

**Florian LAULAN**  
**Promotion 2015 – 2018**  
**Décembre 2017**

# **L'HUMOUR « A TOUT » POUR PRENDRE SOIN (?!)**

---

**UE 3.4.S6 : Initiation à la démarche de recherche**

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



**IFSI DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG**  
**1 rue David RICHARD – BP426**  
**67091 STRASBOURG Cedex**

**Florian LAULAN**  
**Promotion 2015 – 2018**  
**Décembre 2017**



## **L'HUMOUR « A TOUT » POUR PRENDRE SOIN (?!)**

---

**UE 3.4.S6 : Initiation à la démarche de recherche**

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



**IFSI DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG**

**1 rue David RICHARD – BP426**

**67091 STRASBOURG Cedex**

## **Note aux lecteurs**

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une formation au sein de l'IFSI des Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG<sup>1</sup>.

Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »

---

<sup>1</sup> Lire par la suite HUS

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier tout d'abord Mme BELLICAM et Mme BESSIERE de m'avoir si bien guidé, accompagné et orienté au fur et à mesure de l'avancement de ce mémoire,

Je suis reconnaissant envers l'ensemble des formateurs de l'IFSI pour avoir vécu ces trois années de formation enrichissantes. Et je le suis tout particulièrement à l'égard de Mme ZIMMERMANN, pour m'avoir apporté de l'aide et des ressources pour construire ce travail.

A tous les professionnels de santé qui m'ont accordé du temps en répondant aux différentes questions de mon entretien de terrain, en me faisant profiter de leurs expériences, ainsi qu'à ceux rencontrés lors de mon parcours en stage,  
*Merci,*

A toutes ces belles personnes rencontrées au sein de cet institut, en particulier mes camarades du groupe 2, devenus maintenant des amis. Pour ces bons moments passés ensemble, tels que fous rires, soirées décontractantes, mais aussi les moins bons comme les « prises de bec » et « coups de gueule » lors de certains travaux de groupe qui font partie de la vie étudiante,  
*Merci,*

A toutes les personnes qui ont pris le temps de lire et relire ce mémoire, en m'ayant apporté leur aide,  
*Merci,*

A tous ceux qui m'ont encouragé de près comme de loin et soutenu dans la réalisation de ce mémoire,  
*Merci.*

Pour finir, une attention particulière à Annaëlle, qui a su me remettre sur les rails lorsque l'envie de ne rien faire était présente. Et oui cela est arrivé plus d'une fois,

Ainsi qu'à mes enfants, Léa et Noa qui ont été un moteur pour avancer dans ces études, et ce malgré l'absence et la distance géographique qu'il y a eu entre nous.

***MERCI !!!***

*« Celui qui sait rire vit, et celui qui parvient  
à faire rire redonne la vie. »*

François RABELAIS

*« Bienheureux celui qui a appris à rire de  
lui-même : il n'a pas fini de s'amuser ! »*

Joseph FOLLINET

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
1 PRESENTATION DE LA SITUATION .....	2
1.1 DESCRIPTION DU MOTIF DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS LE MILIEU HOSPITALIER.....	2
1.2 DESCRIPTION DE LA SITUATION .....	2
1.3 ANALYSE, QUESTIONNEMENT PRELIMINAIRE.....	4
1.4 INTERET PROFESSIONNEL ET MOTIVATION PERSONNELLE .....	5
1.4.1 INTERET PROFESSIONNEL.....	5
1.4.2 MOTIVATION PERSONNELLE.....	7
2 PHASE EXPLORATOIRE .....	8
2.1 CONCEPTS MIS EN AVANT ET LEURS DEFINITIONS .....	8
2.2 LA COMMUNICATION VERBALE ET NON-VERBALE, QU'EST-CE QUE C'EST ? ...	8
2.3 QUEL EST-CE CONCEPT DE « RELATION SOIGNANT-SOIGNE » ?.....	10
2.4 QU'EST-CE QUE L'HUMOUR ? .....	11
2.5 LE RIRE, MAIS QUELLE EST CETTE MANIFESTATION ?.....	12
2.6 LA DISTANCE, QUI PLUS EST « JUSTE », CELA CORRESPOND A QUOI ?.....	14
3 METHODOLOGIE D'EXPLORATION .....	16
3.1 CHOIX DE LA POPULATION CIBLE .....	16
3.2 ORGANISATION DES ENTRETIENS.....	16
3.3 OBJECTIFS DES ENTRETIENS.....	17
3.4 RESULTATS SERIEUX, MAIS DANS LA BONNE HUMEUR !.....	17
3.5 VERS LA QUESTION DE DEPART .....	20
4 PHASE DE PROBLEMATISATION.....	21
4.1 CHOIX DU CHAMP DISCIPLINAIRE .....	21
4.2 HUMOUR .....	22
4.2.1 REPRESENTATION DE L'HUMOUR.....	22
4.2.2 LES DIFFERENTES FORMES D'HUMOUR.....	22
4.2.3 LES APPORTS DE L'HUMOUR.....	24
4.2.4 L'HUMOUR MECANISME DE DEFENSE .....	25
4.3 LES COMPETENCES RELATIONNELLES SPECIFIQUES .....	26
4.3.1 UNE NOTION D'HUMANITE ?.....	26
4.3.2 UN OUTIL MIRACULEUX DE DISTRACTION.....	27
4.4 LA PRISE EN SOINS .....	27
4.4.1 A L'ORIGINE D'UN TERME .....	27
4.4.2 QUAND UTILISER L'HUMOUR DANS LA PRISE EN SOIN ? .....	28
5 HYPOTHESE DE REPONSE.....	29
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
ANNEXES .....	I à IX



# INTRODUCTION

---

Durant ma formation, j'ai pu découvrir lors de mes stages, de nombreuses situations qui m'ont poussé à me questionner, tout particulièrement celles ayant un impact sur la dimension «relationnelle» avec nos patients. J'ai ainsi été particulièrement interpellé par un point clé du métier d'infirmier qui est celui de la dimension «relationnelle» notamment avec l'emploi de l'humour favorisant la naissance de celle-ci. Dans cette profession, on ne peut soigner un patient uniquement en concentrant ses efforts sur l'application des actes techniques et des prescriptions médicales lors des soins. A l'IFSI<sup>2</sup>, nous avons reçu un important apport de cours sur l'aspect «humain» et «relationnel» du métier, où de nombreux concepts tel que «l'empathie», «l'humanité», «la bienveillance», ou « le non-jugement » sont ressortis. Il me semble nécessaire de s'investir personnellement en utilisant son vécu, son sens du contact, sans oublier de veiller au respect du patient tout en employant l'humour. Ce qui m'amène à considérer ce dernier comme un être humain avant tout. C'est dans cette logique que j'ai construit ce mémoire pour atteindre le «Graal» de cette formation et d'en clôturer ces trois années qui mènent à l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, faisant de moi un professionnel de santé à part entière.

La situation que j'évoque dans ce travail correspond à un contexte où je me suis permis d'utiliser l'humour pour créer un contact dans une relation considérée comme « difficile ».

Voici le menu de mon étude:

En mise en bouche, un questionnement post-situation d'appel sur l'attitude que j'ai eu lors de cette situation et les difficultés rencontrées ;

En entrée, la phase exploratoire faisant ressortir les concepts généraux qui ont fait l'objet de recherches, avec son lit de motivations personnelles à analyser cette situation et de l'intérêt professionnel que cela apporte dans la pratique soignante ;

En « trou normand », une phase de méthodologie constituée d'un questionnaire de terrain et de son analyse, menant par la suite à la question de départ, fil conducteur de la suite de ce travail ;

En plat principal, la problématisation et sa garniture de termes émergeant de cette fameuse question, répondant à des recherches plus approfondi et dirigées par un champ disciplinaire ;

Pour finir par le dessert, une hypothèse de réponse à la question de départ, ainsi que son café gourmand, la conclusion de ce travail.

**« Bon appétit et bonne lecture ».**

---

<sup>2</sup> Lire : Institut de Formation en Soins Infirmier

# 1 PRESENTATION DE LA SITUATION

---

La situation ayant retenu mon attention s'est déroulée lors de mon stage de début de deuxième année (mars 2016) en service de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé dans la prise en charge de patients atteints de lésions médullaires. Cette situation prend en compte la participation d'un patient paraplégique que je nommerai M. Xavier, la cadre de santé, ma tutrice de stage et moi-même. Dans un premier temps, je présenterai succinctement le parcours d'hospitalisation du patient, afin de comprendre les enjeux de cette situation. Dans un second temps, je décrirai la situation afin d'en faciliter l'analyse par la suite.

## 1.1 DESCRIPTION DU MOTIF DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS LE MILIEU HOSPITALIER

M. Xavier est un homme de 75 ans hospitalisé depuis 6 mois (septembre 2015) dans le service de rééducation et de réadaptation, pour des soins concernant une escarre infectée. Sa paraplégie est consécutive à une compression médullaire lors d'une intervention chirurgicale en 1992. Il présente une escarre du sacrum de stade 4 avec une ostéite liée à la présence d'un staphylocoque aureus doré contracté lors d'une autre intervention chirurgicale en 2010 sur reprise d'un lambeau au niveau du grand fessier avec présence d'un abcès. Une nouvelle opération a eu lieu en 2013, ce qui a permis de constater une guérison à l'issue de cette dernière. Malheureusement il y a cinq mois (octobre 2015) une récurrence de l'abcès a nécessité une nouvelle intervention. Depuis celle-ci, la plaie évolue défavorablement ce qui est problématique dans la poursuite de la rééducation du patient.

## 1.2 DESCRIPTION DE LA SITUATION

La situation se déroule lors de la fin de ma deuxième semaine de stage dans l'unité. Avant de rentrer dans le vif du sujet, je tiens à compléter cette description par des informations complémentaires nécessaires pour bien comprendre le contexte de la situation. Dès la fin de ma deuxième semaine de stage, la cadre de soin me demande de choisir trois patients référents afin d'effectuer leur prise en charge de façon globale. Mon choix fait, la cadre ainsi que l'infirmière en charge de mon encadrement me demandent d'expliquer ce choix en l'argumentant. Après analyse rapide de mon argumentation, la cadre me retire un des trois patients et m'impose de prendre en charge M. Xavier.

Lors de ma première semaine dans le service, j'ai pu observer les soins réalisés auprès de M. Xavier alors que j'effectuais des soins de nursing à son voisin de chambre. J'ai pu constater que ce dernier n'était pas réceptif aux différents soins qui lui étaient prodigués. Il était souvent mécontent et n'hésitait pas à le manifester auprès des différents soignants qui le prenaient en charge, en l'occurrence lors de prélèvements sanguins qui devaient être réalisés fréquemment. Il y a même des jours où les soignants n'arrivaient pas à effectuer ce geste. Un jour, ma tutrice arrive dans la salle de soins et me demande de réaliser un prélèvement sanguin sur ce dernier. C'est le tout premier soin effectué par mes soins dont bénéficie ce patient.

Je sens alors la pression monter et me remémore comment se passent les soins avec ce dernier et la façon dont il a de malmené les soignants. Je prépare mon chariot et me dirige vers sa chambre.

Je dégage un salut timide aux deux patients encore « groggy » par leur sommeil et explique à M. Xavier que je m'occupe de lui ce matin. A ces mots, il se met à souffler et me dit : « Tiens, ils ne savent plus qui envoyer, maintenant c'est le stagiaire qui va subir mes humeurs ! ». Je prends sur moi et explique à ce dernier qu'on me demande de faire le soin et que s'il ne veut pas, il est dans son droit de refuser. Il lâche un grand soupir, me dit que c'est bon et me souhaite bien du courage.

Alors que je ne suis pas à mon premier coup d'essai concernant ce type de soin, cette prise en charge provoque chez moi une montée d'adrénaline. Je demande au patient où il a été prélevé la dernière fois, pour ménager son capital veineux. Il me répond sur le bras droit. Je m'installe et commence à chercher le point de ponction, mais je ne trouve pas. Je signale à M. Xavier que je passe sur l'autre bras. Il se met à marmonner et souffler. J'installe mon garrot, recherche une veine et désinfecte la zone de ponction. Le patient grogne de plus belle et je ressens son mécontentement remplir l'atmosphère de la pièce. Ma main commence à trembler et des gouttes de sueurs ruissellent sur mon front. A ce moment, pour pouvoir me ressaisir, je décide de me renseigner sur la profession qu'il exerçait avant. Il me répond qu'il était technicien de terrain sur réseau électrique de haut voltage pour un grand groupe de distribution électrique de France. De là, je décide d'utiliser une pointe d'humour pour détendre un peu l'atmosphère, en lui disant qu'il était au courant à l'époque. M. Xavier, surpris de mon intervention, se met à avoir un petit sourire, ce qui me permet d'introduire l'aiguille dans son bras. Le patient n'a, à ce moment là, aucune réaction de douleur. Je profite de ce détournement d'attention pour continuer mon soin et prélever les tubes de son bilan. Je lui demande s'il aime le vin et il me répond que oui, qu'il a en plus eu l'occasion de vivre quelque temps dans les alentours de Bordeaux. Puis il me pose une question fermement: « Bon vous piquez quand ? Parce que c'est bien beau de faire le con mais vous êtes là pour faire votre boulot ! ». A ces mots, je retire le garrot, l'aiguille, lui met un pansement sur le point de ponction et lui montre les tubes prélevés.

Je lui dis qu'au vu de la couleur de son sang, ça doit être un bon cru pour faire un lien avec notre conversation. Il écarquille les yeux et éclate de rire. Je range mon matériel et lui demande son ressenti. Il exprime une satisfaction quant à mon soin et me fait part qu'il est réellement satisfait de moi.

Il se met à me dire : « Vous savez distraire vos patients avec votre humour et c'est vraiment génial. Ça manque dans ce service ! ». Je le remercie, lui esquisse un sourire et quitte la chambre.

Je retourne avec le bilan dans la salle de soins où ma tutrice m'attend en me disant : « Alors il faut que j'y aille, tu n'as pas réussi à prélever ! ». Je la regarde et lui montre la pochette de prélèvement pleine de tubes remplis. Au fond de moi, un sentiment de satisfaction m'envahit mais bien évidemment je ne le manifeste pas de façon excessive, un simple sourire suffit.

Au fur et à mesure du déroulement du stage, l'humour réciproque permet, au patient et à moi-même, de passer des moments de complicité lors des soins dont il bénéficie. Cela facilite amplement sa prise en charge globale.

## 1.3 ANALYSE, QUESTIONNEMENT PRELIMINAIRE

Lors de cette situation, j'ai été principalement interpellé par la difficulté que j'allais avoir à interagir avec le patient.

- **Comment allais-je m'en sortir pour prendre en charge le patient sans être malmené par celui-ci ?**
- **Comment effectuer ce soin, qui semble être une gêne répétitive pour le patient tout en gardant possession de mes moyens et ne pas rater la ponction ?**

Effectivement au premier abord, ce dernier avait l'air très réfractaire au fait d'avoir un énième prélèvement sanguin. Comme dit dans la description plus haut, il avait un comportement plus ou moins frappant avec toute l'équipe soignante, aussi bien la jeune infirmière arrivée récemment dans le service qu'avec l'infirmière plus expérimentée ou encore l'étudiant infirmier.

Il m'est aussitôt venu à l'esprit que j'allais certainement être en difficulté avec ce patient. Certainement par rapport à ce que j'ai pu observer lors des soins effectués par les autres soignants. Aussi par les « on-dit » qui influencent notre façon de voir certains patients, on a tendance à présupposer des « choses » les concernant.

Une sorte de mimétisme se crée et est présente lors des stages. Ce qui permet, peut-être, une certaine intégration au sein de l'équipe, pour être bien vu de la majorité, alors que nous pouvons apporter un regard neuf sur la situation voire la prise en charge du patient.

- **Est-ce que cette situation n'a pas conditionné mon entrée en relation avec ce patient ?**
- **Comment vais-je rentrer en relation avec ce patient ?**

Mais je ne voulais pas de cela dans ma pratique et surtout avoir du respect envers le patient. J'ai saisi le taureau par les cornes (en parlant de moi bien évidemment) et me suis alors positionné comme je dois le faire. C'est-à-dire dans une posture de professionnel de santé, avec mon entité professionnelle et personnelle que je me suis forgé depuis maintenant quelques années, mais qui ne cessent d'évoluer.

J'ai pris le parti d'utiliser l'humour, dosé à bon escient, me semble-t-il, dans l'intention d'entrer au contact du patient tout en ignorant si cela serait efficace. Néanmoins, d'autres questions me sont parues comme évidentes et devaient absolument être soulevées :

- **Comment l'humour permet d'entrer en relation ?**
- **Comment est utilisé l'humour par le soignant ?**
- **Est-ce que l'humour se travaille ?**
- **Est-ce une stratégie consciente ou inconsciente de la part du soignant ?**
- **Comment trouver le juste milieu à l'utilisation de ce moyen pour communiquer ?**
- **Qu'est ce que cela implique pour le soignant et le patient ?**
- **Quel degré d'humour utiliser avec la personne en face de nous ?**

Grâce aux résultats « positifs » obtenus lors de cette situation, il me semblait donc logique d'effectuer des recherches sur le sujet et de m'en inspirer pour mon Travail de Fin d'Etudes.

Comme vous pouvez le constater, plusieurs questions se sont bousculées dans ma tête, là où se cache mon encéphale qui, depuis maintenant 2ans et demi, est pas mal chamboulé. Une est sortie du lot après avoir passé quelques journées à me faire des « nœuds au cerveau ». En voici l'esquisse :

**« Quelle est la place de l'humour dans la prise en charge d'un patient et quelles sont les compétences que le soignant doit avoir pour l'employer de façon adéquate et opportune ? »**

Au regard de cette situation, du questionnement qui en ressort et après en avoir fait le tour ou détour, « je ne sais plus au fait », j'ai décidé de dégager certains mots clés que je vais développer ultérieurement.

Soit :

- **Communication verbale et non-verbale ;**
- **La relation soignant/soigné ;**
- **L'humour ;**
- **Le rire ;**
- **La juste distance.**

## **1.4 INTERET PROFESSIONNEL ET MOTIVATION PERSONNELLE**

### **1.4.1 INTERET PROFESSIONNEL**

Au regard de l'analyse de la situation précédemment évoquée, certains éléments et concepts ressortent qui vont donc être développés dans la suite de ce mémoire. Comme par exemple la relation soignant/soigné, les modes de communication (verbal ou non verbal) des soignants, l'humour et les stratégies mises en place pour permettre cette communication et donc cette relation. Mais avant de le faire, il est important de définir les bases et les enjeux de notre future profession lorsque nous prenons en charge nos patients. Je veux bien évidemment parler des soins infirmiers. *« On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. »*<sup>3</sup>

Il ne faut surtout pas oublier de prendre la personne dans sa globalité, de manière holistique. Un concept ressort tout particulièrement depuis que j'ai commencé cette formation et qui continue à être omniprésent dans cette dernière : l'Homme est un être « bio-psycho-socio-culturel ». Cet Homme n'est pas qu'un être de chair et d'os que l'on ne doit soigner que sur le plan physique, il faut aussi prendre en considération son aspect psychique et l'interaction qu'il a avec son environnement.

---

<sup>3</sup> International Council of Nurses, disponible en ligne : <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (consulté le 26/3/2017)

Pour appuyer ce concept, je me réfère à l'Art. R4311-2, du Code de la Santé Publique<sup>4</sup> correspondant à l'exercice de la profession infirmière (chapitre premier) et des actes professionnels (section 1) qui en découlent. Il stipule que : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent la qualité technique et la qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* »<sup>5</sup>, particulièrement mise en avant dans l'Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'Etat Infirmier : « *2- Soins de confort et de bien être : Réalisation d'activités occupationnelles et/ou de médiation (visant à maintenir le lien social)* ». Par conséquent, la relation dans les soins infirmiers est une constante non dérogeable dans l'exercice de notre profession, quel que soit le lieu d'exercice ou la personne qui se trouve en face de nous. Il est de notre rôle, voire même de notre devoir, d'adapter notre communication, qu'elle soit verbale ou non, pour rentrer en relation et permettre un lien de confiance avec nos patients.

Des capacités sont indispensables aux professionnels de santé pour interagir, communiquer et se faire comprendre des patients qui bénéficient des soins. Le CSP décrit ses capacités. Il met l'accent sur l'importance que les infirmiers doivent avoir pour rentrer en communication avec les patients pour leur dispenser des soins, mettre en place des actions de prévention ou d'éducation à la santé, effectuer les recueils d'informations, transmettre des informations, prodiguer des conseils, mais ce qui est indispensable dans notre profession, c'est d'avoir le consentement du patient avant un soin.

Le référentiel de compétences infirmières énonce également deux compétences dans lesquelles figurent la communication et l'analyse de ses propres ressources pour assurer la prise en charge des patients.

→ La compétence 6 : « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins »<sup>6</sup>. Pour mettre en pratique cette compétence, l'infirmier doit savoir analyser les besoins en communication et les situations spécifiques à chaque patient. Les professionnels doivent savoir adapter leur communication avec les personnes et leur entourage en fonction des situations et difficultés identifiées.

→ La compétence 7 : « Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle »<sup>7</sup>. Elle permet aux professionnels de la santé de se questionner sur leur pratique et sur les compétences et attitudes à développer ou même à acquérir.

Ces deux compétences permettent donc aux professionnels de santé de savoir comment entrer en communication, et d'entrer en relation tout en se questionnant sur ses pratiques et attitudes à acquérir ou développer. Effectivement comme nous l'avons vu lors de la situation d'appel, le soignant malgré son statut d'étudiant doit mettre en avant des compétences relationnelles et s'adapter à chaque situation qu'il rencontre. Ce qu'il l'oblige constamment à ce remettre en question pour évoluer au mieux dans sa pratique, quelle soit récente ou plus ancienne.

---

<sup>4</sup> Lire par la suite : CSP.

<sup>5</sup> Legifrance.gouv.fr, *Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique*. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001651769&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id> (consulté le 15/05/2017)

<sup>6</sup> Recueil de textes, *Profession infirmier*, Berger-Levrault, à jour du 01/01/2015, p.38.

<sup>7</sup> Ibid – p.39.

## 1.4.2 MOTIVATION PERSONNELLE

Etre infirmier n'était pas une vocation dès mon plus jeune âge. En effet je m'étais orienté vers une carrière de pompier militaire, mais la prise en charge médicalisée d'une victime, lors de ma sixième année d'armée, m'a interpellé quant au devenir de la victime. Dans cette profession, nous ne faisons que du prompt secours, côté technique de la prise en charge, sans pouvoir soulager la détresse physique des « victimes ». Le côté psychologique était plus accessible pour ma part, afin de distraire les personnes dont j'avais la responsabilité le temps des interventions. C'est pourquoi, par la suite, j'ai décidé de quitter cette institution après 10 ans de bons et loyaux services pour me lancer dans cette formation qui correspond selon moi à une évolution logique de ma carrière professionnelle.

En lien avec le sujet de mon mémoire, je ne peux concevoir cet exercice professionnel sans l'utilisation de cet outil de communication qu'est l'humour. Il fait partie de moi et je ne souhaite en aucun cas le mettre de côté. Je ne le considère pas spécifiquement comme un outil mais plutôt comme un trait de ma personnalité. Bien évidemment, il fut dans le tout début de ma vie professionnelle, un mécanisme de défense afin de me préserver sur le plan psychique lors de situations déstabilisantes. Il fut employé quelques fois, et je ne m'en cache pas, de façon bête et inappropriée. Mais dans la grande majorité des cas, il m'a permis de me sortir de certaines situations complexes pour entrer en communication avec les personnes que je prenais en charge. Puis avec les retours d'expérience et l'affirmation de mes connaissances, cet élément est passé du stade de mécanisme de défense à un outil utilisé couramment pour, non plus me protéger mais, permettre aux personnes avec qui je rentre en relation de pouvoir s'évader, dans la mesure du possible, des « incidents » bouleversant leur quotidien (maladie, pathologie, traumatisme, perte). En évoluant dans mon exercice professionnel, j'ai appris à jauger son emploi pour qu'il ne desserve pas mes prises en charge. Pour cela j'effectue à chaque instant un travail d'autocritique et de remise en question de ma pratique, ce qui me permet d'avoir une capacité de recul et savoir à quel moment je peux me permettre d'utiliser l'humour ou non. Mon entourage me connaissant suffisamment, n'hésite pas à me qualifier de « boute-en-train », non pas dans le sens premier du terme mais dans celui de l'expression bien évidemment.

Par conséquent, il me paraît judicieux, d'un point de vue personnel mais surtout professionnel de me questionner sur le sujet et d'effectuer des recherches pour améliorer ma pratique et ma posture auprès des patients et de mes futurs collègues.

## 2 PHASE EXPLORATOIRE

---

### 2.1 CONCEPTS MIS EN AVANT ET LEURS DEFINITIONS

Dans ce chapitre, je vais tenter de développer et d'expliquer, en m'aidant des connaissances acquises en cours ainsi que de mes diverses recherches dans la littérature professionnelle et les différents concepts annoncés précédemment.

### 2.2 LA COMMUNICATION VERBALE ET NON-VERBALE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il est important de parler de communication, cette première rencontre physique entre l'infirmier et le patient est primordiale. Nous rencontrons une personne singulière, nous la découvrons ainsi que ses proches, nous rentrons dans sa sphère intime pour la première fois. Cela doit se faire dans le plus grand respect de l'autre, car elle va déterminer l'ensemble du bon déroulement de la prise en charge du patient et des soins dont il va bénéficier par la suite. Dès ce premier contact, nous pouvons entrevoir ses habitudes, ses difficultés et ses angoisses. Cela nous permet de programmer par projection l'organisation de la prise en charge que nous voulons mettre en place avec lui, pour satisfaire au mieux ses demandes et besoins. Ce premier contact permet aussi dans ma situation d'ajuster les aprioris que je peux avoir concernant ce patient alors que je n'ai pas encore effectué de soin auprès de lui. Cette communication dite verbale, mais aussi non-verbale, est la base pour pouvoir créer un contact avec le patient et donc entrer en interaction.

D'après la définition du dictionnaire, la communication se définit comme étant une « *action de communiquer, d'établir une relation avec autrui* »<sup>8</sup>. La communication inclut tout ce qui passe d'un individu à un autre. Selon ce qu'Albert MEHRABIAN, professeur de psychologie à l'université de Californie, décrit dans ses recherches, « *le sens d'une conversation repose sur la communication verbale (par la signification des mots) pour 7%, sur la communication vocale (intonation et son de la voix) pour 38% et sur la communication visuelle (expressions du visage et du langage corporel) pour 55%* »<sup>9</sup>.

Ce qui tend à prouver que la communication non verbale ou paralangage a un impact direct plus important, sur le récepteur recevant ou percevant le message transmis par l'émetteur, que la communication verbale. Cette communication représente à elle seule plus de la moitié des expressions que nous avons avec une personne ou un groupe de personnes. Un constat ressort, nous avons tendance à privilégier la communication verbale, car cette dernière nous permet d'exprimer nos envies ou nos besoins. Mais lors de cette communication, nous n'avons pas assez de recul pour observer notre corps qui exprime sans être élaboré par l'esprit, une communication physique : des gestes, mimiques, postures, rires, pleurs, un timbre de voix et même parfois un changement de la respiration. C'est le patient qui, étant témoin de ces manifestations, ressent la posture du soignant par ce que renvoie son corps : « *Le geste et/ou l'attitude d'autrui me rend spontanément « visible » la tonalité affective qu'il exprime parce que je me reconnais en son corps expressif* »<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Collectif Larousse. Le petit Larousse illustré, 1<sup>ère</sup> édition, 2012, p.240.

<sup>9</sup> FOURNIVAL, N. ; GROFF, M.A. ; MARQUEL-WITTIG, A. *Relation Communication*. Lamarre, 2012, p.17.

<sup>10</sup> MARMILLOUD L. - *Soigner, un choix d'humanité*, Espace éthique, 2007, p.55.

Dans la communication, cinq éléments sont prédominants. Le premier est l'émetteur qui produit le message, il est le précurseur de l'information. Le second est le récepteur qui est le destinataire du message. Les deux protagonistes interagissent ensemble, ce qui permet de constituer le message. Le troisième est le message, c'est l'information transmise soit par voie écrite, orale ou visuelle. Ce message est porteur d'intentions, il est la continuité de deux composants : le contenu et le sentiment. Le contenu étant le mot à mot qui constitue la conversation et le sentiment est la façon de porter le message, principalement au niveau du non-verbal. Le quatrième est le canal, qui est le moyen physique ou matériel permettant la transmission de l'information. Et le dernier est le feed-back ou rétroaction qui est la réponse renvoyée vers l'émetteur qui valide la réception du message. Ce retour permet à l'émetteur de savoir si son message initial est audible, transmis et surtout compris.

Pour que le récepteur comprenne le message de l'émetteur, le message par le biais de la communication verbale doit être clair, concis, simple et précis. Ce qui se définit par le terme de code. Il passe aussi par le paralangage qui vient conférer une signification complémentaire au message. Il ne faut pas oublier aussi le contexte de transmission de ce message qui peut être vecteur d'obstacle à la communication, comme le décrivent SHANNON et WEAVER en 1948 dans leur schéma et qui le définissent comme « bruits ». Il faut donc être observateur de l'environnement qui nous entoure. Cela ayant pour but de permettre la transmission et surtout la compréhension du message que l'on veut transmettre au récepteur pour qu'il puisse le décoder de la façon la plus optimale possible. Cela évite d'engendrer une incompréhension voire même un blocage pouvant générer un échec dans la construction d'une relation de confiance. Nous sommes déjà nous-mêmes influents sur la communication, de par notre langage, nos expressions, jargons, tons et mimiques. A cela s'ajoute le contexte de l'hospitalisation, la perte de repères du patient ainsi que sa culture, une éducation et un vécu différent du nôtre, ce qui nous donne un « cocktail détonnant » pouvant causer une incompréhension du message que l'on veut lui transmettre. Ces deux formes de communication que sont la communication verbale et non verbale se complètent et cohabitent en permanence, comme nous l'explique Laure MARMILLOUD: « *Souvent les mains s'animent pour accompagner le discours, le rendre plus audible d'une certaine manière* »<sup>11</sup>. Elles sont donc toutes deux l'expression de la relation que veut instaurer le soignant avec son patient, elles permettent le dynamisme des rapports et créent ou alimentent une relation de confiance.

Dans ce métier, la communication est omniprésente. Elle est même décrite comme un outil essentiel pour prendre soin, une qualité professionnelle que l'infirmier doit posséder voire même comme un soin à part entière. Selon Brigitte MOHARD, Pascal PAPILLON et Jean-François THIRION: « *Communiquer c'est soigner. Le soignant travaille avec ses idées, idées qu'il met en œuvre pour les soins de base, techniques et relationnels, le métier de soignant nécessite des capacités de communication qui se traduisent de la manière la plus intime, la plus sensible, la plus essentielle au cœur de la mission de soins dans la relation d'aide* »<sup>12</sup>.

Cette communication nous permet de créer un contact avec nos patients. De ce contact naît une relation primordiale dans notre profession, la relation soignant-soigné.

Pour mieux comprendre ce que cela implique, il faut par conséquent définir ce qu'est la relation soignant-soigné.

---

<sup>11</sup> MARMILLOUD L. - *Soigner, un choix d'humanité*, Espace éthique, 2007, p. 56.

<sup>12</sup> MONHARDT, B., PAPILLON, P., THIRION, J.-F. - *Les soignants et la communication*, Lamarre, p.57

## 2.3 QUEL EST-CE CONCEPT DE « RELATION SOIGNANT-SOIGNE » ?

Mais avant de parler de relation soignant-soigné, définissons le terme relation dans son sens le plus simple. D'après Alexandre MANOUKIAN, « *une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoire* »<sup>13</sup>. Il y a aussi différents facteurs qui interviennent dans l'établissement d'une relation, comme les facteurs psychologiques, physiques et sociaux. Nous pouvons observer, suite à cette définition, que la relation n'est pas fixe. Elle varie en fonction des différents facteurs sur lesquels nous n'avons aucun pouvoir de contrôle. Ce fut le cas pour moi au tout début de l'entrée en relation avec M. Xavier, par un sentiment de peur de le prendre en charge du fait de son comportement avec les autres soignants. Ce même auteur complète son écrit en signifiant qu' « *au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens* »<sup>14</sup>.

On peut alors convenir que la relation est dépendante de la personnalité de chacun, ainsi que du contexte dans lequel cette dernière naît. Dans ma situation, le contexte hospitalier est un facteur environnemental qui peut nuire à cette relation et celui de ma simple présence, malgré mon statut de « futur » soignant. Je reste un étranger pour le patient, une énième tête qui va réaliser une fois de plus un soin douloureux pour ce dernier. Il y a donc un équilibre à trouver pour éviter le risque d'être en échec dans cette relation. Sans oublier le contexte affectif et émotionnel qui rentre en jeu. Dans cette relation que j'ai eu avec ce patient, en avançant dans le temps, mon affect et mes émotions le concernant ont clairement évolué vers de la sympathie. Jusqu'à me faire un « sang d'encre » lorsque ce dernier a dû quitter le service momentanément suite à un problème de santé. Selon Catherine DESHAYS, médecin acupuncteur et psychothérapeute, « *là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement relationnel ! L'intimité, les confidences, l'écoute, la proximité engendrent un rapprochement, et au fil des entretiens se tisse une relation* »<sup>15</sup>. Maintenant que nous avons décrit ce qu'est la relation, voyons qu'elle est la particularité de cette dernière dans notre milieu professionnel, c'est-à-dire la « relation soignant-soigné ». Selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, la relation soignant-soigné est une : « *activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience* »<sup>16</sup>.

D'après ce même dictionnaire, la relation soignant-soigné nécessite trois attitudes que doit avoir le professionnel de santé :

- Le soignant doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeur ;
- Il doit être objectif afin d'éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou entendu ;
- Sa disponibilité est sollicitée pour pouvoir observer, écouter, et identifier les demandes du patient.

<sup>13</sup> MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. – *La relation soignant-soigné*, 3<sup>ème</sup> édition, Lamarre, p.9

<sup>14</sup> Ibid - p.10

<sup>15</sup> DESHAYS C. – *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur émotionnel*, 2<sup>ème</sup> édition, InterEditions, avril 2013, p.19

<sup>16</sup> PAILLARD C. - *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 3<sup>ème</sup> édition, Setes, aout 2016, p.362

Il est donc primordial d'avoir à l'esprit ces trois attitudes pour pouvoir exercer de façon optimale notre profession. Lors d'une guidance individuelle, ma guidante a exprimé une phrase qui trouve son sens dans l'intérêt de la disponibilité et de l'écoute du patient : « *la relation soignant-soigné, c'est arriver à garder les oreilles ouvertes* »<sup>17</sup>. Cela permet de mettre tous les atouts de notre côté dans le but d'instaurer une relation soignant-soigné de qualité. Dans cette relation naissante, les facultés du soignant précédemment citées, favorisent l'acceptation du patient à bénéficier des traitements et des soins qui lui sont dispensés. Dans l'ouvrage « Le déclin de l'institution » du sociologue François DUBET, ce dernier dit : « *Ce n'est pas le médicament qui soigne, mais c'est aussi la relation avec le malade* »<sup>18</sup>.

Pour conclure, il y a dans cette relation un lien relationnel qui est celui du soin. Il est un élément fondamental qui influence l'ensemble des échanges qui auront lieu dans cette relation. Ce lien est totalement différent de celui qui lie un enfant à ses parents, tout comme celui entre deux soignants. Il s'agit d'un lien de nature professionnelle, où chacun, soignant et soigné, a une place bien définie. Cette relation particulière implique deux sujets singuliers ayant chacun des points de vue ou des positionnements totalement différents, mais pouvant par l'emploi d'un moyen de communication, comme par exemple l'humour, construire cette relation particulière.

## 2.4 QU'EST-CE QUE L'HUMOUR ?

Il est difficile d'expliquer concrètement ce qu'est l'humour. Nous n'arrivons pas à savoir où il prend naissance (dans le conscient ou le subconscient), comment il est contrôlé, régi et où il se limite.

L'humour est classifié dans les émotions et dans ce que l'on appelle les mécanismes de défense que possède cette machinerie complexe qu'est l'Homme. D'après le dictionnaire Larousse, l'humour est défini comme une « *forme d'esprit qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité* », mais aussi « *le caractère d'une situation, d'un événement qui, bien que comportant un inconvénient, peut prêter à rire* »<sup>19</sup>. Son évolution et ses multiples redéfinitions, font de ce concept, un concept accepté plus généralement comme provocateur d'amusement et engendrant le rire.

D'un point de vue étymologique, le concept « humour » fait référence à la théorie médicale antique d'HIPPOCRATE<sup>20</sup> concernant les quatre humeurs (le sang, le flegme, la bile et l'atrabile ou plus communément appelée la bile noire ou l'humeur noire). Ce dernier soutenait que la prédominance de l'une d'entre elles donnait à l'Homme un caractère ou tempérament particulier. On parle encore de nos jours, de tempérament sanguin, flegmatique, bilieux ou mélancolique (le mot latin « *melancholia* » signifiant bile noire ou humeur noire). Il fut par la suite emprunté par les Anglais au XVIII<sup>e</sup> siècle, sous l'appellation « Humor » lui-même calqué en France grâce aux liens qu'entretenaient les penseurs des Lumières avec les philosophes britanniques sous le terme d'« Humeur ». Il prend une signification différente de celle de nos voisins anglo-saxons et est défini non pas comme une disposition à la gaieté mais plutôt à celle de l'irritation.

<sup>17</sup> BELLICAM F., formatrice à l'IFSI des Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG, mai 2017.

<sup>18</sup> Site books.google.fr, « Le Déclin de l'institution » par François Dubet, 2014, disponible en ligne : <https://books.google.fr/books?isbn=2021008444> (consulté le 27.07.2017)

<sup>19</sup> Larousse, 2014. Dictionnaire de français ; Le Larousse, disponible en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668> (consulté le 30.04.2017)

<sup>20</sup> Médecin grec (île de Cos v.460 – Larissa, Thessalie, v.377 av.JC)

L'humour sera associé au terme « esprits » jusqu'à la fin du XIXe siècle, puis prendra le sens que lui attribuent les anglais depuis près d'un siècle comme « *la faculté de présenter la réalité de manière à en montrer les aspects plaisants, insolites ou parfois absurdes, avec une attitude empreinte de détachement* »<sup>21</sup>.

Le XXe siècle découvre l'« humour engagé ». Un poète et écrivain français, André BRETON, le définit comme la « *révolte supérieure de l'esprit* »<sup>22</sup>. En effet, l'humour n'obéit à aucun ordre, il est perçu comme original, s'opposant au sérieux et parfois à la raison. Ce terme ne sera admis et reconnu officiellement par l'Académie française qu'en 1932, donc récemment et est définitivement associé au comique.

### **Et pour l'infirmier, qu'apporte l'humour ?**

L'infirmier parvient par le biais de l'humour à faire diversion, à éloigner plus souvent le patient de son appréhension face aux soins, à la douleur, ou de l'anticipation qu'il s'en est fait. Comme dans mon cas lors de la prise en charge de M. Xavier, cela porte la concentration de ces personnes vers un autre élément qui n'est plus relié à la peur, ou à la douleur, et qui permet de s'en échapper totalement pour ne plus la ressentir. Au grès des différentes lectures que j'ai pu amasser sur le sujet de l'humour dans le soin, des points essentiels reviennent fréquemment, donnant au rire une place également importante dans la relation soignant/soigné.

Ainsi on ne peut concevoir l'humour sans évoquer sa première manifestation physique qu'est le rire. Ils sont tous les deux étroitement liés.

## **2.5 LE RIRE, MAIS QUELLE EST CETTE MANIFESTATION ?**

Depuis l'Antiquité, ARISTOTE et PLATON étudiaient déjà les effets du rire sur la santé. Pour ces auteurs, le rire témoigne d'un sentiment de supériorité qui implique la dégradation de l'objet du rire. Au Moyen Age, il est considéré comme la pire manifestation que peut avoir le visage d'une personne, pour des raisons culturelles et surtout religieuses. Il est péché et apparenté à la vision du malin par le Clergé. Puis à la fin du Moyen Age, le peuple se libère du refoulement imposé par l'Eglise et les rires éclatent dans les rues. Au XVIème siècle, François RABELAIS, écrivain humaniste, attire l'attention sur le fait que « le rire est le propre de l'homme ».

Cette affirmation sera reprise au début du XXème siècle par Henri BERGSON, philosophe, en insistant sur les bienfaits que le rire a sur la santé morale et mentale d'une personne. Il explique dans son ouvrage « *Le rire, Essai sur la signification du comique* »<sup>23</sup> que :

- Le rire est nécessairement humain, en riant des personnes ou des choses qu'elles font et non des objets en soi ;
- Le rire est purement cérébral du fait d'avoir la faculté qu'exige le rire en ayant une attitude détachée, une certaine distance émotionnelle par rapport à l'objet qui déclenche le rire ;
- Le rire a une fonction sociale, répondant à certaines normes et exigences de vie en communauté. Le rire étant toujours le rire d'un groupe.

<sup>21</sup> REY A. - Dictionnaire historique de la langue française, Humour, Les dictionnaires Le Robert, Nouvelle édition, 2016, p.1108

<sup>22</sup> BRETON A. - *Anthologie de l'humour noir*, préface, Paris, Livre de Poche, 1996.

<sup>23</sup> BERGSON H., *Le rire, essai sur la signification du comique*, Editions Alcan, 1924, édition électronique réalisée par B. GIBIER, 2002, disponible en ligne :

[classiques.uqac.ca/classiques/bergson\\_henri/le\\_rire/le\\_rire.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/bergson_henri/le_rire/le_rire.html) (consulté le 28.07.2017)

Puis dans les années 1970, un américain du nom de Norman COUSINS, journaliste et professeur en médecine, sera le premier à s'y intéresser sur le plan scientifique, suite à une déconvenue personnelle. Il comprit par cette propre expérience que le rire avait des effets bénéfiques sur son organisme lui permettant la guérison de sa pathologie.

Effectivement le rire met en place plusieurs mécanismes physiologiques qui peuvent engendrer des effets bénéfiques sur le corps. Sans entrer dans le détail des bienfaits qu'il procure, il est intéressant de savoir qu'il provoque les mêmes bienfaits qu'une séance de jogging. Le docteur Henry RUBINSTEIN, médecin spécialiste de l'exploration du système nerveux, décrit dans une interview l'effet du rire sur notre organisme en trois grands axes :

- L'axe musculaire. Le rire est une forme de gymnastique douce et qu'il nomme « jogging stationnaire » ;
- L'axe respiratoire. Cette manifestation provoque une respiration proche de celle du yoga. Ce qui provoque un effet de relaxation, de détente et un massage général du corps.  
Plusieurs études, dont une menée par l'université du Maryland à BALTIMORE (Etats Unis), démontre que le sens de l'humour et le rire diminuaient les risques de maladies cardiovasculaires ;
- L'axe neurologique. Le rire provoque sur notre cerveau la fabrication d'une hormone qu'est l'endorphine, apaisant les douleurs. Il sécrète aussi davantage de neuromédiateurs contrôlant les mouvements, régulant le sommeil, stimulant la mémoire et modifiant l'humeur.

D'où selon lui, de : « *s'interroger sur la nécessité de prendre certains médicaments, alors que notre organisme est tout à fait capable de les fabriquer. Autant les produire soi-même !* »<sup>24</sup>.

Il précise de plus : « *D'ailleurs dans les services hospitaliers où intervient l'association « Le rire médecin », les antidouleurs chimiques sont en baisse de 30 %* »<sup>25</sup>. Cette manifestation a de réels bienfaits sur le corps de manière générale et stimule énormément de fonctions de l'organisme (cf annexe III). Le rire est aussi un objet de communication et de médiation sociale permettant de développer les relations interpersonnelles. Un célèbre acteur britannique, disait « *le rire est le chemin le plus direct entre deux personnes* »<sup>26</sup>. Le rire annihile les frontières et permet de se faire rapidement de nouvelles connaissances voir de nouveaux amis. Il est donc, comme décrit précédemment, bénéfique sur le plan physique et psychologique.

### **Alors pourquoi s'en priver ?**

Pour finir, le dernier concept est celui de la juste distance encore appelé aussi distance thérapeutique.

---

<sup>24</sup> LEBRETON F., *Henri Rubinstein : « Le rire protège la vie »*, La Croix, 2011, disponible en ligne : [https://www.la-croix.com/Famille/Parents-Enfants/Dossiers/Couple-et-Famille/Vivre-ensemble/Henri-Rubinstein-Le-rire-protège-la-vie- NP\\_-2011-12-06-744310](https://www.la-croix.com/Famille/Parents-Enfants/Dossiers/Couple-et-Famille/Vivre-ensemble/Henri-Rubinstein-Le-rire-protège-la-vie- NP_-2011-12-06-744310), (consulté le 28.07.2016)

<sup>25</sup> Ibid

<sup>26</sup> CHAPLIN C.S., alias « Charlie CHAPLIN » (1889-1977)

## 2.6 LA DISTANCE, QUI PLUS EST « JUSTE », CELA CORRESPOND A QUOI ?

Il me semble judicieux de définir ce qu'est la distance avant d'y inclure cette notion de juste distance. Commençons donc par découvrir ce qu'est la distance. Selon la définition du dictionnaire Larousse, la distance est l' « *intervalle qui sépare deux points dans l'espace* » ou l' « *intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes* »<sup>27</sup>. Pour rester dans le domaine de l'humain et non de la représentation géométrique, Patrick PRAYEZ la définit comme telle : « *la distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Selon l'étymologie latine il s'agit de « se tenir debout », en étant séparé de l'autre par un espace plus ou moins important* ». *Toute rencontre impose pourtant un rapprochement physique, tout particulièrement quand il s'agit de soigner, de soulager une souffrance physique ou morale* ».<sup>28</sup> Cette notion d'espace, que l'on peut nommer distance, plus ou moins importante entre ces deux individus est l'élément fondamental de cette définition.

Les différents soins infirmiers nuancent cet intervalle. En effet, toute rencontre soignant-soigné sous-entend un rapprochement physique plus ou moins proche. Une sorte de franchissement de barrières, intrusifs, pouvant être autant mal vécu par le soignant mais aussi par le soigné. Dans ma situation d'appel, c'est moi qui franchis ces barrières, du fait du soin dont bénéficie M. Xavier et pour lequel je dois être au plus près. Effectivement le fait de réaliser un prélèvement sanguin nécessite d'être au contact physique avec le patient.

Ce rapprochement peut s'accompagner de représentations, totalement subjectives, en fonction de l'histoire personnelle, culturelle et des valeurs de chacun. Ce qui entraîne des réactions personnelles des deux parties, ayant pour effet un possible évitement, éloignement, voire une érotisation ou un désir de puissance sur le patient. Au contraire un rapprochement, une proximité peuvent naître de ce rapprochement, comme a pu nous l'expliquer Mme JUNG, cadre de formation infirmière, lors de son approche de la juste proximité<sup>29</sup>.

L'anthropologue américain Edward Twitchell HALL<sup>30</sup> a analysé ces distances, auxquelles il a donné un nom "la proxémie". Selon lui, chaque variation des distances entre les individus qui se rencontrent est porteuse d'une signification. Il décompose ces distances en quatre catégories, que je classe de la plus éloignée à la plus proche du patient, pour me rapprocher au plus près de ma situation :

- La distance publique (3.60 – 7.50m>) : prise de parole en public de façon impersonnelle
- La distance sociale (1.25- 3.60m) : relation interpersonnelle dirigée vers une personne.
- La distance personnelle (45 – 125cm) : confidences et conversations personnelles, distance dite « affective ».
- La distance intime (0- 45 cm) : contact direct « peau à peau » avec la personne<sup>31</sup>.

<sup>27</sup> Larousse, 2014. Dictionnaire de français ; Le Larousse, disponible en ligne :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042?q=distance#25925> (consulté le 28/7/2017)

<sup>28</sup> PRAYEZ P. (coordonné par SLIWKA C.), Distance professionnelle et qualité des soins, PARIS, Editions Lamarre, collection fonction de cadre de santé, 2<sup>ème</sup> édition, 2009, p5.

<sup>29</sup> JUNG N.- La juste proximité, UE 4.2.S5, Mars 2017, IFSI des HUS.

<sup>30</sup> HERAIL T.- Soigner la bonne distance, Soins psychiatrie, n°230, janvier-février 2004, p32.

<sup>31</sup> KUNTZ C.- Concepts en communication et en relation, UE 4.2.S2, Septembre 2015, IFSI des HUS.

Ainsi, plus la distance physique est mince entre deux personnes, plus cela les incite à se rapprocher sur le plan émotionnel et surtout humain. Pour le soignant, le geste de soin, dans mon cas un prélèvement sanguin, impose de franchir une distance intime entre le patient et celui-ci. C'est pour ces raisons, qu'il est ambivalent car il met en œuvre d'ordinaire deux personnes étrangères l'une à l'autre qui doivent avoir un contact impliquant une certaine intimité. Celle-ci peut être dangereuse puisqu'elle engage les deux individus avant leur rôle ou fonction, le professionnel de santé et le patient. C'est pour cela que nous autres soignants devons apprendre à gérer cette proximité physique tout en mettant en place une distance professionnelle sans pour autant rentrer dans les extrêmes comme par exemple le fait de considérer le patient comme un simple objet de soin, pour fuir cette distance.

Lors des cours reçus au semestre 5, nous avons étudié ce concept<sup>32</sup>. De nombreuses citations nous ont été proposées pour illustrer celui-ci. Comme par exemple celle de Yves GINESTE, professeur et directeur de formation du CEC France<sup>33</sup> qui explique dans son ouvrage « Humanitude » que « *la distance thérapeutique (juste distance) se fonde sur cette distance philosophique, qui permet à un soignant d'être librement en lien émotionnel avec une personne sans y laisser sa peau parce qu'il a abandonné ce pouvoir et cette prise de possession de l'autre* »<sup>34</sup>.

Il y a aussi celle de Catherine MERCADIER, infirmière sociologue et formatrice à l'IFSI du CHU<sup>35</sup> de TOULOUSE, qui explique que « *la bonne distance se mesure d'autant mieux qu'elle a été franchie par le soignant lui-même ou par ses collègues. Ce sont les sentiments les émotions ressenties qui font dire au soignant que peut-être il n'est plus à sa place.* »<sup>36</sup>.

Suite à la relecture des cours dispensés et des lectures exploratoires, et ce dont j'ai compris, la juste distance ou distance thérapeutique est un équilibre entre la satisfaction personnelle et l'accompagnement du patient. Il faut savoir s'investir suffisamment dans la relation en adoptant une posture de double écoute (une écoute centrée sur la personne soignée et l'autre centrée sur nous) sans pour autant s'impliquer de façon passionnelle et éviter le surinvestissement dans un sens ou la distance défensive dans l'autre. Il faut prendre conscience de la place de chacun, c'est-à-dire celle du patient et celle du soigné, en étant conscient des sentiments et des émotions qui en émergent.

---

<sup>32</sup> JUNG N.- La juste proximité, UE 4.2.S5, Mars 2017, IFSI des HUS.

<sup>33</sup> Centre de Communication et d'Etudes Corporelles

<sup>34</sup> JUNG N., op.cit

<sup>35</sup> Lire : Centre Hospitalier Universitaire

<sup>36</sup> JUNG N., op.cit

## 3 METHODOLOGIE D'EXPLORATION

---

La mise en place d'entretiens pour réaliser ce travail de fin d'étude a été réalisée afin de pouvoir avoir matière à exploiter. Pour ce faire j'ai utilisé un outil que l'on appelle entretien semi-directif. Cet outil permet à l'étudiant infirmier que je suis d'aborder plusieurs questions ouvertes en lien avec l'hypothèse de recherche de mon mémoire. J'ai laissé le soignant en face de moi s'exprimer librement afin de recueillir des informations, retours d'expériences et pratiques les plus complètes possibles sur le sujet. L'apprenti chercheur, se trouvant en moi mais que je ne soupçonnais pas, a fait preuve d'une attitude ouverte afin d'instaurer un climat propice à la confiance, facilitant ainsi l'expression libre lors de l'interview.

Je souhaitais confronter et même enrichir les écrits de la littérature étudiée et la réalité du terrain. Pour cela, j'ai choisi de conduire des entretiens semi directifs au cours desquels je pose une série de sept questions (cf. annexes I). La huitième, étant une question de clôture à cet entretien et permettant de décrire le parcours professionnel de l'interviewé. Ces questions appelleront ce dernier à développer sur son expérience personnelle et sur son ressenti sur le sujet.

### 3.1 CHOIX DE LA POPULATION CIBLE

J'ai décidé de cibler une population d'infirmiers et infirmières diplômés d'état travaillant dans un service dit MCO<sup>37</sup>. **Pourquoi ce type de service et pas un autre comme la pédiatrie, la psychiatrie ou la gériatrie ?** Effectivement, il existe énormément de littératures sur le thème de l'humour dans des institutions de soins tel que cité précédemment. Mais il en existe peu sur les prises en charge dans des services dits « conventionnels ». D'après mes observations et expériences vécues lors de mes différents stages lors de mon cursus dans ces dits services, l'utilisation de l'humour reste plus ou moins tabou. J'ai cherché à avoir le ressenti de deux types de soignant : ceux diplômés depuis cinq ans environ et les autres diplômés depuis plus de quinze ans et ce pour voir les différentes positions des soignants par rapport à leur expérience, leur vécu.

### 3.2 ORGANISATION DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés hors des postes des soignants participants aux entretiens et ce, dans le but de ne pas nuire au bon fonctionnement du service d'affectation de ces derniers. Ces entretiens se sont basés sur un volontariat exprimé de la part d'un ou plusieurs personnels issus de différents services de MCO. J'ai fait le choix d'interroger des soignants exerçant dans des services où j'ai effectué un stage ou en sollicitant des soignants faisant parti de mon entourage. Dans la majeure partie des entretiens, une salle mise à disposition des cadres de santé après leur accord, était alors dédiée aux entretiens pour que ceux-ci se déroulent dans les meilleures conditions possibles. Coupé des bruits extérieurs, de la sollicitation d'autres soignants ou de patients et des aléas du service, chaque soignant a pu donc se concentrer au mieux sur mes questions sans être dérangé. D'autres entretiens ont été effectués dans un cadre plus convivial, je l'avoue, autour d'une petite collation, « pour ne pas éveiller les soupçons ». Ces interviews visent le recueil d'informations contenues dans l'expérience au quotidien des infirmiers exerçant en milieu hospitalier. Il renseigne sur les perceptions de ces derniers quant au sujet concerné.

---

<sup>37</sup> Lire : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

### 3.3 OBJECTIFS DES ENTRETIENS

Le but général de ces entretiens est de me permettre de diriger mon travail de recherche et émettre une ou des hypothèses sur le sujet. Les objectifs sont les suivants :

- ✓ Savoir si mon sujet de recherche a bien un intérêt professionnel ;
- ✓ Savoir si mon sujet est pertinent ;
- ✓ Orienter mes pistes de recherche et lectures complémentaires nécessaires à ce travail de recherche.

Le modèle de ces entretiens est disponible en annexe I.

### 3.4 RESULTATS SERIEUX, MAIS DANS LA BONNE HUMEUR !

Afin d'enrichir mes recherches, j'ai mené cinq entretiens auprès de professionnels infirmiers rencontrés sur mes lieux de stage ou faisant partie de mon entourage. Cela m'a permis d'interroger des infirmiers d'âges et d'expériences différents. Il était également intéressant d'effectuer plusieurs entretiens dans un même service pour avoir des comparaisons sur les différentes ressources que peuvent avoir les soignants pour entrer en relation par le biais de l'humour. Un dernier entretien a été réalisé lors d'un stage du semestre 6, dans un SAU<sup>38</sup>, pour aussi avoir une idée de ce qui m'attend et des faisabilités de l'emploi de l'humour dans un tel service.

Ces différents entretiens m'ont permis de retrouver auprès des différents acteurs sur le terrain des concepts et des visions que j'avais pu lire dans la littérature, me confortant alors dans l'orientation de mon travail. En annexe II, un tableau synoptique retrace les données récoltées lors de ces interviews. A ma grande surprise, les résultats des entretiens ont été surprenants, en comparaison de ce à quoi je m'attendais. En effet, les représentations que je me faisais de l'utilisation de l'humour dans un service conventionnel, en fonction de l'âge et de l'expérience du professionnel de santé sont à des années lumières de la réalité. Je pensais que le fait d'être jeune dans le métier, ainsi que l'âge, facilitait aisément l'emploi de ce concept et qu'à l'inverse le fait d'être plus expérimenté et « âgé », sans émettre de jugement bien évidemment, mettait des freins à son emploi.

Mais revenons-en aux faits. Lorsque j'aborde la première question de ma grille d'entretien, c'est-à-dire donner trois mots vous venant à l'esprit concernant « l'humour dans le soin », certains soignants évoquent des expressions du corps, semblables au langage, à l'attitude, mais aussi des traits de personnalité tels que la spontanéité, l'empathie ou bien le fait d'avoir un but à atteindre lors de son emploi comme le fait de personnaliser cet humour au public receveur, ou de détendre le patient. Certains évoquent le partage et même le type d'humour manié comme la blague ou l'ironie. D'autres abordent des concepts que j'ai traités dans la phase exploratoire, comme la communication, ou encore la relation soignant-soigné. Autant dire que cette première question est riche de qualité à avoir pour s'adonner à cette pratique lors des soins.

Au sujet de la deuxième question, les réponses sont de manière unanime dirigées vers l'utilisation de l'humour lors de leur prise en charge des patients. Certains attendent le premier pas du patient pour l'appliquer, c'est le cas de l'IDE 1 et 2, il faut qu'il soit « *l'investigateur* » ou « *le demandeur* ».

---

<sup>38</sup> Lire : Service d'Accueil des Urgences

A la différence de l'IDE 4, qui elle l'emploie « *dès que possible* » dans le but par exemple de désenvenimer une situation. Cette dernière analyse de façon permanente le contexte dans lequel elle évolue et attend de la part du patient ou de son entourage le « lancer de perche » qui facilitera son emploi. Pour l'IDE 3, c'est plus un ressenti de sa part qui sera le précurseur à son application. Mais le fait de prendre en charge un patient atteint d'une pathologie chronique, donc de passages multiples dans son service facilite, pour lui, le maniement de l'humour. Quant à l'IDE 5, il cible la population de patients avec laquelle il veut en faire l'emploi, c'est-à-dire les âges extrêmes, cela dans le but de leur donner un repère dans un lieu, une atmosphère qui n'est pas la leur. Concernant la forme, avant tout une notion se détache, celle du « *respect de l'autre* ». En effet, cette notion est primordiale dans notre profession et montre la décence ainsi que la considération que nous devons avoir envers nos patients. Après tout nous ne sommes pas une bande de copains autour d'une table à siroter un verre ou deux, mais bien deux êtres singuliers qui ne se connaissent pas ou peu et dont l'un doit s'occuper de l'autre qui est dans la demande ou le besoin dans un contexte particulier qu'est l'hôpital. Mais revenons sur la forme, certains utilisent l'humour dans son plus simple appareil : la plaisanterie, la boutade, le jeu de mot. D'autres exploitent l'ironie, voir l'humour noir, mais toujours dans le respect de la personne. Mais ce qui s'en dégage le plus est celui de l'autodérision, ou « *le fait de se tourner soi-même en dérision, c'est-à-dire d'être capable de rire et d'avoir de l'humour sur soi* »<sup>39</sup>. Cette dernière est très utile au quotidien pour prendre de la distance sur soi-même, et favoriser les relations sociales. Ce qui est en lien avec notre profession. Un exemple me vient en tête, celui de Caroline ESTREMO, infirmière aux urgences de Toulouse, qui pour décrire son quotidien ainsi que son évolution dans la profession utilise l'humour et surtout l'autodérision dans son livre<sup>40</sup> ou dans ses vidéos consultables sur le net<sup>41</sup>.

Cependant, cette manifestation nécessite une bonne connaissance de soi, une bienveillance et surtout de l'authenticité.

A propos de la troisième question, concernant les bénéfices de l'humour dans la relation soignant-soigné, la réponse est à cent pour cent oui. Il permet de diminuer l'anxiété lors des prises en charge, d'établir une relation et une communication moins formelle avec la représentation de la blouse blanche. Il aide à instaurer un climat de confiance, dans le respect de chacun, tout en laissant place à l'authenticité.

La quatrième question relate les différentes situations rencontrées par les infirmiers lors de leur exercice professionnel où ils ont pu avoir l'occasion d'utiliser l'humour pour entrer en relation. Cela est souvent le cas dans un contexte d'entrée en relation quelque peu compliquée ou de situation conflictuelle en passant par des pertes de contact avec des patients connus lors de demandes particulières de la part de patients qui ne sont pas réalisables ou exauçables (cf. annexe II-3). Et à quatre-vingt pour cent des professionnels interviewés, l'emploi est bénéfique pour les patients et dans l'instauration d'une relation de confiance lors des soins.

Concernant la cinquième question, la plupart des soignants s'accorde à dire que la limite de l'humour se trouve là où le patient n'adhère pas à l'humour. Il faut que ce dernier soit le précurseur à l'emploi de l'humour, mais également réceptif et disposer à le recevoir.

---

<sup>39</sup> Site psychothérapie.ooreka.fr, Les experts Ooreka, Rire de soi : les fonctions de l'humour, disponible en ligne : <https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/688443/rire-de-soi-les-fonctions-de-l-humour>, (consulté le 21/09/2017)

<sup>40</sup> ESTREMO C., #infirmière, First Edition, Paris, 2017.

<sup>41</sup> ESTREMO C., Quand tu es infirmière aux Urgence !, Youtube FR, septembre 2016, disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=ZudxHGWGB4g> (consulté le 21/09/2017)

Les IDE 2 et 5 s'accordent à dire que l'usage de l'humour ne doit pas dépasser les limites professionnelles pour ne pas impacter la relation soignant-soigné. Il ne peut être employé de même lors de situations ayant un impact émotionnel pour le patient, telle que l'annonce d'une pathologie grave, un patient en fin de vie ou encore un autre ayant une douleur aiguë. Ces situations étant accablantes, il n'est pas concevable d'en faire l'usage au risque d'être irrespectueux et non professionnel.

Concernant l'utilisation de l'humour et sa place dans le soin, abordée lors de la sixième question, cent pour cent des infirmiers interrogés sont d'accord sur la place que l'on doit lui accorder. En précisant pour certains, IDE 2 par exemple, qu'il doit être « *utilisé à juste dose* » ou encore comme le souligne l'IDE 5, « *bénéfique pour établir une relation de confiance avec le patient* » dans le but d'améliorer la relation soignant-soigné. Deux d'entre eux, les IDE 3 et 4, jaugent même son utilisation par le « *feeling* » en évaluant l'état d'esprit du patient et la situation dans laquelle ils se trouvent pour que l'humour soit le plus adapté possible. Selon deux professeurs à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Laval au Québec, Hélène PATENAUDE et Louise HAMELIN BRABANT : « *Chaque situation de soins est complexe et nécessite le jugement de l'infirmière dans toutes ses facettes. Il ne peut donc y avoir de solution simple à l'utilisation de l'humour* »<sup>42</sup>. L'IDE 2, nous dit même qu'il permet de « *détecter un mal être* » du patient et d'orienter notre communication et donc sa prise en charge, ce qui est de notre rôle propre.

Au sujet de la septième question, les soignants consentent à dire que l'humour est aussi bien un mécanisme de défense, qu'un trait de caractère. L'IDE 2 l'illustre de la façon suivante : « *il peut être l'un ou l'autre* ». L'IDE 3, quand à elle annonce que c'est un « *subtil mélange des deux* ». Au sujet de son aspect de mécanisme de défense, l'IDE 1 précise que « *les patients l'utilisent souvent comme anti-stress* ». Il est un trait de caractère spécifique avec différentes doses de perception propres à chacun, autant pour le soignant que pour le patient.

Il faut donc rapidement analyser la situation dans laquelle nous nous trouvons pour déterminer quel est le degré de perception de l'humour et surtout voir s'il est judicieux de l'employer.

Pour clore avec cette analyse et sur le fait de la formation des professionnels à l'utilisation de l'humour les avis divergent. Certains IDE sont pour son intégration dès le début de la formation au métier infirmier et pensent qu'il y a un intérêt à le faire. Il me semble, au vue des cours et des interventions dispensées au sein de cette formation qui se concentrent sur la personne soigné et son bien être aussi bien physique que psychique, que cette formation trouverait facilement ça place et serait un complément à cette dernière. Alors que les autres ne sont pas pour la dispensation d'une telle formation. Ils jugent peu convaincant le fait d'y être formé en expliquant que l'humour et son utilisation sont avant tout une histoire de « *feeling* » ou d'acquisition innée.

Au vue de l'analyse de ces entretiens, une question me trotte maintenant dans la tête. La voici :

**« Mais tout cela nous mène où ? »**

---

<sup>42</sup> PATENAUDE H. ; HAMELIN BRABANT L.- L'humour dans la relation infirmière-Patient : une revue de la littérature, Recherche en soins infirmiers, Juin 2006, n°85, p.42.

### 3.5 VERS LA QUESTION DE DEPART

Faisant suite à mes recherches personnelles, mes lectures, mes recherches professionnelles et mes entretiens exploratoires sans compter l'aide de quelques encéphales en plus (ces personnes se reconnaîtront), mes différents questionnements m'ont amené à formuler une première question de départ :

**« Dans quelle mesure faut-il mobiliser des compétences spécifiques pour utiliser l'humour dans la prise en soins d'un patient ? ».**

Puis au terme des entretiens avec les professionnels de terrain, de leur analyse et des lectures complémentaires, cette question a subi une légère évolution qui se prête mieux au travail de réflexion que l'on me demande. Cela m'évitant de partir dans un exposé sur la « mesure », qui me semble-t-il n'est pas une question de quantité ou de qualité mais plutôt une question subjective, je dirais même plus de « feeling », comme ont pu me signaler certains soignants interviewés et m'exposant à être hors sujet.

Je décide de prendre le cap, pour un ancien marin ce n'est pas trop mal, du savoir-être et savoir-faire que doit posséder le soignant pour cette question de départ.

Ce qui donne après quelques dizaines d'essais, et quelques boites d'antalgique de pallier I dont je ne citerais pas la marque :

**« Lors de la prise en soins d'un patient, quelles peuvent être les compétence relationnelles spécifiques que doit mettre en avant l'infirmier pour faire usage de l'humour ? »**

## 4 PHASE DE PROBLEMATISATION

---

### 4.1 CHOIX DU CHAMP DISCIPLINAIRE

Pour orienter ma compréhension de ce qui se joue, je prends le parti de m'appuyer sur des champs disciplinaires que j'ai choisis et que je vais définir.

De cette question de départ qui a émergé précédemment, trois termes clés ressortent : « **compétences relationnelles spécifiques** », « **humour** » et « **prise en soins** ». Ces derniers convergent vers le même point qui est la posture du soignant, donc de l'Homme ou de la Femme qu'il/elle est et de son approche auprès du soigné. Cela nous dirige vers les sciences humaines et tout particulièrement vers la psychologie. **Mais qu'elle est cette science ? Quelle est son but ?** Selon le Grand dictionnaire de la psychologie, autant prendre l'information directement à la source, la psychologie est une science qui « *s'intéresse à l'homme dans sa construction, ses apprentissages, ses fonctionnements (social, normal et pathologique), son vieillissement, et ce dans une optique de compréhension de ce qui le constitue cognitivement et comportementalement* »<sup>43</sup>. En gros, c'est une science ayant pour but de comprendre la structure et le fonctionnement de l'activité mentale d'une personne et les comportements qui lui sont associés. De plus, le contexte social ressort énormément lors de la phase exploratoire de mon mémoire. Les concepts d'humour et de relation soignant-soigné font référence au concept des représentations sociales. Mais revenons-en à la psychologie. En effectuant quelques petites recherches sur ce sujet, j'ai pu constater qu'une de ses branches peut m'aider à comprendre ce qui se passe et joue alors dans cette relation à l'autre, en l'occurrence entre le patient et le soignant : la psychologie sociale.

Et si maintenant, je définissais cette branche, correction, je m'inspirais du travail de certains spécialistes qui ont voué leur vie professionnelle à créer et défendre cette discipline. Selon Muzafer SERIF, psychologue social turc, faisant parti des piliers fondateurs de cette discipline, « *la psychologie sociale est l'étude scientifique du comportement et de l'expérience des individus en réaction à des situations sociales* »<sup>44</sup>, mais il y a aussi Robert J. VALLERAND, professeur titulaire de psychologie à l'Université du Québec à Montréal, qui la définit en 1994 comme, « *le domaine d'étude scientifique, qui analyse la façon par laquelle nos pensées, nos sentiments et comportements sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres, par leurs caractéristiques, et par les divers stimuli sociaux, qui nous entourent et qui, de plus, examine comment nos propres composantes psychologiques personnelles influent sur notre comportement social* »<sup>45</sup>.

Pour faire simple, ces deux spécialistes nous expliquent que c'est une discipline qui permet de mettre en fonction nos propres attitudes et émotions avec la société et les autres personnes avec qui nous sommes en interaction. Dans cette partie je vais tenter de mettre en lien les concepts ressortant de ma question de départ, mes lectures exploratoires ainsi que les notions pertinentes ressorties lors de mes entretiens avec les professionnels de terrain.

---

<sup>43</sup> Larousse. Grand dictionnaire de la psychologie ; Nouvelle édition, Edition Larousse, 1999, p 694

<sup>44</sup> Site books.google.fr, Manuel visuel de psychologie sociale, par Sylvain DELOUVEE, 2<sup>e</sup> édition, 2015, p.9, disponible en ligne : <https://books.google.fr/books?id=ux20xU4g-dcC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false> (consulté le 01/10/2017)

<sup>45</sup> Ibid -p.9

Mais avant cela, je vais approfondir ce qu'est l'humour, le pilier de ce mémoire, pour voir de quoi l'on parle et quels en sont les enjeux.

## 4.2 HUMOUR

L'humour est un concept subjectif, propre à chacun et son usage dépend de l'habitude que l'on a à l'employer dans sa vie quotidienne ainsi que la place qu'on lui accorde. Ce dernier peut avoir de multiples impacts selon la sensibilité, la réceptivité et la compréhension du destinataire, de sa disposition sur le plan physique et psychique, et le contexte de prise en soin durant lequel le trait d'humour surgit. Son usage par l'infirmier doit naître dans un contexte propice à sa venue.

Mais voyons la base de ce mode de communication par les représentations qu'on lui accorde.

### 4.2.1 REPRESENTATION DE L'HUMOUR

Dans notre société, l'humour a plutôt une connotation positive et est une stratégie de séduction qui a pour but de rechercher une proximité et de la sympathie entre deux personnes ou un groupe. « La France aime rire et ne s'en prive pas »<sup>46</sup> : les humoristes, par excellence, se sont emparés de tous les canaux d'information, des émissions télévisées, aux ondes courtes, en passant par les manifestations publiques sans oublier leur terrain de prédilection, les planches sur lesquels ils se produisent. Et ce, dans le but de solliciter notre envie de rire afin de nous divertir, nous détendre et nous permettre de nous échapper de la dure réalité qui nous entoure, celle qui nous touche, qui nous fait peur ou mal. Mais son utilisation n'est pas réservée qu'à cette élite, tout le monde en est doté, il suffit de savoir comment et quand l'employer. Sans oublier le lieu et le contexte où l'on peut l'utiliser, en l'occurrence à l'hôpital et lors d'un soin ou d'une prise en charge, il n'est pas interdit d'en faire l'emploi.

Lors de mes entretiens, j'ai demandé dans ma première question aux différents infirmiers interviewés de me donner une liste de trois mots qui leur viennent à l'esprit lorsque l'on évoque le terme humour. Je ne reviendrai pas sur les résultats de ces entretiens et l'analyse précédemment faite dans ce mémoire (Cf. p21). Mais cela nous donne déjà un bon panel de réponses.

**La représentation que l'on a est déjà une bonne approche, mais la forme peut-elle nous en dire plus ?**

### 4.2.2 LES DIFFERENTES FORMES D'HUMOUR

La difficulté est de citer les multiples formes d'humour existantes, tellement elles sont nombreuses. Je décide donc de faire ce choix de vous présenter sous forme de tableau, celles qui sont les plus couramment utilisées, ressortant de mes entretiens, pour faciliter leurs compréhensions.

---

<sup>46</sup> BLANCHARD J-P., « QUEMENER Nelly, Le pouvoir de l'humour. Politiques des représentations dans les médias en France », *Genre, sexualité & société*, disponible à l'adresse : <http://gss.revues.org/3591> (consulté le 20/11/2017)

Tableau des différents registres et formes d'humour (non exhaustif)

Registre	Forme	Description
Comique	De situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rencontres fortuites, quiproquos.</li> </ul>
	De mots	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exploite les ressources du langage : répétitions, jeux de mots, calembours, déformations, recours au jargon, aux dialectes.</li> </ul>
	De geste	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C'est l'ensemble des jeux de scènes qui provoquent le rire : coups, gifles, bastonnades, chutes...</li> </ul>
	De caractère	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fondé sur la psychologie des personnages qui prêtent à rire (les avarés, les jaloux, les cocus...).</li> </ul>
Satirique	Ironie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Figure de style où l'on dit le contraire de ce qu'on veut faire entendre.</li> <li>▪ A utiliser avec grande précaution car si le destinataire ne perçoit pas la plaisanterie, il peut mal l'interpréter et se sentir blessé</li> </ul>
	Sarcasme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Action de railler avec méchanceté de manière à humilier la personne</li> <li>▪ Humour à sens unique : plaisir malsain à voir le destinataire subir ses bassesses</li> </ul>
	Cynisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mépris des conventions sociales dans une intention de provocation</li> </ul>
	Exagération	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amplifier volontairement des événements, des faits, etc. dans le but de faire rire</li> </ul>
	Parodie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Imitation moqueuse qui peut prendre une forme burlesque ou héroï-comique</li> </ul>
	Caricature	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dessin ou texte qui exagère certains traits de la personne visée</li> </ul>
Humour noir		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humour cruel, grinçant, portant sur des situations le plus souvent tragiques, mais qui les représente de manière comique</li> <li>▪ peu utilisé avec les patients, mais permet au soignant d'exprimer un sentiment libérateur de son quotidien et éviter tout refoulement intérieur</li> </ul>
Humour observateur		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consiste à se baser sur des situations du quotidien pour les caricaturer. C'est l'humour qui est joué lors des one-(wo)man show.</li> </ul>
Trait d'esprit		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réplique fine et subtile, mais pas toujours bien intentionnée</li> </ul>
Dérision		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Moquerie dédaigneuse qui consiste à rire aux dépens d'autrui</li> <li>▪ Blesse, rabaisse et/ou humilie plus ou moins intensément une personne, un événement, etc.</li> </ul>
Autodérision		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suppose de faire preuve d'une extrême ouverture d'esprit et de modestie</li> <li>▪ Le soignant apparaît alors plus accessible et assurément plus humain</li> </ul>

À la lecture de ces quelques descriptions, on constate que certaines formes d'humour ne sont en aucun cas adaptées à leur emploi dans une structure de soins et encore moins au sein d'une relation naissante entre le soignant et le soigné. En particulier la notion d'autodérision ressort souvent lors des entretiens effectués auprès des infirmiers, comme le signalent les IDE 3, 4 et 5. Son utilisation permet au soignant de critiquer ou d'exprimer son mécontentement sur sa pratique. Nous pouvons prendre le cas du soignant qui se rend compte une fois dans la chambre du patient qu'il a oublié du matériel pour effectuer son soin : « Quand on n'a pas de tête, on a des jambes ! ». J'ai pu aussi l'observer lors de mes différents stages, que cela soit de manière voulue ou inconsciente. Il est primordial à nous, professionnels de santé, d'être décemment responsables de nos actes et de nos paroles pour juger quelle forme d'humour est la plus adaptée selon la situation et le patient se trouvant devant nous. Dans une approche soignante, nous retiendrons que l'humour, à proprement parler, consiste à percevoir la vie sous un autre angle, en mettant en valeur avec drôlerie certains aspects de la réalité.

Voilà ce qui semble (selon moi et si vous le permettez) être la recette miracle, tout en restant modeste: un jugement clinique bref mais pertinent, en vue d'une démarche de soins professionnelle et de qualité, parsemée de zestes d'humour, en nappant généreusement le tout de respect de la personne, pour ne jamais porter atteinte à cette dernière nous faisant face ainsi qu'à ses valeurs.

**Mais en gros, que nous apporte cet humour ?**

### 4.2.3 LES APPORTS DE L'HUMOUR

L'humour permet d'entrer en communication, en modelant voir brisant des frontières entre deux personnes inconnues. Hélène PATENAUDE et Louise HAMELIN BRABANT, infirmières de profession, évoquent l'humour comme un mode de communication à part entière : « *L'humour détient une place importante et quasi omniprésente dans la communication humaine. Que ce soit pour détendre, soulager les tensions, passer un message, l'humour peut se manifester tant lors de moments joyeux que tragiques* »<sup>47</sup>. Par conséquent, il favorise l'équilibre relationnel. Le patient reçoit une attention toute particulière, spécialement attribuée à lui-même, et un certain réconfort pouvant le soulager, même quelques instants.

En premier lieu, comme dit précédemment, cela permet au soignant de briser la barrière qui s'interpose entre lui et le soigné, en rapport au positionnement « hiérarchique » qu'a le soignant vers le patient. Comme nous le signalent PATENAUDE et HAMELIN BRABANT, « *L'humour partagé améliore le contact infirmière patient, rapproche, aplanit la hiérarchie, rend l'infirmière plus accessible et consolide les liens existant dans la relation* »<sup>48</sup>. Un humour partagé, construit les relations humaines, assure une interactivité basée sur la confiance et l'authenticité. Cette notion de « hiérarchie » est aplanie, le soignant est alors perçu par le soigné comme étant son égal et comme quelqu'un de bienveillant.

En deuxième lieu, l'humour est porteur de message : « *Sous forme de blague, un message peut passer sans jamais avoir à être discuté* »<sup>49</sup>. Par l'humour, le soignant peut se permettre d'aborder des sujets sensibles, pouvant provoquer une forte réaction émotionnelle chez le soigné. Il est plus aisé de discuter de faits graves, importants, sur un ton plus léger, de manière à dédramatiser la situation. Tout en restant dans le domaine de l'empathie, la relation de soin va plus loin que de simples échanges de courtoisie.

En troisième lieu, son utilisation auprès des patients, leur prodigue un sentiment de dignité et d'estime de soi. En les valorisant et en leur permettant de s'exprimer. Ils ne sont pas de simple objet de soins mais des êtres participant à leur prise en soins.

L'humour apparait donc avant tout comme un moyen de cohésion entre soignant et soigné. Par son biais, il peut à la fois conforter une relation de soin, mais aussi, et ce fut le cas pour moi, faire naître celle-ci et l'instaurer. Il est une des bases fondamentales de tout échange social. **Ne permettrait-il pas au patient de renforcer sa capacité de résilience, d'améliorer son rapport à la maladie ou au soin, juste le temps d'un instant, sans que nous soignants nous le remarquions ?** Je peux m'avancer en affirmant la réponse suivante réponse. Qu'il s'agisse d'une blague, d'un jeu de mot, d'un éclat de rire, ou d'un clairvoyant sourire mêlant attention et complicité, la finalité est d'apporter de la convivialité, du partage et un lien social dans un lieu qui peut sembler en être dépourvu à première vue. Mais si son utilisation apporte quelque chose à la relation entre deux personnes que tout peut opposer au premier regard :

**Est-il le reflet d'une utilisation spontanée, ou d'une attitude de protection ?  
Serait-il un moyen, psychologique, d'affronter la réalité ou de la détourner ?  
Sommes-nous face à un mécanisme de défense ?  
Et quel est le l'intention pour l'infirmier de l'utiliser comme tel ?**

<sup>47</sup> PATENAUDE H. ; HAMELIN BRABANT L.- L'humour dans la relation infirmière-Patient : une revue de la littérature, Recherche en soins infirmiers, Juin 2006, n°85, p.37.

<sup>48</sup> Ibid – p.42

<sup>49</sup> Ibid – p.42

#### 4.2.4 L'HUMOUR MECANISME DE DEFENSE

Lors des entretiens, il en ressort que l'humour n'est pas utilisé comme mécanisme de défense pour le soignant mais plutôt pour le patient. Certains d'entre eux interrogés expliquent qu'il est un moyen « anti-stress » pour le soigné dans sa gestion d'un soin ou d'une prise en charge et qui peut même être signe de retrait ou d'esquive. En exemple, l'IDE 2 nous dit avec ses mots : « *tout dépend de la nature de chacun... En effet pour certaines personnes l'humour est un mécanisme de défense apparenté à de la fuite* ». Pourtant ce terme de mécanisme de défense ressort souvent lors des entretiens et dans les lectures professionnelles.

##### **Mais qu'est-ce qu'un mécanisme de défense ? Pourquoi l'humour en est-il un ?**

L'humour est l'un des 31 mécanismes de défense répertoriés par le DSM IV<sup>50</sup> en tant que « *processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes* »<sup>51</sup>. Ce dernier se situe ainsi dans le groupe des mécanismes de défense qui comprend l'anticipation, la capacité de recours à autrui, l'altruisme, l'affirmation de soi, l'auto-observation, la sublimation et la répression. Cet ouvrage le définit en tant que mécanisme de défense individuel de la manière suivante : « *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* »<sup>52</sup>. Il place ce mécanisme de défense parmi les plus efficaces, au niveau le plus élevé de l'adaptabilité, « *assurant une adaptation optimale aux facteurs de stress* », où « *les défenses habituellement impliquées accroissent la gratification et autorisent la perception consciente des sentiments, des idées, ainsi que leurs conséquences. Elles réalisent ainsi un équilibre optimal entre les différents motifs conflictuels* »<sup>53</sup>.

FREUD, spécialiste dans la matière, quant à lui définit en 1927 l'attitude humoristique comme un mécanisme de défense par « *épargne d'énergie* » face à ce qui nous fait obstacle : « *attitude dans laquelle une personne refuse la souffrance en accordant une importance à l'invincibilité du moi dans la continuité de la vie réelle, en sustentant de façon victorieuse le principe du plaisir* »<sup>54</sup>. L'humour est décrit comme un moyen d'esquiver ce qui est susceptible de conduire à une mise à mal de notre être.

L'humour utilisé par le soignant apparaît donc comme un moyen de détourner le réel pour le rendre davantage supportable aux yeux du patient. En tant que mécanisme d'évitement, l'humour combat les tensions intérieures de manière à résister au stress. En accompagnement de cet humour, le rire permet de subtiliser, l'espace d'un instant, nos problèmes personnels ou professionnels, en une majestueuse gaieté. L'humour est une sorte d'anesthésiant de l'esprit. Cependant, il ne s'agit pas d'ignorer ses tracas du quotidien, il s'agit de ressentir ses problèmes différemment, de les voir sous un autre angle. Le recours à l'autodérision, ressortant de la plupart des entretiens menés, prend ici tout son sens. Se moquer de soi-même, c'est le fait d'accepter ses défauts.

<sup>50</sup> Lire : Diagnostic and statistical manual of mental disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

<sup>51</sup> BOYER P., GUELFY J.D., PULL C.-B., PULL M.-C. (Directeurs de l'équipe de la traduction française) : *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, p. 875

<sup>52</sup> Ibid – p.880

<sup>53</sup> Ibid – p.875-876

<sup>54</sup> ZIMMERMAN D.- *L'humour dans nos groupes thérapeutiques*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Humour rire et groupe, n°44, 2005, p.88.

Tout en les prenant en considération, le soignant adopte une attitude positiviste, centrée sur l'amélioration, de manière à ne pas se dévaloriser. Il reste crédible auprès du patient. Ainsi le patient peut, s'il le souhaite, s'identifier à la personne se trouvant devant lui, un être humain tout simplement et non une personne en « blouse blanche » pleine de savoirs et connaissances.

De ce que j'en ai compris, du côté soignant, et encore plus au niveau étudiant, l'humour serait un mécanisme de défense face au stress d'une situation peu ou pas maîtrisée. Du côté patient, ce serait un moyen de diminuer l'anxiété face à la maladie ou au soin, en tenant à l'écart les émotions négatives et en privilégiant les émotions positives. Ainsi, rire et humour permettent d'accéder à un degré plus haut d'acceptation de soi, ou de dédramatiser une situation que nous percevons comme inacceptable pour soi-même.

Maintenant que nous avons vu ce qu'est l'humour et ses différentes formes ou apports, voyons ensemble quelles qualités relationnelles doit avoir l'infirmier pour créer un contexte favorable à la relation.

**Que doit mettre en avant le soignant pour favoriser sa création ?**

## 4.3 LES COMPETENCES RELATIONNELLES SPECIFIQUES

Comment définir ce concept ? Après avoir effectué des recherches dans des ouvrages ou des sites internet, on parle plus d'une énumération de compétences qui sont personnelles ou subjectives. On peut aussi le constater dans l'analyse des entretiens, les soignants parlent pour la plupart de dispositions personnelles voire même de « feeling ». Dans notre profession, celles qui ressortent le plus sont bien évidemment l'écoute, la communication, ou encore l'empathie.

**Mais au sujet de l'humour, quelles sont-elles ?  
Qu'apportent-elles à la relation ? Que se joue-t-il ?**

### 4.3.1 UNE NOTION D'HUMANITE ?

Selon PATENAUDE et HAMELIN BRABANT, l'humour serait un moyen de « *s'évader de la réalité hospitalière et de créer un climat social. Il allège le poids associé à la maladie critique, les traumatismes et la mort. C'est une façon d'y faire face et de s'élever au-dessus* »<sup>55</sup>. Cette composante de « s'élever au-dessus », revient à faire abstraction pendant un court laps de temps des embarras qui gravitent autour de nous, afin de continuer à vivre sans réserve et faire de cet instant (même insignifiant) de joie le moyen de démonstration de notre propre humanité.

**En ce sens : L'humour et sa manifestation, le rire ne seraient-ils pas une des clés du bonheur ? Un soignant qui fait rire par son humour, ne serait-il pas plus porteur et transmetteur d'émotions ? Ne crée-t-il pas un moment de partage ?**

Pratiquer l'humour revient à faire tomber l'effet « blouse blanche » qui parfois s'interpose dans notre rapport avec le patient. Cette relation personnalisée devient chaleureuse, réconfortante, plus « humaine ».

<sup>55</sup> PATENAUDE H. ; HAMELIN BRABANT L.- L'humour dans la relation infirmière-Patient : une revue de la littérature, Recherche en soins infirmiers, Juin 2006, n°85, p.42.

En prenant la direction d'adopter une attitude humoristique, nous enrichissons l'aspect technique de notre profession par une clairvoyante humanité. Il est un outil de communication, propre à chacun et assure donc un soin personnel, humain, à l'image de celui qui le dispense. Se restreindre à un soin exclusivement technique, c'est ignorer la personne que nous sommes et surtout celle qui en bénéficie. En tant que soignant, il faut personnaliser la relation de soin, la rendre moins protocolaire, et avant toute chose, la rendre vivante.

### 4.3.2 UN OUTIL MIRACULEUX DE DISTRACTION

Dès lors que l'infirmier use de l'humour, celui-ci essaye de détourner l'attention du patient pour lui faire penser à d'autres choses, qui peuvent être plus plaisantes par exemple. L'humour par le rire permet au soigné de se détourner de ses préoccupations principales, comme celle de son anxiété face au ressenti de la douleur lors d'un soin. Mais cet instant d'allégresse ne peut être fortuit que par le partage d'une expérience commune avec le soignant. Il prend alors part, sans s'en rendre compte, au souhait de l'infirmier de réaliser le soin. Une des fonctions de l'humour dans cette relation est de mettre le patient à l'aise. Et cela n'est pas évident pour lui. Il se retrouve propulsé dans un lieu qui lui est souvent étranger, pour confier sa santé physique et/ou psychique à des inconnus et dans un laps de temps indéfini. Il est donc primordial à nous, soignants, de faciliter cette venue en y apportant une touche de légèreté dans le but de détendre une atmosphère pouvant être parfois tendue, voire explosive. Cette technique de distraction permet aussi à l'infirmier de se concentrer sur la finalité principale de sa profession : répondre aux besoins du patient. Lors de nos prises en charge, nous renouvelons souvent les mêmes gestes (comme la pose d'une voie veineuse, la réalisation d'un prélèvement sanguin), les mêmes paroles (« comment ça va aujourd'hui ? », « attention je pique ! »), à tel point que cela en devient même routinier. La banalité de ces exemples tend parfois à nous faire perdre de vue que derrière la blouse du malade, il y a une personne, en proie à l'anxiété, aux doutes, à la peur ou au questionnement de ce qui l'attend. Selon PATENAUDE et HAMELIN BRABANT: « *Lorsque la situation est difficile, embarrassante, gênante, l'humour peut aider l'infirmière, le patient ou les deux à y faire face* »<sup>56</sup>. Son emploi permet donc au patient d'être plus coopérant dans sa prise en soins, il permet aussi à l'infirmier de se recentrer dans sa posture de soignant et de se remettre en question sur sa pratique.

**Et son emploi dans la prise en soins dans tout cela ?**

## 4.4 LA PRISE EN SOINS

### 4.4.1 A L'ORIGINE D'UN TERME

La prise en soins, ou autrement appelée « prendre soin » est abordée par un infirmier et docteur en santé publique, qui plus est auteur de référence dans notre profession, Walter HESBEEN. Ce dernier, qui attache beaucoup d'importance à développer la pratique soignante et sa qualité, le définit comme tel : « *le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* »<sup>57</sup>.

<sup>56</sup> PATENAUDE H. ; HAMELIN BRABANT L.- L'humour dans la relation infirmière-Patient : une revue de la littérature, *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2006, n°85, p.42.

<sup>57</sup> HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.8

Cette définition décrit cet acte comme un acte de vie avant même d'apparaître comme une caractéristique d'une profession. Bien évidemment dans la profession d'infirmière, ce concept est omniprésent et est même la base de notre métier. L'auteur, dans son ouvrage, entretient la conception du soin infirmier comme « art » : « Prendre soin est un art, il s'agit de l'art du thérapeute, celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière »<sup>58</sup>.

Il argumente aussi en faveur d'un prendre soin en tant que valeur, s'appuyant sur la volonté du soignant à s'inscrire dans une démarche réflexive, ouverte et personnelle, en harmonie avec ses valeurs ou croyances philosophiques et son désir de pratiquer son métier.

Le but de cette « prise en soin » dans sa globalité est pour le soignant d'aider la personne soignée à :

- Satisfaire les besoins perturbés,
- Accéder à d'autres niveaux de besoins,
- Retrouver un état d'indépendance, d'autonomie,
- Retrouver une meilleure qualité de vie.

Enfin, je préciserai que l'infirmier n'est pas uniquement une personne maîtrisant les pratiques infirmières avec des connaissances théoriques, c'est également et principalement, une personne remplie d'humanité qui doit prendre soin de personnes en situation de vulnérabilité en utilisant sa qualité relationnelle tout en s'adaptant à chaque personnalité.

Maintenant que nous savons ce qu'est « prendre soin » ou « prise en soins », voyons le côté humoristique de la chose et la place qu'on lui accorde dans les soins.

### Et l'humour dans tout ça ?

#### 4.4.2 QUAND UTILISER L'HUMOUR DANS LA PRISE EN SOIN ?

L'humour peut être utilisé dans une prise en charge soignante, mais seulement à bon escient. Peut-on rire de tout et de tout propos ? Il faut savoir utiliser l'humour au moment opportun en se posant certaine question au préalable : « Où ? », « Quand ? » mais encore « Comment ? ». Comme le signale PATENAUDE et HAMELIN BRABANT, « Introduire l'humour est fonction de saisir le bon moment et de relever des indices, d'évaluer la situation. La notion de timing est jugée essentielle »<sup>59</sup>. Il faut donc faire preuve de bon sens quant à l'usage de l'humour en identifiant au préalable ces paramètres. Un usage inapproprié de ce dernier peut compromettre la relation de confiance avec le patient voire même la compromettre. Un psychiatre belge, Christophe PANICHELLI, développe sur le « côté obscur » de l'humour : « l'humour peut être utilisé afin d'augmenter le soi aux dépens des autres, dans une attitude agressive qui risque de mettre en péril le soutien social du patient. Il s'agit du sarcasme, de la dérision, de la moquerie et de la ridiculisation de l'autre »<sup>60</sup>.

<sup>58</sup> HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p.35

<sup>59</sup> PATENAUDE H. ; HAMELIN BRABANT L.- L'humour dans la relation infirmière-Patient : une revue de la littérature, *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2006, n°85, p.39

<sup>60</sup> PANICHELLI C., *Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°39, p.39-56, disponible en ligne : <http://www.caim.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2007-2-page-39.htm> (consulté le 12/11/2017).

Cet aspect agressif de l'humour est d'autant plus présent lorsque la situation ne s'y prête pas comme l'ont détaillé PATENAUDE et HAMELIN BRABANT dans leurs recherches : « *Lors d'une phase critique sur le plan physique, lors d'anxiété ou de stress élevé, lors de douleur intense ou abdominale, chez une personne psychotique, l'humour peut être inapproprié à moins que ce ne soit le patient lui-même qui l'initie* »<sup>61</sup>, ou les soignants qui m'en ont fait part lors des entretiens. Il peut conduire à l'irrespect des valeurs morales du patient ainsi que de sa dignité. Au regard de la lecture de ses citations et du retour d'expérience des infirmiers interviewés, il me semble que l'emploi de l'humour n'est en aucun cas systématique. Il ne doit pas être abusif ou inapproprié au contexte de soin et même clinique.

## 5 HYPOTHESE DE REPONSE

---

Rappelons d'abord la question de départ émergeant de la phase exploratoire et qui a guidé ce travail :

**« Lors de la prise en soins d'un patient, quelles peuvent être les compétences relationnelles spécifiques que doit mettre en avant l'infirmier pour faire usage de l'humour ? »**

L'humour a une influence directe et indirecte sur la relation soignant-soigné. De manière directe, l'humour maîtrisé (sans intention de se moquer, exempt de sarcasme et d'ironie) permet à l'infirmier de gérer la distance relationnelle soignant-soigné. De manière indirecte, il permet au soigné d'observer la spontanéité du soignant qu'il a face à lui le rendant plus « humain ».

Cependant cet outil peut nuire à la prise en charge du patient et même détruire la confiance qu'il peut avoir envers l'infirmier ou l'ensemble de l'équipe soignante. Il ne faut donc pas l'assimiler à un traitement miracle mais plutôt comme un outil thérapeutique. Certes il est une aide précieuse pour l'infirmier en faisant usage lors de la relation de soin, mais il ne doit en aucun cas être considéré comme une solution à tous problèmes rencontrés.

Grace aux éléments recherchés lors de mes expériences de terrain, de mes lectures et aux résultats de mon outil d'enquête, j'avance l'hypothèse suivante :

**Le soignant doit être apte à juger à quel moment il est pertinent de se servir de l'humour, aussi bien dans l'espace que dans le temps, tout en recherchant une demande de la part du patient, en vue de contribuer significativement à l'amélioration de l'état de santé de ce dernier.**

---

<sup>61</sup> PATENAUDE H. ; HAMELIN BRABANT L.- L'humour dans la relation infirmière-Patient : une revue de la littérature, Recherche en soins infirmiers, Juin 2006, n°85, p.

# CONCLUSION

---

Et voici le final de ce travail. Je vous assure que cela n'a pas été de tout repos, entre les différentes lectures que cela impose (moi qui ne suis pas un grand lecteur dans l'âme), les nœuds et tourments imposés à mon encéphale (ou cerveau pour les puristes), les nuits blanches et week-ends quelque peu sacrifiés. Mais finalement, j'ai réussi, enfin, à produire un écrit qui j'espère sera, « Non ! », qui est de qualité et qui reflète l'affection que je porte à cette profession vers laquelle je me dirige après quelques années de mûres réflexions. Mais ce fut pour moi un réel plaisir à y consacrer du temps sur un sujet qui m'intéresse et qui me tient à cœur.

Il m'a permis tout au long de sa conception, de me questionner sur ma situation d'appel vécue avec M. Xavier. Tout au long de ce dernier, j'ai pu grâce à mes lectures ainsi qu'à l'aide des entretiens conduits, prendre du recul par rapport à la situation relatée. Certes les lectures m'ont beaucoup appris mais il est vrai que les entretiens ont été, à mon sens, plus enrichissants. Les infirmières interrogées m'ont rapporté leur vécu et cela m'a permis de me resituer dans son emploi. J'ai également pu me rendre compte qu'il y a bien plus que juste l'humour : on en revient aux besoins, aux mécanismes de défense, aux émotions. De plus, bien qu'ayant de nombreux bénéfices, il existe aussi des limites, et pour ne pas tomber dans le piège d'un humour de mauvais goût, qui pourrait se transformer en maltraitance. Il est primordial que le soignant s'adapte à la situation et au patient, qu'il sache faire preuve de finesse. Il convient donc de signaler que l'humour ne doit pas empêcher le respect de l'interlocuteur se trouvant devant nous. Chaque situation de soins est complexe et nécessite le jugement de l'infirmier dans toutes ses facettes. Il ne peut donc y avoir de solution simple à l'utilisation de l'humour.

Mais son utilisation ne permet-elle pas au final de mettre de la distance entre les choses, de décompresser aussi bien pour le soigné que le soignant ? Comme le cite Hélène PATERNAUDE et Louise HAMELIN-BRABANT dans leur conclusion de recherche sur « L'humour dans la relation infirmière », en reprenant les mots de L.M. SHELDON en 1996 dans son analyse de recherche intitulée « *An analysis of the concept of humor and its application to one aspect of children's nursing* »<sup>62</sup>, « *l'humour n'est pas une panacée à tous les problèmes et ne contrecarre pas toutes les anxiétés vécues, mais c'est une force positive et, en tant que complément à d'autres interventions, il ne peut être que thérapeutique* »<sup>63</sup>. Il m'a permis de conforter mon intention de poursuivre son utilisation, même avec ma nouvelle tenue professionnelle qu'est la « tenue blanche ». Je m'engage certainement, mais il permet, de façon adaptée et avec justesse, de mieux vivre l'hospitalisation et voire même de mener vers la guérison.

Enfin, l'humour apporte aussi une nouvelle perspective, un regard différent qui peut redonner de l'espoir.

---

<sup>62</sup> Lire en français : « une analyse du concept de l'humour et de son application à un aspect des soins infirmiers pour l'enfant ».

<sup>63</sup> PATERNAUDE H. ; HAMELIN BRABANT L.- L'humour dans la relation infirmière-Patient : une revue de la littérature, Recherche en soins infirmiers, Juin 2006, n°85, p.42.

# BIBLIOGRAPHIE

---

## OUVRAGES :

- BOYER P., GUELFY J.D., PULL C.-B., PULL M.-C. (Directeurs de l'équipe de la traduction française) : *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 1082p.
- BRETON A. - *Anthologie de l'humour noir*, préface, Livre de Poche, 2005, 445p.
- BURGER L. - *Réflexions sur la relation pédagogique : Humour et formation infirmière*, Seli Arslan, 2005, 157p.
- DESHAYS C. - *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur émotionnel*, 2<sup>ème</sup> édition, Inter Editions, avril 2013, 240p.
- ESTREMO C. - *#infirmière*, First Edition, Paris, 2017, 256p.
- FOURNIVAL, N. ; GROFF, M.A. ; MARQUEL-WITTIG, A. - *Relation Communication*, Lamarre, 2012, 123p.
- HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, 208p.
- MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. - *La relation soignant-soigné*, 3<sup>ème</sup> édition, Lamarre, 223p.
- MARMILLOUD L. - *Soigner, un choix d'humanité*, Espace éthique, 2007, 124p.
- MONHARDT B., PAPILLON, P., THIRION, J.-F. - *Les soignants et la communication*, Lamarre, 1998, 157p.
- PRAYEZ P. (coordonné par SLIWKA C.), *Distance professionnelle et qualité des soins*, PARIS, Editions Lamarre, collection fonction de cadre de santé, 2<sup>ème</sup> édition, 2009, 287p.

## PERIODIQUES :

- FOUBERT A. - *L'aide soignante*, Vol 22, N°99 - septembre 08.
- HERAIL T.- *Soigner la bonne distance*, *Soins psychiatrie*, n°230, janvier-février 2004, p32.
- PATERNAUDE H., HAMELIN-BRABANT L. - *Recherche en soins infirmiers*, L'humour dans la relation infirmière-patient : revue de la littérature, N°85 – juin 2006.
- ZIMMERMAN D.- L'humour dans nos groupes thérapeutiques, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Humour rire et groupe, n°44, 2005.

## **DICTIONNAIRES :**

- Collectif Larousse - *Le petit Larousse illustré*, 1<sup>ère</sup> édition, 2012, 1910p.
- Larousse – *Grand dictionnaire de la psychologie*, Nouvelle édition, 1999, 1047p.
- PAILLARD C. - *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, 3<sup>ème</sup> édition, Setes, aout 2016, 608p.
- REY A. - *Dictionnaire historique de la langue française*. Les dictionnaires Le Robert, Nouvelle édition, 2016, 2808p.

## **TEXTE LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

- Recueil de textes, *Profession infirmier*, Berger-Levrault, à jour du 01/01/2015, p.

## **DOCUMENT AUDIOVISUEL**

- DVD, Docteur Patch, 1998, SHADYAC T.Universal
- ESTREMO C., Quand tu es infirmière aux Urgence !, Youtube FR, septembre 2016, disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=ZudxHGWGB4g> (consulté le 21/09/2017)

## **SITES INTERNET :**

- International Council of Nurses, disponible en ligne : <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (consulté le 26/3/2017)
- Larousse, 2014. Dictionnaire de français ; Le Larousse, disponible en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668> (consulté le 30.04.2017)
- Legifrance.gouv.fr, *Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique*. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001651769&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id> (consulté le 15/05/2017)
- Larousse, 2014. Dictionnaire de français ; Le Larousse, disponible en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/distance/26042?q=distance#25925> (consulté le 28/7/2017)
- Dictionnaire historique de la langue française, Humour, Le Robert, disponible en ligne : <http://books.google.fr/books?id=Pi8wQTpjJ34C&pg=PT9833&dq=dictionnaire+historique+de+la+langue+fran%3%A7aise+humour&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiEjcGgz8zTAhUBERQKHVfMAY0Q6AEIKTAA#v=onepage&q=dictionnaire%20historique%20de%20la%20langue%20fran%3%A7aise%20humour&f=false> (consulté le 01.05.2017)

- Site books.google.fr, « Le Déclin de l'institution » par François Dubet, 2014, disponible en ligne : <https://books.google.fr/books?isbn=2021008444> (consulté le 27.07.2017)
- BERGSON H., *Le rire, essai sur la signification du comique*, Editions Alcan, 1924, édition électronique réalisée par B. GIBIER, 2002, disponible en ligne : [classiques.uqac.ca/classiques/bergson\\_henri/le\\_rire/le\\_rire.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/bergson_henri/le_rire/le_rire.html) (consulté le 28.07.2017)
- RUBINSTEIN, H. – *Les conférences 5 à 7, La machine à rire* – Pasteur Lille TV, Lille, 16 juin 2015, disponible en ligne : [https://www.youtube.com/watch?v=q\\_fUV0fPRBo](https://www.youtube.com/watch?v=q_fUV0fPRBo) (consulté le 28.07.2017)
- LEBRETON F., *Henri Rubinstein : « Le rire protège la vie »*, La Croix, 2011, disponible en ligne : [https://www.la-croix.com/Famille/Parents-Enfants/Dossiers/Couple-et-Famille/Vivre-ensemble/Henri-Rubinstein-Le-rire-protège-la-vie-NP\\_-2011-12-06-744310](https://www.la-croix.com/Famille/Parents-Enfants/Dossiers/Couple-et-Famille/Vivre-ensemble/Henri-Rubinstein-Le-rire-protège-la-vie-NP_-2011-12-06-744310), (consulté le 28.07.2016)
- Site psychotherapie.ooreka.fr, Les experts Ooreka, Rire de soi : les fonctions de l'humour, disponible en ligne : <https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/688443/rire-de-soi-les-fonctions-de-l-humour>, (consulté le 21/09/2017)
- Site books.google.fr, Manuel visuel de psychologie sociale, par Sylvain DELOUVEE, 2<sup>e</sup> édition, 2015, p.9, disponible en ligne : <https://books.google.fr/books?id=ux20xU4q-dcC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false> (consulté le 01/10/2017)
- BLANCHARD J-P., « Quemener Nelly, Le pouvoir de l'humour. Politiques des représentations dans les médias en France », *Genre, sexualité & société*, disponible à l'adresse : <http://gss.revues.org/3591> (consulté le 20/11/2017)
- PANICHELLI C., *Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°39, p.39-56, disponible en ligne : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2007-2-page-39.htm> (consulté le 12/11/2017).

#### **AUTRES SOURCES DE DOCUMENTATION :**

- JUNG N.- La juste proximité, UE 4.2.S5, Mars 2017, IFSI des HUS.
- KUNTZ C.- Concepts en communication et en relation, UE 4.2.S2, Septembre 2015, IFSI des HUS.

# ANNEXES

---

**ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIER**

**II**

**ANNEXE II : TABLEAU SYNOPTIQUE DES ENTRETIENS INFIRMIERS**

**III à VIII**

**ANNEXE III : LES BIENFAITS DU RIRE**

**IX**



**ANNEXE I :****GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIER****THEME : « L'HUMOUR, MECANISME DE DEFENSE DU SOIGNANT  
OU ATOUT POUR PRENDRE SOIN»**

<b>Date de l'entretien</b>		<b>Durée de l'entretien</b>	
<b>Service ou unité d'emploi du personnel</b>			
<b>Professionnel interviewé</b>			
<b>1</b>	<b>Pouvez-vous me citer les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis: « humour dans le soin »?</b>		
<b>2</b>	<b>Utilisez-vous l'humour lors de vos prises en charge de patient ?</b> <b>Relance :</b> <b>Si oui :</b> <b>Y a-t-il des circonstances particulières ou vous utilisez l'humour ?</b> <b>Comment l'utilisez-vous ?</b> <b>Sous quelle forme ? (comique, boutade, autodérision, farce, ironie, jeu de mots, humour noir, moqueur,...)</b> <b>Si non : pourquoi ?</b>		
<b>3</b>	<b>Selon vous, l'humour dans les soins peut-il être bénéfique dans la relation soignant soigné ?</b> <b>Relance :</b> <b>En quoi ?</b>		
<b>4</b>	<b>Avez-vous déjà été confronté à une situation où vous avez pu ou dû utiliser l'humour pour rentrer en relation ?</b> <b>Relance :</b> <b>Pouvez-vous en dire plus ?</b> <b>Comment cela s'est passé ?</b>		
<b>5</b>	<b>Quelles pourraient être les limites de l'utilisation de l'humour ?</b> <b>Avez-vous un exemple ?</b> <b>Comment avez-vous géré la situation ?</b>		
<b>6</b>	<b>L'utilisation de l'humour a-t-il sa place pour vous lors d'un soin ?</b> <b>Pourquoi ?</b> <b>Comment jugez-vous son utilisation ?</b>		
<b>7</b>	<b>Est-ce que l'humour est pour vous un mécanisme de défense ou un trait de caractère ?</b> <b>Pourquoi ?</b> <b>Si l'on vous propose une formation sur le thème de l'humour, seriez vous pour ou contre d'y participer ?</b>		
<b>Questions fermées pour clore l'entretien</b>			
<b>Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours professionnel?</b> <b>Relance :</b> <b>Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?</b> <b>Sous quelle réforme avez-vous obtenue votre diplôme ?</b> <b>Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?</b>			

**ANNEXE II :**

**TABLEAU SYNOPTIQUE ENTretien**

	<b>IDE 1 Femme</b>	<b>IDE 2 Femme</b>	<b>IDE 3 Homme</b>	<b>IDE 4 Femme</b>	<b>IDE 5 Homme</b>
<b>Date de l'entretien</b>	10 juillet 2017	10 juillet 2017	5 juillet 2017	23 juillet 2017	29 septembre 2017
<b>Lieu d'exercice</b>	Service de consultation chirurgicale	Service de chirurgie	Service de pneumologie	Service de chirurgie	Service d'accueil des urgences
<b>Ancienneté dans le service</b>		5 ans	2 ans	29 ans	1 an 1/2
<b>Réforme Ancienneté</b>	Avant 1992	Réforme de 2009 5 ans de diplôme	Réforme de 2009 3 ans de diplôme	Avant 1992 35 ans de diplôme	Réforme de 2009 1 an ½ de diplôme
Pouvez-vous me citer les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis : « humour dans le soin »?	Expression Langage Attitude	Relativiser Personnaliser Détendre	Blague Ironie Détente	Empathie Spontanéité Partage	Communication Relation soignant-soigné Prise en charge
Utilisez-vous l'humour lors de vos prises en charge ? Relance : Si oui : Y a-t-il des circonstances particulières ou vous utilisez l'humour ? Comment l'utilisez-vous ? Sous quel forme ? (comique, boutade, autodérision, farce, ironie, jeu de mots, humour noir, moqueur,...) Si non : pourquoi ?	OUI et NON Elle l'utilise quand le patient est demandeur de par son langage, son comportement et évalue la situation ainsi que l'état du patient avant de pouvoir l'utiliser avec lui. La forme utilisée est souvent l'expression (mots). Mais émet une réserve sur son utilisation lors de situations difficiles (elle participe au dispositif d'annonce de cancer). Il est de mise pour elle de rester	OUI Il lui arrive de faire preuve d'humour lors d'un soin. Elle en use lorsque le patient l'emploie en premier. Elle proscrit l'emploi de l'humour noir. Lorsque le patient aime plaisanter elle reste elle-même simplement et garde toujours à l'esprit le maximum de respect. Elle ne me renseigne pas sur les formes qu'elle utilise lors de l'interview.	OUI Il lui arrive fréquemment de manier l'humour lors de ses prises en charge. Il déclare qu'il y a des circonstances plus faciles que d'autres, souvent lorsqu'il est face à un patient « régulier ». Il prend en compte l'humeur du patient ainsi que son état d'esprit pour en faire usage. Les formes utilisées sont la plaisanterie et	OUI Elle pratique l'humour lors de ses prises en charge. Pour elle, Il n'y a pas de circonstances particulières, du fait qu'elle l'emploie « dès que possible ». C'est « une seconde nature » pour elle. Après réflexion, elle revient sur ces mots et signale qu'il y a des circonstances où il n'est pas judicieux de l'utiliser Et elle prend en compte	OUI Il apporte de l'humour lors de ses prises en charge en particulier chez les enfants et les personnes âgées qui ont facilement des pertes de repères facteur de stress. Il explique qu'il identifie si le patient est réceptif à ce mode de communication qui a pour but selon lui : « de les faire rire ou du moins sourire ». Il dit que pour lui c'est « au feeling » qu'il l'emploie.

	<p>sérieuse lors de ces situations. Elle signale aussi que lors de sa formation d'IDE, l'emploi de l'humour pendant un soin n'était pas valorisé, voir même considéré presque comme une faute.</p>		<p>l'autodérision. « Je l'utilise souvent sous la forme de plaisanterie et d'autodérision ».</p>	<p>le patient ainsi que son entourage comme moteur de son emploi. Ils « lancent la perche ». Les formes utilisées sont la boutade, l'autodérision, les jeux de mots, l'humour noir et l'ironie</p>	<p>Les formes utilisées sont la plaisanterie et l'autodérision. Je l'utilise souvent sous la forme de plaisanterie et d'autodérision. L'humour noir n'est employé que lorsqu'il connaît personnellement la personne face à lui.</p>
<p>Selon vous, l'humour dans les soins peut-il être bénéfique dans la relation soignant soigné ?</p> <p>Relance : En quoi ?</p>	<p>OUI</p> <p>Elle pense que l'humour est bénéfique dans le soin. Mais reste sur son idée que cela dépendra de la demande du patient. Tout dépendra de comment le patient considère l'humour. Elle décrit que pour la plupart des patients le fait de rire ou de faire de l'humour alors qu'ils sont malades relève du non-respect. Mais que pour d'autres, l'humour est considéré comme « un essai de diminuer leur souffrance ».</p>	<p>OUI</p> <p>Elle pense que l'humour peut être bénéfique. Il doit être utilisé à juste dose et être apprécié du receveur. Elle insiste sur le fait que l'humour « ne doit pas impacter sur la qualité du soin relationnel et professionnel ».</p>	<p>OUI</p> <p>Il utilise l'adverbe « totalement » pour exprimer les bénéfices de l'humour dans la relation soignant-soigné. Il déclare que l'humour « permet d'ouvrir la relation avec le patient et d'établir une communication moins formelle et plus ouverte ».</p>	<p>OUI</p> <p>Elle renseigne sur le fait qu'il faut que la personne face à nous ne doit pas être « insensible ou réfractaire » à ce mode de communication. Elle explique qu'il permet d'établir une relation « privilégiée » avec le patient et qu'elle y apporte une « touche personnelle adaptée » à son public. Elle emploie même le terme de « proximité très riche de sympathie et d'empathie » lorsque l'on plaisante ou rit. Pour elle, « il n'y a pas d'un côté le soignant qui a le pouvoir et l'autre le soigné qui doit s'y plier » mais bien deux êtres uniques.</p>	<p>OUI</p> <p>Il déclare que l'humour est un mode de communication. Selon ses mots, « Y ajouter de l'humour aidera à instaurer un climat de confiance afin d'optimiser le parcours hospitalier du patient ».</p> <p>Il explique par contre que cela doit être spontané et non du « forcing »</p>

<p>Avez-vous déjà été confronté à une situation ou vous avez pu ou dû utiliser l'humour pour rentrer en relation ?</p> <p>Relance : Pouvez-vous en dire plus ? Comment cela s'est passé ?</p>	<p>NON Pas à sa connaissance. Pour elle, l'entrée en contact et la mise confiance avec le patient se fait toujours par la discussion. Elle déclare que c'est sa façon propre à elle et que cela fonctionne tout simplement.</p>	<p>OUI Cela lui est déjà arrivé. Elle raconte une situation vécue avec un patient hospitalisé depuis plusieurs semaines et qui a changé de comportement à l'égard de l'équipe soignante. Il y a eu une difficulté de pouvoir entrer en contact avec lui. Inquiète de cette situation, elle décide de voir le patient et lui demande si ce dernier lui fait la tête tout en faisant une grimace. Après un hochement de la tête du patient, ce dernier s'est mis à sourire puis a pu se livrer, ce qui a débloqué la situation.</p>	<p>OUI Avec un réel enthousiasme de sa part. Il cite un exemple avec un patient âgé, grabataire et atteint de démence souvent agressif avec le personnel. Pour adoucir la situation, il a employé le terme de « jeune homme », ce qui a fait rire le patient et permis de rentrer en contact de façon plus sereine et calme. Puis par la suite, le patient a « embrayé » sur le fait qu'il n'était plus si jeune que cela et sur des aventures de son existence, alors que le soin continuait son cours. Cela lui a permis de mieux connaître le patient et de partager les informations recueillies à l'équipe pour optimiser la prise en charge du patient.</p>	<p>OUI Elle en rigole même en sortant une expression du coin : « Oh jeh ! » et bien avec mon ancienneté je pense que cela a été largement effectué ».</p> <p>Elle évoque deux situations où l'emploi de l'humour a permis de désamorcer des situations conflictuelles ou anxiogènes pour des patients. Avec un soupçon d'humour, un ton léger et un sourire sans oublier une boutade traitant du sujet problématique qui a permis de débloquer la situation. Et aussi permettre de connaître mieux les patients, leurs demandes et attentes lors de leurs séjours.</p>	<p>OUI Il relate une situation lors de la prise en charge d'un enfant ayant une plaie à suturer. Pour permettre au médecin de recoudre la plaie, l'utilisation d'un gaz anesthésiant a été nécessaire, mais faisait peur à l'enfant. Pour détendre l'enfant, il a utilisé l'humour avec la complicité des parents de l'enfant pour le rassurer sur l'utilisation du masque inhalateur, des effets du gaz et les possibles « hallucinations » qu'il provoque. Par ce biais, l'enfant a pu se détendre et l'intervention s'est réalisée sans difficultés.</p> <p>L'IDE rajoute même que son « efficacité est démontrée quasiment systématiquement ».</p>
<p>Quelles pourraient être les limites de l'utilisation de l'humour ?</p> <p>Avez-vous un exemple ?</p>	<p>La non adhésion du patient, il est le précurseur de son emploi. Il en donne aussi la</p>	<p>Ne doit pas devenir trop familier ni déplacé. Ne pas impacter sur la relation soignant-</p>	<p>L'absence « d'ouverture » des patients à l'humour. L'absence « d'humeur » à</p>	<p>La non réceptivité à l'humour de la part du patient. Le patient qui se «prend trop au</p>	<p>L'humour n'a pas vraiment de limite si ce n'est la personne se retrouvant face au soignant.</p>

<p>Comment avez-vous géré la situation ?</p>	<p>limite d'utilisation lors du soin. Pas de situation particulière exprimée par la soignante. Elle explique, d'après son expérience professionnelle, que les patients utilisant l'humour dès les premiers instants de la relation avec le soignant serait un « mécanisme de défense anti-stress avant un soin ». Il y a aussi la phase de questionnement du patient sur sa prise en charge, dans ce cas l'humour n'a pas sa place. Elle précise qu'il faut toujours garder à l'esprit que le patient doit quitter le service en ayant toutes les réponses à ses questions, angoisses et préoccupations.</p>	<p>soigné. Exemple d'un patient un peu trop avenant avec la soignante. Recadrage de la situation de façon respectueuse en lui expliquant que ses propos étaient quelque peu déplacés et qu'il y a un contexte professionnel. Pas de « copinage ».</p>	<p>plaisanter. Exemple d'une patiente devant se faire opérer et qui angoisse suite à l'intervention se rapprochant et des risques qui en découlent (pose d'une prothèse endotrachéale pour sténose trachéale). En utilisant une boutade, l'IDE voulant bien faire pour minimiser l'angoisse de la patiente, a fait fausse route sur la compréhension qu'elle en a eue. Résultat, la patiente a angoissée encore plus, le soignant s'est retrouvé « comme un con ». Pour désamorcer la situation et rattraper son erreur, il a du préciser à la patiente que c'était une plaisanterie et lui réexpliquer de façon plus adaptée, les faibles risques du geste.</p>	<p>sérieux » et qui analyse chaque mot ou geste de son interlocuteur, qu'elle nomme « psychorigides » en rigolant. Le contexte non favorable à son emploi (annonce de diagnostic sévère, décès, douleur psychique et/ou physique). L'IDE signale que nous sommes des soignants « est cela implique de la retenue ».</p>	<p>Ne pas exagérer dans son emploi. Ne pas oublier les limites professionnelles (glissement, irrespect). Proscrit avec des patients en fin de vie, avec des douleurs aiguës, annonce d'une pathologie grave (cancer, infections incurables, maladies génétiques). Selon son avis, l'humour est « essentiel » dans notre profession, mais ne doit pas être utilisé tout le temps : « on ne peut rire ou plaisanter de tout ». Il y a un risque d'aggraver la situation en « paraissant » non professionnel et irrespectueux.</p>
<p>L'utilisation de l'humour</p>	<p>OUI « Bien sur »</p>	<p>Pense que l'humour a</p>	<p>OUI</p>	<p>OUI</p>	<p>OUI</p>

<p>a-t-il sa place pour vous lors d'un soin ? Pourquoi ?</p> <p>Comment jugez-vous son utilisation ?</p>	<p>Mais que lorsque c'est à la demande du patient ou du collègue qui débute le soin en utilisant l'humour. Trouve son utilité bénéfique mais n'arrive pas à le jauger. Ce n'est pas dans son habitude professionnelle.</p>	<p>sa place dans un soin. Il doit être utilisé à juste dose et apprécié du patient. Outil permettant d'entamer une relation d'écoute et d'aide. Peut être, lorsque le patient l'emploie, un moyen d'expression de ressenti en utilisant l'autodérision par exemple. Mais il peut aussi être une méthode de fuite ou de déni d'une situation pénible. Rôle du soignant de déceler ces situations pour les décanter afin d'orienter au mieux la prise en charge du patient.</p>	<p>Utilisation en permanence. Moyen simple de communication cassant « l'oppression » du milieu hospitalier. Jauge son utilisation au « feeling ». Prend en compte son propre état d'esprit du jour, la situation et sa gravité. L'humeur du patient est elle aussi primordiale et qu'il analyse à chaque fois. Signale avoir un petit « don » pour déceler si son emploi est judicieux ou pas. savoir ci cela est réalisable et pertinent.</p>	<p>Utilisation au « feeling » pour sa part. « Evalue » le patient face à lui.</p> <p>En vue de mon expérience, elle se classe même de « dinosaure » en riant, elle peut « sentir » le moment opportun et la dose à l'emploi de l'humour.</p>	<p>Bénéfique pour établir une relation de confiance et améliore la relation soignant-soigné. Rend le soin « humain » et est moins « protocolaire ». Jauge son utilisation en fonction de la réaction du patient, de son adhésion ou non à ce mode de communication.</p>
<p>Est-ce que l'humour est pour vous un mécanisme de défense ou un trait de caractère ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Si l'on vous proposez une formation sur le thème de l'humour, seriez vous pour ou contre d'y participer ?</p>	<p>Pour elle c'est les deux. Pour certains patients c'est une utilisation anti-stress, pour d'autres cela fait parti de leur caractère. Il en est de même pour les soignants. Les deux protagonistes doivent être d'accord à son emploi, au risque de ne pas être bénéfiques lors du soin. Le sens de l'humour du</p>	<p>Pour elle, il peut être l'un ou l'autre. « Tout dépend de la nature de chacun ». Pour certaines personnes, il est un mécanisme de défense apparenté à la fuite. Pour d'autres il s'agit d'une méthode d'expression quotidiennement employée et naturelle.</p>	<p>Pour lui, c'est un subtil mélange des deux. L'humour fait partie de ce qu'il est, mais son usage est plus à usage de « débrider » une relation.</p> <p>Il est contre le fait de participer à ce type de formation. Pour lui, c'est plus une question de</p>	<p>Pour elle c'est un trait de caractère, une « seconde nature ». Presque tout est prétexte à l'humour, avec un coté dédramatisant aussi. Utilisation aussi bien dans sa pratique professionnelle que sa vie personnelle. « Cela crée un lien spécial dès l'instant où le récepteur y adhère ».</p>	<p>Pour lui, les deux semblent évidents. Il explique que certaines personnes peuvent l'utiliser comme « un mécanisme de défense contre le stress ». Il trouve un intérêt certain au bénéfice d'une telle formation. Mais signale que « l'institution de l'humour semble complexe car est-il inné ou à acquérir ? ».</p>

	<p>soigné est déterminant ainsi que sa vision du soin.</p> <p>Elle signale un manque lors de sa formation en 1988 qui n'incluait pas l'usage de l'humour. elle utilise même les termes de « rigueur » et de mise de côté de l'emploi de l'humour.</p> <p>Elle serait d'accord de bénéficier d'une formation sur ce dernier.</p>	<p>Elle serait ravie de participer à une formation portant sur ce thème. Elle précise que les formations se font rares.</p>	<p>« feeling » et de ressenti personnel, plutôt que quelque chose qui s'apprend.</p>	<p>Elle utilise même un exemple de vie personnelle pour illustrer le côté mécanisme de défense de la chose (lors de son mariage, période de stress intense) et comment elle a combattu ce stress.</p> <p>Elle déclare être « toujours partante » pour une formation avec cet item. Elle explique même déjà pratiquer « yoga du rire », qu'elle conseille à tous.</p>	
<p>Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours professionnel?</p> <p>Relance :</p> <p>Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?</p> <p>Sous quelle réforme avez-vous obtenue votre diplôme ?</p> <p>Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?</p>	<p>Infirmière diplômée en 1988.</p> <p>Sous l'ancien programme.</p> <p>A exercé dans un service de long séjour pendant trois ans, puis dix ans dans un service de réanimation SMUR.</p> <p>Depuis 2000 à ce jour, en pôle de chirurgie comprenant un service de chirurgie viscérale, osseuse, ambulatoire et consultations chirurgicales.</p>	<p>Infirmière diplômée depuis 5 ans.</p> <p>Nouvelle réforme de formation</p> <p>Exerçant en service de chirurgie maxillo-faciale.</p> <p>Il s'agit de son premier poste.</p>	<p>Infirmier depuis 2014.</p> <p>Issu du nouveau référentiel.</p> <p>Exerce dans le service de pneumologie depuis février 2015.</p> <p>Avant ce poste, il était intérimaire.</p>	<p>Infirmière diplômée en juillet 1982.</p> <p>A exercé en service de dermatologie de 1982 à 1988, puis en service de chirurgie reconstructive réparatrice et maxillo-faciale depuis 1988, où elle exerce encore ce jour.</p>	<p>Infirmier depuis mars 2016.</p> <p>Obtention du diplôme sous la réforme de 2009.</p> <p>Exerce depuis son obtention du diplôme dans un service d'urgences et de SMUR.</p>

**ANNEXE III :**

**LES BIENFAITS DU RIRE**



Source : <http://tpedurire.weebly.com/iii-les-bienfaits-du-rire.html>



## **L'HUMOUR « ATOUT » POUR PRENDRE SOIN (!?)**

Un soupçon d'humour, un sourire, un rire : ne serait-ce pas la recette du bonheur ?

L'humour est un outil de communication à part entière. Son application se révèle tout à fait appropriée dans la profession infirmière comme créateur de lien social dans la relation soignant-soigné. Il permet d'apaiser les tensions, l'anxiété, la peur voir la douleur que peut éprouver un patient lors d'un soin.

Cependant, de part sa complexité d'emploi, l'humour suppose d'entreprendre un jugement clinique pertinent de la situation, dans le but de l'utiliser de manière réflexive et à bon escient, tout en respectant les valeurs et demandes du patient. Déployer l'humour dans le milieu paramédical lors de prise en soins, c'est confronter l'infirmier dans l'expression de son humanité propre et briser les représentations de la « blouse blanche ».

Mots clés : Humour, Relation soignant et soigné, Patient, Infirmier.

## **HUMOR « ASSET » TO TAKE CARE?**

A hint of humor, a laugh, a smile: would not it be the recipe for happiness?

Humor is a communication tool in its own right. Its application is proving to be quite appropriate in the nursing profession as a creator of social ties in the caregiver-patient relationship. It helps to calm tensions, anxiety, fear and pain that a patient may experience during a treatment.

However, because of its complexity of use, humor supposes to undertake a relevant clinical judgment of the situation, with the aim of using it in a reflexive way and with a sensible judgment, while respecting the patient's values and requests. Spreading out humor in the paramedical environment when taking care, is about confronting the nurse in the expression of their own humanity and to break the "white coat" representations.

Keyword: Humor, Caregiver-patient relationship, Patient, Male nurse.