusion 68
15 Analyse réflexive 70

16 Discussion et projection professionnelle 71

Bibliographie 74

Liste des annexes 80

Annexe n°1 : Les différentes types de relation de soins selon Margot PHANEUF 82

Annexe n°2 : Les fonctions du langage selon JAKOBSON, Marlyne DABRION..... 84

Annexe n°3 : Guide d'entretien 86

Annexe n°4 : Tableau récapitulatif des entretiens 88

Liste des sigles utilisés

CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

CSG : Court Séjour Gériatrique

EHPAD : Établissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Avant de présenter les situations qui m'ont permis de rédiger ce mémoire, il me semblait nécessaire d'expliquer les motivations quant à l'écriture de celui-ci.

J'ai toujours été une personne de nature enjouée, que ce soit dans la vie quotidienne, mais aussi, depuis trois ans, au cours de mes stages et de mes remplacements en tant qu'aide-soignante. L'humour a donc toujours fait partie de mon quotidien. Un jour, l'une des formatrices de mon Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) m'a posé la question suivante : « *Quelle soignante voulez-vous être ?* » Ce fût une question difficile, elle ne me demandait pas dans quel service je souhaitais travailler, ni ce que je préférais apprendre, elle souhaitait savoir qui je voulais être. Après réflexion, je lui ai répondu : « *Une infirmière qui apporte du bonheur aux gens.* » Dans cette idée, je voulais exprimer le fait que l'hôpital est un lieu qui peut faire peur, un lieu qui peut paraître froid, antipathique… et que les personnes craignent, surtout qu'ils s'y rendent généralement dans un contexte déplaisant.

Toutefois, au travers de mes stages, j'ai pu observer que la relation de soins et l'humour peuvent permettre aux soignants de redonner le sourire aux patients, que ces derniers se sentent mieux, pas seulement physiquement car ils sont là dans cet optique, mais aussi moralement. La notion d'humour et de jovialité faisant partie intégrante de ma personnalité, je trouvais très intéressant d'effectuer mon travail de fin d'études sur ce sujet dans le but de pouvoir établir un lien entre la relation de soins et l'humour, mais aussi afin de vérifier des bénéfices que peut avoir l'humour sur les patients. J'ai pu vivre au cours de ma formation de nombreux moments de rire avec les patients m'illustrant parfaitement l'importance que peut représenter l'humour dans le soin.

Néanmoins, lors de l'élaboration de ce mémoire, j'ai dû vivre une situation durant laquelle l'humour a été un frein à la relation. J'ai émis le choix de confronter ces deux situations, me permettant d'une part une remise en question et d'autre part de comprendre les limites que peut aussi avoir l'humour dans le soin. En effet, la situation où cet outil, que j'affectionne tant et que j'utilise quotidiennement, n'a pas fonctionné m'a énormément interpellée et questionnée. Je souhaitais donc l'analyser afin de pouvoir la comprendre mais surtout répondre à mes interrogations.

Après avoir confronté mes deux situations, je ferai part du questionnement qu'elles m'ont suscité, afin d'en ressortir ma question de départ provisoire. A partir de cette question, j'explorerai les différents mots-clés la composant me permettant, par la suite, de juger de sa pertinence. Puis j'étudierai les concepts phares de cette question à travers différents éclairages théoriques qui me permettront de formuler une hypothèse en réponse à ma question de départ. Hypothèse que je tenterai d'infirmer ou de confirmer à l'aide d'une enquête réalisée auprès de divers professionnels de santé. Pour finir, je conclurai quant à l'élaboration de ce travail et sur ce qu'il m'a apporté.

Situations d'appel et questionnement

1 Situations d'appel

1.1 Première situation

L'une des situations qui a le plus retenu mon attention lors de mon parcours de stage reste un épisode que j'ai rencontré au cours de mon stage du semestre 4, que j'ai réalisé dans le service de gastro-entérologie.

Je suis actuellement en stage en « Médecine II », au Centre Hospitalier et ce depuis désormais quelques semaines. Ce service se découpe en deux secteurs bien distincts : la gastro-entérologie et le Court Séjour Gériatrique (CSG). En tant qu'étudiant, notre stage se scinde en deux et nous devons effectuer cinq semaines dans chaque unité.

La situation se déroule lors de ma huitième semaine de stage, plus précisément le vendredi, cela fait donc maintenant bientôt quatre semaines que je suis orientée du côté court séjour gériatrique. J'ai à ce moment-là six patients que je dois prendre en charge dans leur intégralité, que ce soit les soins techniques, les soins de confort, la distribution des médicaments, les surveillances liées aux traitements et aux risques. Je dois renseigner les documents administratifs ainsi que les dossiers des patients. Par ailleurs, je participe aux transmissions orales et écrites lors de la relève et aux colloques quotidiens des médecins.

Parmi ces six patients se trouve Madame X., une femme âgée de 87 ans, elle est arrivée lundi dans le service. Elle est veuve et vit à son domicile. Madame X. est très entourée par sa famille, elle a trois enfants et cinq petits-enfants. Ils ne résident pas près de la ville mais lui téléphonent quotidiennement. Elle est hospitalisée dans ce service pour altération de l'état général avec une chute à domicile. Cette dernière n'a entraîné aucune fracture.

Toutefois, Madame X. reste très douloureuse. Elle a un traitement antalgique constitué de Paracétamol trois fois par jour, en si besoin, prescrit à son arrivée dans le service par le médecin. Malgré le fait que le traitement ne soit pas mis en systématique, Madame X. en prend quotidiennement car elle ne se sent pas soulagée. Sa souffrance est la conséquence de la chute car elle a des hématomes sur l' ensemble de son corps et elle ressent des douleurs musculaires dues à son immobilité au sol pendant une heure. Ses mobilisations restent difficiles ainsi que douloureuses.

Néanmoins, Madame X. présente une certaine motivation avec une envie de retrouver sa mobilité. Lors de son admission dans le service, que j'ai eu la chance d'effectuer, elle ne cesse de répéter qu'elle veut retourner à son domicile le plus rapidement possible et que son objectif est de retrouver un maximum d'autonomie, surtout en ce qui concerne ses déplacements. En effet, c'est une femme qui réside seule à son domicile et qui est indépendante : elle est autonome par rapport à ses soins d'hygiène et à son alimentation. Résidant près d'un petit supermarché, elle fait elle-même ses « petites commissions » comme elle les appelle. Une aide à domicile vient deux fois par semaine réaliser les tâches

domestiques plus difficiles ainsi que pour faire les courses plus lourdes, qui peuvent nécessiter une force plus importante.

Madame X. présente également à son arrivée un zona ophtalmique au niveau de l'œil gauche, qui entraîne une douleur à cet endroit ainsi qu'une photophobie importante. Les premiers jours, l'équipe a veillé à ce que les volets de sa chambre restent clos et que la porte soit fermée car le moindre faisceau lumineux lui est douloureux et insupportable. Cependant, l'évolution favorable de ce zona et surtout la diminution des douleurs permet à l'équipe de prendre la décision de laisser sa porte entrebâillée à partir du jeudi.

J'ai pu apprendre au fil des derniers jours à connaître Madame X. en échangeant avec elle. J'ai rencontré une femme de caractère qui apprécie discuter et qui a aussi énormément d'humour, une femme qui aime beaucoup rire et qui tourne ses propos à la dérision. Elle est particulièrement volontaire en ce qui concerne sa mobilisation. En effet, souhaitant retrouver un maximum d'autonomie afin de pouvoir retourner chez elle, elle essaye de faire sa toilette seule, je note d'ailleurs une évolution positive au fil des jours. Au départ, Madame X. nécessite une aide presque complète à la toilette, que l'on réalise au lit, à cause de ses douleurs. Elle reste toutefois très disponible, se lavant le visage, la poitrine et les bras. Néanmoins, dès le jeudi, elle demande à ce que la toilette soit effectuée au lavabo de la salle de bain située dans sa chambre. Elle fait alors sa toilette complète seule et ne demande de l'aide que pour le dos et les pieds.

En ce qui concerne sa motricité, le kinésithérapeute du service lui rend visite quotidiennement et lui propose des exercices afin de développer mais aussi renforcer sa mobilité. Elle montre une assiduité impressionnante et qui porte à sourire dès que l'on passe devant sa chambre. Elle déclare même : « *C'est bien la première fois que je fais des exercices de gymnastique, j'espère bientôt pouvoir faire le grand-écart.* » Cette touche d'humour illustre parfaitement le caractère de cette femme, qui aime plaisanter et tourner sa situation à la dérision. La position assise est douloureuse les premiers jours, mais au fur et à mesure, elle reste de plus en plus dans son fauteuil.

Néanmoins, lors des transmissions du vendredi, j'apprends que la toilette de Madame X. a été faite au lit et que cette dernière a refusé de se lever et de s'installer dans son fauteuil après. Je suis étonnée car elle me semblait allait bien la veille, elle me parlait de son avenir avec une certaine gaieté et m'avait même lancé quelques petites boutades à plusieurs reprises. Après les transmissions et avoir organisé le travail de l'après-midi avec l'infirmière E., je décide d'aller voir Madame X. afin de comprendre au mieux la situation.

Je frappe à la porte de sa chambre qui est entrouverte. J'entends une voix faible : entrez. Je rentre doucement, la chambre est plongée dans une demi-obscurité, les volets sont à moitié fermés. J'aperçois Madame X, allongée dans son lit, de grosses lunettes de soleil sur son nez qui, je suppose la protègent de la faible lumière que laissent filtrer les volets. Elle ne tourne pas la tête pour regarder qui lui rend visite. Je me permets alors de dire :

« *Allons bon, je ne savais pas que c'était le festival de Cannes, aujourd'hui, sinon j'aurais mis mes lunettes de soleil aussi.* »

Suite à cette remarque, j'entends son rire cristallin, auquel je me suis habituée au fil du temps. Elle se tourne alors vers moi, me sourit puis me dit :

« Je ne savais pas que c'était vous. Je suis désolée mais je pense qu'avec votre blouse et vos baskets, le festival de Cannes c'est raté pour vous cette année. »

Nous enchaînons les phrases, empreintes d'humour, dans le but de la faire rire. Malgré cela, je n'en oublie pas la raison de ma venue et j'espère réellement comprendre ce qui l'a encouragée à rester au lit aujourd'hui. Mme X. rit beaucoup jusqu'à ce qu'elle me déclare cette phrase qui m'interpelle mais qui m'encourage aussi à analyser cette situation :

« *Vous avez de l'humour, ça permet de penser à autre chose. Vous ne pouvez pas savoir à quel point ça fait du bien, à quel point ça soulage, mieux qu'un médicament.* »

Cette phrase me fait chaud au cœur. L'humour a fait partie intégrante de ma personnalité, j'ai toujours beaucoup aimé rire, j'ai toujours été quelqu'un de très enthousiaste et j'essaye de transmettre cette joie. Le fait de recevoir ce compliment m'a fait énormément plaisir car pour moi, à ce moment-là, j'avais réussi à lui apporter un moment de bonheur, une quiétude. Mais cette phrase reste en moi et m'amène à me poser beaucoup de questions quant aux vertus de l'humour**.**

Mme X m'explique qu'elle a eu une baisse de moral ce matin, qu'elle ne trouvait plus la motivation et qu'elle n'avait pas l'impression d'avoir beaucoup évolué au cours de cette semaine. Nous résumons sa situation, ses progrès, ses améliorations et nous notons ensemble une évolution positive. Je comprends alors qu'elle n'avait pas notion de cette évolution car elle aurait voulu que cela aille beaucoup plus vite. Si elle s'était écoutée, elle serait rentrée chez elle dès le lendemain.

Cette situation m'a énormément interrogée du fait de la place de l'humour dans la relation soignant-soigné. Étant un outil de communication que j'utilise régulièrement, je trouvais très intéressant d'effectuer un travail de recherches sur ce sujet afin non seulement de pouvoir étudier l'impact de l'humour sur la relation de soins mais aussi prendre conscience de son utilité.

1.2 Seconde situation

Quelques mois plus tard, cette situation a ressurgi dans mon esprit. Lors de mes vacances d'été, je travaillais en tant qu'aide-soignante dans le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD). Ce jour d'août restera ancré dans ma mémoire très longtemps. Je me rendais chez Monsieur G., un patient de 53 ans afin d'effectuer un change dans le milieu d'après-midi. Je vais donc développer cette situation afin d'étayer la première, elle vient donc en relai et sera moins développée.

La cadre de l'HAD me prévint qu'il s'agissait de son premier change. Je ne connaissais que très peu cet homme puisque je l'avais croisé une seule fois, lorsque j'avais livré le matériel de soins infirmiers. Il était avec son épouse et nous avions échangé quelques mots. Il m'avait paru très sympathique et m'avait accueilli gentiment.
J'appris après cette première visite qu'il avait un cancer hépatique à un stade très avancé avec des métastases cérébrales et pulmonaires.

Ma seconde visite eut lieu environ deux semaines plus tard, je l'effectuai afin de faire le change de Monsieur G.. Je découvris alors un patient transformé, amaigri, presque cadavérique. Sa femme m'expliqua qu'il n'avait pas été mis au courant pour le soin et qu'il serait bien que ce soit moi qui lui explique la raison et le but de ma venue.

Monsieur G. commença par refuser l'acte, puis après explications de ma part et supplications de la part de son épouse, il finit par l'accepter. J'étais très mal à l'aise face à cet homme relativement jeune, qui subissait ce soin plus qu'il ne l'acceptait. Je ne savais pas quoi faire, le silence pesait dans la pièce et nous étions tous deux extrêmement gênés. Je fis quelque chose que je regrettai aussitôt : je tentai d'utiliser l'humour afin d'essayer de détendre l'atmosphère.

Monsieur G. se braqua. Le soin se fit rapidement et dans le silence le plus total. Les larmes de Monsieur G. coulèrent le long de ses joues quand je le tournai de nouveau vers moi à la fin du change. C'est sûrement l'un des pires souvenirs que j'ai pu vivre au cours de ma formation car je ne suis pas ce genre de soignante, je n'ai pas envie d'être ce genre de soignante. Tout au long de mes stages, les tuteurs ont toujours souligné cette capacité que j'avais à tisser des liens de confiance, de bienveillance avec les patients, ce dont j'ai toujours été extrêmement fière. J'ai avancé le fait que le relationnel était la clé des soins, que ce savoir-être est nécessaire, indispensable, voire primordial. Je ne m'étais jamais doutée qu'un jour je me retrouverai dans une telle situation où la relation avec mon patient serait plus conflictuelle que bienveillante.

2 Questionnement

Ces deux situations m'ont conduites à me questionner que ce soit sur l'humour lui-même, sur la relation soignant-soigné, sur le rôle du soignant ainsi que celui du patient. J'ai donc fais le choix de répartir mes questions en différentes catégories afin de mieux appréhender et comprendre la problématique qui en découle.

2.1 En rapport avec l'humour dans le soin :

- Existe-t-il différents types d'humour ?
- Peut-on utiliser tous les types d'humour ?
- L'humour peut-il être considéré comme un moyen de communication ?
- L'humour peut-il être utilisé pour soulager la douleur ?

2.2 En rapport avec la situation :

- Comment évaluer une situation afin de déterminer si l'humour peut être utilisé ?
- L'humour a-t-il sa place dans toutes les situations de soins ?
- Certaines situations sont-elles propices à l'humour ?
- Au contraire, y-a-t-il des situations où l'humour doit être absolument évité ?

2.3 En rapport avec le patient :

- Peut-on rire de tout avec tout le monde ?
- Certaines situations permettent-elles plus l'humour ?
- L'humour est-il patient dépendant ?
- L'humour est-il différent selon l'âge, le sexe, la classe socio-professionnelle, le vécu, l'histoire, les croyances et les valeurs du patient ?
- Faut-il bien connaître le patient avant de faire de l'humour avec lui ?
- Le patient n'utilise-t-il pas l'humour afin de cacher sa peur, ou une autre émotion qui le dérange ?
- L'humour n'est-il pas aussi utilisé comme mécanisme de défense pour les patients ?
- L'humour a-t-il un effet bénéfique sur le patient ?
- Au contraire, existe-t-il un effet négatif notoire ?
- Faut-il évaluer l'état émotionnel du patient avant d'utiliser l'humour ?

2.4 En rapport avec le soignant :

- L'humour est-il soignant dépendant ?
- Le soignant peut-il utiliser l'humour pour créer une relation avec le patient ?
- Le soignant utilise-t-il l'humour comme mécanisme de défense afin de se protéger des situations qui le touchent ?
- Utilise-t-on l'humour, en tant que soignant, afin de dédramatiser une situation ?
- L'humour a-t-il un effet bénéfique sur le soignant ?

2.5 En rapport avec la relation soignant-soigné :

- La relation de confiance doit-elle déjà exister avant que le soignant puisse faire preuve d'humour ou au contraire l'humour permet-il de créer et consolider la relation de confiance ?
- L'humour peut-il être vu comme un outil thérapeutique ?
- L'humour n'empêche-t-il pas de mettre en place la distance relationnelle nécessaire ?
- L'humour est-il créateur de la relation soignant-soigné ?
- L'humour a-t-il une réelle utilité dans le soin ?
- Faut-il que ce soit le patient qui initie l'humour ou peut-on se permettre, en tant que soignant, de faire preuve d'humour ?

Après avoir posé par écrit l'ensemble de ces questions, je me suis demandée ce qui m'interrogeait réellement à travers ces deux situations et pourquoi celles-ci m'interpellaient autant. J'ai pris conscience que j'utilisais souvent l'humour afin de créer une relation que je qualifierais de rapport de confiance avec mes patients. Pour moi, cela a toujours été un outil de communication qui m'a permis de tisser des liens avec eux. Toutefois, après la seconde situation avec Monsieur G., je me suis réellement questionnée sur l'humour, sur son impact dans la relation soignant-soigné mais aussi sur son utilité dans le soin. Étant une démarche que je m'approprie régulièrement, il est essentiel pour moi de comprendre comment l'utiliser correctement, à bon escient, dans un contexte qui l'autorise et surtout avec un objectif précis derrière et non pas seulement dans le but de faire uniquement de l'humour et des blagues "pour rire". La question de départ provisoire suivante s'est alors imposée à moi :

« Dans quelle mesure l'humour peut être utilisé comme outil et permettre une adhésion au soin en influençant la relation soignant-soigné ? »

Au vu de cette question, j'ai choisi de définir les différents termes qui me semblaient être des mots-clés tels que l'humour, la relation soignant- soigné, l'outil, l'adhésion aux soins.

En m'orientant vers les définitions, j'espère pouvoir clarifier les différents termes et de ce fait juger de la pertinence de ma question de départ provisoire, et ce, afin d'aboutir à ma question de départ définitive.

Phase exploratoire

3 L'humour

Comme dirait Guy BEDOS, « *définir l'humour c'est prendre le risque d'en manquer »*[1]. Toutefois, même si ce n'est pas chose facile, j'ai décidé dans un premier temps d'essayer de définir l'humour afin d'en comprendre la complexité.

Selon le dictionnaire Larousse, l'humour est défini comme étant une « *forme d'esprit qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité ; marque de cet esprit dans un discours, un texte, un dessin…* »[2]. Selon ce même dictionnaire, est qualifié d'humour « *le caractère d'une situation, qui bien que comportant un inconvénient, peut prêter à rire*. »[3]

Ainsi, Robert ESCARPIT déclare qu'il n'est « *pas possible de donner à l'humour une définition satisfaisante* ».[4] Effectivement, au cours de mes recherches, j'ai pu constater qu'il existe de multiples définitions de l'humour selon l'époque mais surtout selon les approches philosophiques, psychologiques, littéraires, mais aussi, et c'est ce qui m'intéresse le plus à travers ce travail de fin d'études, les approches médicales.

En effet, si je me positionne d'un point de vue psychologique, j'ai pu entrevoir que Freud définit l'humour comme étant « *conçu comme la plus haute de ses réalisations de défense.* »[5] Selon lui, l'humour est avant tout un mécanisme de défense, qui est un processus élaboré par le « Moi » permettant de lutter contre l'angoisse. J'ai pu constater ce mécanisme au cours de ma seconde situation où, celle-ci me perturbait tellement et me dérangeait que j'ai eu recours à l'humour et ce, dans le but de me protéger. De plus, dans son ouvrage, « Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient », Sigmund FREUD explique que l'humour permet aussi « *comme les rêves, libère impunément nos pulsions les plus inavouables, sans que notre gendarme intérieur, le surmoi, s'en offusque. Il permet d'exprimer, sans se salir les mains, ce qui ne peut être dit ou, pire, mis en actes – nos envies de meurtre, nos fantasmes sadomasochistes, notre mépris de l'autre sexe, etc*. »[6]

Selon la littérature et plus particulièrement la littérature française, l'humour serait un moyen de « *déplacer le sérieux bien plus qu'il ne l'annule ou ne le contredit* ».[7] C'est en tout cas ce que remarque Jean-Marc MOURRA dans son ouvrage « Le sens littéraire de l'humour ». Je remarque donc que l'humour permettrait de se détacher du sérieux tout en gardant son utilité. Il autorise d'une certaine manière, de faire passer un message sérieux sous une autre forme, dans un but, peut-être, de plus grande acceptation. Dans le cadre du

---

[1] BEDOS, Guy, *Pointes, piques et répliques.* Paris : Le cherche midi, 1998, p. 6
[2] Dictionnaire LAROUSSE, définition de l'humour
[3] Ibid
[4] ESCARPIT, Robert, *L'humour.* Paris : Presse Universitaire de France, Collection Que sais-je ?, 1994, p.6.
[5] CONTOU -TERQUEM, Sarah, *Dictionnaire FREUD.* Paris : Bouquins, Robert Laffont, 2015, p. 564.
[6] FREUD, Sigmund, *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient.* Paris : Gallimard, 1992, p. 203.
[7] MOURA, Jean-Marc, *Le sens littéraire de l'humour.* Paris : Presse Universitaire Française, 2010, p..

soin, on peut se rendre compte que cette forme d'humour est utilisée dans certaines situations afin d'exprimer une déclaration qui aurait pu ne pas être entendue par le patient autrement.

Quand je me suis intéressée à l'humour du point de vue de la santé, j'ai pu lire à travers divers ouvrages, et surtout grâce à l'article intitulé « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature. » publié dans la revue Recherches en Soins Infirmiers n°86, en 2006, que l'humour est surtout identifié comme étant un mode de communication dans le domaine médical. Il est présenté comme étant « *une place importante et quasi omniprésente dans la communication humaine* ».[8] A travers cet article, j'ai pu découvrir que Vera ROBINSON, ancienne professeure dans une école d'infirmière aux États-Unis, a défini l'humour dans le soin correspondant à « *une communication de type cognitif menant à une réponse émotionnelle d'amusement, de plaisir et qui en résulte en une réponse de comportement physique sous forme, par exemple, de rire »* [9] mais aussi comme étant une « *expérience cognitive, une forme de communication*. »[10]

En conclusion de cette première partie, je vais citer de nouveau Vera ROBINSON qui déclare que l'humour est « *un phénomène physiologique, psychologique et cognitif complexe.* »[11] A travers ces différentes approches et de ce fait ces différentes définitions, j'ai pu effectivement entrevoir la complexité de l'humour. Il est donc judicieux de ma part de noter qu'aucun consensus sur la définition de ce terme n'a été encore élaboré.

4 La relation de soins

La relation de soins est un concept complexe qui a été étudié et analysé par de nombreux auteurs. De par mes lectures, j'ai pu noter que la définition est donc très diversifiée. Si je m'arrête uniquement aux mots qui composent cette expression j'ai le terme relation qui, selon le dictionnaire Larousse, constitue en un *« ensemble de rapports et de liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent et communiquent entre elles . »*[12]. Ainsi, la relation commence là où deux personnes, ou plus, se rencontrent et elle peut ensuite évoluer grâce à une communication.

Le mot-clé soin quant à lui exprime l'idée d' *« actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, d'actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps. »*[13]

---

[8] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature, Recherches en Soins Infirmiers n°86, 2006.
[9] ROBINSON, V. L'humour et la profession soignante, 1991
[10] Ibid
[11] Ibid
[12] Dictionnaire LAROUSSE, définition relation.
[13] Dictionnaire LAROUSSE, définition soins.

La relation de soins serait donc une relation qui existe dans un contexte particulier qui est celui du soin, et comme l'indique Monique FORMARIER « *la relation dont il est question ici relève du champ professionnel ce qui implique des rapports sociaux codifiés, préétablis.* »[14] Ainsi, la relation de soins est une relation particulière avec des codes précis lui permettant d'être établie.

Comme l'explique Alexandre MANOUKIAN, de par leur profession, les soignants « *entrent en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée.* » [15] La relation de soins est donc très présente dans soin. Il est nécessaire que celle-ci évolue afin que le patient se sente concerné et impliqué dans les soins, qu'il en soit « l'acteur principal » et ce, dans l'idée d'une adhésion aux soins. Pour cela, divers outils peuvent être utilisés pour son évolution.

Néanmoins, Alexandre MANOUKIAN explique que « *toute parole ou tous geste du patient ou du soignant facilitera ou inhibera la relation de soins*. »[16] Ainsi, la communication, verbale ou non, est ce qui va influencer la relation, favorablement ou non. Dans mes deux situations, l'humour, qui est une forme de communication comme j'ai pu le voir dans ma partie sur ce mot-clé, a influencé mes relations, positivement avec Madame X. et il a inhibé ma relation de soins avec Monsieur G. dans la seconde situation.

Grâce à cette définition, j'ai pu mettre en lien mes situations avec la relation de soins. De plus, j'ai pu commencer à entrevoir l'importance de la relation dans le soin . Elle m'a aussi permis d'établir un lien essentiel entre cette relation et la communication, qui reste la clé afin de développer les rapports entre soignant et patient.

5 L'outil

Je tenais à définir ce mot-clé qui me semblait essentiel face au sujet de l'humour. En effet, comme je l'ai souligné dans mes situations puis dans mon questionnement, je souhaite avant tout utiliser l'humour dans un but et non simplement dans l'idée de faire rire. D'où, selon moi, l'importance de la notion d'outil.

Si je m'inspire du dictionnaire LAROUSSE, un outil est un « *élément d'une activité qui n'est qu'un moyen, un instrument ».* [17] Ainsi, si j'essaye de lier le terme outil à ma situation et à mon sujet, l'humour serait donc utilisé comme outil, comme moyen, dans le but d'améliorer mon activité, mon soin et la relation avec les patients en l'occurrence.

---

[14] FORMARIER Monique, La relation de soin, concepts et finalités, *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2007, n°89, p.34
[15] MANOUKIAN, A. *La relation soignant-soigné*. Paris : LAMARRE, p. 3
[16] Ibid p. 4
[17] Dictionnaire LAROUSSE, définition d'outil.

Effectivement, il est écrit qu'un outil « *exerce une action sur un élément d'environnement, dans le but d'améliorer l'efficacité des actions entreprises.* »[18] A travers cette définition, j'ai pu réellement prendre conscience de l'impact que je voulais que l'humour ait, c'est-à-dire être avant tout un outil efficace dans mon travail qui améliorera la relation de soins et qui, s'il est utilisé convenablement me permettra de devenir la professionnelle de santé que je souhaite être.

Après avoir lu plusieurs ouvrages, je pense qu'il est essentiel de souligner le fait qu'il s'agit ici d'un outil de communication. Il est souvent beaucoup plus utilisé et manié dans le marketing et la communication. Cependant, par définition, il s'agit avant tout d'outil *« sans lesquels il est impossible de collaborer ou de coopérer ».* [19]Or, comme je le disais auparavant dans ma définition de la relation de soins, la collaboration avec le patient est une chose essentielle au soin. Comme l'ajoute Erik ORSENNA : « *Tous les mots sont des outils. Ni plus ni moins. Des outils de communication. Comme les voitures. Des outils techniques, des outils utiles !* [20]» Ainsi, l'humour, s'il est bien manié, peut être un outil utile.

A travers cette citation, j'ai pu aussi prendre en compte le terme de technicité. Derrière chaque outil se cache une notice, une utilisation bien précise pour ne pas mal faire. Or, comme souligne Delphine DE VIGAN, *« les effets secondaires de la vie ne sont ni indiqués dans un mode d'emploi, ni dans une notice. »*[21] L'humour est donc un outil qui n'a pas de notice définie puisqu'il dépend des échanges entre des êtres humains à un moment donné, d'où l'importance de le manier avec précaution.

Grâce à cette définition, j'ai pu réellement comprendre l'importance de souligner que l'humour est avant tout un outil. Si l'on oublie cette idée d'utilité et d'efficacité, nous pouvons cibler uniquement le côté comique de la situation et en oublier l'intérêt, ce qui n'est pas mon but en tant que future professionnelle de santé. Le fait de chercher cette définition m'a donc permis de voir l'importance de l'utilisation de cet outil mais aussi de souligner la notion qu'il faut l'utiliser avec prudence puisqu'il n'existe pas de mode d'emploi préétabli.

D'ailleurs, au regard de mes deux situations, je comprends mieux que lors de la seconde, je n'ai pas cherché à l'utiliser en tant qu'outil à proprement parlé mais qu'il a été un mécanisme de défense car la situation me dérangeait, ce qui a pu me porter préjudice. Ces recherches me permettent aussi de me questionner sur l'utilisation de l'humour pour le soignant. En effet, ce dernier peut l'exploiter en tant qu'outil de communication comme je l'ai fait dans ma première situation, et ce, dans un but précis. Toutefois, il peut aussi être utilisé de manière inconsciente comme mécanisme de défense, pour protéger le sujet, que ce soit le soignant, comme dans ma seconde situation ou le patient.

---

[18] Dictionnaire LAROUSSE, définition d'outil.
[19] Définition de « Outil », www.journaldunet.com/solutions/0210/021030_3colla.shtml, consulté le 6 janvier 2018.
[20] ORSENNA, Erik, *La grammaire est une chanson douce.* Paris : Le livre de poche, collection « Littérature et documents », 2003.
[21] DE VIGAN, Delphine. *No et moi.* Paris : Le livre de poche, collection « Littérature et documents », 2009.

6 Adhésion au soin

L'adhésion aux soins aussi appelée adhésion thérapeutique est un concept très large qui regorge de définitions variées et riches. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cette dernière correspond au *« niveau d'adéquation entre le comportement d'un patient et les recommandations sur lesquelles il s'est entendu avec un professionnel de santé. »* [22] D'après cette définition, je comprends que l'adhésion thérapeutique s'allie au fait que le patient adhère donc au projet, aux objectifs, aux méthodes (thérapeutiques ou non) qui lui sont proposés.

Comme le souligne l'OMS, il peut s'agir de la prise des thérapeutiques, de l'adoption d'un régime alimentaire, des changements d'habitudes de vie… Elle est censée être recherchée par l'équipe afin que le soignant « fasse avec » le patient et non plus « pour » le patient. L'OMS ajoute que l'adhésion aux soins est « *un processus complexe et dynamique qui évolue en fonction des circonstances de la vie du patient. »*[23] Cette notion d'implication du patient et donc, par conséquent, d'adhésion thérapeutique est inscrite dans le guide du service de soins infirmiers, dans le projet de soins infirmiers, dans la norme 2 où il est écrit que « *La personne soignée est reconnue comme acteur de son projet de soins. Elle participe dès son arrivée et tout au long de son séjour à l'élaboration et à l'actualisation de ce projet . »*[24]

Pour réussir à obtenir une adhésion thérapeutique, il existe différentes méthodes. Comme le souligne encore une fois l'OMS, elle est « *intimement liée* »[25] à la communication entre le patient et le soignant : « *elle dépend principalement du patient et de la qualité de communication et de l'interaction entre le soignant et le patient. »*[26]
En effet, comme je le décrivais dans la définition de l'humour puis dans celle de la relation de soins, la communication est essentielle pour créer du lien avec le patient et donc, permettre que ce dernier adhère au mieux à son projet, ses thérapeutiques, ses objectifs…

Selon l'OMS, divers facteurs influencent l'adhésion aux soins. Elle les sépare en différentes catégories. Tout d'abord, je constate qu'il y en a en lien avec le patient : « *le sentiment d'efficacité personnelle, la connaissance et la compréhension de la maladie et de ses risques, l'attente et les croyances par rapport au traitement…* »[27] Dans tous ces facteurs,

---

[22] Définition d'adhésion thérapeutique, http://lecrip.org/2014/05/21/adhesion-therapeutique-concepts-et-definition/ consulté le 8 janvier 2018.

[23] Définition de l'adhésion thérapeutique, site de l'OMS, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/ visité le 4 avril 2018

[24] Définition de l'adhésion thérapeutique, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf visité le 15 mars 2018

[25] Définition d'adhésion thérapeutique, http://lecrip.org/2014/05/21/adhesion-therapeutique-concepts-et-definition/ consulté le 8 janvier 2018.

[26] Ibid

[27] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/ visité le 4 avril 2018

j'ai pu remarquer que le fil conducteur reste la communication avec le patient puisque le fait d'échanger avec lui va permettre au soignant d'identifier ses besoins, ses ressources, ses attentes, sa compréhension du traitement et de la pathologie… Aussi, la communication est donc la clé de l'adhésion aux soins.
Il existe aussi des facteurs « *en lien avec le traitement, son efficacité, les bénéfices perçus ; en lien avec la maladie et en lien avec les facteurs du système de santé, qui impliquent la disponibilité des soignants, la qualité de la relation entre le soignant et le patient…* »[28]

L'adhésion aux soins, ou adhésion thérapeutique est un terme complexe qui regroupe différents facteurs qui vont avoir un impact positif ou non face à l'adhérence du patient aux soins. Après ces recherches, j'ai pris conscience que ces facteurs sont, en majeur partie, influencés par la communication qui s'établit entre le patient et le soignant. Je pense que cette définition est essentielle à mon avancée dans ce travail de recherches puisque l'humour est, comme je le disais dans ma définition, utilisé comme un moyen de communication dans le domaine du soin. Or, comme j'ai pu le noter tout au long de cette partie et comme j'ai pu l'observer au cours de mes recherches sur ce concept, le patient peut en partie adhérer aux soins grâce à la relation qu'il entretient avec les soignants et aux échanges auxquels il participe. L'humour permettrait donc peut être une meilleure adhésion aux soins s'il est utilisé comme outil de communication.

Dans ma première situation, j'ai pu prendre conscience que Madame X. adhérait à ses soins grâce à la relation qu'elle entretenait avec l'équipe et moi-même. En revanche, lors de ma deuxième situation, je n'ai pas pris en compte les différents facteurs qui impactent sur l'adhésion aux soins. De ce fait, je n'ai pas pu créer une relation qui permet à Monsieur G. d'adhérer à ses soins. Avec ce patient, l'humour n'a pas été utilisé comme outil de communication à proprement parlé. En conséquence, Monsieur G. ne s'est pas senti entendu et il n'a pas accepté le soin facilement.

[28] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/ visité le 4 avril 2018

7 Question de départ définitive

Ma question de départ provisoire était la suivante :

Dans quelle mesure l'humour peut être utilisé comme outil et permettre une adhésion au soin en influençant la relation soignant-soigné ?

La phase exploratoire m'aura permis de comprendre l'enjeu de mes recherches mais aussi de faire le lien entre mes différents mots-clés. Grâce à elle, j'ai pu clairement établir une relation entre l'humour, la relation de soins ainsi que l'adhésion aux soins, qui sont finalement intimement liées.

A travers ces diverses définitions, j'ai pu donc formuler ma question de départ définitive qui est la suivante :

Dans quelle mesure l'humour dans le soin peut être utilisé comme outil de communication et permettre une adhésion au soin en influençant la relation soignant-soigné?

Au vu du sujet traité qu'est l'humour, ma question de départ provisoire était déjà très ciblée, d'où le fait que ma question définitive reste similaire. Toutefois, suite à mes différentes lectures, j'ai fait le choix d'ajouter la notion de soin à côté de celle d'humour afin d'orienter essentiellement mes recherches sur l'humour dans les soins et non l'humour en général. De même, le concept d'outil étant très large, j'ai fait le choix de préciser la notion de communication en aval. Ces modifications ont été effectuées dans l'intention d'arriver à une question de départ définitive plus concrète.

Dans le but d'essayer de répondre à cette question, j'ai choisi d'approfondir les concepts d'humour et de relation de soins en ayant recours à différents auteurs.

En effet, il était pour moi nécessaire de traiter de l'humour puisque depuis le début de ce travail de recherches, il en est le fil conducteur.

De plus, à travers ma phase exploratoire j'ai pu voir que, malgré les différences significatives qui existent entre la relation soignant-soigné et l'adhésion aux soins, cette dernière ne peut exister sans la première, d'où l'importance que j'y accorde. En conséquence, j'ai décidé de traiter de la relation soignant-soigné en tant que concept dans ma future partie.

Phase conceptuelle

8 La relation de soins

Comme j'ai pu le constater auparavant, la relation et plus particulièrement la relation de soins est un concept vaste et très riche. Il a été traité par de nombreux auteurs. J'ai donc choisi de vous présenter cette notion à travers deux auteurs, particulièrement reconnus dans leurs écrits sur la relation de soins.

Je me suis donc essentiellement imprégnée des écrits de Margot PHANEUF, professeure en sciences infirmières, et plus particulièrement sur son ouvrage « La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique » ainsi que sur l'ouvrage de Marlyne DABRION, sociologue, qui s'oriente plus sur la relation soignant-soigné dans la formation infirmière. J'ai décidé de confronter ces deux auteurs, toutefois, j'ai souhaité aussi m'appuyer sur Alexandre MANOUKIAN, pionnier en ce qui concerne la relation soignant-soigné ainsi que de Monique FORMARIER.

Ayant déjà défini la relation de soins dans ma phase exploratoire, je ne m'attarderais pas à la redéfinir dans la phase conceptuelle.

8.1 Une relation nécessaire et obligatoire dans les soins…

D'après Margot PHANEUF, *« De bons soins physiques soutenus par une organisation fonctionnelle peuvent paraître efficaces, mais s'ils ne sont pas habités par une présence chaleureuse, par une attention à l'autre et une compréhension réelle de ce qu'il vit, ces soins ne sont pas perçus de manière positive par le malade et par sa famille. Dans les soins, qualité relationnelle et qualité professionnelle sont indissociables.* » [29]

Il me semblait avant tout important et nécessaire de montrer que la relation soignant-soigné est au centre du soin mais aussi de notre travail de soignant, comme le souligne Monique FORMARIER « *la profession infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central aujourd'hui* ».[30] Dans le même sens, Marlyne DABRION indique que « *soigner ne se réduit pas à réaliser un acte technique. C'est aussi la présence, l'aide, la suppléance, l'accompagnement*. »[31]. Ainsi, à travers ces auteurs, je peux donc relater que la relation soignant-soigné existe dans le milieu hospitalier mais fait surtout partie intégrante du soin.

Or, je pense qu'il est d'autant plus intéressant de s'appuyer sur le code de la santé publique, et plus particulièrement sur le décret n°2004-802 qui indique que *« les soins*

---

[29] PHANEUF, M. La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique, avant-propos.
[30] FORMARIER, M., *op. cit* p. 33
[31] DABRION, M. Soins relationnels : La communication, l'entretien professionnel infirmier, la relation d'aide, page V.

infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec les malades. »[32] Ainsi, le soin relationnel n'est pas seulement mis au centre du soin par les soignants, il est aussi légiféré dans le code de la santé publique qu'il est de notre rôle propre de l'intégrer aux soins et donc de notre formation.

D'autant plus, comme l'indique Marlyne DABRION : « *Les étudiants infirmiers doivent être initiés à la démarche relationnelle, au même titre que les soins techniques, éducatifs, préventifs, dans un entendement holistique de la personne soignée*. »[33]

Parallèlement, si je me réfère sur le recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, je constate que la relation de soins fait aussi partie de la formation infirmière. C'est-à-dire qu'elle correspond à l'unité d'enseignement 4.2 intitulée « Soins Relationnels » dispensée aux étudiants en soins infirmiers au cours de leurs trois années de formation. Ce dans l'intention d' *« Identifier les éléments permettant de communiquer et conduire une relation de soins »*[34], d' « *Argumenter les fondements de la relation de confiance et de l'alliance thérapeutique avec une personne* » [35]et d' « *Adapter ses modes de relation et de communication aux personnes, aux situations et aux contextes. »*[36] Tout au long de ces trois années de formation, il nous a donc été enseigné l'importance de cette relation dans le soin ainsi que sa mise en pratique au quotidien. Je pourrais ajouter que c'est une notion que j'ai pu aussi constater et appréhender tout au long de mes stages, comme je le raconte dans ma situation d'appel.

La relation dans le soin est donc non seulement quelque chose de nécessaire afin de développer des soins efficaces mais elle est aussi quelque chose d'obligatoire. Comme le précise le Code de la Santé Publique, elle fait partie intégrante de ma formation et de mes stages, qui m'ont permis de la comprendre et de mieux l'appréhender.

8.2 …Centrée autour de deux acteurs principaux

Avant de plus amplement développer la relation soignant-soigné, il me semblait judicieux de parler des deux acteurs qui la composent et qui lui ont donné son nom : le soignant et le soigné. Si je consulte la définition de relation que j'avais auparavant recherché, une relation se compose de deux personnes qui vont entrer en lien, en communication. Dans ce type de relation, les deux acteurs principaux se trouvent être le soignant, qu'importe sa profession, ainsi que le soigné, ou patient.

---

[32] Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique. JORF du 8 août 2004, p. 14150.
[33] DABRION, M. *Op. cit*, Avant-propos, V.
[34]Formation des professions de santé, profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, Editions SEDI, 2015, p. 123.
[35] Ibid, p124
[36] Ibid p125

8.2.1 **Le soignant**

Selon la définition du dictionnaire LAROUSSE, le soignant correspond à « *Une personne qui donne des soins à quelqu'un .*»[37] Sous ce terme se cache donc l'ensemble des soignants : médecin, infirmier, manipulateur radio, aide-soignant… Toutefois, j'ai choisi, dans le cadre de mon travail, de développer cette partie sur les infirmiers en vue de ma professionnalisation.

Comme l'indique Marlyne DABRION, « *En France, les professions de soins sont réglementées par le Code de la Santé Publique. »*[38] Dans ce code, la profession d'infirmier est définie telle qu' : *« Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou infirmière toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. »* [39] Ainsi, un infirmier est une personne étant habilitée à exercer des soins infirmiers nécessaires au patient.

En revanche, j'ai pu observer que le métier d'infirmier et surtout ses représentations ont évolué au cours du temps. L'infirmier est non seulement amené à effectuer son rôle propre et son rôle sur prescription, comme cela est indiqué dans le Code de la Santé Publique mais il est « encore plus », aujourd'hui. Il ne « *Traite plus [seulement] une maladie, mais soigne aussi [et avant tout] un malade. »*[40] Désormais, dans la définition d'infirmier s'inclue aussi la définition du malade, du patient, du soigné.

8.2.2 **Le soigné**

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le soigné est identifié comme une « *personne que l'on soigne moralement et physiquement, à qui l'on apporte et prodigue des soins.* »[41]

Je pense que de prime abord, il est nécessaire de prendre en compte le premier mot de cette définition : personne. Un soigné ou un patient est avant tout un être humain qui « *est un être biologique, moral et social*. »[42] Ainsi, un patient est une personne qui a une histoire, des valeurs, une culture, une personnalité et surtout des sentiments et des émotions. Il est donc primordial de prendre cette notion en compte, ce qui me permet de comprendre qu' « *aucune situation relationnelle n'est identique* [43]», puisque chaque patient est unique.

---

[37] Dictionnaire LAROUSSE, définition de soignant, consulté le 20 avril.
[38] DABRION, M. *Op. cit.*, p. 13.
[39]Article L4311-1 du 23 mai 2017 du Code de la Santé Publique, consulté le 18 avril.
[40] BENEVISE, N. *Journal d'une infirmière*, Paris, Plon, 1993, p44.
[41] Définition de « Soigné », www.cnrtl.fr/definition/soigné
[42] JOUFFROY, Théodore, *Mélanges philosophiques.* Paris : Hachette, 1860, p. 246.
[43] FORMARIER, M. *op. cit*, p. 36.

Toutefois, à travers cette définition, je ne peux réfuter la notion de besoin : un patient est une personne qui a un besoin à un moment donné. Si je m'appuie de nouveau sur ma définition, un patient est une personne qui a le besoin d'être soigné, que ce soit moralement ou physiquement. Il y a donc la nécessité qu'on lui prodigue des soins à un moment donné, rôle propre de l'infirmier. Comme l'indique Marlyne DABRION : « *le soigné est celui qui fait appel à un tiers ou une institution pour l'aider à résoudre ses différents problèmes de santé.* »[44]

8.2.3 **Une relation asymétrique**

J'ai pu alors constater, à travers ces deux définitions une certaine inégalité entre ces deux acteurs : l'un a des besoins auxquels le second doit répondre. Comme l'indique Monique FORMARIER, la relation soignant-soigné est une « *interaction asymétrique* » [45], notion qui est appuyée par le Docteur Catherine DESHAYS qui déclare que « *le contexte relationnel est celui d'une relation asymétrique.*»[46]

En effet, comme j'ai pu le voir auparavant à l'aide de mes définitions de soignant et de soigné et en m'appuyant toujours sur Marlyne DABRION, je note la notion de vulnérabilité en ce qui concerne ce dernier qui « *peut être un patient ou toute autre personne qui se retrouve en situation de vulnérabilité*. »[47] En confrontant les deux définitions, je prends conscience que le soigné a un besoin auquel le soignant peut répondre, d'où l'aspect asymétrique de la relation.

En revanche, je trouve qu'il est intéressant de noter que les différents auteurs s'accordent tous sur le fait qu'il est aujourd'hui nécessaire de supprimer cette notion d'asymétrie et de *« restaurer une relation symétrique [afin] de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être avec les soignants dans des relations égalitaires.* ».[48]

Sous cette citation, s'imbriquent deux termes que je trouve essentiel d'expliquer : symétrique et égalitaire. A l'heure actuelle, cette idée d'égalité où le patient n'est plus objet de soin mais bien acteur de soin est un véritable enjeu. En effet, c'est non seulement une donnée que j'ai pu apprendre lors de ma formation autant de manière théorique que pratique, au cours de mes différents stages ; mais aussi quelque chose qui appartient à l'ordre du légal désormais. J'ai donc décidé de m'appuyer sur le programme de l'OMS qui énonce que « *La*

---

[44] DABRION, M. *op. cit,* p.13.
[45] FORMARIER, M. *op. cit,* p. 35.
[46] DESHAYS Catherine, *Trouver la bonne distance avec l'autre, grâce au curseur relationnel*, Paris : InterEditions, 2010, 230 pages.
[47] DABRION, M. *op. cit,* p. 13
[48] FORMARIER, M. *op. cit.* p.35.

personne soignée est reconnue comme acteur de son projet de soins. Elle participe dès son arrivée et tout au long de son séjour à l'élaboration et à l'actualisation de ce projet ».[49]

Cette notion est aussi reprise par Catherine BIGONI et Pauline MARCHAND qui expliquent même son importance au cours de ces dernières années en exprimant le fait que *« de la relation soignant-soigné émanant du développement de la médecine moderne aurait fait place, depuis plusieurs décennies, à une relation plus égalitaire, centrée sur le patient* ».[50]

J'ai jugé intéressant, à ce stade de ma conceptualisation de la relation soignant-soigné, d'identifier ses différentes dimensions puisqu'elles vont permettre au soignant ainsi qu'au patient de créer une relation, dont ils seront les deux acteurs principaux.

8.3 De la relation de soins... A la relation de confiance

Avant de présenter les différentes étapes de la relation de soins, j'ai choisi de me baser sur la représentation de Marcus ENYOUMA face à la relation de soins, la présentant comme un kaléidoscope et montrant ainsi sa complexité et ses divergences.

Ainsi, les relations évoluent comme la lumière à travers un kaléidoscope et se réfléchissent en différentes dimensions. Selon Margot PHANEUF, elles sont au nombre de quatre, on retrouve :

- La relation de civilité
- La relation fonctionnelle
- La relation de confiance
- La relation d'aide[51]

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai effectué le choix de développer essentiellement la relation de confiance car, selon moi, c'est la relation qui se lie le plus à la notion d'humour. C'est en effet une relation définit comme étant une *« rencontre entre un besoin moral et une éthique de responsabilité, la confiance a pour condition et résultat une alliance entre le patient et le soignant. »* [52]

Au regard de mes situations et de ma question de départ, il me semblait donc plus judicieux de développer cette partie sur la relation de confiance, cette dernière étant la source permettant au soignant et au patient, non seulement de se faire confiance comme son nom

---

[49] Définition d'adhésion thérapeutique, http://lecrip.org/2014/05/21/adhesion-therapeutique-concepts-et-definition/

[50] BIGONI Catherine, MARCHAND Pauline, Le soin relationnel, un modèle à questionner, *Soins, savoirs et pratiques*, Juin 2012, n°766, p16.

[51] Se référer à l'annexe n°1

[52] THOMINET Patrick, PHANUEL Dominique, HAMON MEKKI Françoise, MAROUDY Daniel, La relation de confiance dans les soins, *SOINS*, Octobre 2010, n°79, p. 27.

l'indique, mais aussi, et surtout, ce qui m'importe, d'accéder à une adhésion thérapeutique, de la part du patient, de par l'alliance thérapeutique créée.

8.3.1 **La création du lien de confiance …**

La confiance est le mot-clé de cette relation puisqu'elle en détient le terme principal. Marlyne DABRION déclare que « *la notion de confiance renvoie au sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un.* »[53] Elle est rejointe dans cette idée par Margot PHANEUF qui exprime le fait que la confiance est accordée quand le soignant « *accept[e] et perç[oit] [les] besoins [du patient] et que celui-ci comprend que le soignant est sérieux, responsable et fiable* ».[54] Dans les deux cas, je retombe sur la sémantique propre du terme confiance avec la notion de fiabilité, de se fier à quelqu'un.

Si je recherche l'étymologie du mot confiance, cela signifie en latin « *avoir foi en quelque chose* ».[55] Ainsi, la relation de confiance s'établit dans les deux sens dans la relation de soins : le patient doit avoir confiance, doit pouvoir se fier au soignant mais inversement le soignant doit aussi avoir foi envers le patient. En effet, comme l'explique Margot PHANEUF, « *Le patient nous « donne » sa confiance, mais il s'attend en retour à un engagement véritable de la part du soignant.* »[56] La relation de confiance se doit donc d'être double ou mutuelle.

Pour qu'elle existe, la relation de confiance doit être créée, et, comme l'indique Monique FORMARIER par l'intermédiaire de Médard : « *Dans nos sociétés contemporaines, le ciment d'un échange sociable durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange*. »[57]

Dans le même sens, Marlyne DABRION ajoute que la relation de confiance dépend essentiellement de la communication puisque « *La relation soignant-soigné s'installe réellement lors de la mise en confiance car il s'agit d'un échange réciproque.* »[58] D'après elle, la relation de confiance existe principalement grâce aux rapports entretenus entre le soignant et le patient. Ainsi, la relation de confiance ne pourrait être créée et évoluée que grâce à des échanges entre le patient et le soignant.

A contrario, Margot PHANEUF exprime le fait qu'elle correspond à *« Des échanges fondés sur un sentiment de confiance et de sécurité que vous inspirez au client [ou patient] par votre attitude.* »[59]. Selon elle, la relation de confiance existe en partie grâce à une attitude

---

[53] DABRION, M. *op. cit*, p.14.
[54] PHANEUF, M. *op. cit* thérapeutique, p.133.
[55] Dictionnaire LAROUSSE, définition confiance, consulté le 01/04.
[56] PHANEUF, M. *op. cit*, p.133.
[57] FORMARIER, M. *op. cit*, p. 37.
[58] DABRION, M. *op. cit*, p.14.
[59] PHANEUF, M. *op. cit* p.128.

bienveillante de la part du soignant. Elle explique qu'il faut que le soignant soit « *Attentif, responsable et digne de confiance.* »[60]

Toutefois, les deux auteurs se rejoignent sur le fait que cette relation est non seulement nécessaire pour constater une bonne évolution des soins, puisqu'elle en est « *La base* »[61] mais aussi sur l'idée qu'elle n'est pas acquise et qu'elle se « *Mérite.* » [62] Je pense qu'il est aussi important de noter le fait qu'elle peut s'acquérir comme se perdre, elle n'est pas figée.

8.3.2 **…Et son utilité dans les soins**

« *C'est seulement une fois que l'on a installé un rapport de confiance et de sympathie que l'on est en position d'influencer quelqu'un.* » [63]

Je pense qu'il est essentiel de démontrer ici la nécessité d'entretenir une relation de confiance avec le patient. Celle-ci permet dans un premier temps d'avoir de bons rapports avec lui et dans un second temps « *D'avancer dans les soins* »[64], comme l'affirme Margot PHANEUF. Dans le même sens, Marlyne DABRION exprime le fait que « *La confiance qui peut rapprocher le malade et l'infirmier est fondamentale pour atteindre pleinement les buts des soins infirmiers.* »[65]

Ainsi, c'est elle qui permet d'établir une base entre le patient et le soignant qui entraînera par la suite une prise en charge effective et adaptée au patient. Elle est essentielle puisqu'elle «*Reconnaît la compétence du soignant ainsi que la collaboration du patient.* »[66]Les deux auteurs se rejoignent donc pour dire que cette relation est non seulement importante mais aussi fondamentale à la prise en soins des patients afin que ces derniers soient en adéquation avec les soignants mais aussi avec les soins. Comme le souligne Marlyne DABRION, « *la personne qui a confiance montre un accord durable entre ses paroles et ses actions.* » [67]

A travers cela, j'ai pu comprendre que la prise en charge d'un patient sera d'autant plus optimale que la relation de confiance avec lui sera instaurée. D'une part, le patient aura foi dans l'équipe et n'hésitera pas à poser des questions, à se confier, à discuter, à faire part de ses doutes… Ce qui permettra au soignant de voir le patient dans sa globalité : ses ressources, ses doutes, ses besoins… et donc d'effectuer une prise en charge optimale. D'autre part, le patient faisant confiance au soignant peut l'amener à une meilleure adhésion

---

[60] Ibid p.133
[61] PHANEUF, M. *op.cit.* p. 133
[62] Ibid
[63] Duane Smelser, définition de la confiance, https://www.yourhearinghealth.com/meet-our-founder/ consulté le 20 avril.
[64] PHANEUF, M. *op.cit*, p.133.
[65] DABRION, M. *op.cit*, p.64.
[66] PHANEUF, *op.cit* , p.133.
[67] DABRION, M. *op.cit*, p.64.

aux soins comme j'ai pu l'observer dans ma phase exploratoire et plus particulièrement dans mes recherches sur le mot-clé adhésion aux soins : le patient ne va pas hésiter à offrir sa confiance à l'équipe et à ce que les soignants peuvent lui proposer. De plus, cette relation de confiance permettra aussi de mettre le patient au centre des soins.

La relation de confiance est donc quelque chose de nécessaire à l'avancée des soins : que ce soit pour une prise en charge optimale du patient ainsi que pour une adhésion aux soins totale. Cependant, comme j'ai pu le voir auparavant, c'est un lien qu'il faut tisser car il n'existe pas de prime abord. Pour cela diverses méthodes possibles dont la base reste la communication, puisque comme l'indique Margot PHANEUF « *elle permet d'établir un contact et de faciliter la création d'une relation de confiance*. »[68].

8.4 Une évolution possible grâce à la communication

8.4.1 La communication dans le soin

Comme j'ai pu l'exprimer en amont au travers des écrits de Margot PHANEUF et Marlyne DABRION, la relation de soins, et plus particulièrement, la relation de confiance évoluent grâce à de nombreux supports. La communication en est le pilier principal, comme le dit Margot PHANEUF à travers les propos d'Alexandre MANOUKIAN : « *La véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés* »[69].

D'ailleurs, Margot PHANEUF et Marlyne DABRION s'accordent toutes deux pour dire, comme j'ai pu le lire auparavant, que la relation de confiance ne pourrait exister sans cette communication, qui correspondrait au ciment de la relation de soins. Margot PHANEUF complète par l'idée que *« La communication [est] la base de la relation soignant-soigné* ». [70]

Cette dernière est non seulement essentielle mais surtout inévitable. En effet, comme le note Margot PHANEUF « *La communication est à la base de tous nos rapports humains.* »[71], idée approuvée par Marlyne DABRION qui ajoute que « *toute communication s'inscrit dans un processus d'ordre social.* »[72] A travers cela, les deux auteurs expriment le fait que la communication est à la base de toute notion sociale. Auparavant, j'ai pu constater, qu'il y avait relation dès lors que deux sujets se rencontraient et communiquaient.

---

[68] PHANEUF, M. *op.cit*, p. 54
[69] MANOUKIAN, Alexandre, *La relation soignant-soigné.* Paris : Lamarre, 2014, p. 4
[70] PHANEUF, M. *op.cit*, p. 17
[71] PHANEUF, M. *op.cit* p. 3.
[72] DABRION, M. *op.cit*, p.16.

La communication est donc inéluctable puisqu'elle existe dès la rencontre entre deux sujets mais elle est aussi, et surtout, indispensable pour chacun. En effet, comme l'explique Margot PHANEUF « *Communiquer est un besoin fondamental de l'être humain pour vivre avec ses semblables, pour satisfaire ses besoins.* »[73]. Ce qui peut être mis en relation avec Virginia HENDERSON qui démontrent les besoins fondamentaux de l'être humain et qui identifie le dixième besoin comme étant le fait de « *communiquer.* »[74]

Il est important de noter qu'il existe différents types de communication, tous importants pour la mise en place d'une relation optimale entre le patient et le soignant. « *Tout ce qui émane de nous est communication* »[75] comme dirait Margot PHANEUF. Idée qui est confirmée par Marlyne DABRION qui explique dans son ouvrage qu'il existe à la fois une communication par le langage et une communication non verbale qui regroupe le regard, l'odorat, l'écoute, le silence, les postures, l'apparence générale ainsi que la distance entre les interlocuteurs. Margot PHANEUF ajoute à ces notions la respiration, l'expression faciale, le rire, le sourire, la voix… Toutefois, dans le cadre de ce travail de recherches, au vu de mes situations et de ma problématique, j'ai fait le choix de développer essentiellement la communication verbale. Il me semblait, en effet, plus évident de m'étendre principalement vers cette notion. L'humour étant, comme j'ai pu le constater dans ma phase exploratoire, un mode de communication à part entière.

8.4.2 **La communication verbale**

Je pense qu'avant toute chose, il est nécessaire d'exprimer le fait que la communication verbale est l'un des outils essentiels des infirmiers : que ce soit entre professionnels de santé, avec les patients, avec les familles… Elle fait partie intégrante du métier d'infirmier. Comme le définit Margot PHANEUF, « *la communication verbale est l'instrument privilégié de la transmission de l'information* »[76] ici, elle fait part de l'importance de la communication entre l'équipe puisque c'est grâce à elle que les informations vont être connues. Cependant, elle ajoute à cela que la communication verbale est aussi la clé « *de nos échanges avec les [patients]* ».[77] Cette idée est rejointe par Marlyne DABRION qui affirme que « *la communication est un complément vital du processus de soins infirmiers*. »[78] Dans le cadre de ce travail de recherches, j'ai ciblé essentiellement la communication verbale avec le patient car, au vu de mes situations, c'est ce qui me semblait le plus pertinent.

---

[73] DABRION, M, *op. cit,* p. 16
[74] HENDERSON, Virginia, *La nature des soins infirmiers.* Paris : InterEditions, 1994.
[75] PHANEUF, M. *op.cit,* p. 8
[76] PHANEUF, M. *op.cit,* ,p. 54
[77] Ibid
[78] DABRION, M. *op.cit,* p. 20

La communication verbale est donc l'un des outils clés des soins infirmiers, elle permet de transmettre des notions clés avec le patient et comme l'indique Margot PHANEUF « *grâce à cet échange, il comprendra mieux son problème, son traitement, de même que l'importance de le suivre*. »[79] De plus « *elle facilite la collaboration entre le soignant et le patient, un élément important pour l'évolution de celui-ci vers la guérison.* »[80] La communication est donc essentielle au mieux-être du patient. Dans le même sens, Marlyne DABRION s'accorde pour dire que la communication verbale permet « *d'atteindre certains objectifs*. »[81] Cette dernière est donc très utile en ce qui concerne le soin et la relation de soins puisqu'elle va permettre une meilleure adhésion aux soins.

Toutefois, je pense qu'il est judicieux de dire que les deux auteurs s'entendent l'une et l'autre pour exprimer le fait que l'information pourra mieux être reçue grâce à divers éléments qui gravitent autour d'elle. Margot PHANEUF ajoute que l' « *on constate une meilleure observance du traitement lorsque la communication a été claire, efficace et chaleureuse* ». [82] Marlyne DABRION la rejoint dans cette idée en s'appuyant sur l'approche de communication du schéma de JAKOBSON, et plus particulièrement les six fonctions du langage.[83]

La partie affective, comme l'explique Margot PHANEUF, c'est-à-dire la manière d'être, la tonalité employée, l'expression du message … va montrer une expression plus chaleureuse et donc une communication plus efficace. Elle est rejointe dans cette idée par Marlyne DABRION, qui a recours au terme de fonction poétique. Celle-ci regroupe la partie expressive avec le jeu de structure mais aussi, comme Margot PHANEUF, la tonalité et la façon de se comporter. Ainsi, je comprends que le message transmis est non seulement important mais que la manière dont il est exprimé va permettre au récepteur, ici au patient, de mieux le recevoir et de mieux l'accepter.

Cette dernière notion m'autorise à faire le lien avec l'humour puisque c'est un mode de communication à part entière, avec un jeu de structure, une tonalité particulière… De ce fait, maintenant que j'ai développé le concept de relation de soins à travers le point de vue de différents auteurs, je vais désormais me diriger vers le concept d'humour.

---

[79] PHANEUF, M. *op.cit*, p. 55
[80] PHANEUF, M. *op.cit*, p. 55
[81] DABRION, M. *op. cit*, p.16
[82] PHANEUF, *op. cit* ,p. 55
[83] C.F. Annexe n°2

9 L'humour

Comme j'ai pu le constater auparavant, l'humour est une notion vaste. Pourtant, j'ai émis le choix auparavant de cibler essentiellement sur l'humour dans le soin afin de pouvoir apporter des réponses à ma problématique.

Mes recherches ont été plus complexes pour trouver deux auteurs relatant des bienfaits de l'humour dans le soin et dans la relation de soins. Toutefois, j'ai pu me baser sur une revue de soins intitulée « *L'humour dans les soins* », publiée dans la revue Santé Mentale en Mars 2016, ainsi que sur l'article d'Hélène PATENAUDE *« L'humour dans la relation infirmière-patient* » édité dans la revue Une revue de la littérature ainsi que sur la chapitre « *Un détour par les usages sociaux du rire* », d'Hélène MARCHE, présent dans l'ouvrage Le langage social des émotions.

Comme pour la relation de soins, ayant tenté de définir l'humour, en amont, dans ma phase exploratoire, je ne vais pas m'attarder sur la définition de ce concept dans cette partie.

9.1 L'humour : humeur des soins

Je pense qu'il est tout d'abord judicieux de montrer que la notion d'humour et celle de santé sont intimement liées depuis maintenant des siècles.

En effet, jusqu'au XVIIIème siècle le terme humour n'existait pas : humour et humeur se confondaient en un seul terme. Ce sont les anglais qui ont créé le terme « humor », qui s'est transformé en « humour » dans la langue française. L'humeur correspondant aux différents liquides émanant du corps. Au départ, cela se référait aux fluides corporels tels que la lymphe, la bile, le sang… Ils étaient, selon Hippocrate, la première cause des maladies et d'après lui, les humeurs « *possèdent une double valeur physique et morale* »[84].

Ainsi, quand Hippocrate émit un diagnostic en ce qui concerne Democrite, homme hilare qui ne cessait de rire de manière incontinente, il expliqua que ce dernier souffrait de mélancolie, ce qui correspondait à un excès de bile noire et à « *un excès de folie associée au rire.* »[85] A cette époque, cela permit alors d'associer le rire à la santé, en l'unissant à l'humeur : la personne était de « bonne humeur » ou de « mauvaise humeur ».

Toutefois, le terme d'humour n'existant pas à cette époque, il fut occulté du domaine médical. Il n'apparaîtra qu'au XVIIème siècle avec les Anglais qui mettront en avant « *cette tournure d'esprit qu'est l'humour*. »[86] C'est à partir de ce moment-là que la personne ne

[84] BARTH, I. Quand l'humour contribue à la performance de la relation, Revue Internationale de psychosociologie, 2011, p.104.
[85] Ibid
[86] Ibid

subit plus ses humeurs mais les contrôle et en joue. L'humour serait donc, dès cet ère un outil de soin.

Néanmoins, l'humour se développe pour prendre une place importante dans notre société et malgré la complexité de ce concept, se détache petit à petit de la santé. Au cours de ces dernières années, différents auteurs ont pu noter cependant son importance ne serait-ce que dans la relation puisque comme le note Isabelle BARTH, « *l'humour ouvre de perspectives immenses dans le champ des rapports sociaux* ». Il a donc une influence dans les relations. C'est pourquoi je vais désormais traiter de l'intérêt de l'utilisation de l'humour dans le soin.

9.2 L'humour : outil de soins

A travers mes situations et mes recherches, j'ai pu remarquer que l'humour peut être un outil qui permet d'influencer la relation de soins et donc le soin, qui, comme j'ai pu l'observer dans mon concept sur la relation soignant-soigné, sont intimement liés. Je vais donc, dans cette partie, tenter de montrer les effets bénéfiques que peut avoir l'humour dans le soin.

9.2.1 L'humour : un mode de communication à part (entière)

Comme le souligne Hélène PATENAUDE, « *l'humour détient une place importante et quasi omniprésente dans la communication humaine*.»[87] Cette idée est soutenue par Hélène MARCHE qui exprime que « *l'humour est une forme d'expression*. »[88]

Ainsi, l'humour est avant tout une méthode de communication. Toutefois, les auteurs vont plus loin en exprimant qu'il peut être considéré comme « *un moyen de communication thérapeutique* » [89] et ce « *dans le but de montrer la réalité sous un autre jour.* »[90] L'ensemble des auteurs s'accordent pour dire que l'humour, en tant que mode de communication, permet d'aider le patient, idée que je vais tenter de démontrer tout au long de cette partie. La communication par l'humour serait donc un outil dans le soin.

Comme l'indique Hélène PATENAUDE, l'humour *« permet d'exprimer ce dont ils [les patients] ont besoin* », en « *favorisant l'échange* »[91], comme l'ajoute Hélène MARCHE.

---

[87] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit.* p. 36
[88] MARCHE, H. Le travail émotionnel et l'expérience du cancer, Un détour par les usages sociaux du rire, Le Langage social des émotions, p.105.
[89] PATENAUDE, H. *op. cit,* p. 36
[90] Ibid p. 37
[91] MARCHE, H. *op. cit,* p.109

Les deux auteurs s'accordent donc pour dire que l'humour est non seulement un mode de communication mais il est surtout un moyen d'encourager la relation soignant-soigné.

A travers ces auteurs, j'ai pu m'apercevoir que l'humour a cette capacité de permettre d'évoquer des choses que le soignant et/ou le patient n'auraient peut-être pas osé aborder de prime abord. En effet, comme le déclare Hélène MARCHE, c'est « *un mode détourné de communication* »[92], dans le même sens Hélène PATENAUDE qualifie cette communication de « *message sous forme de jeu […] qui permet d'aborder des thèmes sensibles*. »[93] L'humour permet non seulement d'entrer en relation, comme je l'expliquais auparavant, mais aussi de parler de choses dont nous ne sommes pas à l'aise. Avec ce « nous », j'englobe à la fois le soignant et le patient, chacun peut avoir recours à l'humour pour exprimer des sujets qui sont plus ou moins évidents. Comme l'explique Hélène PATENAUDE, « *c'est une ouverture qui permet d'aborder des thèmes sensibles et d'aller plus loin* ».[94]

C'est pourquoi, l'humour peut être considéré comme un moyen de communiquer mais aussi, s'il est utilisé à bon escient, de parler de sujets plus difficiles à aborder. L'humour permet de creuser avec le patient des notions qui seraient peut-être moins évidentes à exprimer sans lui, telles que la mort, la souffrance, la peur… Il permet de verbaliser et de faire verbaliser.

9.2.2 L'humour : Un outil de la relation de soins

Comme j'ai pu m'en apercevoir dans mon concept de la relation de soins, de nombreuses méthodes peuvent être utilisées afin d'améliorer la relation de soins, dans le but de créer une relation de confiance. Hélène PATENAUDE déclare à travers ses recherches que « *l'humour est un point central dans le développement d'une relation entre l'infirmière et le patient* ».[95]

De surcroît, comme le mentionne Georges WOLINSKI dans la citation qui précède mon mémoire « *L'humour est le plus court chemin d'un homme à un autre*. »[96] Il crée un lien unique entre le soignant et le patient. Comme le relate Isabelle BARTH « *l'humour est un moyen de tisser du lien social et de renforcer la relation bilatérale, voire de confiance*. »[97] Cette constatation est renforcée par Hélène PATENAUDE qui affirme que l'humour permet de « *construire des rapports entre l'infirmière et le patient* » [98] et de « *consolider les liens*

---

[92] MARCHE, H. *op. cit,* p.118
[93] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op.cit,* p. 40
[94] Ibid
[95] Ibid
[96] WOLINSKI, G.
[97] BARTH, *op.cit,* p.103.
[98] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op.cit,* p. 11

existants dans la relation. »[99] L'idée est rejointe par Hélène MARCHE qui explique que l'humour développe « *le maintien d'une relation de confiance*. »[100]

Les auteurs justifient ce phénomène de « *facilitateur du lien* » [101] par le fait que le patient se sent plus à l'aise avec le soignant, perçu alors *« comme étant plus facile d'approche*. »[102] Il se sent alors en confiance, comme cela est mentionné dans l'ouvrage d'Hélène MARCHE qui cite un patient expliquant qu'il « *a eu confiance tout de suite, il [le soignant] était bourré d'humour.* »[103]

Selon les patients, la notion d'humour conduit à penser que le soignant est plus disposé à l'écouter et à être attentif à lui. A travers l'humour, la relation est personnalisée, le patient est en confiance et arrive plus à ce confier, comme l'explique Hélène MARCHE à travers les dires d'un patient qui déclare que « *Vous souriez, vous blaguez, peut-être allez-vous m'écouter un petit peu*. »[104] Ainsi, grâce à l'humour, le patient se sent non seulement en confiance mais il se sent aussi écouté.

Grâce à cela, l'humour se distinguera par une meilleure adhésion thérapeutique et une meilleure alliance thérapeutique, de par le lien de confiance qui a été construit. Katia M'BAILARA déclare que « *l'humour peut faciliter le lien* »[105] entre le soignant et le patient et donc *« l'alliance thérapeutique* ». Ainsi, il permettra une meilleure adhésion aux soins, en raison de la création du lien de confiance qui s'est établi auparavant, puisque, comme l'affirme Hélène PATENAUDE, « *les patients se sentent supportés et encouragés*. »[106]

Pour conclure la relation de soins à proprement parlé, j'ai pu remarquer que l'humour va aussi diminuer la relation asymétrique qui peut exister entre le soignant et le patient comme j'ai pu le constater auparavant dans mon concept de la relation de soins. Effectivement, Isabelle BARTH indique que l'humour permet d'arriver à une « *relation symétrique, qui se caractérise par l'égalité et la minimisation de la différence.* »[107] Elle est rejointe dans cette idée par Jean-Paul LANQUETIN qui affirme que *« l'humour va aplanir la hiérarchie* [108]». Ainsi, cela va équilibrer la relation et permettre au patient d'être à égalité avec le soignant et non plus inférieur à lui.

L'humour est donc un outil qui peut permettre une évolution positive et continue de la relation de soins en accédant à une relation de confiance.

---

[99] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op.cit,* p. 40
[100] MARCHE, H. *op. cit*, p. 126
[101] LANQUETIN, J-P., Humour et rire dans les soins infirmiers, Santé Mentale n°206, mars 2006, p. 44
[102] Ibid, p.40
[103] MARCHE, H. *op.cit*, p.118
[104] Ibid, p. 123
[105] M'BAILARA, K. Comment l'humour court dans le trouble bipolaire, Santé Mentale n°206, mars 2006, p.65
[106] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op.cit,* p. 40
[107] BARTH, I. *op.cit,* p. 107.
[108] LANQUETIN, J-P., *op.cit*, p. 44

9.2.3 **L'humour : Gère l'anxiété**

L'humour peut être aussi utile au patient en ce qui concerne la gestion de l'anxiété. Il a été démontré qui lui permet de se sentir plus à l'aise, de relativiser et d'être moins tendu lors des soins, et plus particulièrement lors des soins invasifs.

Comme l'indique Hélène PATENAUDE, « *l'humour peut être un mécanisme pour faire face au stress*. »[109] Elle est rejointe dans cette idée par Isabelle BARTH qui, s'appuyant sur un écrit de LEFCOURT, exprime le fait que l'humour « *entraîne une résistance au stress* ».[110]

D'ailleurs, dans le Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux, plus connu sous le terme de DSM-IV, l'humour est classé parmi « *les huit manières les plus efficaces de gérer l'anxiété*. »[111] L'anxiété étant présente non seulement en psychiatrie mais aussi dans les hôpitaux traitants des pathologies somatiques, l'humour est un atout dans les deux lieux. Comme l'exprime Jean-Paul LANQUETIN, « *L'humour nous permet […]de couper court aux sentiments d'anxiété et d'impuissance qui nous paralyse*. »[112]

Effectivement, l'humour permet de diminuer l'anxiété du patient dans le sens où il dédramatise des situations. Cette notion est relatée par Hélène MARCHE à travers le discours d'une infirmière qui énonce le fait que l'humour permet de « *Dédramatiser. Dédramatiser et démystifier* »[113]. Cette professionnelle de santé explique alors avoir recours à l'humour lors de soins invasifs, tels que les prélèvements sanguins… et ce afin de calmer l'anxiété du patient en minimisant la situation. Cette idée est rejointe par Jean-Paul LANQUETIN qui précise que l'humour donne l'occasion de « *dédramatiser et relativiser des vécus.* »[114] Hélène PATENAUDE est en accord avec ces deux auteurs. Elle affirme que lorsque *« la situation est difficile, embarrassante, gênante, l'humour aide l'infirmière, le patient ou les deux à y faire face*. »[115] et il permet donc de *« minimiser la gêne potentielle, diminuer l'embarras et dédramatiser la situation*. »[116]

Ainsi grâce à l'humour, l'anxiété du patient va être mieux gérée. Cela va être permis par le fait qu'il permet de dédramatiser une situation. De plus, si l'anxiété s'amenuise, le patient sera détendu, plus confiant, ce qui est essentiel dans la relation de confiance.

---

[109] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p. 40
[110] BARTH, I. *op.cit,* p. 109
[111] PANICHELLI, C. La pratique de l'humour en psychiatrie, Santé Mentale, Mars 2006, p. 32.
[112] LANQUETIN, J-P., *op.cit,* p. 43
[113] MARCHE, H. *op.cit,* p. 128
[114] LANQUETIN, J-P., *op.cit,* p. 44
[115] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op.cit,* p. 41
[116] Ibid

9.2.4 **L'humour : Verbalise les émotions**

Comme je le disais auparavant, l'humour est un moyen de communiquer, mais c'est aussi une méthode afin d'exprimer « *des émotions* .»[117] Cette idée est rejointe par Hélène MARCHE qui explique que l'humour « *participe au travail émotionnel du patient*. »[118]

En effet, l'humour permet aux patients de verbaliser leurs émotions et de ce fait de les entendre et de les accepter. Comme l'indique Hélène PATENAUDE, « *l'humour sert de mécanisme de défense […] pour se préparer aux situations difficiles […] et permettrait aussi l'expression acceptable de critiques, de colère, d'hostilité ou de conflit*. »[119]

De ce fait, un sentiment qui semblerait de prime abord violent et donc être plus compliqué à exprimer par le patient pourra être verbalisé de manière plus évidente grâce à l'humour. Cette idée est renforcée par Hélène MARCHE qui explique que « *l'humour peut également viser à exprimer une colère ou une conduite agressive* »[120].

Ainsi, grâce à l'humour, le patient peut non seulement verbaliser ses émotions mais aussi les accepter.

9.2.5 **L'humour : Aide au mieux-être du patient**

En effet, l'humour va autoriser le patient à se sentir mieux, comme le dit Hélène PATENAUDE qui déclare que « *l'humour aide au mieux-être du patient.* [121]» Grâce à son utilisation, le soignant va amener une « *amélioration de l'estime de soi* »[122] du patient ainsi qu'une préservation de *« leur dignité.* [123]» Ce dernier va se sentir plus valorisé par ce contact particulier. Notion rejointe par Jean-Paul LANQUETIN qui affirme que *« L'humour procure au patient un sentiment de dignité et d'estime de soi*. »[124] Ainsi, l'humour va permettre au patient d'exister autrement que par sa maladie, il va se sentir reconnu en tant qu'Homme avant tout, avec la prise en compte de sa dignité, ce qui est non seulement important mais aussi obligatoire et fondamental dans les soins.

De plus, Jean-Paul LANQUETIN s'accorde avec Hélène PATENAUDE pour dire que cette utilité va redonner un élan vital au patient. Effectivement, l'humour permet non

---

[117] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p. 41
[118] MARCHE, H. *op. cit,* p.115
[119] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p. 9
[120] MARCHE, H. *op.cit*, p.129
[121] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op.cit*, p. 41
[122] Ibid
[123] Ibid
[124] LANQUETIN, J-P., *op.cit*, p. 44

seulement, selon lui de « *promouvoir la vie* »[125], mais la rend aussi « *plus légère* »[126]. Ce qui va permettre au patient de se sentir moins renfermé. Hélène PATENAUDE ajoute à cela que l'humour va rendre le monde « *plus vivable* »[127] et que le patient va voir sa *« confiance dans la vie se renforcer*. »[128].

Par ailleurs, l'humour apporte au patient une certaine quiétude dans le contexte hospitalier et il donne l'occasion à ce dernier de s'évader un peu de « la réalité hospitalière. » [129] Comme l'indique Jean Paul LANQUETIN, rejoint par Hélène PATENAUDE qui ajoute que cela permet « *de se détourner de la routine banale de l'hôpital, de s'évader de la réalité* . »[130]

Ainsi, l'humour va permettre au patient de se sentir mieux dans un contexte hospitalier, de se sentir digne mais aussi de pouvoir s'échapper quelque peu de ce lieu, souvent jugé comme étant déplaisant.

9.2.6 **L'humour : Des bienfaits sur la santé ?**

Bien qu'aucune donnée ne soit prouvée scientifiquement, l'humour aurait aussi des bienfaits sur la santé, comme l'affirme Isabelle BARTH. En effet, l'humour permettrait, d'un point de vue médical d' :

« améliorer :

- La résistance aux maladies, un meilleur sens de l'humour serait corrélé à une plus grande immunité

- La vigilance (grâce aux sécrétions d'adrénaline, de dopamine…)

- La respiration, l'activité musculaire et le rythme du cœur

- L'oxygénation

- La résistance à la douleur »[131]

Je pense qu'il est important de rappeler que ces effets n'ont jamais été démontrés. Toutefois, ce sont les bienfaits en lien avec le rire et donc avec l'humour.

L'ensemble de ces bienfaits va permettre au patient de se sentir plus à l'aise dans les soins et donc dans la relation et conduire à une adhésion thérapeutique. Comme le dit Christophe PANICHELLI, « *ceci peut déjà être un moyen de mettre en place les conditions nécessaires pour développer l'alliance avec le patient*. »[132]

---

[125] LANQUETIN, J-P., *op.cit,* p. 44
[126] Ibid
[127] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op.cit,* p. 40
[128] Ibid
[129] LANQUETIN, J-P., *op.cit,* p. 44
[130] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT *op.cit,* p. 9
[131] BARTH, I. *op.cit,* p. 110
[132] PANICHELLI, C. Le mécanisme de défense de l'humour, un outil pour le recadrage, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux.* Paris : De Boeck, p. 45

9.3 L'importance du contexte

Il me semblait nécessaire d'évoquer l'importance du contexte. C'est essentiel. En effet, l'humour peut posséder l'ensemble des bienfaits que j'ai énumérés plus haut mais paradoxalement, si le contexte ne le permet pas, il n'a pas sa place. Avant d'y avoir recours, il faut connaître la situation pour pouvoir l'utiliser et ainsi obtenir l'impact recherché.

9.3.1 **Rire avec tout le monde ? …**

« *On peut rire de tout mais pas avec n'importe qui.* »[133]

Avec cet adage, Pierre DESPROGES illustre bien la complexité de l'humour. Cet outil de communication doit être manié avec précaution et les interlocuteurs qui l'exploitent doivent en avoir recours avec grande attention. Lorsqu'il s'agit de l'utiliser dans un milieu de soins, il est d'autant plus important de prendre garde au contexte de la situation qui peut ne pas permettre au soignant d'avoir recours à l'humour. Comme l'indique Hélène PATENAUDE, « *certaines conditions reliées à la personne indiquent que l'humour est inapproprié.* »[134]

Tout d'abord, Hélène PATENAUDE affirme qu'il est nécessaire de connaître le patient avant d'avoir recours à l'humour afin que celui-ci soit bénéfique à la relation mais aussi au soin. De ce fait, « *une relation de confiance devrait être théoriquement présente comme antécédent d'humour.* »[135] Cela permettrait au soignant comme au patient de faire connaissance et ainsi apprendre les valeurs, les croyances… du patient et ce, dans le but de toujours être dans une relation de respect. En effet, selon une étude de GREENBERG, « *sans la présence de sympathie, d'affection et de confiance, l'humour ne peut être défini comme étant émotionnellement supportant et aidant.* »[136]

Le fait de connaître mieux un patient et d'instaurer cette relation de soins permet au soignant d'évaluer s'il peut, ou non, utiliser l'humour comme moyen de communication avec lui et éviter d'être blessant. Je pense qu'il est très important de souligner le fait que « *L'humour ne doit jamais insulter la personne ou violer sa dignité.* »[137] et que pour cela, la nécessité de connaître la personne avec qui je pratique l'humour est obligatoire.

---

[133] DESPROGES, P.
[134] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p. 41
[135] Ibid
[136] GREENBERG, M. Le jeu thérapeutique : développer l'humour dans la relation soignant-patient, N-Y State Nurse Assoc, n°34, 2003
[137] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p. 42

Hélène PATENAUDE est rejointe dans cette idée par Hélène MARCHE qui pousse encore plus les choses en affirmant qu'il faut non seulement connaître son patient mais aussi se baser sur « *des éléments relevant de l'identité sociale des malades, telle que les soignants la perçoivent : l'appartenance générationnelle, le genre, l'appartenance à une classe sociale, l'appartenance ethnique…* » [138] avant d'avoir recours à l'humour. L'âge, le sexe, la classe sociale… seraient donc des notions à prendre en compte avant d'utiliser l'humour. Hélène PATENAUDE ajoute à cela l'importance de la culture en expliquant que l'humour « *peut être bénéfique ou non selon la culture de chacun*. »[139]

Ainsi, les deux auteurs unissent leurs propos en mentionnant qu'il est non seulement important de faire connaissance avec le patient mais aussi de connaître son histoire de vie, ce qui l'entoure… avant d'avoir recours à l'humour et ce, dans le but de l'utiliser de manière adéquate. Pour finir, elles s'accordent pour dire qu'il est plus évident de laisser le patient « *initier lui-même l'humour, alors on a des indices que l'humour peut être bénéfique.* »[140] afin de percevoir si ce dernier apprécie l'humour et donc de savoir éventuellement si c'est un outil que nous pourrons utiliser auprès de lui.

9.3.2 **…A tout moment ?....**

Il est aussi nécessaire de prendre en compte la situation et son contexte, comme j'ai pu le constater lors de ma seconde situation, avec Monsieur G. En effet, même si le patient a de l'humour, il se peut qu'il n'ait pas envie de rire dans certaines situations.

Ainsi, avant d'avoir recours à l'humour, le soignant doit non seulement prendre connaissance du patient mais aussi et surtout de la situation et du contexte qui l'entourent. Comme le déclare Hélène PATENAUDE, « *il y a un temps et une place pour l'humour.* » [141]et avant de l'utiliser, il est nécessaire que l'infirmière *« saisisse le bon moment, relève les indices et évalue la situation ».*[142]

Dans le même sens, Hélène MARCHE explique que l'on peut avoir recours à l'humour par moment puis, après avoir évalué une situation, juger qu'il ne serait pas le bienvenu à cette période : l'infirmière « *s'appuie sur des éléments relatifs à la connaissance du diagnostic ou du pronostic d'un patient* ». [143] Ainsi, si le patient vient de recevoir une mauvaise nouvelle, est plus fatigué, est plus douloureux… l'utilisation de l'humour ne sera peut-être pas judicieux. En effet, comme le dit Hélène PATENAUDE, « *lors d'une phase*

---

[138] MARCHE, H. *op. cit,* p. 127
[139] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p. 42
[140] Ibid
[141] Ibid
[142] Ibid
[143] MARCHE, H. *op. cit,* , p. 127

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. »[144]

Ainsi, il existe un « *timing* » à l'humour qu'il faut saisir afin de voir si son utilité est présente ou non. Pour Hélène PATENAUDE, à certains moments, il est inadapté, comme j'ai pu le constater en amont, ainsi que lors de ma seconde situation. Toutefois, « *lorsque la phase critique est sous contrôle, on peut se permettre l'humour après coup*. »[145]

De plus, je pense qu'il est essentiel de rajouter que « *l'expérience de l'infirmière vient moduler sa perception quant à ce qui est jugé approprié et inapproprié*. » [146] Le fait d'avoir plus d'expérience permettrait aux soignants de mieux évaluer la situation et donc de moins risquer de se retrouver dans un moment où l'humour n'est pas adapté.

9.4 Les limites de son utilisation

Comme j'ai pu le constater auparavant, avec l'histoire de l'humour, ce dernier se conjugue avec l'humeur de la personne, cette dernière pouvant être parfois bonne ou parfois mauvaise. Ainsi, l'humour est aidant, s'il arrive au bon moment, avec la bonne personne. Toutefois, il se peut qu'il soit utilisé dans de mauvais moments et, comme le déclare Walter HESBEEN, *« c'est ainsi que l'humour peut être ravageur. Plus précisément, il peut être destructeur de rapports humains voire d'humanité, lorsqu'il fait mal. »*[147]

9.4.1 Impact sur la relation de soins

En effet, si l'humour n'est pas utilisé avec la bonne personne ou au bon moment, il peut avoir des effets négatifs sur le patient et sur la relation de soins. C'est une notion que j'ai pu observer lors de ma seconde situation et qui m'a énormément interrogé, c'est pourquoi je jugeais nécessaire d'en parler ici.

Tout d'abord, comme j'ai pu le constater auparavant, l'humour peut être jugé déplacé et de ce fait, entacher la relation de soins. Comme le souligne Hélène MARCHE « *s'il est déplacé, il prend le sens d'un irrespect total du patient voire d'un acte de violence*. »[148] L'humour peut donc entraîner des conflits entre le soignant et le patient s'il est jugé inadapté.

---

[144] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op-cit*, p.38.
[145] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op-cit*, p.38.
[146] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op-cit*, p.38.
[147] HESBEEN, W. Les mots du prendre soin, Soins Aides-Soignantes, n°81, Mars-Avril 2018, p.14.
[148] MARCHE, H., *op. cit*, p. 140

Ainsi, comme j'ai pu le noter, l'importance du contexte est primordial avant d'avoir recours à l'humour et ce, dans l'idée de ne pas arriver dans une situation où il pourrait être jugé irrespectueux ou malvenu. Dans le même sens, Hélène PATENAUDE déclare que *« l'humour ne doit jamais insulter la personne ou violer sa dignité. »*[149] Il est nécessaire de bien avoir analysé la situation en amont. Isabelle BARTH rejoint les auteurs en affirmant que « *l'humour peut être jugé comme du harcèlement quand il dépasse certaines limites, pas toujours simple à identifier.* »[150]

L'humour, s'il est mal utilisé peut conduire à des effets négatifs sur la relation de soins, le patient peut se sentir blessé, mal à l'aise, insulté… d'où la nécessité d'évaluer la situation.

9.4.2 **Mécanisme de défense**

Au vu de ma seconde situation et de mes lectures, il me semblait évident de montrer que l'humour, utilisé par mécanisme de défense, peut être un frein à la relation soignant-soigné.

En effet, comme j'ai pu le voir à travers Freud au cours de ma phase exploratoire, l'humour peut être considéré comme un mécanisme de défense. Dans le DSM IV, l'humour est caractérisé comme étant un *« mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress. »*[151] Le terme sujet ne se réfère pas uniquement aux patients, ainsi l'humour peut à la fois être un mécanisme de défense du patient mais aussi du soignant.

Cependant, cet aspect peut avoir des effets néfastes. Ainsi, l'humour peut être utiliser comme mécanisme d'évitement, afin de nier la réalité et donc d'éviter d'affronter les problèmes. L'humour peut donc, dans certains cas, limiter la verbalisation. Son utilisateur en a recours dans le but de cacher ses réelles émotions. L'humour serait donc une limite si, utiliser en tant que mécanisme de défense, il empêche le sujet de verbaliser ses émotions.

De plus, la notion de mécanisme de défense relève de l'inconscient. Le sujet l'utilise donc sans réellement s'en rendre compte. Cela limite, chez le soignant, l'observation du contexte, qui est la clé de l'utilisation de l'humour comme j'ai pu le voir en amont. Ainsi, l'humour, en tant que mécanisme de défense, peut avoir des effets néfastes puisque, le sujet, l'utilisant pour se protéger, ne prend pas en compte ce qui entoure la situation. De ce fait, lors de cette utilisation, il y a beaucoup plus de chances que celle-ci ne soit pas adaptée, le soignant y ayant recours, n'ayant pas forcément au préalable, analyser la situation.

---

[149] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p.8.
[150] BARTH, I., *op. cit,* p. 110.
[151] DSM IV, p. 880

Ainsi, comme j'ai pu le lire en amont, si le contexte n'est pas analyser, cela va induire des risques que l'utilisation de l'humour ne soit pas adaptée. J'ai pu constater cela à travers ma seconde situation où j'ai eu recours à l'humour en tant que mécanisme de défense et plus en tant qu'outil de communication.

L'humour est donc à double tranchant, d'où l'importance du contexte qui gravite autour de la situation.

10 Synthèse de la phase conceptuelle

La relation de soins fait partie intégrante du soin de nos jours. J'ai pu remarquer qu'elle est non seulement essentielle mais aussi légiférée dans le Code de la Santé Publique. Elle est donc considérée comme une obligation en tant que professionnelle de santé.

J'ai pu observer que la relation est indispensable pour une prise en soin optimale du patient. Son évolution va permettre à ce dernier de mieux adhérer aux soins, de pouvoir se confier, de se sentir plus à l'aise et ce, grâce au lien de confiance qui se crée entre lui et le soignant. C'est une chose que je n'ai seulement pu lire mais aussi observer tout au long de mes stages, ainsi qu'à travers mes situations. Le lien de confiance peut s'établir à partir de nombreux processus dont celui de la communication : outil clé dans les fonctions de l'infirmier. Parmi les différents types de communication, j'ai pu retrouver l'humour, socle de ce travail de recherches de fin d'études. Celui-ci est un concept complexe dans le soin, mais il a sa place.

Grâce à ces recherches, j'ai pu dans un premier temps prendre conscience de son utilité dans les soins, et ce, à différentes échelles. Dans un second temps, j'ai pu comprendre à travers mes deux situations que le contexte est essentiel. Il est à prendre en considération avant d'avoir recours à cet outil. L'humour peut apporter aurait de nombreux bienfaits au patient s'il est utilisé à bon escient.

D'après ma question de départ définitive qui est la suivante :

Dans quelle mesure l'humour peut être utilisé comme outil et permettre une adhésion au soin en influençant la relation soignant-soigné ?

Et avec l'ensemble de ces recherches, je pense pouvoir établir l'hypothèse suivante :

L'humour influence positivement la relation soignant-soigné selon le contexte de prise en charge dans lequel il est utilisé et favorise l'adhésion du patient aux soins.

Enquête

11 Description du protocole

11.1 Choix de l'outil d'enquête

Après avoir lu l'ensemble des revues et ouvrages sur l'humour, j'ai pensé qu'il serait plus propice d'avoir recours à des entretiens semi-directifs plutôt que des questionnaires pour effectuer mon enquête. Si je me base sur ce que disent Anne GOTMAN et Alain BLANCHET, l'entretien est la méthode la plus utilisée au regard des techniques d'enquête qualitative. De plus, ils expliquent la notion d'approfondissement avec l'utilisation de l'entretien semi-directif, ce dernier va permettre d'approfondir des notions qui intéressent le sujet, et ce, afin de répondre à une problématique précise. Au regard de cela, il m'a donc semblé plus judicieux d'avoir recours à des entretiens semi-directifs, mon idée étant d'approfondir l'intérêt de l'humour dans les soins ainsi que l'importance du contexte.

De plus, mon sujet concerne l'humour. Étant une notion particulièrement subjective comme j'ai pu le remarquer au cours de ma phase conceptuelle, j'ai jugé qu'il serait plus perspicace de mener une enquête qualitative plus que quantitative. Les entretiens me permettaient de m'assurer que les personnes interrogées étaient des soignants sensibles à l'humour et qu'en conséquence, elles me donnent des réponses plus adéquates et appropriées et donc plus exploitables.

Par ailleurs, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs d'une part afin d'avoir des questions ouvertes qui permettent aux différents soignants de s'exprimer plus librement et de pouvoir développer plus aisément leurs idées. En outre, j'ai pu remarquer que l'entretien semi-directif possède l'avantage de pouvoir comparer aisément les résultats, notion qui m'intéresse puisque j'ai dans l'idée d'interroger différents infirmiers, afin d'obtenir plusieurs points de vue dans le but d'ensuite confronter leurs réponses. En outre, cela va me permettre d'avoir des exemples concrets illustrant les propos des professionnels de santé, m'emmenant ainsi à une vision plus pratique de mon sujet.

11.2 Construction du guide d'entretien

J'ai décidé de créer un guide d'entretien[152] afin de diriger mes entretiens semi-directifs. Pour l'élaborer, je me suis basée dans un premier temps sur mes deux situations et dans un second temps sur l'ensemble de mes apports théoriques, que j'ai pu exploiter dans la phase conceptuelle. Ces derniers m'ayant conduit à poser mon hypothèse.

Le but étant, après avoir réalisé mes entretiens, de confondre puis d'établir un lien entre les apports théoriques et les réponses des personnes que j'allais interroger.

---

[152] Cf. Annexe n°3 : Guide d'entretien

J'ai choisi d'identifier, après chaque question, les raisons pour lesquelles je souhaitais les poser afin d'en déterminer l'intérêt ainsi que l'objectif. Par la suite, cela me permettra lors de mon analyse de retranscrire ce qui est ressorti dans les réponses des différents soignants.

J'ai pu rencontrer ma référente pédagogique, lui exposer mon travail et remanier avec elle l'outil d'enquête, qui a ensuite été validé. Cela m'a permis de le mettre en application et d'interroger les différents professionnels que j'avais contactés au préalable.

Pour finir, avant de rencontrer les différents soignants, j'ai souhaité tester mon entretien sur deux personnes afin de constater de la pertinence de mes questions et de me permettre ainsi de les retravailler et/ou les reformuler si nécessaire.

11.3 Choix de la population

Au vu de mon hypothèse de départ, je pensais qu'il serait plus pertinent et surtout plus intéressant d'interroger des professionnels de santé venant de divers horizons afin de pouvoir identifier si l'humour a une place différente selon le secteur de santé et s'il permet de construire une relation de confiance.

En effet, comme l'atteste Alexandre MANOUKIAN, *« la relation de confiance ne peut se pratiquer de la même façon dans les différents services. Les lieux de de longue durée sont plus propices à son exercice de même que la psychiatrie. Cependant, même lors d'une courte hospitalisation, une rencontre sincère et un réel soutien peuvent être réalisés.* »[153] Ayant établi, lors de ma phase conceptuelle, un lien entre l'humour et la relation de soins et m'appuyant sur cette citation, je pense donc qu'il est approprié de questionner des soignants venant de divers milieux afin de constater l'impact que peut avoir l'humour sur la relation de soins ainsi que les différences qui peuvent exister entre les lieux d'exercice.

Pour cela, je me suis basée sur le recueil de principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession ainsi que de mon portfolio où il est inscrit que l'étudiant doit :

« réaliser au moins un stage dans chacun des types de stage :

- *Soins en psychiatrie et santé mentale*
- *Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation*
- *Soins sur les lieux de vie*
- *Soins de courte durée»*[154]

---

[153] MANOUKIAN, A. *op. cit,*, p. 53.

[154] Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession

Après avoir recherché ces indications, j'ai donc pensé qu'il serait judicieux d'interroger un professionnel de santé dans chacun de ces secteurs afin de prendre connaissance des différences qui peuvent exister entre ces services.

J'ai choisi d'effectuer mes entretiens avec des infirmiers avec lesquels j'avais déjà travaillé. En effet, je trouvais qu'il serait plus efficace, d'une part de solliciter des personnes ressources pour moi et d'autre part, d'interroger des soignants dont j'avais observé auparavant le fait qu'ils avaient recours à l'humour durant les soins. J'ai aussi utilisé, pour les secteurs où je ne connaissais pas de professionnels de santé, des personnes ressources qui m'ont recommandé divers contacts.

De plus, avant d'effectuer mes entretiens, j'ai demandé aux infirmiers auxquels j'avais pensé, s'ils se sentaient impliqués par le sujet de l'humour et si c'était un outil qu'ils utilisaient au quotidien. Je souhaite effectivement vérifier l'utilité de l'humour dans le soin et pour se faire, il me fallait interroger des personnes pour qui ce mode de communication était un outil dans la relation soignant-soigné et qui se sentaient concernées et intéressées par le sujet.

11.4 Réalisation de l'enquête

Après avoir choisi d'effectuer mon enquête dans ces différents secteurs, j'ai pu finalement rencontrer une infirmière exerçant en soins de suite et de réadaptation, un infirmier travaillant dans un service d'urgence, une infirmière exerçant en psychiatrie et une infirmière récemment diplômée exerçant dans un EHPAD.

Le fait de pouvoir interroger cette infirmière récemment diplômée m'a semblé intéressant, en effet, comme j'ai pu le constater au cours de mes lectures, le fait d'utiliser l'humour nécessite une certaine expérience, ou du moins un sens de l'observation qui permet de déterminer si le recours à l'humour est judicieux ou non. Je pense donc qu'il est intéressant de voir si l'expérience professionnelle joue sur l'utilisation de l'humour. Toutefois, ce n'était pas dans mes objectifs de départ d'identifier cela.

J'ai choisi de rencontrer en personne les différents soignants et de me rendre sur leurs lieux de travail. J'ai été accueillie dans chaque service dans un endroit propice à l'échange, une salle fermée et calme. Pour des raisons d'organisation et de temps, j'ai dû toutefois effectuer un entretien téléphonique.

Pour finir, j'ai décidé d'enregistrer chaque entretien puis de les retranscrire par écrit afin de noter les réponses ce que les soignants m'ont dit au cours de notre rencontre. J'ai aussi enregistré la conversation téléphonique, dans le but de la retranscrire.

12 Analyse des résultats

Après la retranscription des entretiens, j'ai fait le choix, grâce aux conseils de ma guidante de mémoire, d'effectuer une analyse transversale[155] en disposant chaque réponse de chaque soignant dans un tableau afin de comparer leurs réponses pour chaque question posée. Cela me semblait plus aisé de confronter leurs différents ressentis ainsi que de visualiser les similitudes qui se retrouvent dans chaque question. Toutefois, pour une lecture plus fluide, j'ai choisi de présenter les réponses de manière linéaire, c'est-à-dire, une question après l'autre.

Par ailleurs, j'ai par la suite décidé dans une première partie de confronter les différents entretiens puis dans une seconde d'opposer ces idées avec mon cadre conceptuel, afin que la lecture soit plus claire.

Question n°1 :
Pouvez-vous vous présenter brièvement ? (âge, parcours professionnel,…)

Cette première question me permettait dans un premier temps de prendre contact avec les infirmiers que j'ai souhaité interroger et ainsi de s'installer dans une relation plus confortable et moins stressante. En effet, j'ai pu constater que le fait de mener des entretiens était quelque chose d'assez stressant non seulement pour moi mais aussi pour les personnes interrogés. Cette question m'a donc permis d'établir un premier contact avec eux.

Toutefois, cette question m'a donné l'occasion de prendre connaissance des lieux où ont travaillé les infirmiers interrogés et de connaître leurs expériences professionnelles. En effet, lors de mes lectures, j'ai pu noter que selon Hélène PATENAUDE, mais aussi à travers mes deux situations, l'expérience de l'infirmier influence l'observation et l'évaluation du contexte, avant d'avoir recours à l'humour.

Ainsi, j'ai pu constater que les quatre professionnels interrogés avaient travaillé, en tant qu'infirmier, uniquement dans le service, ou tout du moins le secteur, dans lequel ils exerçaient actuellement. De plus, l'IDE n°1, travaillant en EHPAD a été diplômée en juillet 2017 et l'IDE n°3, étant infirmière en service de psychiatrie est devenue infirmière il y a deux ans. Cela me permettra donc, au fil de mes questions, de constater si l'expérience professionnelle peut jouer un rôle dans l'utilisation de l'humour ou non.

De plus, j'ai pu voir que l'IDE n°4 a eu une expérience professionnelle autre qu'au service des urgences puisqu'avant d'être infirmier, il a travaillé en tant qu'aide-soignant dans

[155]C.F. Annexe n° 4

des services de médecine et de chirurgie. Cette expérience va me permettre par la suite de pouvoir constater si l'humour a été utilisé dans différents contextes et ainsi de noter s'il existe une différence notoire entre les divers services.

<u>Question n°2</u> :

Utilisez-vous l'humour auprès des patients ? Si oui, à quel moment ? Avez-vous un exemple ?

Utilisez-vous l'humour comme un mode de communication comme un autre ?

Ma deuxième question avait pour objectif d'identifier la notion d'utilité de l'humour. Elle cherchait à montrer que l'humour est avant tout un outil de travail et a donc un but précis, comme j'ai pu l'observer à travers mes recherches théoriques ainsi que lors de ma définition du terme outil et non pas simplement de faire rire, comme on pourrait le penser.

L'ensemble des infirmiers interrogés se sont accordés pour dire qu'il n'y a pas de moment précis à l'utilisation de l'humour puisque c'est quelque chose de spontané, de propre à chacun, comme j'ai pu le voir dans mes recherches, il y a un temps pour l'utiliser.

Cependant, malgré le fait qu'il n'y ait pas de bon ou de mauvais moment, ils s'entendent aussi pour dire que l'humour qu'ils font est toujours réalisé dans un but précis, comme le souligne l'IDE n°2 : « *C'est toujours pensé, même si ce que je dis est spontané, c'est toujours pensé.* » [156]

De plus, j'ai pu constater lors de mes recherches qu'il s'agissait d'un mode de communication à part, ce qui est souligné par l'ensemble des infirmiers qui affirment que *« c'est un mode de communication, une façon de rentrer en relation* »[157] et qui « *va favoriser l'échange* »,[158] et ce, *« dans un but de se rapprocher.* »[159]

Ainsi, l'ensemble des infirmiers interrogés expriment le fait que l'humour a un but précis, celui de permettre une communication autrement, de rapprocher, de créer du lien, il est réellement inscrit dans une démarche précise. Toutefois, il a beau être utilisé dans un but, dans l'idée de transmettre quelque chose, de permettre de créer du lien, cette question m'a permis de comprendre que son utilisation reste tout de même spontané et qu'il est temps-dépendant.

Grâce à cette question, j'ai pu appuyer mon idée que l'humour, bien utilisé, est un réel outil de soin, notion qui m'importait énormément à travers ce mémoire.

---

[156] Entretien IDE n°2
[157] Entretien IDE n°1
[158] Entretien IDE n°2
[159] Entretien IDE n°4

Lors de mes lectures, j'avais en effet pu identifier que l'humour était un outil de communication. Grâce à cette question, j'ai pu prendre conscience que, d'un point de vue plus pratique, les soignants le considèrent effectivement comme tel.

<u>Question n°3</u> :

L'humour a-t-il une utilité dans le soin, si oui laquelle ?
L'humour permet-il de surmonter une épreuve, une douleur, une situation, de dédramatiser une situation, adhérer à un soin, gérer le stress d'un patient, gérer la douleur… ?

Par cette question, j'ai d'une part souhaité identifier l'utilité de l'humour dans le soin, en confrontant les notions théoriques que j'avais pu auparavant lire avec la pratique des professionnels. D'autre part, je voulais aussi voir s'il pouvait exister une utilité différente selon les types de service où il était utilisé. J'ai fait le choix de tenter de répartir les réponses selon les effets positifs de l'humour que j'avais cité auparavant.

Tout d'abord, il est ressorti avec cette question que l'humour a de prime abord la même utilité dans tous les services : celle de créer du lien avec le patient, de se rapprocher, d'avoir une relation de proximité dans les soins. Comme je le disais dans la question précédente, c'est un moyen de communication qui va permettre de créer du lien. C'est une notion que j'ai pu à la fois constater lors de ma première situation, lors de mes recherches théoriques mais aussi grâce à ces entretiens qui sont une sorte de confrontation par la pratique à ce que j'ai pu lire auparavant.

De plus, tout comme dans ma phase conceptuelle, les soignants ont exprimé le fait que l'humour est important à différents degrés dans le soin. Par exemple, l'IDE n°2 souligne son utilité dans une situation gênante en expliquant par-là que l'humour peut permettre de mettre à l'aise le patient et le soignant, comme j'ai pu le constater auparavant. Elle explique aussi que l'humour permet de faire verbaliser des patients, elle est d'ailleurs rejointe dans cette idée par l'IDE n°3, infirmière en psychiatrie, car comme elles le disent « *ça permet d'ouvrir des sujets, dont certains dont on a pas l'habitude*. »[160]. C'est une chose que j'ai pu observer lors de ma première situation mais aussi lors de mes lectures. En effet, l'humour peut permettre de verbaliser et de parler de sujets plus ou moins évidents à exprimer de prime abord.

Par ailleurs, l'IDE n°4, infirmier aux urgences, explique que l'humour, dans un contexte d'urgences, qui peut être vécu comme stressant, permet au contraire d'apaiser la personne et de diminuer son anxiété. Il est rejoint dans cette idée par l'IDE n°1 qui déclare que lors de situations stressantes pour les résidents, l'humour va permettre de réduire l'angoisse.

---

[160] Entretien IDE n°2

Les soignants ont également fait part d'une utilité que je n'avais pas forcément perçu lors de mes lectures, puisqu'il est ressorti à travers ces entretiens que l'humour permet de diminuer la douleur lors de gestes techniques. L'IDE n°4 explique par cela que les soins invasifs sont moins appréhendés de par l'utilisation de l'humour. De ce fait, le patient est moins crispé, et a donc moins mal lors de ce soin. Cette idée a été appuyée par l'IDE n°3, infirmière en psychiatrie, qui dit que lors d'injection par exemple, un patient avec lequel on avait recours à l'humour serait moins tendu et aurait donc moins mal.

Tous s'entendent aussi pour dire que grâce à l'humour, le patient adhère mieux à ses soins et ce, grâce à l'ensemble des effets positifs vus précédemment et au cours de ma phase exploratoire. D'ailleurs, l'IDE n°2, travaillant en SSR, annonce que grâce à l'humour, elle a pu communiquer avec un patient en syndrome de glissement et qui, désormais, est beaucoup plus ouvert avec elle, qu'il accepte les soins,… Ainsi, même si je n'ai pas forcément pu lire que l'humour favorise l'adhésion aux soins. J'ai pu, grâce à ces entretiens, comprendre qu'il permet, par tous ces effets positifs, que le patient se sente plus concerné par les soins et donc qu'il y adhère mieux.

A travers cette question, comme je le disais au départ, je pensais constater qu'il existait une utilité différente de l'humour selon le service dans lequel il était effectué. Toutefois, j'ai pu observer que l'humour a le même but partout : rapprocher le soignant et le patient, et ce, dans le but qu'il adhère aux soins, se sente mieux, plus à l'aise. De plus, j'ai pu aussi constater, grâce aux divers exemples cités par les professionnels de santé interrogés, que l'humour a les bienfaits que j'ai énuméré en amont dans ma phase conceptuelle : il permet de créer du lien, gère l'anxiété, permet de communiquer, de verbaliser,…

Pour finir sur cette question, je tenais à citer l'IDE n°2 qui a déclaré que *« l'humour ça emmène un peu d'humanité dans le soin, on est un humain face à un humain, et ce avec humour, et ça c'est un outil essentiel à la relation. »*

<u>Question n°4</u> :
Selon vous, l'humour favorise-t-il la relation soignant-soigné ? Pourquoi ? Avez-vous un exemple ?
Est-ce l'humour qui permet la construction de la relation soignant-soigné ou l'inverse ?

J'ai choisi de poser cette question au départ pour lier l'humour à la relation soignant-soigné. Toutefois, j'ai pu me rendre compte que cette question s'alliait à la question précédente. Avec du recul, je pense que j'aurais peut-être dû l'utiliser comme question de relance.

Toutefois, grâce à elle, j'ai pu constater que les soignants ajoutent la notion de relation de confiance à la notion d'humour. Les différents soignants ont exprimé, en général,

à travers cette question, que le fait de créer une relation de confiance avec un patient est un « *travail de longue haleine* »[161] et qu'il faut avoir recours à différentes méthodes et stratagèmes afin de pouvoir y parvenir. Pour l'ensemble de ces infirmiers, l'humour, s'il est utilisé à bon escient, va permettre cela.

J'ai pu apprendre, tout au long de ma phase conceptuelle, qu'humour et relation de soins étaient liés. En effet, ce dernier va être un outil de communication qui va permettre au soignant de créer une relation avec le patient, qui plus est une relation de confiance. A travers cette question, j'ai donc pu mettre en lien mes lectures sur la relation de confiance et son importance et mes entretiens, où les infirmiers ont confirmé que l'humour va pouvoir, dans certains contextes permettre cette relation. Comme le dit l'IDE n°1 : *« En fait il fait vraiment parti de la construction de la relation.* »[162]

A travers cette question, j'ai pu aussi apprendre L'IDE n°4, infirmier aux urgences, exprime le fait que dans un tel service, la relation de confiance ne peut pas réellement exister, par manque de temps, mais que, grâce à l'humour, on peut s'en approcher. Toutefois, cette idée est discutable puisque au regard de ma définition de la relation de confiance, je ne retrouve pas la notion de temporalité. La relation de confiance se base, en effet, sur des échanges selon Margot PHANEUF et Marlyne DABRION, néanmoins, aucune des deux auteurs n'indiquent dans son ouvrage la notion du temps, qui serait nécessaire à la création de ce lien. Ainsi, la notion de temps et de relation de confiance peut être contestable.

<u>Question n°5</u> :
Avant d'avoir recours à l'humour, analysez-vous la situation au préalable ? Si oui, dans quelles mesures l'utilisez-vous ?
Peut-on rire de tout avec tout le monde ? Y-a-t-il une notion de contexte ? (personne, circonstances, lieu, culture…)

J'ai choisi de poser cette question pour déterminer l'importance du contexte par rapport à l'utilisation de l'humour. Mes différentes lectures m'ont non seulement appris que l'humour peut avoir une réelle utilité dans le soin mais aussi que cette utilité peut être altérée par une mauvaise analyse du contexte ou de la situation.

Tout d'abord, il est ressorti que l'ensemble des infirmiers analysent la situation avant d'avoir recours à l'humour, que ce soit aux urgences, en psychiatrie, en lieu de vie ou en réadaptation, les infirmiers font jouer leur capacité d'observation avant d'utiliser l'humour. Effectivement, comme le dit l'IDE n°3, « *Parfois il sera mal compris, interprété de manière faussée ou complètement déformé*. »[163] De ce fait, le contexte est important à prendre en compte.

---

[161] Entretien IDE n°1
[162] Entretien IDE n°1
[163] Entretien IDE n°3

De prime abord, j'ai pu me rendre compte que les infirmiers prennent le temps de connaître les patients. En effet, les infirmières d'EHPAD et de SSR expliquent qu'avant d'avoir recours à l'humour, elles prennent le temps d'accueillir le patient, de prendre connaissance de son dossier, de son histoire de vie… Elles jugent qu'il est nécessaire de le connaître globalement avant d'utiliser l'humour, et ce dans le but de ne pas faire d'impair et donc de ne pas se trouver dans une situation où il n'aurait pas sa place.

Cette notion et cette importance de connaître le patient se retrouvent dans les différentes lectures que j'ai pu effectuer. En effet, comme l'explique Hélène PATENAUDE, il est nécessaire de connaître son patient avant d'avoir recours à l'humour et ce, dans le but d'éviter de faire des impairs.

Je trouvais cela très intéressant, toutefois cela m'a questionné par rapport à un contexte plus particulier, tel que celui des urgences. En effet, l'IDE n°4, travaillant aux urgences, exprime cette notion d'analyse qui doit automatiquement être beaucoup plus rapide que dans un service de médecine, de chirurgie ou autre. Il parle de la notion de brièveté dans l'analyse et le contact avec le patient, propre au service des urgences. Cet infirmier a eu d'autres expériences professionnelles que les urgences et explique donc qu'il est plus simple d'utiliser l'humour quand on connait le patient : « *C'est plus facile d'utiliser l'humour en médecine ou en chirurgie, l'infirmière elle connaît son patient.* » [164]

Cependant, l'ensemble des infirmiers s'accordent aussi sur le fait qu'il faut non seulement connaître son patient mais aussi s'adapter à ce qui gravite autour, au contexte, au moment donné. Ils soulignent tous qu'il faut aussi prendre en compte les nouvelles qu'ils reçoivent, leur état de fatigue, la douleur qu'ils ressentent… avant d'utiliser l'humour, et ce, dans le but d'éviter de faire des impairs. Pour cela, il faut prendre connaissance de tout ce qui entoure le patient ainsi que de son observation, comme le dit l'IDE n°3 : « *Je ne vais pas utiliser l'humour si je constate que mon patient est fermé par exemple.* »[165]

A travers cette question, j'ai pu, une fois encore, faire le lien avec mes lectures et surtout avec Hélène PATENAUDE qui déclare qu'il est nécessaire que le professionnel de santé: « *saisisse le bon moment, relève les indices et évalue la situation.* »[166] L'ensemble des soignants interrogés s'accordent donc avec ce que j'ai pu apprendre d'un point de vue plus théorique.

La pathologie du patient est aussi à prendre en compte, surtout en psychiatrie d'après ce que j'ai pu apprendre au cours de ces entretiens. C'est une notion que je n'avais pas eu l'occasion de lire lors de ma phase conceptuelle. Toutefois, l'IDE n°3 explique très bien le fait que certains troubles psychiatriques, telles que la paranoïa ou encore les délires ne permettent pas l'utilisation de l'humour.

---

[164] Entretien IDE n°4
[165] Entretien IDE n°3
[166] PATENAUDE, H. et HAMELIN BRABANT L., *op. cit,* p. 42

Le patient ainsi que le contexte, deux éléments que j'ai pu observer dans ma phase conceptuelle, sont donc essentiels à prendre en compte et à analyser avant d'avoir recours à l'humour, et ce, dans le but que ce dernier garde son utilité. Comme dirait l'IDE n°1 : *« Si tu as un doute, tu ne tentes pas, l'humour est à double tranchant*. »[167]

<u>Question n°6</u> :
Vous est-il déjà arrivé d'utiliser l'humour dans une situation où cela n'a pas fonctionné. Si oui, savez-vous pourquoi ?

Cette question avait le même objectif que la précédente et cherchait à identifier l'importance du contexte.

L'ensemble des infirmiers n'ont pas pu me donner un exemple. Toutefois, ils ont tous exprimé le fait que cela leur ait déjà arrivé d'utiliser l'humour à mauvais escient, même après plusieurs années d'expériences, et ce, par manque d'analyse de la situation, parce que le contexte ne le permettait pas… Après cette question, j'ai pu aussi prendre conscience qu'à l'inverse de ce que dit Hélène PATENAUDE quant à l'importance de l'expérience, ils se sont tous déjà retrouver face à une situation où l'humour a été un frein à la relation et ce, malgré leur âge ou leur expérience professionnelle.

La notion de mécanisme de défense est aussi ressortie à travers cette question. En effet, l'IDE n°2 a expliqué que l'humour faisait partie de ses mécanismes de défense et que, dans ces moments-là, elle ne l'utilise pas forcément dans un contexte adapté mais pour se protéger elle-même d'une situation qui la trouble. Comme j'ai pu le voir à travers ma phase conceptuelle, l'humour en tant que mécanisme de défense peut donc être un frein à la relation de soins. En effet, dans cette partie, j'ai appris que les mécanismes de défense, faisant parti de l'inconscient et ne permettent donc pas, au préalable, d'évaluer le contexte. De ce fait, il existe un risque plus important de commettre un impair dans la relation soignant-soigné.

<u>Question n°7</u> :
Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Cette question permettait d'une part aux infirmiers interrogés de s'exprimer sur une notion dont ils n'auraient pas pu parler auparavant, lors mes différentes questions et d'autre part, grâce à elle d'insister sur un point essentiel pour eux. Elle me conduisait aussi à conclure mes divers entretiens.

---

[167] Entretien IDE n°2

Ce qui est ressorti en conclusion de ces entretiens, mais qui a aussi été souligné tout au long de ces derniers, reste l'importance de l'humour pour les soignants interrogés. En effet, ils insistent tous sur l'impact positif que peut avoir celui-ci sur les patients et sur la relation de soins. L'humour est un outil pour eux qui « *favorise la confiance, la relation, le lien.* »[168], qui humanise le soin… Cette question leur a permis d'insister sur son utilité et d'appuyer sur le fait que c'est un outil qui, malgré le fait qu'il soit peu reconnu, soit très utile dans le milieu hospitalier.

Toutefois, de cette question est ressortie aussi une notion que j'ai jugé très intéressante, puisque les infirmiers ont précisé à travers elle que l'humour est important pour la relation avec le patient, comme je l'ai dit précédemment. Néanmoins, ils ont ajouté à cela qu'il est aussi nécessaire dans l'équipe soignante, et ce qu'importe le service, afin de permettre de décompresser d'un travail, quelques fois, très stressant.

Je terminerais cette partie en citant l'IDE n°1 qui a exprimé que « *L'humour, c'est une espèce d'alchimie qui arrive à un moment, et qui permet de faire rire quelqu'un qui, il y a cinq minutes pleurait.* »[169]

[168] Entretien IDE n° 2
[169] Entretien IDE n°1

13 Conclusion de l'enquête

Ces entretiens ont éclairé mon sujet d'un point de vue plus pratique et ainsi m'ont permis de le confronter à la théorie. De plus, ils m'auront réellement permis de mettre en lien mon concept d'humour et celui de relation de soins.

En effet, l'ensemble de mes recherches, que ce soit au niveau conceptuel ou analytique avec ces entretiens s'accordent sur le fait que l'humour va avoir des effets positifs sur le patient : lui permettre de se sentir à l'aise, verbaliser d'une autre manière, l'apaiser face à une situation stressante, humaniser le soin…

A travers ces bienfaits, l'humour va être un outil de communication qui va favoriser la relation de soins, et plus particulièrement la relation de confiance, comme ont pu le dire les différents infirmiers interrogés ainsi que Margot PHANEUF et Marlyne DABRION. L'humour va donc permettre au soignant de créer un lien privilégié avec le patient.
De ce fait, ce dernier va adhérer aux soins, se sentant plus concerné, plus entendu, grâce à cet outil, comme j'ai pu en prendre conscience avec mes différents entretiens mais aussi grâce à ma première situation.

Pour autant, que ce soit au travers de mes lectures ou avec mes entretiens ainsi que ma seconde situation, j'ai pris conscience de l'importance du contexte avant d'avoir recours à l'humour. Bien qu'étant un outil de l'ordre du spontané, il est nécessaire pour le soignant d'analyser la situation avant de l'utiliser, et ce, dans le but d'en avoir recours comme moyen et non pas comme une simple badinerie.

Grâce à cette enquête, j'ai aussi pu constater que l'humour est présent partout à l'hôpital que ce soit avec les patients mais aussi avec l'équipe, qu'importe le service dans lequel nous nous trouvons.

L''ensemble des éléments que les soignants m'ont apporté m'ont permis non seulement de voir les concepts auparavant étudiés d'un point de vue plus pratique mais aussi, et surtout, de confirmer mon hypothèse. En effet, l'humour, s'il est utilisé convenablement, va permettre de favoriser la relation de soins, et par la même occasion, l'adhésion aux soins.

Pour ne surtout pas conclure, je souhaitais parler de la posture professionnelle en général. En effet, après avoir effectué l'ensemble de ces recherches et de ces entretiens, j'ai pu prendre conscience que l'humour fait plus globalement parti de la posture du soignant, en lien avec le sourire, la présence... Il serait donc intéressant de travailler sur l'impact que peut avoir la posture professionnelle d'un soignant sur ses relations avec les patients.

14 Limites de l'enquête

Je souhaitais aussi énoncer les différentes limites en lien avec mon enquête. En effet, après l'avoir effectuer, j'ai pris conscience des lacunes de cette dernière.

Tout d'abord, j'ai pu constater que j'avais interrogé uniquement des professionnels de santé n'ayant travaillé que dans un service. Il aurait été intéressant, à mon avis, d'avoir l'avis d'un infirmier ayant travaillé dans différents lieux et ce, afin de prendre conscience des distinctions qu'il peut y avoir entre ces secteurs. Il aurait en effet intéressant d'avoir interrogé un professionnel de santé qui aurait pu comparer les services et ainsi, peut-être, illustrer les différences quant à la mise en place de l'humour mais aussi par rapport à son utilisation dans ces services.

Je pense qu'il aurait pu aussi être intéressant d'interroger un plus grand nombre de soignants, jeunes diplômés ou non, afin de pouvoir infirmer ou confirmer l'idée que l'expérience permet de mieux appréhender et évaluer la situation afin d'éviter de se retrouver dans une situation où l'humour n'a pas sa place. Effectivement, j'ai pu, à travers mon enquête, apercevoir que l'expérience ne permettrait pas de mieux appréhender une situation. Toutefois, ayant fait une enquête qualitative, je n'ai pas assez de recul et de personnes interrogées afin de réellement infirmer ou confirmer cette hypothèse.

Il aurait aussi été intéressant selon moi, d'interroger un professionnel de santé exerçant en soins palliatifs, afin de voir l'utilité de l'humour dans un service tel que celui-ci. De plus, cela m'aurait permis d'évaluer l'importance du contexte dans un lieu où la fin de vie est omniprésente.

J'ai fait le choix, avant mon enquête, de questionner des professionnels de santé ayant recours à l'humour dans le but de déterminer les bienfaits qu'il peut avoir. Toutefois, pour plus d'objectivité il aurait peut être été intéressant de questionner des soignants n'ayant pas forcément cet outil de communication. De plus, cela aurait pu conduire à un regard extérieur quant aux bienfaits de l'humour dans le soin.

Il aurait aussi été judicieux d'effectuer des entretiens avec des patients afin de constater ce qu'ils pensaient des bienfaits de l'humour et ainsi, confondre les idées entre mes recherches théoriques, les réponses plus pratiques des soignants mais aussi leurs réponses. Cela m'aurait conduite à ne voir l'humour, plus uniquement du côté des soins mais aussi du côté des patients.

Conclusion

15 Analyse réflexive

Afin de conclure, je souhaitais tout d'abord effectuer une analyse réflexive sur ce travail de fin d'études.

N'étant pas quelqu'un de très organisée, j'ai eu, au départ, beaucoup de mal à démarrer ce mémoire. De plus, j'ai dû m'imprégner d'une certaine méthodologie, ce qui n'a pas été évident pour moi. Toutefois, l'intérêt que je porte au sujet m'a permis d'avancer et d'écrire. De plus, j'apprécie le fait d'écrire ce qui a été un atout pour ce travail, je pense.

J'avais rédigé auparavant les deux situations vécues. Toutefois, un travail de réécriture a dû être effectué afin de développer plus amplement mon ressenti, surtout face à la seconde situation, chose qui n'a pas été évidente pour moi, cette dernière m'ayant profondément marquée. Le fait de mettre des mots sur ce que j'avais ressenti n'a donc pas été facile mais cela m'a permis toutefois de mieux me questionner et, par la suite, d'étoffer ma réflexion.

Le travail concernant la question de départ fût très long, il fallait cibler une question et donc sélectionner des aspects plutôt précis de l'humour dans le soin. J'ai alors dû faire le deuil de certaines idées qui avaient germées dans mon esprit, ce qui n'a pas été aisé pour moi. Néanmoins, le travail avec ma référente ainsi que les ateliers de groupe m'ont permis de me remettre en question et de réussir à franchir cette étape.

La phase théorique a été pour moi très enrichissante, bien que redoutée au départ. En effet, j'étais quelque peu « terrorisée » par cet aspect plutôt abstrait de mon travail. Cependant, aimant beaucoup lire et apprendre de nouvelles notions concernant ma pratique professionnelle, cela a été vraiment très agréable à effectuer. En ce qui concerne la relation de soins, j'ai pu facilement trouver deux auteurs qui m'intéressaient et apprendre énormément à travers leurs écrits, ce qui a été très instructif pour moi. Étant une future professionnelle de santé qui prône l'importance de la relation de soins, cette étape a donc été très instructive et m'a énormément apporté et appris quant à l'importance de la relation dans le soin. En ce qui concerne l'humour, il m'a été beaucoup plus compliqué de trouver des ouvrages concernant sa place dans le soin, mais, une fois trouvés, ces derniers m'ont permis une plus grande ouverture d'esprit. J'ai pris énormément de plaisir à effectuer cette partie, du fait que le sujet m'intéressait et que je me sentais concernée par ce dernier. Cette phase a aussi été sujet de frustration pour moi car j'avais toujours envie de « plus » et le fait d'accepter de la terminer a donc été compliqué. Ce fût un travail long mais très agréable, bien qu'appréhendée. Tout cela m'a conduit à formuler mon hypothèse.

En ce qui concerne l'enquête, ce fût une étape qui a été facilitée par le fait que j'ai trouvé très rapidement les infirmiers que je souhaitais interroger. Après avoir fait valider mon outil d'enquête, j'ai pu donc très rapidement effectuer ces entretiens. Pourtant, ce fût certainement l'étape que j'appréhendais le plus. En effet, j'avais certaines craintes par

rapport à mes questions, l'impression de demander plusieurs fois la même chose, la peur d'être mal comprise… Néanmoins, ils se sont très bien déroulés dans l'ensemble, cela m'a permis de découvrir de nouvelles notions quant à l'importance et l'utilité de l'humour dans le soin ainsi que de voir ce travail d'un aspect plus pratique. J'émets quand même le regret de ne pas avoir interrogé un professionnel de santé travaillant en soins palliatifs ou en oncologie car je pense que l'humour doit être un outil intéressant dans de tels services. Toutefois, par soucis de temps et d'organisation, il m'était préférable d'effectuer quatre entretiens seulement.

J'envisageais le travail de retranscription comme étant insipide. Nonobstant, ce fût une surprise pour moi, en effet, malgré le temps important que j'y ai consacré, ces dernières m'ont permis de mieux appréhender les entretiens, de souligner les propos les plus marquants des soignant et donc de commencer à visualiser l'analyse des résultats. Il m'a alors fallu travailler ma capacité à synthétiser, ce qui n'était pas chose facile, sans omettre les idées principales et sans pour autant retranscrire mot à mot ce que les infirmiers ont pu dire lors des entretiens. Ce travail d'enquête m'aura beaucoup plu puisque, combiné à la partie théorique, il a pu confirmer mon hypothèse et me permettre une ouverture.

Tout au long de ce travail, il m'a fallu travailler sur mes capacités informatiques, ce qui a été très compliqué pour moi, par moment, n'étant pas très expérimentée dans ce domaine.

16 Discussion et projection professionnelle

Avant d'effectuer ce mémoire, je le voyais comme une tâche longue et rébarbative, une sorte de « check-list » : cocher, il est terminé, je peux devenir infirmière. Cependant, après l'avoir effectué, je prends conscience de tout ce qu'il m'a apporté et appris, tant sur moi-même que sur ma profession. Il m'a fait évolué et grandir en tant que personne et en tant que jeune professionnelle de santé. Je peux désormais affirmer avec conviction que ce travail ne me laissera pas inchangée et surtout qu'il va m'être utile tout au long de ma vie professionnelle.

En le reprenant depuis le début, je prends conscience du chemin parcouru, non seulement par l'écriture de ce mémoire mais aussi et surtout, en ce qui me concerne. Il m'a permis de me remettre en question, de ne pas me reposer sur mes acquis. Ce fût un travail long mais ô combien intéressant et enrichissant pour moi.

Ce mémoire m'a permis d'apprendre beaucoup sur cet outil qu'est l'humour, que j'apprécie et utilise quotidiennement. Il m'a amené à comprendre que ce dernier peut avoir un réel impact sur le patient et sur la relation de soins s'il est utilisé correctement. Avant d'effectuer ce travail, je n'avais pas réellement conscience des bienfaits que pouvait avoir ce mode de communication sur le patient. Le fait d'avoir rédigé mon travail de fin d'études

m'aura donc permis de prendre conscience de l'intérêt de cet outil mais aussi de montrer que sérieux et humour peuvent très bien coexister, comme le dit si bien Jean-Paul LANQUETIN « *Soigner est une affaire sérieuse, de là à se prendre au sérieux, il y a un écart.* »[170].
Ainsi, j'ai pu apprendre que l'humour va permettre bien plus que cela, au-delà de tous jeux de mots et autres badineries. Il va en effet permettre de créer un lien unique avec le patient.

Grâce à ce mémoire, j'ai aussi pu évoluer face à ma seconde situation, situation qui m'a profondément troublée et désappointée. Ce travail m'aura permis de mieux comprendre ma situation au travers de mes recherches sur l'importance du contexte quant à l'utilisation de l'humour. Je pense désormais avoir de meilleurs acquis pour me protéger et de ce fait, éviter qu'une telle situation se reproduise, ou tout du moins, mieux la comprendre et l'accepter si cela se produit. Ce mémoire m'a, en effet, appris beaucoup et me permettra à l'avenir, je pense, l'ajustement de mes pratiques professionnelles. De plus, j'ai pu entrevoir que l'humour n'a ni mode d'emploi ni guide, son utilisation fait parti de l'ordre de l'observation de l'infirmier, qualité essentielle dans ce travail. De là, j'ai pu comprendre que l'observation reste un outil clé dans le quotidien de professionnel de santé, et ce, afin de ne pas se retrouver dans des situations complexes, telle que ma seconde situation.

Il m'aura permis, d'un point de vue professionnelle, de me remettre en question, qualité que je juge essentielle en tant que professionnelle de santé. En effet, tout au long de celui-ci, j'ai dû me questionner que ce soit à travers mes deux situations mais aussi lors de ma phase conceptuelle… D'un point de vue organisationnel, cela m'a aussi permis d'améliorer cette lacune, puisqu'il a fallu travailler avec des délais, respecter des codes… Notion qui est aussi très importante dans les soins. Il m'a aussi fallu développer des compétences linguistiques tout au long de la rédaction de ce travail, compétences qui, je pense, seront utiles tout au long de ma profession mais aussi de ma vie quotidienne.

Ce travail m'aura permis d'évoluer. Il m'a vu grandir, commencer en tant qu'étudiante infirmière et finir en tant que jeune professionnelle de santé. J'ose dire malgré l'ensemble de doutes et de remises en questions que j'ai pu avoir tout au long de ce travail, que je suis fière à l'heure actuelle d'avoir accompli ce mémoire, surtout portant sur un sujet qui demeure symbolique pour moi et qui représente mon idéal du soin. Comme l'a si bien dit l'IDE n°2 lors de mes entretiens, « *Et du coup j'avais envie d'être de ces infirmières-là, qui apportent des sourires aux patients.* »[171]

---

[170] LANQUETIN, J-P, *op. cit,* p. 44
[171] Entretien IDE n°2

Bibliographie

Ouvrages :

- BEDOS, Guy, *Pointes, piques et répliques.* Paris : Le cherche midi, 1998. 182 pages.
- BENEVISE, Nicole, *Journal d'une Infirmière.* Paris : Pocket, 1994. 328 pages.
- BENJAMIN, Alfred, *La pratique de la relation d'aide et de communication.* Paris : ESF, 1974. 163 pages.
- BLANCHET, Alain et GOTMAN, Anne, *L'enquête et ses méthodes.* Paris : Armand Colin, 2010, 128 pages.
- CONTOU-TERQUEM, Sarah, *Dictionnaire FREUD.* Paris : Bouquins, Robert Laffont, 2015. 1088 pages.
- DABRION, Marlyne. *Soins relationnels : la communication, l'entretien professionnel infirmier, la relation d'aide*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. 264 pages.
- DANINOS, *Tout l'humour du monde.* Ligugé : Hachette, 1982. 220 pages.
- DESHAYS Catherine, *Trouver la bonne distance avec l'autre, grâce au curseur relationnel*, Paris : InterEditions, 2010, 230 pages.
- DE VIGAN, Delphine. *No et moi.* Paris : Le livre de poche, collection « Littérature et documents », 2009, 256 pages.
- ESCARPIT, Robert, *L'humour.* Paris : Presse Universitaire de France, Collection Que sais-je ?, 1994, 128 pages.
- FERNANDEZ Fabrice, LEZE Samuel et MARCHE Hélène, *Le langage des émotions : Etudes sur les rapports au corps et à la santé.* Paris :
- FREUD, Sigmund, *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient.* Paris : Gallimard, 1992. 442 pages.
- HENDERSON, Virginia, *La nature des soins infirmiers.* Paris : InterEditions, 1994. 235 pages.
- JOUFFROY, Théodore, *Mélanges philosophiques.* Paris : Hachette, 1860. 406 pages.
- MANOUKIAN, Alexandre, *La relation soignant-soigné.* Paris : Lamarre, 2014. 197 pages.
- MOURA, Jean-Marc, *Le sens littéraire de l'humour.* Paris : Presse Universitaire Française, 2010. 336 pages.
- ORSENNA, Erik, *La grammaire est une chanson douce.* Paris : Le livre de poche, collection « Littérature et documents », 2003. 150 pages.
- PHANEUF, Margot, *La relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique.* Québec : Chenelière éducation, 2016. 282 pages.
- ROBINSON, Vera, *L'humour et les professions de la santé,* Thorofare : Stack, 1991, 256 pages.

- SIBONY, Daniel, *Les sens du rire et de l'humour.* Paris : Odile Jacob, 2010. 238 pages.

Articles :

- BARTH Isabelle, Quand l'humour contribue à la performance de la relation, *Revue internationale de psychologie,* 2011, volume XVII, p 101 à 122.
- BIGONI Catherine et MARCHAND Pauline, Le soin relationnel, un modèle à questionner, *Soins, savoirs et pratiques,* Juin 2012, n°766, p. 16.
- FORMARIER Monique, La relation de soin, concepts et finalités, *Recherche en soins infirmiers,* Mars 2007, n°89, p. 33 à 42.
- FOUBERT Audrey, La place du rire dans la relation de soins, *L'aide-soignante,* Septembre 2008, n°99, p. 26-27.
- GREENBERG Martha, Therapeutic play : developing humor in the nurse-patient relationship, *J Adv Nurs,* n°20, p. 1085-1093.
- LANQUETIN Jean-Paul, Humour et rire dans les soins infirmiers, *Santé mentale,* Mars 2016, n°206, p. 40 à 45.
- M'BAILARA Katia et ZANOUY Léa, Comment l'humeur court dans le trouble bipolaire, *Santé mentale,* Mars 2016, n°206, p. 62 à 67.
- MOLENAT Xavier, L'humour enfin pris au sérieux, *Sciences humaines,* Novembre 2011, n°231, p. 6 à 7.
- PANICHELLI Christophe, La pratique de l'humour en psychiatrie, *Santé mentale,* Mars 2016, n°206, p. 28 à 33.
- PANICHELLI Christophe, Le mécanisme de défense de l'humour, un outil de recadrage, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux,* 2007, n°39, p. 39 à 56.
- PASQUERON DE FOMMERVAULT Inès, Rire pour communier, *Santé mentale,* Mars 2016, n°206, p. 74 à 77
- PATENAUDE Hélène et HAMELIN BRABANT Louise, L'humour dans la relation infirmière-patient : Une revue de la littérature, *Recherche en Soins Infirmiers,* Juin 2006, n°85, p 36 à 45.
- THOMINET Patrick, PHANUEL Dominique, HAMON MEKKI Françoise, MAROUDY Daniel, La relation de confiance dans les soins, *SOINS,* Octobre 2010, n°79, p. 27 à 54.
- VIVENZA Laurent, L'humour du patient, un complice du « Je », *Santé mentale,* Mars 2016, n°206, p. 46 à 52.
- WALTER Hesbeen, Les mots du prendre soin, *Soins Aides-Soignantes,* Mars-Avril 2018, , n°81, p. 12 à 14

Textes officiels :

- Article L4311-1 du 23 mai 2017 du Code de la Santé Publique
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique. JORF du 8 août 2004, p. 14150.
- DSM-5, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Paris : Elsevier Masson, Juin 2015, 1176 pages.
- Formation des professions de santé, profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, Editions SEDI, 2015.

Sites Internet :

- Définition d'adhésion thérapeutique, http://lecrip.org/2014/05/21/adhesion-therapeutique-concepts-et-definition/
- Définition d'adhésion thérapeutique, www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/
- Définition de « Confiance », https://www.yourhearinghealth.com/meet-our-founder/
- Définition de « Confiance », www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082
- Définition de « Humour », https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668
- Définition de « Outil », https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/outil/56934
- Définition de « Outil », www.journaldunet.com/solutions/0210/021030_3colla.shtml
- Guide du Service Infirmier, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf
- Guide de Soins Infirmier, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf
- Définition de « Relation », https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844
- Définition de « Soigné », www.cnrtl.fr/definition/soigné
- Définition de « Soin », www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236

Liste des annexes

Annexe n°1 : Les différents types de relation de soins selon Margot PHANEUF

Annexe n°2 : Les différents types de langage selon Marlyne DABRION

Annexe n°3 : Guide d'entretien

Annexe n°4 : Tableau récapitulatif des entretiens

Annexe n°1 : Les différentes types de relation de soins selon Margot PHANEUF

FIGURE 5.1 Les types de relations

Relation de civilité	Accueil poli que vous établissez à l'arrivée du client et échanges banals de tous les jours.
Relation fonctionnelle	Échanges caractérisés par votre écoute et votre réponse aux besoins du client et de son traitement.
Relation de confiance	Échanges fondés sur un sentiment de confiance et de sécurité que vous inspirez au client par votre attitude responsable.
Relation d'aide	Échanges liés à une difficulté particulière du client (souffrance, découragement, angoisse, dépression, etc.) que vous tentez d'aplanir par votre présence, votre compréhension et votre soutien.

Annexe n°2 :

Les fonctions du langage selon JAKOBSON,

Marlyne DABRION

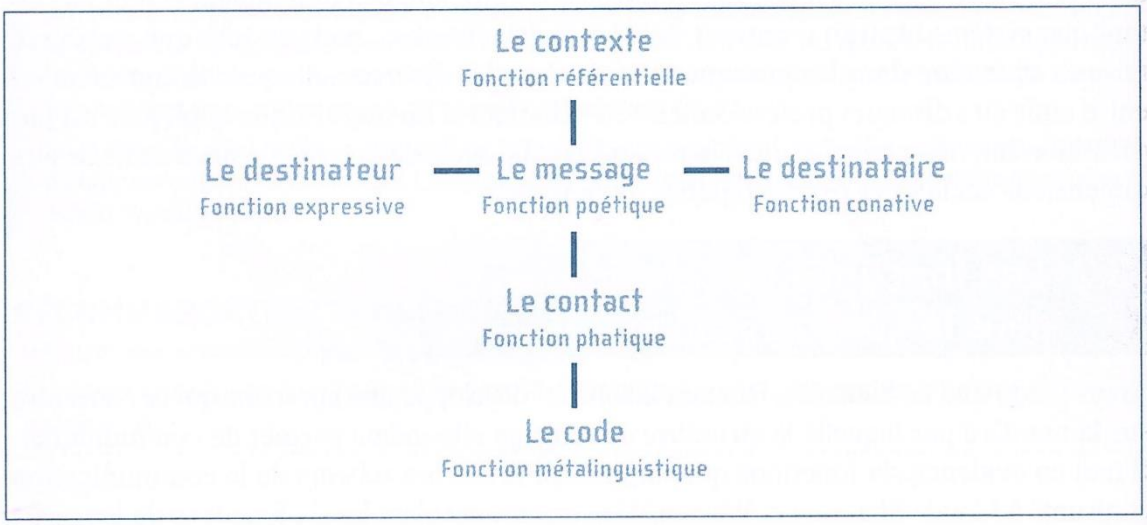

Figure 3. Six fonctions du langage selon Jakobson

Annexe n°3 : Guide d'entretien

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement ? (âge, parcours professionnel…)

Question n°2 : Utilisez-vous l'humour auprès des patients ? Si oui, à quel moment ? Avez-vous un exemple ?
Question de relance : Utilisez-vous l'humour comme un mode de communication comme un autre ?

Question n°3 : L'humour a-t-il une utilité dans le soin, si oui laquelle ?
Question de relance : L'humour permet-il de surmonter une épreuve, une douleur, une situation, de dédramatiser une situation, adhérer à un soin, gérer le stress d'un patient, gérer la douleur… ?

Question n°4 : Selon vous, l'humour favorise-t-il la relation soignant-soigné ? Pourquoi ? Avez-vous un exemple ?
Question de relance : Est-ce l'humour qui permet la construction de la relation soignant-soigné ou l'inverse ?

Question n°5 : Avant d'avoir recours à l'humour, analysez-vous la situation au préalable ? Si oui, dans quelles mesures l'utilisez-vous ?
Question de relance : Peut-on rire de tout avec tout le monde ? Y-a-t-il une notion de contexte ? (personne, circonstances, lieu, culture…)

Question n°6 : Vous est-il déjà arrivé d'utiliser l'humour dans une situation où cela n'a pas fonctionné. Si oui, savez-vous pourquoi ?

Question n°7 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe n°4 : Tableau récapitulatif des entretiens

IDE n°1	IDE n°2	IDE n°3	IDE n°4
Présentation			
Âge : 41 ans Date de diplôme : 2017 Expérience : Assistance maternelle Infirmière à l'EHPAD depuis son diplôme	Âge : 30 ans Date de diplôme : 2010 Expérience : Infirmière en Soins de Suite et de Réadaptation depuis son diplôme	Âge : 26 ans Date de diplôme : 2016 Expérience : Infirmière en Psychiatrie depuis son diplôme.	Âge : 44 ans Date de diplôme : 2005 Expérience : Aide-soignant en médecine et chirurgie depuis 1995 puis infirmier aux urgences depuis son diplôme.
Notion d'outil			
Comme le dit l'IDE n°1, il n'y a pas de moment précis pour utiliser l'humour : « *un petit coup d'humour pour changer son quotidien, en EHPAD, il n'y a pas de moment précis* ». Elle affirme ensuite que l'humour est un outil de communication « *C'est un mode de communication, une façon de rentrer en relation.* »	L'IDE n°2 exprime l'importance de l'humour comme outil puisque « *Pour moi c'est un mode de communication qui va favoriser l'échange* ». Elle exprime l'idée que c'est effectuer dans un but précis dans le sens où elle déclare « *C'est toujours penser, même si ce que je dis est spontané, c'est toujours pensé.* »	L'IDE n°3 exprime la notion d'outil en expliquant qu'elle a recours à l'humour : « *sans forcément qu'il y ai de moment précis* ». Elle exprime l'idée qu'il y a un but sans pour autant que ce soit calculé.	L'IDE n°4 déclare qu'il a recours à l'humour « *environ tout le temps*. » Il exprime aussi la notion de spontanéité : « *Ça te vient spontanément, en fait c'est spontané.* »

Utilité de l'humour dans le soin			
L'IDE n°1 affirme que l'humour peut avoir une utilité dans le soin : « *Mais moi je trouve que c'est un outil utile, si la personne est réceptive.* » En effet, selon elle, il permet de gérer les situations de stress, angoissantes : « *l'humour permet de détendre l'atmosphère* ». Cela permet aussi de faire verbaliser des choses parfois plus graves : « *sont plus à l'aise pour nous parler, verbaliser, des choses, c'est bizarre, plus graves.* » L'humour permet une meilleure adhésion aux soins : « *ton patient sera plus réceptif à ce que tu devras faire, à ce que tu vas lui dire parce que de toute façon la communication est toujours primordiale. Plus tu communiques avec la personne, comme*	L'IDE n°2 affirme que l'humour a une utilité dans le soin : « *moi je m'en sers comme un outil pour aller plus profondément dans les choses.* » En effet, elle l'utilise dans le but de mettre à l'aise le patient : « *Ca peut m'arriver de l'utiliser dans une situation gênante, stressante* » Elle part du principe que cela participe au mieux-être du patient : « *En fait je pars du principe que l'humour ça emmène un peu d'humanité dans le soin et en fait le patient ça le rend humain.* » Elle pense aussi que cela permet de verbaliser : « *Ça permet d'ouvrir sur des sujets dont on a pas l'habitude, d'entendre des choses que le patient cache peut être au premier abord.* »	L'IDE n°3 affirme que l'humour a une utilité dans le soin. Elle explique ses différents bienfaits dans une unité psychiatrique : L'humour permet de mettre à l'aise « *Je peux utiliser l'humour pour désamorcer une situation qui peux être tendue* » L'humour permet de diminuer la douleur : « *Lors de la réalisation d'une première injection intra musculaire et qui n'a donc pas l'habitude, faire rire le patient permet de le détendre, ce qui a pour effet que l'IM fera sûrement moins mal car les muscles seront moins contractés* » L'humour emmène au mieux-être du patient en humanisant le soin : « *nous ne sommes pas que des « blouses blanches » mais des humains, comme eux.* »	L'IDE n°4 affirme que l'humour a une utilité dans le soin. L'humour emmène au mieux-être du patient en faisant « *ressortir ce qu'il y a d'un peu positif* », il souligne : « *tu vois ça permet d'être plus humain.* » Il permet aussi une meilleure adhésion aux soins : « *le patient adhère à ton soin.* » Il met à l'aise le patient puisque « *il évacue un stress ça permet que la personne soit moins anxieuse. Il se sent un peu plus à l'aise.* » Pour finir, selon lui, l'humour permet de diminuer la douleur lors des soins invasifs puisque : « *tous les soins invasifs passent beaucoup mieux.* »

avec l'humour qui est un outil de communication plus ta relation et ton adhésion aux soins seront positives. »	Ca emmène à une meilleure adhésion aux soins : « *Le patient adhère mieux aux soins, j'ai l'impression qu'il a moins d'appréhension »*		
L'humour et la relation soignant-soigné			
Pour l'IDE n°1, humour et relation de soins sont intimement liés : « *En fait il fait vraiment parti de la construction de ta relation. C'est un tout. L'humour fait partie de toutes les petites choses que tu mets en place pour essayer de rentrer en communication avec la personne. »* C'est en partie grâce à cet outil que la relation va atteindre le degré de confiance : « *c'est ce mode de communication qui va t'emmener dans une relation de confiance »*	Pour l'IDE n°2, le lien entre les deux est indéniable : « *Je le fais vraiment dans une démarche de relations avec le patient. »* Il lui permet de « *crée une relation plus profonde. »*, une relation qu'elle qualifiera par la suite de relation de confiance.	L'IDE n°3 établit un lien entre l'humour et la relation en déclarant que « *Dans une relation soignant soigné l'humour la bonne humeur le sourire favorise une bonne relation, une ouverture pour les patients. »* Elle pose ensuite la question suivante afin d'expliquer ses propos : *« Vous iriez plus facilement vers une personne au contact fermé qui ne souris pas ou vers une personne souriante qui essaie de vous faire sourire ?* » Pour finir, elle en arrive à la conclusion que cela peut permettre	L'IDE n°4 affirme qu'il y a un lien entre l'humour et la relation soignant - soigné puisque l'humour a « *un but de se rapprocher , ça permet de dire que, que le patient se dise un peu, bah je suis comme dans ma famille, je suis un peu avec un proche. »* Toutefois, il exprime la difficulté en lien avec le contexte de l'urgence : « *Je pense que c'est plus simple de faire de l'humour dans un service de médecine ou de chirurgie. En fait, où l'infirmier ou l'infirmière, bah elle connaît le patient et tout ça, que là bah c'est un*

		d'établir une relation de confiance : « *Ainsi nous développons avec eux un lien de confiance.* »	*peu dans le contexte de l'urgence.* »
L'importance du contexte			
Pour l'IDE n°1, le contexte a une importance primordiale avant d'avoir recours à l'humour : « *Il y a des choses qui sont bonnes à savoir afin de pas faire d'impair.* » Elle illustre cela par le fait qu'il est nécessaire de connaître la personne avant d'utiliser l'humour : « *C'est vrai, de connaître la situation de famille, d'où elle vient, ce qu'elle a connu ça te permet en fait de voir sur quel terrain tu peux aller d'un point de vue relationnel avec elle.* » Elle explique par la suite comment elle s'y prend : « *Mais d'abord être très formel me présenter puis au fur et à*	Pour l'IDE n°2, avant d'avoir recours à l'humour, *« il faut quand même que ça soit analysé, adapté, amené.* » Pour cela, elle affirme « *Je sais pas, je pense qu'on le sent un peu, c'est une sorte de connexion.* » mais elle ajoute « *il faut toujours que j'ai rencontré au moins une fois le patient.* », de plus elle déclare : « *Sinon j'analyse aussi les données de prise en charge* »	Pour l'IDE n°3, il est nécessaire d'analyser le contexte avant d'avoir recours à l'humour, surtout en psychiatrie : « *En psychiatrie, il faut toujours analyser la situation avant d'utiliser l'humour. Parfois il sera mal compris, interprété de manière faussée ou complètement déformée.* » Elle explique par la suite ce à quoi elle prête attention : « *Je fais attention a plusieurs choses; comme le contexte d'arrivée du patient en hospitalisation, le non verbal qu'il dégage, s'il est fermé, il a un regard fuyant, qu'il n'effectue que des réponses brèves mais aussi sa pathologie : certains déficients ne*	Pour l'IDE n°4, le contexte est primordial : « *l'importance d'analyser le truc avant.* » Toutefois, il y ajoute la notion d'urgence et de brièveté : « *T'es obligé d'analyser la personne brièvement, t'es obligé d'analyser la personne, t'es obligé de voir si elle va être réceptive ou pas. En deux trois mots, en le regardant, en machin, t'es obligé de regarder. Tu sais si ça va passer tout de suite ou non.* » Aux urgences, l'analyse s'effectue donc très rapidement.

mesure j'évalue si cette personne est réceptive à l'humour ou non. » Pour finir elle conclue en exprimant le fait que « *L'humour c'est vraiment un double tranchant donc moi je fais comme ça si j'ai un doute je ne tente pas. »*		*comprennent pas l'humour, d'autres vont se sentir persécutés,… »*	
Exemple de situation avec un contexte			
L'IDE n°1 n'a jamais vécu de telle situation, elle l'explique par le fait que « *C'est quelque chose de très très subjectif.* » et que « *En fait c'est cette personne-là, à ce moment-là, avec ton "toi" de ce moment-là »*	L'IDE n°2 n'a pas trouvé de situation toutefois elle déclare : *« . En fait, des fois j'utilise l'humour comme mécanisme de défense. Ça c'est mon plus grand mécanisme de défense. Et en fait, c'est dans ces moments-là que c'est dans des situations où il ne faut pas. »*	L'IDE n°3 n'a pas trouvé de situation, toutefois elle explique que « *Il faut bien faire attention en psychiatrie de connaître les patients avec qui l'utiliser car certains vont déformer vos propos et ce qui était de l'humour pour vous peut être une attaque ou déformé pour un patient.. »*	L'IDE n°4 affirme que « *Sans doute que ça m'ait arrivé et que je me suis retrouver comme un idiot devant un patient que c'était totalement inadapté. »*
Conclusion de l'entretien			
L'IDE n°1 conclue en exprimant l'idée que *« En fait l'humour c'est une espèce d'alchimie*	L'IDE n°2 conclue en déclarant : « *On est un humain face à un humain*	L'IDE n° 3 conclue en disant que : « *L'humour est utile dans le soin, que ce*	L'IDE n°4 conclue en exprimant le fait que :

qui arrive à un moment et qui permet de faire rire quelqu'un qu'il y a 5 minutes pleurait. » Elle ajoute à cela la particularité de l' EHPAD «*C'est un lieu de vie donc tout est dit, la vie c'est ça. Il y a de l'animation, on fête les anniversaires,.. Il y a des rires, il y a des pleurs, il y a de l'humour, il y a des bonnes et il y a des mauvaises nouvelles, il y a de la vie. Ce n'est pas parce qu'ils sont en institution qu'ils ont arrêté de vivre, de se marrer. Il ne faut jamais s'interdire l'humour il faut juste utiliser à bon escient.* »	*avec un humour. C'est un outil essentiel à la relation. »* Elle finit par dire : « *Et du coup j'avais envie d'être de ces infirmières-là qui apportent des sourires aux patients »*	*soit pour le patient mais aussi pour l'équipe de soins qui l'entourent. »*	« *Il faut déconner, surtout dans un service difficile, c'est positif pour les soignants mais surtout bah euh pour les patients. »*

Agence Régionale de Santé
Bourgogne

Engagement Individuel « VIGIPLAGIAT »

Instituts de formation en Soins Infirmiers

Mémoire de fin d'études
Année scolaire 2017/2018

BOURGOGNE

Je soussigné(e)..... FLACK Morgane.....

Etudiant (e) en soins infirmiers à l'IFSI de ..la Communauté..... Creusot - Montceau (CCM)

Déclare avoir pris connaissance de la charte « VIGIPLAGIAT » et m'engage à indiquer les références bibliographiques de toutes les phrases que je citerai et / ou de tous les textes sur lesquels je m'appuierai, dans mon mémoire de fin d'études.

Le non respect de cet engagement, mettant en cause l'honnêteté intellectuelle de l'étudiant, sera sanctionné.

Fait à ..Montceau les Mines Le....26 avril 2018.....

Signature :

Document à joindre par l'étudiant à son mémoire de fin d'études.

FLACK	Morgane	Mai 2018

DIPLÔME D'ETAT INFIRMIER
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFSI CCM

GUERIR DE RIRE : L'humour dans la relation soignant-soigné

>ABSTRACT

L'humour est un moyen de communication que j'ai pris l'habitude d'utiliser au cours de mes stages avec les patients et ce, dans le but de favoriser la relation de soins.

Lors d'une situation, j'ai pu constater ses bienfaits sur ma relation avec une patiente. Toutefois, j'ai pu aussi prendre conscience à travers une seconde situation que son utilité reste ambiguë. Cela a entraîné chez moi une grande remise en question et de ce fait, le choix d'effectuer mon travail de fin d'étude sur ce sujet.

Ainsi, le questionnement induit par mes situations m'a permis d'extraire deux concepts clés que sont la relation de soins ainsi que l'humour, que j'ai choisi de traiter à travers diverses lectures théoriques. A partir de ces dernières, j'ai émis le choix de mener une enquête, via des entretiens semi-directif auprès de professionnels de santé, me permettant ainsi d'éclairer le sujet sur un plan pratique.

Par conséquent, ce travail m'aura permis d'une part d'acquérir une ouverture d'esprit et un sens plus critique et d'autre part, de comprendre que l'humour peut favoriser la relation de soins s'il est manié avec précautions.

Humor is a means of communication, which I've got into the habit of using during my training course with the aim of fostering the caring relationship with the patients.

In one case, I was able to notice the benefits it brought to my relationship with the patient. However, in another case, I also realised that its usefulness remained ambiguous. It led to a lot of questioning and ultimately to the decision of writing my final report about it.

Thus, from that reflection on the different cases I worked on I was able to bring out two key concepts, which are the caring relationship and humour, and decided to study them through various theoretical readings. Based on those latter, I chose to carry out an inquiry, throughout semi-structured interviews with health professionals, to shed light on my topic on a practical level.

Consequently, on the one hand this work helped me gain in open-mindedness and critical skills, and on the other hand understand that humour can encourage the caring relationship only if handled with caution.

***Mots clés* :**
Humour – Rire – Relation soignant-soigné – Relation de confiance – Adhésion aux soins
Humor – Laugh – Nurse-Patient Relationship – Relationship of trust – Adherence to medical care

L'IFSI de la CCM n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.