Travail de Fin d'Études

centre hospitalier de Brive

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DU CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE
2015-2016

François BARDET

L'humour dans la relation de soins

Mémoire de Fin d'Etudes : Diplôme d'Etat en Soins Infirmiers
UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Mai 2016

Mémoire dirigé par
Alice BEX
Cadre de Santé,
IFSI de Brive

Université de Limoges

Remerciements

Je tiens en premier lieu à adresser mes remerciements les plus sincères à ma directrice de mémoire, Alice Bex, Cadre de Santé et Formatrice au sein de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) du Centre hospitalier de Brive, pour son soutien personnalisé et rassurant, pour ses conseils précieux et avisés, pour sa disponibilité, son ouverture d'esprit et sa sympathie.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFSI de Brive et plus particulièrement Josiane Sage, Michèle Noblecourt, pour leurs apports méthodologiques sans faille et leurs conseils toujours pertinents ainsi que Bernadette Lavialle, ma formatrice référente, qui a su m'accompagner avec une grande exigence et une grande attention tout au long de mes trois années d'études et enfin Anne-Marie Trarieux, pour ses apports informels et ses conseils de lecture toujours appréciables.

Je remercie également Martine Montelly, documentaliste à l'IFSI de Brive pour son aide précieuse lorsque « Zotero m'a tuer » et aussi pour ses conseils et ses apports, concernant la bibliographie de ce travail.

Je remercie également les professionnels infirmiers, interrogés lors de la phase exploratoire, pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour leur expérience qu'ils ont su partager avec bienveillance et qui fut une participation essentielle à la réalisation de ce travail.

Je tiens également à saluer et à remercier tous mes camarades de promotion, futurs professionnels de grande qualité j'en suis sûr, pour leurs conseils, leurs idées, et leur aide. Je remercie particulièrement Nicolas pour avoir pris le temps, qui lui manquait pourtant, de tenter de réparer mon Zotero, Benjamin pour avoir partagé inlassablement pendant nos trois années d'études tous ces cours qui me furent tant utiles et enfin Alexis, d'écouter du Rock 'n Roll…

(cc) BY-NC-ND

Je remercie également du fond du cœur, mes parents et mes beaux-parents, pour leur soutien, leur amour et leur disponibilité précieuse en tant que grands-parents…

Enfin et surtout, je remercie le plus tendrement du monde mon épouse et mes enfants, Ulysse et Adélaïde, pour avoir su m'accompagner et me soutenir avec tout leur amour, et toute leur patience, tout au long de ce travail et de mes années d'études. Je remercie amoureusement mon épouse de ne pas avoir demandé le divorce, compte-tenu du peu de temps que j'ai pu lui consacrer depuis que je me suis plongé dans ce travail et je promets de me rattraper.

(cc) BY-NC-ND

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 2.0 France** » disponible en ligne *http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/*

BY-NC-ND

Table des matières

Introduction....7
1) Phase exploratoire....9
1.1. Situation d'appel....9
1.1.1. Présentation de la situation....9
1.1.2. Description de la situation....9
1.1.3. Analyse de la situation....13
1.1.3.1. Constats....13
1.1.3.2. Causes....14
1.1.3.3. Conséquences....17
1.1.3.4. Moyens....18
1.2. Synthèse des recherches documentaires....20
1.3. Synthèse de l'analyse des entretiens....23
1.4. Synthèse de la phase exploratoire....26
1.5. Question de départ définitive....28
1.6. Cadre conceptuel....28
1.6.1. Théories de soin....28
1.6.2. Concepts et sous-concepts....29
2) Problématisation....31
2.1. Contexte....31
2.1.1. L'Hôpital....31
2.1.1.1. Historique et symbolique....31
2.1.1.2. Un temps de séjour variable....34
2.1.2. Le patient, un sujet de soins....37
2.1.3. Le rôle infirmier en milieu hospitalier....39
2.2. La relation soignant-soigné....47
2.2.1. Approche conceptuelle....47
2.2.2. La relation soignant-soigné : Une relation de confiance....49
2.2.3. L'accompagnement du patient en milieu hospitalier....52

(cc) BY-NC-ND

2.2.3.1. Définition 52
2.2.3.2. La relation d'aide 53
2.2.4. La notion de distance thérapeutique 58
2.3. L'humour dans les soins 60
2.3.1. Approche conceptuelle de l'humour 60
2.3.2. L'humour : Un mode de communication 65
2.3.2.1. La communication 65
2.3.2.2. L'humour : Un outil de communication 68
2.3.3. Les conditions de l'utilisation de l'humour dans les soins 70
2.3.4. L'humour : Un outil de communication améliorant la qualité des soins 74
3) Problématisation et hypothèse de recherche 83
4) Proposition d'outils d'enquête 85
Conclusion 87
Références bibliographiques 89
Articles : 89
Livres 90
Ressources en lignes 91
Cours 94

(cc) BY-NC-ND

INTRODUCTION

En tant qu'étudiant IDE de 3ème année, je suis amené à réaliser un travail de fin d'études d'initiation à la recherche.

En premier lieu, je vais expliquer quelles sont les raisons qui m'ont fait choisir la question de l'humour dans la relation soignant-soigné et en quoi cela questionne ma pratique professionnelle.

En effet, de part ma personnalité, mon éducation, mon histoire de vie, mes amitiés, mes lectures et d'autres éléments probablement inconscients, j'ai toujours apprécié et en quelque sorte recherché la présence de personnes qui pratiquaient l'humour, qui arrivaient à faire émerger l'aspect comique de la réalité.

De même, sans être je pense un clown invétéré, un « intégriste de la blague » je me rends compte que j'utilise souvent l'humour dans ma relation avec les autres, amis, famille, enfants, collègues, enseignants…

L'humour fait partie de ma personnalité et de mon mode de communication.

J'ai pu observer et me rendre compte tout au long de mes stages, que la mise en œuvre d'une relation soignant-soigné de qualité était non seulement un soin à part entière mais probablement un des plus complexes et des plus enrichissants à réaliser. La qualité de cette relation pouvant influer de façon significative sur le bien-être du patient.

Je me suis également rendu compte que l'humour avait souvent été utilisé dans la relation soignant-soigné. Souvent, il avait été initié par les patients…parfois, les soignants n'y avaient pas prêté attention, voire s'étaient sentis mal à l'aise, parfois ils avaient rebondi aux propos du patient et utilisé l'humour en réponse. J'ai pu observer que l'humour était alors devenu un réel facilitateur de la communication et un vrai plus à la relation soignant-soigné.

(cc) BY-NC-ND

Ainsi, la question de l'humour dans la relation soignant-soigné me questionne concernant sa pertinence (voire son impertinence) dans la construction de la relation de confiance avec les patients et dans la relation de soin.

(cc) BY-NC-ND

1) Phase exploratoire

1.1. Situation d'appel

1.1.1. Présentation de la situation

La situation que je vais relater est une situation que j'ai rencontrée lors de mon stage de Semestre 5 en oncologie, service d'hospitalisation complète.

Cette situation prend en compte trois protagonistes qui sont Mme B, une patiente atteinte d'un carcinome canalaire in situ du sein gauche, l'infirmier qui travaille ce jour sur ce secteur et moi-même.

Afin de faire émerger les différents aspects de cette situation, je commencerai par faire un résumé du parcours d'hospitalisation de Mme B.

Ensuite, je ferai une description détaillée de cette situation afin de permettre de l'analyser.

1.1.2. Description de la situation

Mme B est une patiente de 63 ans, hospitalisée dans le service d'oncologie depuis 10 jours suite à des vomissements et une toux.

En 2010 a été diagnostiqué un carcinome canalaire in situ qui a été traité par chimiothérapie.

Lors de l'été 2015 a été diagnostiquée une récidive avec métastases pulmonaires, hépatiques et adénopathie.

Mme B est une patiente qui apprécie de communiquer avec l'équipe soignante, elle pose de nombreuses questions sur ses traitements, sur son état de santé.

(cc) BY-NC-ND

Elle est sujette à des crises de toux fréquentes qui déclenchent des expectorations de glaires, ce qui la fatigue beaucoup.

Néanmoins, depuis deux jours ses nausées et sa toux ont bien diminué, en grande partie grâce aux traitements antiémétiques et antalgiques.

Mme B est une personne qui reste énergique et qui ne s'apitoie pas sur son état de santé, du moins en présence des soignants.

Etant sur le secteur où est hospitalisée Mme B depuis le début de mon stage, je peux dire qu'une relation de confiance s'est installée entre elle et moi. Elle m'appelle souvent « mon petit étudiant » et elle utilise souvent l'humour avec moi. Par exemple, elle me demande si je veux qu'elle me prête un rasoir (compte tenu de ma barbe de trois jours) vu qu'elle n'en a plus l'utilité, quand j'arrive elle me dit « attention, ça va barder… »

Ainsi, c'est une patiente qui utilise souvent l'humour pour communiquer.

Le matin du 28/10/2015, un bilan sanguin met en évidence le fait que Mme B soit en aplasie médullaire.

Dès lors, vers 9h30, l'oncologue, accompagné de l'infirmier du secteur et de moi-même, vient annoncer à Mme B ce résultat. Il lui explique que des mesures de protection vont être mises en place (isolement) et qu'un facteur de croissance leucocytaire lui sera administré afin de faire en sorte que son nombre de polynucléaires neutrophiles redevienne normal.

La patiente semble accuser le coup de cette nouvelle, elle semble abasourdie, elle a le regard vague et son visage est peu expressif.

La seule question qu'elle pose au médecin est de savoir le temps que va durer l'aplasie médullaire.

Après avoir installé les précautions d'isolement « aplasie » devant la chambre de la patiente, l'infirmier et moi-même revenons voir Mme B vers 10h00.

(cc) BY-NC-ND

Nous rentrons dans sa chambre munis de masques, de charlottes, de tabliers, de gants et de sur-chaussures afin d'expliquer en détail à Mme B les précautions qui vont être mises en place et leur intérêt.

Nous souhaitons également apprécier son état psychologique et voir avec elle ce qu'elle a retenu des explications délivrées par le médecin.

Lorsque nous entrons, Mme B est assise au fauteuil, les jambes repliées et elle semble renfermée sur elle-même.

L'infirmier lui demande comment elle se sent, ce à quoi elle répond :

- « Comment voulez-vous que j'aille ? De mal en pis… Vous êtes beaux comme ça, tiens ! »

L'infirmier demande alors à Mme B ce qu'elle a compris des explications délivrées par le médecin.

Elle répond :

- « J'ai compris que mes polynucléaires sont dans mes chaussettes, et que je vais avoir le plaisir de rester quelques jours de plus en votre compagnie… »

L'infirmier commence alors à réexpliquer les mesures d'isolement et leur intérêt.

Afin de faciliter la communication, je m'agenouille devant la patiente pour me retrouver à son niveau.

Mme B ne répond que par des gestes de la tête, elle hausse les sourcils, montrant sa perplexité, son effarement. Elle ne communique alors que très peu avec nous. Nous sentons que Mme B est contrariée, anxieuse mais elle ne le verbalise pas.

Constatant cela, l'infirmier tente de rassurer Mme B et lui explique qu'avec les mesures de protection mises en place et avec le traitement de facteur de croissance

(cc) BY-NC-ND

leucocytaire, elle devrait prochainement sortir d'aplasie. Il lui dit que cet état d'aplasie n'est que temporaire et que bientôt, ses défenses immunitaires seront « au top ».

Mme B répond :

- « Oui, oui, j'ai bien compris, mais si je suis en aplasie quand mes défenses sont « à plats », je ne suis pas sûre de vouloir qu'elles soient « au top »…

L'infirmier est moi ne comprenons pas cette phrase, et je lui demande ce qu'elle veut dire.

Mme B me répond alors avec un regard complice:

- « à plat→aplasie, au top→autopsie ! »

Je ne peux m'empêcher de sourire à ce mot d'esprit, et malgré le masque que je porte, Mme B s'en rend compte et me répond par un large sourire…

Je lui dis :

- « Je n'avais pas vu les choses comme ça… »

- « Ah, il vaut mieux en rire non ? »

- « je ne sais pas, probablement…»

- « ça me fait peur, tout ça… » Finit-elle par dire…

L'infirmier reprend alors la parole et lui dit que c'est normal d'avoir peur, et il réexplique que le traitement est très efficace et que l'aplasie ne devrait être que temporaire…

Mme B dit qu'elle comprend mais que c'est une mauvaise nouvelle de plus cette aplasie, qu'elle veut être forte et ne pas craquer, mais que c'est dur…

Mme B commence alors à nous poser des questions sur l'isolement, elle nous demande si elle pourra recevoir des visites. Elle nous demande s'il y a des effets secondaires au traitement.

(cc) BY-NC-ND

Nous répondons à ses questions en essayant d'être le plus rassurant possible.

Mme B nous demande si toutes les personnes qui vont lui rendre visite seront déguisées comme nous. Je lui réponds que oui, elles seront déguisées comme nous et je rajoute que dans mon cas, ce n'est pas plus mal car comme ça, elle ne pourra pas voir ma barbe…

Elle sourit et me dit qu'il lui tarde de pouvoir la revoir au plus vite et qu'elle espère que ce ne sera pas une barbe de 6 jours…

Mme B semble moins anxieuse qu'à notre arrivée, et nous constatons qu'elle semble également rassurée (visage plus détendu, sourires).

Elle nous remercie d'être venus lui redonner des informations et aussi un peu le sourire.

Nous concluons en indiquant à Mme B que nous restons à sa disposition pour tout autre renseignement ou interrogation de sa part et nous quittons la chambre vers 10h30.

1.1.3. Analyse de la situation

1.1.3.1. Constats

Dans cette situation nous pouvons observer que la communication verbale entre la patiente et l'équipe soignante était perturbée du fait de son anxiété, en partie due à l'annonce d'aplasie médullaire faite peu de temps avant.

L'humour a permis à la patiente d'initier la communication verbale et ainsi de pouvoir exprimer ses craintes et ses émotions.

L'équipe soignante a su interpréter, analyser la situation et répondre à ce mode de communication pour permettre à la patiente d'exprimer son mal-être et ses angoisses et une relation d'aide efficace a pu être réalisée.

(cc) BY-NC-ND

Nous remarquons que la relation de confiance existait au préalable de cette situation. Je me demande alors si cette relation de confiance est indispensable à l'utilisation de l'humour, en est-il une preuve, en est-il un signe apparent ? Si nous considérons l'humour comme initiateur d'un échange social constructif qui crée une interaction positive, un climat de connivence, de complicité entre des personnes, peut-il être utilisé en début de prise en soins, avant que la relation de confiance ne soit instaurée ?

Concernant l'utilisation de l'humour de la part des soignants quelles en sont les conditions d'utilisation, quels enjeux éthiques, quelles compétences relationnelles sont mis en jeu ?

De plus, en tant qu'étudiant je me questionne sur la légitimité de l'utilisation de l'humour dans la relation soignant-soigné. Vis-à-vis de certains professionnels qui ne l'utiliseraient pas, cela pourrait-il être mal perçu ? N'y a-t-il pas une connotation négative, assimilable à un « manque de sérieux », un excès de confiance, une insoutenable légèreté de l'être ?

1.1.3.2. Causes

Dans un premier temps, je m'interroge sur l'utilisation de l'humour par la patiente.

Quelles en sont les conditions nécessaires dans la relation avec les soignants ? Quel en est également son sens, que peut-il nous renseigner sur la patiente ?

La notion du contexte semble alors essentielle à l'analyse de cette situation qui met en jeu l'utilisation de l'humour dans la relation soignant-soigné.

Le fait que cette situation se passe à l'hôpital, dans le service d'oncologie (structure de soin) où la patiente est prise en soin pour traiter les symptômes de sa maladie, permet de définir la relation qui existe comme relation soignant-soigné.

(cc) BY-NC-ND

De plus, la patiente réside en chambre seule. Cela permet une certaine intimité et aide à l'instauration d'une relation de confiance. Cette intimité et cette relation de confiance permettent-elles une utilisation plus facile de l'humour ?

Le temps d'hospitalisation est également à prendre en considération. En effet, la patiente est hospitalisée depuis plusieurs jours et son parcours de soins fait qu'elle s'est familiarisée avec le monde hospitalier et plus particulièrement avec ce service. Quelles en sont les conséquences sur son ressenti psychologique ? Se sent-elle plus en confiance ? A-t-elle des repères ou ressent-elle une certaine lassitude ?

Il semble important de souligner le fait que ce temps d'hospitalisation a une influence sur la relation soignant-soigné.

En effet, la relation de confiance est déjà instaurée depuis plusieurs jours, la patiente nous connait. Est-ce un élément qui facilite l'utilisation de l'humour de sa part et de la nôtre ? Le fait que la patiente et les soignants aient déjà utilisé l'humour auparavant a-t-il facilité son utilisation dans cette situation ?

Toujours concernant le contexte, cette situation se passe à un moment qui peut être décrit comme critique pour la patiente. En effet, elle vient juste d'apprendre qu'elle est en aplasie médullaire, qu'elle va devoir rester hospitalisée plus longtemps et que des mesures d'isolement vont être mises en place.

La notion de choc psychologique doit donc être prise en considération, la patiente présentant un repli observable (verbal et non verbal) au début de la situation. Quel rapport peut-il y avoir avec l'utilisation de l'humour à ce moment précis ? Quelle peut en être sa signification ? La notion de mécanisme de défense est-elle envisageable ?

L'histoire de la maladie de la patiente semble également être un élément important de cette situation. En effet, il s'agit d'une maladie chronique, grave, anxiogène, qui engage le pronostic vital à moyen terme : Quelle en est l'influence sur

(cc) BY-NC-ND

l'état psychologique de la patiente ? Sur sa relation avec les soignants ? Peut-on faire un lien entre la peur de la mort et l'utilisation d'humour noir ?

L'importance des apports de la psycho-oncologie semble indéniable pour comprendre l'utilisation de l'humour dans cette situation précise.

Les notions de résilience, de mécanisme de défense, de mise à distance des affects, des émotions grâce et par l'humour sont des éléments qu'il semble important de considérer pour comprendre pourquoi l'humour est utilisé chez certains patients.

Concernant le type d'humour utilisé par la patiente, il est de plusieurs sortes et il semble important de constater qu'il ne concerne pas n'importe quels thèmes. En effet, ces thèmes de l'humour sont porteurs de sens…pour qui veut les entendre et il s'agit bien ici d'un mode de communication, ayant pour but de passer un message d'un émetteur à un récepteur.

Dans le cas d' « à plat-aplasie, au top-autopsie » il s'agit d'un jeu de mot, ou mot d'esprit sur la mort, d'humour noir…cela peut être interprété comme une mise en travail de ses angoisses afin de pouvoir les partager sur un mode ludique auprès des soignants…dans ce cas, l'utilisation de l'humour permet-il de libérer la parole, d'exprimer ses angoisses de façon élégante, de dédramatiser la situation, de provoquer une réaction dans la relation ?

Lorsque la patiente dit « je vais avoir le plaisir de rester quelques jours de plus en votre compagnie » « vous êtes beaux comme ça » : Il s'agit d'ironie. Cela permet-il également à la patiente d'exprimer sa déception, son mécontentement mais d'une façon acceptable socialement ? Cela lui permet-il un contrôle de ses émotions (la colère, tristesse) en les mettant à distance ? Est-ce un moyen pour elle de montrer sa dignité, sa force de caractère ?

(cc) BY-NC-ND

Le fait que les soignants soient habillés en mesures aplasie a pu avoir différentes conséquences sur la relation avec la patiente. En effet, il est possible de se demander si cela n'a pas renforcé le côté anxiogène de la situation, si cela n'a pas été un frein à la communication. Mais dans un même temps, cela a également eu pour effet d'initier l'utilisation de l'humour. En pointant l'aspect comique de la réalité, la patiente a pu ainsi davantage exprimer ses émotions et ses inquiétudes.

Ensuite je me questionne sur l'utilisation de l'humour qui est pratiquée par les soignants.

Nous pouvons remarquer qu'il a permis de répondre à la patiente en utilisant un même type de communication et donc ainsi de faire perdurer la communication et de renforcer la relation de confiance et le sentiment d'alliance thérapeutique. Certes il y a eu utilisation d'humour mais d'autres éléments de relation d'aide et d'autres techniques de communication sont également rentrés en jeu (utilisation de silence, reformulation, se montrer rassurant, bienveillance, respect, empathie).

L'humour qui a été utilisé est de type « autodérision », ce qui peut-être considéré comme une forme d'humour non agressive ou non hostile mais plutôt bienveillante, dont le but est de signifier à l'autre de la connivence.

1.1.3.3. Conséquences

L'utilisation de l'humour par la patiente lui a permis de pouvoir exprimer et verbaliser son anxiété et sa peur de la mort. L'humour a contribué à protéger la patiente et a fonctionné comme un mécanisme de défense, lui permettant de mettre à distance l'excès émotionnel provoqué par la nouvelle d'aplasie. L'humour a permis à Mme B de se protéger de l'effraction psychique de cette mauvaise nouvelle et d'en atténuer la souffrance morale induite.

(cc) BY-NC-ND

L'humour a également rempli une fonction de socialisation. Par son utilisation, la communication a été préservée, la relation soignant-soigné a été maintenue voire consolidée.

In fine, la patiente s'est sentie soulagée, comprise. Le fait de pouvoir exprimer ses craintes, son angoisse de la mort lui a fait du bien. « Mme B semble moins anxieuse qu'à notre arrivée, et nous constatons qu'elle semble également rassurée (visage plus détendu, sourires). »

Mais quelles peuvent être les conséquences d'un humour non adapté à un patient sur la relation soigné ? L'humour semble pouvoir avoir des effets positifs mais peut-il également nuire à la relation de confiance ?

A contrario, quels seraient les effets sur la relation soignant-soigné d'une absence de réponse (utilisant l'humour ou non), de validation de la part des soignants, sur ce qui est dit sur le ton de l'humour par un patient ?

1.1.3.4. Moyens

Dans un premier temps, je me suis senti un peu décontenancé par l'utilisation de l'humour noir …pourquoi ? Cela me fait poser la question de la connaissance de soi et de l'impact de la relation sur mes propres émotions.

Néanmoins, je remarque que j'ai rapidement été en capacité de m'adapter et de montrer par ma communication non verbale (sourire) une preuve de connivence avec la patiente, ce qui peut être apprécié comme une marque de la relation de confiance qui existait entre elle et moi.

Le fait que j'avais répondu à son utilisation de l'humour a engendré une réaction positive. En effet, la patiente m'a souri en retour, il y a eu déblocage de la situation, ainsi qu'une levée partielle du stress qui ont permis une reprise de la communication verbale…

(cc) BY-NC-ND

Afin d'entretenir la relation d'aide et de continuer la communication verbale, j'ai ensuite répondu à la patiente en utilisant un mode de communication similaire, avec le même type d'humour (ironie+autodérision) « Je lui réponds que oui, elles seront déguisées comme nous et je rajoute que dans mon cas, ce n'est pas plus mal car comme ça, elle ne pourra pas voir ma barbe… »

Je me pose donc la question des moyens utilisés pour utiliser l'humour dans la relation de soins.

L'humour est une forme de communication subjective et situationnelle par son essence et qui nécessite ainsi une habileté relationnelle.

L'observation et l'analyse de la situation clinique semblent avoir été des conditions nécessaires et indispensables à l'utilisation de l'humour. Comme toute situation clinique, cela a nécessité d'être capable d'effectuer un jugement clinique de la situation, de ce qui était en jeu (reconnaissance des affects de la patiente) dans la relation à ce moment là. Cette analyse situationnelle se doit de prendre en compte de nombreux éléments comme la patiente, ses compétences relationnelles et de communication, son état de santé, son état psychologique, des connaissances en psycho-oncologie.

De plus, les valeurs soignantes et des considérations éthiques sont également mobilisées dans cette situation. La bienveillance, le respect, la notion de juste distance relationnelle sont des éléments qu'il semble indispensable de prendre en considération.

Enfin, des compétences en communication, concernant la relation d'aide et l'instauration et le maintien de la relation de confiance sont également mises en jeu tout comme des compétences personnelles et des compétences d'adaptation.

(cc) BY-NC-ND

1.2. Synthèse des recherches documentaires

Après avoir analysé ma situation d'appel, j'ai cherché à me documenter afin d'étayer ma réflexion et d'approfondir mon questionnement initial qui était : « Quel impact peut avoir l'humour dans la relation soignant-soigné ? »

J'ai ainsi orienté mes recherches documentaires et mes lectures vers les thèmes qui me semblaient les plus prégnants et essentiels vis à vis de ma situation. Ces thèmes sont :

La relation soignant-soigné, la communication, l'humour, l'alliance thérapeutique, la relation de confiance, la relation d'aide et la résilience.

Ainsi, dans un premier temps, il m'a semblé important d'aller rechercher des informations et des précisions concernant les éléments qui définissent la relation soignant-soigné.

« *La relation soignant-soigné-Rencontre et accompagnement* [1] » de Margot Phaneuf est un livre qui m'a été très précieux. En effet j'ai pu trouver de nombreux apports concernant la communication et plus précisément, la communication dans la relation soignante, la relation d'aide et les attitudes nécessaires à cette relation d'aide. Cet ouvrage aborde également le thème de l'humour « comme bouffée d'air frais dans la relation[2] », ce que je développerai plus tard dans ce travail.

Afin de continuer mes recherches concernant la relation soignant-soigné, et dans un souci de diversifier mes sources, je me suis également beaucoup appuyé sur l'ouvrage d'Alexandre Manoukian « *La relation soignant-soigné*[3] ». Cet ouvrage m'a donné des repères, les informations nécessaires et des connaissances indispensables

---

[1] PHANEUF Margot, *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement vers l'utilisation thérapeutique de soi*, Montréal, Chenelière éducation, 2011.

[2] Ibid.

[3] MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne et DAYDE Marie-Claude, *La relation soignant-soigné*, 4e édition, Rueil-Malmaison, Éditions Lamarre, 2014 (Exercice professionnel infirmier).

(cc) BY-NC-ND

concernant la relation, la relation d'aide, l'importance des rôles soignant/soigné, les notions de contexte relationnel. J'ai pu également trouver dans cet ouvrage de nombreux concepts en rapport avec la relation soignant-soigné comme l'empathie, l'acceptation positive inconditionnelle, l'authenticité.

De plus, les cours de l'Unité d'Enseignement 4.2 S2, S3, S5 « Soins relationnels » m'ont également été d'un grand support afin de déterminer quels étaient les concepts que je devais traiter dans ce travail.

Concernant la relation de confiance, l'article « *Créer des relations de confiance avec les patients et leur famille*[4]» de Claudine Carillo, explique qu'un des moyens d'améliorer la qualité relationnelle est d'utiliser l'humour et de rire avec le patient. Il est question également de connaissance de soi, de qualité d'écoute et d'être capable d'établir une relation de confiance.

En poursuivant mes recherches sur l'impact que pouvait avoir l'humour sur la relation soignant-soigné, est logiquement apparue la notion de juste distance relationnelle. L'article de Florence Michon « *les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance* [5]» a ainsi été une ressource indéniable pour moi.

Concernant le thème central de mon travail, l'humour, j'ai pu approfondir mes réflexions et trouver de nombreuses explications et ce, principalement grâce aux ouvrages suivants.

Lors de mes recherches je me suis tout d'abord aperçu que l'humour, le comique et le rire sont des sujets qui avaient été traités par de nombreux philosophes. J'ai décidé de retenir « *Le rire: essai sur la signification du comique*[6] »

---

[4] CARILLO Claudine, « Créer des relations de confiance avec les patients et leur famille », *Soins* (757), 28.07.2011, pp. 45-46.

[5] MICHON Florence, « Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance », *Soins* 58 (773), mars 2013, pp. 32-34.

[6] BERGSON Henry, *Le Rire : Essai sur la signification du comique,* Paris, Payot, 2012.

(cc) BY-NC-ND

d'henry Bergson, écrit au début du XXème siècle. Dans cet ouvrage, Bergson décrit le « geste social » du rire, c'est-à-dire que quelques soient ses significations, il participe à la régulation sociale. Il définit le rire comme nécessairement humain et comme le fruit d'un mécanisme cérébral. Ainsi l'humour, en s'adressant à l'intelligence pure, mettrait à distance les émotions.

« *L'humour entre le rire et les larmes traumatismes et résilience*[7] » de Marie Anaut est un livre qui a également été une source majeure dans mes recherches. Cet ouvrage reprend en effet les origines de l'humour dans l'histoire et dans le temps, il en présente, ses nombreuses formes grâce à de nombreux exemples très explicites. De plus, il évoque le rôle majeur que peut prendre l'humour dans l'émergence du processus de résilience. Ainsi, cette notion de mécanisme de défense attribuée à l'humour m'a semblé primordiale afin de comprendre quelles pouvaient être les différentes significations de l'utilisation de l'humour dans un contexte de soins et ce, tant dans son utilisation faite par le patient que par celle faite par le soignant.

En précisant un peu plus mes recherches sur l'utilisation de l'humour dans la relation de soin j'ai pu m'appuyer sur deux articles issus de revues professionnelles.

« *L'humour dans la relation infirmière – patient : une revue de la littérature*[8] » par Hélène Patenaude et Louise Amelin Brabant est un article qui dresse un portrait général des études scientifiques portant sur l'utilisation de l'humour dans la communication entre les infirmiers et les patients et qui en propose également une analyse. Il correspond donc parfaitement à mon sujet et m'a ainsi été très utile pour consolider mes savoirs et élargir mon champ de recherches. J'en retiens entre autre, l'importance du jugement clinique et de l'évaluation de la situation qui sont

---

[7] ANAUT Marie et CYRULNIK Boris, *L'humour, entre le rire et les larmes: traumatismes et résilience*, Paris, O. Jacob, 2014.

[8] PATENAUDE Hélène et BRABANT Louise Hamelin, « L'humour dans la relation infirmière – patient : une revue de la littérature », *Recherche en soins infirmiers* 2 (85), 01.06.2006, pp. 36-45.

(cc) BY-NC-ND

indispensables de la part des IDE qui souhaitent introduire l'humour dans la relation de soin.

Enfin, l'éditorial de Daniel Maroudy « *l'humour, une dimension du soin ?*[9] » dresse un résumé des apports bénéfiques que peut apporter l'humour dans la relation de soin et considère ainsi l'humour comme une possible dimension du soin.

1.3. Synthèse de l'analyse des entretiens

Afin de confronter le fruit de mes premières recherches avec la réalité du terrain, j'ai réalisé trois entretiens avec trois IDE travaillant tous en milieu hospitalier. Afin de déterminer si la notion de temps d'hospitalisation pouvait avoir une influence sur l'utilisation de l'humour dans la relation de soin, j'ai volontairement choisi d'interroger des professionnels issus de services dans lesquels ce temps d'hospitalisation variait beaucoup. Ainsi l'IDE 1 travaille en Unité de Moyen Séjour, l'IDE 2 travaille dans un service d'Urgences et l'IDE 3 travaille dans un service de médecine interne.

De plus il m'a semblé important de choisir des professionnels des deux sexes afin de voir si le sexe pouvait avoir une influence ou non, sur l'utilisation de l'humour.

Pour réaliser ces entretiens, j'ai conçu un guide d'entretien composé de huit questions ouvertes et j'ai utilisé ce guide d'entretien comme support. Il s'est donc agi d'entretiens de type semi-directif. Les questions que j'ai posées étant ouvertes elles ont ainsi permis aux professionnels de pouvoir répondre le plus librement possible et ainsi de ne pas être trop guidés dans leurs réponses.

Cependant, il m'est arrivé de repréciser des éléments de réponses qui m'avaient été apportés et ce, en utilisant parfois des sous-questions ouvertes ou fermées.

---

[9] MAROUDY Daniel, « L'humour, une dimension du soin? », *Soins* 60 (794), 04.2015, p. 1.

(cc) BY-NC-ND

Le guide d'entretien se compose de huit questions qui sont regroupées en quatre thèmes, à savoir, le parcours professionnel de l'IDE, la relation soignant-soigné, l'humour et la relation soignant-soigné et enfin l'humour et le soin.

La durée initialement prévue de chaque entretien était d'environ un quart d'heure. Dans la réalité, les entretiens ont duré 10 mn 36 sec pour l'IDE 1, 18 mn 32 sec pour l'IDE 2 et 26 mn 55 sec pour l'IDE 3. J'explique cet écart de durée par le fait qu'à mesure que j'ai effectué les entretiens je me suis senti de plus en plus à l'aise dans cet exercice relativement nouveau pour moi. Ainsi, j'ai posé plus de sous-questions afin de faire préciser par les professionnels leurs éléments de réponses.

Avec l'accord de chaque professionnel, j'ai souhaité pouvoir enregistrer ces entretiens afin de pouvoir les retranscrire le plus fidèlement possible.

Le premier élément que je mettrai en avant dans cette synthèse, est le fait que l'humour fasse partie des pratiques professionnelles des trois IDE interrogés.

Il est apparu que le sexe avait peu d'influence sur l'utilisation de l'humour faite par les professionnels, compte tenu du fait qu'ils l'utilisent tous les trois. Néanmoins, l'IDE 2 qui est une femme, a déclaré être plus à l'aise pour faire de l'humour avec les patients masculins.

La notion d'expérience et de parcours professionnel ne semble pas pouvoir m'apporter d'éléments significatifs, car tous les professionnels interrogés ont une expérience des soins supérieure ou égale à 10 ans (expérience d'aide-soignant comprise, pour deux d'entre eux), ce qui correspond à une expérience somme toute conséquente. En revanche, j'ai pu repérer des éléments significatifs concernant la notion de temps d'hospitalisation, qui variait sensiblement entre les trois services sélectionnés. Ce temps d'hospitalisation semble avoir une influence sur les objectifs de l'humour et non sur le fait qu'il soit utilisé ou non.

(cc) BY-NC-ND

Concernant la relation soignant-soigné, je retiens que les trois IDE accordent une importance majeure à la qualité à apporter à cette relation. Ils soulignent tous les trois la nécessité de tout mettre en œuvre pour instaurer une relation de qualité, et que cela repose sur les compétences relationnelles et de communication infirmières. Le concept de relation de confiance a été introduit par l'un des professionnels.

Concernant le thème de l'humour et la relation soignant-soigné, les trois professionnels ont mentionné des conditions d'utilisation de l'humour. Concernant les conditions liées à la situation, ils pensent que la douleur ou que des soins invasifs excluent l'utilisation de l'humour. Concernant les conditions liées au soignant, ils indiquent que l'humour doit faire partie de la personnalité de celui-ci et que l'humour doit se faire naturellement. Tous sont d'accord pour dire que l'utilisation de l'humour nécessite une analyse pointue et efficiente de la situation de soin et que cela met en jeu les compétences de jugement clinique infirmier afin de pouvoir être adapté et personnalisé à chaque patient.

Il est également apparu un élément que je n'avais pas envisagé ou repéré, ni dans ma situation d'appel, ni dans mes recherches. Deux professionnels ont pointé le fait qu'une charge de travail trop importante pouvait être un frein à l'utilisation de l'humour par les soignants.

Les professionnels ont tous les trois posé comme condition d'utilisation, le respect des valeurs soignantes. Ainsi, ils ont abordé les concepts de bienveillance, de respect, de pudeur, de soin, d'écoute active et de relation de confiance. Je remarque néanmoins qu'aucun des professionnels n'a mentionné comme condition d'utilisation de l'humour, l'agrément du patient ou le fait que ce soit le patient qui ait initié l'humour en premier lieu dans la relation.

Concernant la relation de confiance, les professionnels considèrent que l'humour ne peut être utilisé que si cette confiance est déjà présente dans la relation. En fonction du type de service et du temps d'hospitalisation, j'ai pu noter tout de

(cc) BY-NC-ND

même quelques différences. L'humour peut être utilisé comme un outil de communication acceptable qui permet de conserver la relation de confiance en désamorçant des conflits. Il peut également créer de la connivence, aplanir la hiérarchie et donc favoriser la relation de confiance.

Concernant les effets négatifs de l'humour, les trois professionnels semblent d'accord pour rejeter l'utilisation d'un humour négatif, de supériorité, qui rit de, et non avec. Une telle dimension agressive et hostile de l'humour leur est totalement inconcevable dans la pratique soignante. Ils font donc une fois de plus référence aux valeurs soignantes susmentionnées. Sans ces valeurs éthiques, l'humour pourrait avoir comme conséquences de nuire à la relation de confiance, de provoquer la vexation et le refus de soin. Cela pourrait être assimilé à de la maltraitance qui est l'opposé de ce qui est recherché dans la prise en soin.

Concernant les effets de l'humour sur la juste distance relationnelle, les trois IDE semblent s'accorder sur le fait que l'humour aurait pour conséquences de réduire cette distance. Afin de ne pas trop la réduire il ressort que l'humour doit être habilement maîtrisé. Si c'est le cas, l'humour peut être un vrai facilitateur de la relation soignant-soigné et ils considèrent l'humour comme un outil de communication pertinent.

Enfin, les trois professionnels pensent que l'humour peut être assimilé à un soin à part entière ou comme un élément prépondérant du soin. En étant porteur d'émotions positives, l'humour a des effets bénéfiques sur la santé des patients et agit de façon positive sur leur état psychologique.

1.4. Synthèse de la phase exploratoire

Suite à l'exploitation de ma situation d'appel qui mettait en avant l'utilisation de l'humour dans la relation soignant-soigné, j'ai été amené à me posé un certain

(cc) BY-NC-ND

nombre de questionnements, que j'ai tenté d'approfondir dans la phase exploratoire de mon travail.

En premier lieu, au fil de mes lectures et à la suite de mes entretiens avec les professionnels, j'ai pu constater que l'humour était bien un sujet « sérieux », compte tenu du fait qu'il était pratiqué de façon quotidienne par les soignants. Je craignais ne pas pouvoir trouver beaucoup de références bibliographiques, mais cela ne fut pas le cas, car le sujet de l'humour dans le soin est un sujet qui jouit de nombreuses références et travaux.

J'ai donc pu confirmer et approfondir par la littérature professionnelle, la totalité des questionnements que je m'étais posés dans l'analyse de ma situation d'appel.

Les recherches bibliographiques que j'ai effectuées m'ont également apporté des éléments significatifs sur l'importance que tient la relation dans le prendre soin, éléments qui ont été confirmés par les professionnels que j'ai interrogés.

A ce titre, la communication est un des moyens principaux de la mise en œuvre d'une relation soignant-soigné de qualité. J'ai ainsi pu vérifier lors de mes recherches bibliographiques, que l'humour pouvait y trouver une place tout à fait pertinente et judicieuse.

Les entretiens que j'ai effectués avec les professionnels de santé m'ont permis de mettre en lumière un aspect que je n'avais pas envisagé, à savoir la notion de charge de travail qui pourrait limiter l'utilisation de l'humour.

J'ai encore pu découvrir lors de ces entretiens, que les moyens qui sont mis en place par les professionnels quand ils utilisent l'humour sont identiques à ceux que j'avais repérés dans ma situation d'appel. Il s'agit pour l'IDE de pouvoir s'adapter, d'analyser la situation, d'effectuer un jugement clinique et de faire appel aux valeurs

(cc) BY-NC-ND

éthiques soignantes. J'ai retrouvé également ces éléments lors de mes recherches bibliographiques.

Concernant les conséquences de l'utilisation de l'humour, tant la littérature que les entretiens tendent à confirmer que l'humour peut avoir des effets bénéfiques comme des effets négatifs sur la relation avec les patients et sur leur bien-être. Il s'agit donc de savoir l'utiliser avec finesse, discernement et tact. A ce titre, l'humour relève d'une réelle compétence relationnelle. Il apparait également que l'utilisation de l'humour influe sur la distance relationnelle et que cela nécessite donc de la part des IDE, une maitrise et une bonne appréciation de cette utilisation.

Si les moyens mis en place tiennent compte des valeurs éthiques soignantes, il semble enfin envisageable, de considérer l'humour comme une dimension possible du soin et comme un outil de communication efficace permettant d'améliorer la qualité des soins.

Tous ces éléments m'amènent ainsi à retenir la question de départ définitive que je souhaite travailler durant ce Travail :

1.5. Question de départ définitive

« En quoi l'utilisation de l'humour par l'IDE peut-elle permettre d'améliorer la qualité des soins en milieu hospitalier?»

1.6. Cadre conceptuel

1.6.1. Théories de soin

Compte tenu du thème de mon travail de fin d'études, j'ai souhaité m'appuyer sur des théories de soins pour lesquelles la relation et la communication tenaient une place majeure.

(cc) BY-NC-ND

La première de ces théories est celle du « Caring », proposée par Jean Watson et dans laquelle il est question de préserver l'humanité dans les soins de santé. Selon cette théorie humaniste et holistique, la santé est le résultat d'une harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. L'humour étant un outil de communication produit par l'esprit, il me semble judicieux de choisir cette théorie de soins. Jean Watson considère que les soins infirmiers sont un processus interpersonnel qui vise la promotion de cette harmonie entre ces trois pôles précédemment cités. Le patient et le soignant bénéficient ainsi au terme de ce processus, d'une croissance personnelle. En considérant l'humour comme « le rire avec » il apparait que le patient comme le soignant peuvent bénéficier sur un plan personnel des apports d'une telle relation que l'humour viendrait accompagner, consolider. Toujours selon cette théorie, l'IDE doit faire appel à des capacités intellectuelles, d'adaptation, de création et cela lui impose d'avoir une bonne connaissance de soi. Cette théorie de soins correspond ainsi bien aux éléments qui ressortent de ma recherche exploratoire sur l'humour et sur l'importance accordée à la relation interpersonnelle dans le soin.

Enfin, la théorie de soin de Carl Rogers et son approche centrée sur la personne me semble également tout à fait pertinente. Carl Rogers développe entre autres, les concepts d'empathie, d'écoute active de relation d'aide et d'authenticité, qui me semblent primordiaux aux vues des éléments qui ont été mis en lumière lors de la phase exploratoire de mon travail.

1.6.2. Concepts et sous-concepts

Les concepts qui m'apparaissent essentiels afin de pouvoir poursuivre mes recherches et approfondir mes questionnements sont les suivants :

(cc) BY-NC-ND

● Concept: **La relation soignant-soigné**

Ce concept semble être au cœur de mon travail de recherche. En effet, dans ma situation d'appel comme dans mes recherches bibliographiques et dans les entretiens effectués, la relation soignant-soigné émerge comme étant un des concepts les plus importants. A partir de ce concept, je développerai des sous-concepts que je présente ici sommairement :

Sous-concepts : Le patient, l'infirmier, l'hôpital, l'alliance thérapeutique, la relation de confiance, la relation d'aide, la juste distance relationnelle, l'accompagnement, l'authenticité.

● Concept: **la communication**

Ce concept semble également primordial à l'avancée de mes recherches. J'accorderai une place majeure (droit d'honneur !) à l'humour, que je développerai en tant que sous-concept et j'aborderai également les attitudes inhérentes à la communication.

Sous-concept : L'humour, les attitudes.

● Concept: **le prendre soin ou « caring »**

Afin de pouvoir envisager l'humour comme un outil thérapeutique possible il me semble également indispensable d'évoquer les concepts de « prendre soin » et de « caring ». Au regard des sous-concepts que j'y associe, j'essaierai de voir quels peuvent être les conséquences et les conditions imputables à l'utilisation de l'humour et ce, afin de déterminer sa portée sur la qualité des soins.

Sous-concept: Le bien-être, la qualité de vie, la bienveillance, la bientraitance, le respect, la dignité, l'éthique.

(cc) BY-NC-ND

2) Problématisation

2.1. Contexte

2.1.1. L'Hôpital

2.1.1.1. Historique et symbolique

Afin de pouvoir comprendre le contexte actuel de l'hôpital et la symbolique qu'il porte en lui, je me suis appuyé sur le travail de Daniel Goujon et Jacques Poisat et leur article « *l'hôpital comme espace publique*[10] ».

L'hôpital est une institution plus que millénaire en occident. En effet, les premiers hôpitaux sont apparus en Europe à partir de 500 après J.C. L'étymologie du terme semble très instructive tant sur l'histoire de cette institution que sur son acception contemporaine et sur les représentations que l'hôpital véhicule encore aujourd'hui. Le terme *domushospitalis*, maison des hôtes, et qui deviendra au moyen-âge l'*hospitalis*, est construit à partir du mot *hostis*, l'étranger, avec toutes ses composantes d'hôte, d'ami ou même d'ennemi. Originellement, il s'agissait donc d'un lieu destiné à accueillir des hôtes, quels qu'ils soient.

Au cours des siècles l'*hospitalis* se transforme en France, en « Hôtels-Dieu » puis en hospices, institutions organisées et gérées par l'Eglise. Ce sont d'abord des lieux de charité chrétienne qui hébergent les voyageurs et les pèlerins et qui vont ensuite se transformer en hospices qui accueilleront principalement les orphelins, les nécessiteux, les marginaux, les infirmes, les vieillards et aussi quelques… malades, incurables.

En 1851, l'Hôpital est érigé pour la première fois par une loi, en tant qu'établissement public communal. C'est le maire de la ville où se trouve l'Hôpital qui

[10] GOUJON Daniel et POISAT Jacques, « L'hôpital comme espace public », *Hermès, La Revue* (36), 01.04.2003, pp. 119-126.

(cc) BY-NC-ND

en préside alors le conseil d'administration. Avec cette laïcisation, l'Hôpital est donc repris au clergé, et les médecins deviennent de plus en plus influents au sein de cette institution. Ainsi l'Hôpital se transforme de plus en plus un lieu de recherche et de développement du savoir médical.

C'est à partir de cette époque que va apparaitre une des dualités des missions de l'Hôpital, à savoir répondre à une logique sociale et historique d'accueil de tous (plus démunis inclus), d'hospitalité donc, et répondre dans un même temps à une logique médicale d'excellence et de performance technique, que permettent les progrès scientifiques majeurs de l'époque. Dans la première moitié du XXème siècle, cette médicalisation des hôpitaux s'accélère et l'apparition des premières assurances sociales jusqu'à leur généralisation en 1945 accompagne « socialement » ces mutations de l'Hôpital.

Au cours du XXème siècle donc, et jusqu'à aujourd'hui, les avancées médicales, les progrès technologiques semblent avoir transformé encore plus l'Hôpital en lieu de compétences médicales, soumis à des exigences de résultats. En 1940, la loi consacre l'Hôpital comme un établissement public sanitaire et social, doté d'une personnalité morale et d'une autonomie financière, néanmoins rattachée à une collectivité locale. L'Hôpital devient ainsi un outil essentiel de la politique de santé dont peut bénéficier l'ensemble de la population.

En 1958, la « réforme Debré » crée les centres hospitalo-universitaires, et ainsi l'Hôpital, en réunissant patriciens et universitaires devient un lieu d'excellence médicale qui allie fonction d'établissement de soins avec celles d'un établissement de recherches et d'enseignement.

Aujourd'hui, l'Hôpital public joue toujours un rôle essentiel et primordial au sein du système de santé français et il contribue largement à la qualité de celui-ci. Toute la complexité réside dans le fait de pouvoir continuer à jouer son rôle social majeur tout en accroissant son efficience et ce, dans un contexte économique défavorable.

(cc) BY-NC-ND

Les valeurs actuelles de l'Hôpital public émanent de principes humanistes datant du début du XXème siècle. Ils assurent l'égalité de l'accès aux soins pour tous, ce qui inclut donc l'absence de discrimination et le devoir de soigner chacun, quels que soient son état de santé et sa situation sociale. La neutralité devant les croyances et opinions d'autrui doit également être respectée et assurée.

L'Hôpital public se doit d'assurer la continuité des soins afin de pouvoir assurer en toute circonstance, l'ensemble des traitements préventifs, curatifs et palliatifs. Cela lui demande de pouvoir s'adapter en termes d'organisation afin de répondre au mieux à l'intérêt général et aux besoins des populations, en offrant donc un service de qualité qui doit être évalué avec rigueur (démarche de certification et accréditation délivrée par l'HAS depuis 1996).

L'Hôpital est donc une institution protéiforme, complexe, porteuse d'une Histoire séculaire qui a façonné ses valeurs et ses missions actuelles. Il est en perpétuelle mutation et reflète les évolutions sociales, sociétales, culturelles, technologiques de son époque.

Il est également porteur d'enjeux sociaux, scientifiques, techniques, économiques, politiques et éthiques majeurs, qui semblent dépasser l'entendement de ses usagers qui voient encore en lui un lieu ressource, familier à tous.

Dans l'imaginaire collectif, l'Hôpital est cet « hôtel » spécialisé et curatif qui accueille les patients toute l'année, 24h/24h, en urgence si nécessaire, et qui se doit d'assurer l'amélioration de leur état de santé en prodiguant les meilleurs soins possibles. Cela induit donc une grande responsabilité et un devoir de réussite pour l'Hôpital dans un monde où l'échec thérapeutique semble de plus en plus être considéré comme une faute. Ainsi la qualité des soins est un enjeu majeur de l'hôpital public. Pour schématiser, on ne rigole pas avec l'hôpital !...De là à rigoler à l'hôpital…

En effet, de part son histoire, son passé religieux, son virage technoscientifique actuel, l'hôpital ne semble donc pas être un lieu où l'humour semble pouvoir avoir sa

(cc) BY-NC-ND

place. En effet, en tant que lieu de prise en charge de la maladie, de la souffrance, on ne pense pas de prime abord, qu'humour et hôpital puissent faire bon ménage. Pourtant, comme nous le verrons, c'est un lieu où les relations interpersonnelles sont permanentes et où elles jouent un rôle majeur dans la prise en soin. C'est dans ces relations interpersonnelles que l'humour, source de vitalité et communication humaine par essence, peut participer à humaniser la prise en soin.

Pour prendre un raccourci existentiel, on nait à l'hôpital, on y reçoit des soins et on y meurt. Entre ces étapes cruciales qui façonnent notre humanité, l'humour et le rire, qui sont le propre de l'homme, ont peut-être une place à y trouver.

2.1.1.2. Un temps de séjour variable

Concernant son organisation interne, les établissements de santé publics sont aujourd'hui organisés en pôles d'activité qui regroupent différents services et spécialités. L'intérêt de ces pôles est de permettre d'assurer une meilleure coordination des actions et des compétences afin de garantir aux patients la meilleure prise en soin possible.

Au sein de ces pôles, existent donc toujours les différents services hospitaliers, qui proposent une large diversité de prises en charge tant sanitaires que médico-sociales, adaptées à la demande de soin[11].

Ainsi, le temps de séjour, en fonction de la spécialité du service, des besoins, peut être d'une très grande variabilité. Ce temps peut varier de quelques heures à quelques mois, en fonction du type de service (Hospitalisation de Jour, Long-Séjour par exemple.)

[11] « Les établissements publics de santé », *hopital.fr*, 2015, <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-publics-de-sante>, consulté le 11.04.2016.

(cc) BY-NC-ND

Lors de ce travail, j'ai été amené à me questionner sur l'influence que pourrait avoir cette notion de temps sur la relation avec les patients et sur l'utilisation de l'humour. J'ai ainsi volontairement sélectionné pour mes entretiens, des professionnels travaillant tous dans des services où le temps de séjour variait beaucoup.

Le service d'Hospitalisation Complète Oncologie Hématologie dont est issue ma situation d'appel accueille les patients pour un temps très variable, pouvant aller de quelques jours à plusieurs semaines. Une des spécificités de ce service est également le fait que la plupart des patients soit amenée à revenir dans le service, du fait de la chronicité de leur pathologie. Au facteur temps d'hospitalisation se rajoute ainsi le facteur fréquence des hospitalisations.

Le service des Urgences/UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) accueille, prend en charge et oriente 24h/24H, 365 jours/an, toute personne présentant une situation d'urgence physique ou psychique. Le service mène également les consultations médico-légales des personnes victimes de violences, répond aux besoins des personnes démunies en assurant une prise en charge médicale et sociale et il assure la surveillance des soins rapprochés via l'UHCD, avant sortie ou orientation vers un autre service de soins. Ainsi, le temps de séjour, bien que plus court que dans la plupart des autres services hospitaliers, présente là encore de nombreuses variables en fonction des types de situations rencontrées.

Le service de Médecine Interne Rhumatologie Maladies Infectieuses et Tropicales est un service proposant lui aussi un temps de séjour très variable, allant de quelques heures à quelques jours voire quelques semaines. La prise en charge des patients relevant de ces trois spécialités médicales peut être réalisée en consultation, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète, toujours en fonction des besoins des patients.

(cc) BY-NC-ND

Enfin, l'Unité de Moyen Séjour (UMS) a quant à elle vocation à prendre en soins les patients pour une durée de séjour plus longue que tous les services cités précédemment. En effet, de par sa nature, il s'agit d'un service de soins de suite polyvalents prenant également en soins des patients âgés, dépendants ou à risque de dépendance. Le principal objectif de la prise en soins de l'UMS est la ré-autonomisation des patients afin qu'ils puissent réintégrer leurs domiciles. Cette ré-autonomisation peut s'effectuer sur un temps assez long et le temps de séjour varie ainsi de quelques semaines à quelques mois.

Les exemples que je viens de présenter ne sont qu'un infime échantillon, je l'espère représentatif, de la diversité du type de prise en soin que peut offrir un hôpital public et donc, de la variabilité du temps de séjour qui découle de cette diversité de prise en soin. Dans ce temps très variable de prise en soin, le soignant, l'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), entre en relation avec le patient, construit avec lui une relation de soin et peut ou non, établir une relation de confiance. L'humour qui pour Georges Wolinski, caricaturiste célèbre et célébré, est « *le plus court chemin d'un homme à un autre*[12] » dépend-il de cette notion de temps pour émerger, pour surgir, pour exister dans la relation?

D'après les entretiens de ma phase exploratoire que j'ai pu mener, l'humour est un mode de communication qui est utilisé dans chacun de ces services. Ainsi, la notion de contexte et le temps de séjour semblent bien jouer une influence sur la fonction de l'humour, sur le type d'humour, mais pas sur son utilisation.

Néanmoins une chose est certaine, tous les services hospitaliers de France et de Navarre, accueillent des usagers de soins, des patients, qui viennent recevoir des soins. Dans la prochaine partie de ce travail, je vais tenter de découvrir qui est la personne qui porte la chemise de nuit hospitalière.

---

[12] ANAUT et CYRULNIK, *L'humour, entre le rire et les larmes*, *op. cit.*, 2014, p. 61.

(cc) BY-NC-ND

2.1.2. Le patient, un sujet de soins.

D'après le Dictionnaire Médical Manuila, le terme « Patient » désigne une: « *personne qui subit ou va subir un examen médical, un traitement ou une opération*[13]».

Cette définition sommaire et relativement réductrice, a tout de même le mérite de témoigner de la passivité qui semble être inhérente au fait d'être patient, certes considéré comme une personne, mais devant subir ce qu'on pourrait nommer des actes médicaux.

Ainsi, dans cette définition transparait encore la manière dont fut longtemps considéré le patient[14], à savoir comme un simple objet de soin. En effet, pendant très longtemps et ce jusqu'à la deuxième partie du XXème siècle, la médecine occidentale semblait considérer que le patient était réduit à son corps ou à sa maladie. Le corps humain, anatomisé et dissocié en différents organes pathologiques, semblait d'ailleurs être le seul champ d'investigation du corps médical et peut-être aussi du corps paramédical. Il ne s'agissait pas de prendre en soin une personne dans toute son unicité bio-psycho-sociale mais simplement de traiter sa maladie.

Après la deuxième guerre mondiale, cette approche a été remise en cause par les soignants, les médecins et également les patients eux-mêmes. Il est apparu que cette vision trop réductrice ne permettait pas de prendre en compte toute la complexité du patient et ne pouvait être ainsi satisfaisante.

La profession infirmière et les théoriciennes du soin infirmier ont alors joué un rôle majeur dans la reconnaissance du patient en tant qu'être humain. En proposant une approche holistique permettant de prendre en compte les composantes, certes biologiques mais également psychologiques et sociologiques, leur vision du soin a

---

[13] MANUILA L, *Dictionnaire médical Manuila*, Paris, Masson, 2004, p. 370.

[14] PIERRON Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé* 25 (2), 2007, pp. 43-66. En ligne: www.persee.fr, DOI: 10.3406/sosan.2007.1858.

(cc) BY-NC-ND

alors permis d'aider à envisager le patient, simple objet de soin, comme patient, sujet de soin.

Le patient n'est alors plus réduit à sa simple maladie mais il est enfin reconnu comme étant un individu singulier, fait de ressentis, d'émotions, de valeurs, de croyances, comme tout être humain, comme tout citoyen.

De nombreux textes de loi ont donc tenu compte et accompagné ce changement de considération pour le patient. Ils permettent aujourd'hui d'assurer au patient d'être reconnu en tant que sujet de soin qui bénéficie de droits.

Les droits du patient[15] en France reposent principalement sur les textes de Loi suivant :

-La Charte de la Personne Hospitalisée a été créée en 1974 puis modifiée en 1995 et 2006. Elle réaffirme les principes fondamentaux des droits des patients en termes d'accès aux soins, du libre choix de l'établissement, de la qualité de l'accueil, de droit à l'information, au consentement éclairé, etc…

-La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ou Loi Kouchner. Cette loi majeure dans l'avancée de la reconnaissance des droits des patients, définit le droit des malades et patients hospitalisés ainsi que les obligations, devoirs et responsabilité du personnel de santé. Elle assure par exemple, une meilleure représentation des usagers au sein des grandes institutions de la Santé et des Hôpitaux, le droit des patients d'accéder directement et de disposer de la totalité de leur dossier médical qui est considéré comme leur propriété, etc…

- La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ou Loi « Hôpital, patients, santé et territoire », ou Loi Bachelot du 21 juillet

[15] DURAND Charlaine, « Textes législatifs, Chartes, Conventions... relatifs aux droits des (...) - cadredesante.com »*cadredesante.com*,<http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Textes-legislatifs-Chartes>, consulté le 10.05.2016.

(cc) BY-NC-ND

2009 permet elle, entre autres, de lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins.

Ces principaux textes législatifs permettent certes d'assurer la sécurité du patient mais ils lui accordent surtout une place centrale dans le système de prise en soin français.

En tant que soignant, il semble indispensable de considérer le patient à sa juste valeur. Le patient est un homme, une femme, un enfant, le patient a tous les âges, toutes les origines sociales, culturelles, ethniques, religieuses. Le patient, avant de devenir patient, est un citoyen comme les autres, un être humain fait de chair et de sang certes, mais aussi fait de raison, de rêves, d'idéaux, de sentiments, de contradictions. Le patient vit des joies, des peines, il éprouve du plaisir, de la peur de la gêne. Le patient peut s'ennuyer, s'énerver, s'amuser, faire de l'humour…comme chacun et chacune d'entre nous. Le patient est notre père, notre mère, notre grand-mère, notre enfant, notre voisin, le patient c'est nous. Le patient, c'est l'Homme, dans un contexte certes particulier, mais qui ne lui enlève en rien son humanité.

Dans une perspective de prendre en soin avec humanité le patient, les infirmiers ont assurément un rôle majeur à jouer. C'est ce que nous allons tenter de déterminer dans la partie suivante de ce travail.

2.1.3. Le rôle infirmier en milieu hospitalier

Afin de comprendre quel peut être le rôle infirmier au sein de l'hôpital il convient dans un premier temps de déterminer ce que fait un Infirmier Diplômé d'Etat.

Comme toute profession, celle d'infirmier se définit entre autres, par des activités et des compétences relatives à la pratique de cette dernière et qui sont référencées dans deux référentiels s'inscrivant dans la réglementation qui figure au

(cc) BY-NC-ND

Code de la Santé Publique (CSP). L'objet de ces deux référentiels est de permettre de décrire avec une grande précision les différentes activités et compétences du métier d'IDE, sensées être acquises et maîtrisées par les professionnels diplômés d'Etat.

Concernant le référentiel d'activités, celui-ci comprend 9 grandes entités d'activités, détaillées en de très nombreux actes qui fondent la profession d'IDE. Nous pouvons remarquer que certains de ces actes concernent directement la prise en soins des patients, on parle alors de soins directs alors que d'autres, qui concernent plus l'organisation, la coordination, la gestion, ne sont pas réalisés auprès du patient, on parle de soins indirects.

Il convient maintenant de donner la définition du métier d'infirmier telle qu'elle est formulée dans le code de la santé publique (CSP):

« *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement*[16]» Art. L. 4311-1- (Modifié par Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 art.52 Journal officiel du 18 décembre 2012)

Il apparait dans cette définition un élément essentiel de la profession IDE, à savoir le fait de donner des soins infirmiers « *sur prescription médicale ou en application du rôle propre qui lui est dévolu*[17]».

Ainsi, les soins prodigués par l'IDE et les activités qu'il réalise peuvent être de deux natures et confèrent ainsi à l'IDE deux rôles bien distincts, complémentaires et réglementés par le CSP.

---

[16] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Profession infirmier*, Berger Levrault, 2013.
[17] Ibid.

(cc) BY-NC-ND

Le rôle en collaboration ou rôle prescrit, concerne tous les actes dont l'application est faite à partir d'une « *prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée ou d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin*[18]»(Art. L. 4311-7- du CSP). Ce rôle prescrit concerne une quarantaine d'actes, référencés, et pour la plupart d'ordre technique.

Concernant le deuxième rôle de l'IDE, il concerne le rôle propre infirmier. Celui-ci concerne l'ensemble des actes et des soins dont l'IDE prend l'initiative et pour lesquels il est autonome, juge mais également responsable.

Les articles R. 4311-5 et R. 4311-6 stipulent 46 actes ou soins qui peuvent être accomplis par l'IDE dans le cadre de son rôle propre. Ces 46 actes visent à « *identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement*[19] ».

Au travers de ces textes législatifs apparait donc le fait que l'IDE soit au cœur de la prise en soin des patients. De part son rôle prescrit et son rôle propre, il est amené à travailler, à collaborer avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en soins les patients en milieu hospitalier. Il tient donc un rôle central et majeur, tant dans la réalisation des soins, que dans leur coordination.

Nous venons de voir ce que faisait l'IDE, mais comment fait-il tout ça ?

Le référentiel de compétences infirmières s'attache à décrire également avec une grande précision, les capacités nécessaires à l'IDE afin de pouvoir réaliser tous les actes décrits dans le référentiel d'activités. Il comprend 10 compétences.

Un des points essentiels du travail de l'IDE et ce, encore plus en milieu hospitalier, est le fait qu'il soit en permanence amené à être en relation avec l'autre. Il

[18] Ibid.
[19] Ibid.

(cc) BY-NC-ND

est en relation avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, il est en relation avec les patients et il est en relation avec leurs proches. La compétence relationnelle semble donc être essentielle chez l'IDE. Margot Phaneuf décrit la compétence relationnelle comme étant « *l'ensemble des qualités et des habiletés qui permettent à l'infirmière de s'ouvrir à l'expérience, aux paroles, aux besoins et aux désirs de l'autre pour les comprendre et y répondre. Cette compétence lui permet aussi d'utiliser ses qualités et ces habiletés pour transmettre ses émotions, ses idées et ses désirs avec efficacité*[20] ».

Les compétences techniques de la profession, indispensables et fondamentales en milieu hospitalier ne peuvent ainsi se départir de compétences relationnelles, tout autant que de compétences en communication. Cela correspond à la compétence 6 du référentiel : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.

Le philosophe Marin rappelle « *qu'un soin est malgré l'importance de certains gestes, de certaines attitudes (…), en premier lieu et avant d'être un exploit technique, relation humaine*[21] ».

Pour ce faire, tout comme il doit savoir le réaliser sur le plan clinique, l'IDE doit être capable de savoir rechercher des informations pertinentes, de pouvoir analyser les situations rencontrées, afin de pouvoir identifier les besoins spécifiques de chaque patient et ainsi établir une relation de soin de qualité avec lui. Cette compétence de jugement clinique et d'analyse correspond à la compétence 1 du référentiel de compétence IDE : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier[22].

De la qualité de cette relation dépendra énormément la qualité de la prise en soins.

---

[20] PHANEUF, *La relation soignant-soigné*, *op. cit.*, 2011, p. 22.

[21] MANOUKIAN, MASSEBEUF et DAYDE, *La relation soignant-soigné*, *op. cit.*, 2014, p. 3.

[22] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Profession infirmier*, *op. cit.*, 2013.

(cc) BY-NC-ND

Cet aspect relationnel du soin apparait ainsi dans l'article R. 4311-2 du CSP : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade*[23] ».

Donc être infirmier nécessite de savoir communiquer avec l'autre et surtout de pouvoir établir une relation individualisée, une relation de qualité avec chaque patient qu'il prend en soin. Il ne s'agit donc pas pour l'infirmier, de faire uniquement un soin mais également, de prendre soin.

Apparait alors la notion des valeurs professionnelles infirmières. Ces valeurs propres à la profession infirmière se sont construites et ont évolué au fil de l'histoire du métier. Il est important de noter que la profession ne dispose pas d'un code de déontologie ou d'un code éthique à ce jour mais qu'il est en cours d'élaboration.

Néanmoins certaines valeurs essentielles semblent bien être au fondement de la profession et ce sont ces valeurs qui sont transmises aux étudiants, pendant leurs années d'études. Parmi ces valeurs essentielles, on retrouve le respect de la liberté, de la dignité, du consentement et du secret de la personne soignée.

Pour pouvoir prendre soin et entrer en relation avec chaque patient, quel qu'il soit, il faut pouvoir reconnaitre son humanité et la respecter. Ainsi, les valeurs de tolérance, de bienveillance, de respect, de solidarité, d'humanisme sont également essentielles à la pratique de ce métier.

La prise en soin et l'approche relationnelle qui seront effectuées au regard de ces valeurs fondamentales seront ainsi centrées sur la personne, ne considérant pas le patient comme un simple objet de soin mais bien comme un sujet, qui a des droits, des attentes, comme tout Homme. C'est ainsi qu'une relation soignant-soigné de qualité, humaine, humaniste et respectueuse pourra s'établir.

[23] Ibid.

(cc) BY-NC-ND

Les théories de soin en sciences infirmières peuvent alors aider les soignants, les infirmiers, à faire vivre ces valeurs dans leur pratique quotidienne. Les théories de soin sont des systèmes qui proposent des concepts de soins, reliés entre eux et qui permettent de décrire, d'expliquer, de faire comprendre et d'appréhender le soin à travers ces mêmes concepts.

La théorie du « Human Caring » ou « caring », prendre soin en français, proposée par Jean Watson, une infirmière théoricienne américaine contemporaine, tend à orienter les soins infirmiers vers une approche humaniste. Watson différencie ainsi les soins plus techniques, relevant du rôle prescrit et qui ont vocation à être curatifs, des soins caratifs, qui « prennent soin » relevant du rôle propre.

Cette théorie est fondée sur des valeurs de respect, de collaboration et de singularité de la personne soignée plutôt que sur son objectivation et son contrôle.

Pour Watson, « *la relation de caring transpersonnelle caractérise un type particulier de connexion entre le soignant et le soigné, laquelle s'appuie sur des valeurs humanistes. Selon elle, le but de cette relation vise la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine, l'intégralité et l'harmonie de la personne soignée*[24] ».

Ainsi, la relation est personnalisée, particulière et prend en compte l'unicité du patient mais aussi celle du soignant. Elle est au centre de la prise en soin et à la base du rôle propre infirmier.

Je me suis alors rendu compte au cours de mes recherches qu'un autre théoricien des soins infirmiers donnait à réfléchir sur le « prendre soin » à l'hôpital et correspondait plus précisément encore aux valeurs et au thème de mon sujet de

[24] CARA Chantal et O'REILLY Louise, « S'approprier la théorie du Human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique », *Recherche en soins infirmiers* (95), 2008, pp. 37-45.

(cc) BY-NC-ND

travail. « *Prendre soin à l'hôpital* [25]» est d'ailleurs le titre d'un ouvrage de Walter Hesbeen, un infirmier et docteur en santé publique belge qui est en autres, fondateur et rédacteur en chef de la revue Perspective Soignante.

Tout comme Watson, il précise dans ce livre la différence fondamentale qu'il y a entre « *faire des soins* » et « *prendre soin* » ainsi que la différence fondamentale qu'il y a entre une vision du corps objet et une vision du corps sujet. Cela amène à repenser la place du patient dans toute action de soin. Sa conception de la démarche de soin est celle d'un accompagnement du patient faisant suite à une rencontre entre deux êtres.

Pour Walter Hesbeen, le relationnel est fondamental dans ce qu'il décrit comme « l'art infirmier ». « *Réhabiliter la parole sur les choses de la vie…Il ne s'agit pas de faire du relationnel, mais d'être relationnel* [26]».

Il accorde ainsi une place et une importance majeure aux « petites choses » qu'il considère comme étant constitutives du soin infirmier. Ces « petites choses » qui témoignent et manifestent l'attention portée à l'autre, la qualité de la relation et qui participent à sa santé en procurant du bien-être. A l'inverse de bons nombres d'activités infirmières, elles ne sont pas spectaculaires, pas quantifiables, difficilement mesurables et rarement observables, elles ne semblent pas complexes à réaliser et pourtant elles « *s'inscrivent véritablement dans la complexité de l'approche de l'humain. Dans sa réalité profonde, le soin infirmier est ainsi plus marqué par la subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition que par la science et la technique*[27] ».

Il me semble que c'est dans la subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition que l'humour peut jouer un rôle majeur dans la relation. L'humour semble correspondre parfaitement à ces « petites choses » qui peuvent permettre à l'IDE de

---

[25] HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.

[26] Ibid., p. préface XI.

[27] Ibid., p. 46.

(cc) BY-NC-ND

montrer au patient sa sollicitude et sa complicité. Le temps d'un instant, l'humour semble pouvoir permettre de relier deux personnes, de partager un moment agréable et ainsi d'apporter un bien-être.

Ann D Sumners, qui a réalisé en 1990 une étude sur l'attitude des infirmières professionnelles envers l'humour, donne cette définition de l'humour, qui en fait également un élément majeur du prendre soin : « *L'humour est une forme de jeu intellectuel caractérisé par un comportement spontané qui démontre de la gentillesse et qui apporte un message d'affection, d'humanisme et de caring*[28] ».

Les théories de soin du caring de Watson ou du prendre soin de Hesbeen ont été influencées en partie par celle du psychologue et théoricien nord-américain Carl Rogers, et son travail sur la relation d'aide. Cette approche centrée sur la personne considère que la dimension individuelle est centrale dans la relation. Pour Carl Rogers, « *tout individu est unique et en évolution*[29] » ainsi, sa théorie est fondée sur la mise en place et le développement d'une relation de confiance personnalisée entre le patient et le soignant. Ce dernier doit pouvoir accompagner le patient, l'aider à vivre sa maladie et ses conséquences, l'aider à changer et à accéder à son autonomie en ayant conscience que tout cela est possible et réalisable car le patient, comme chacun de nous, est un être humain riche de ressources et en évolution constante.

Ainsi, définir le rôle ou les rôles de l'IDE en milieu hospitalier apparait comme très complexe, au vu des nombreuses et différentes fonctions tant paramédicales et humaines relatives à cette profession.

Néanmoins, un des rôles prépondérants et primordiaux de l'IDE semble bien être celui de pouvoir et de savoir entrer en relation avec la personne qu'il prend en soin.

---

[28] PATENAUDE et BRABANT, « L'humour dans la relation infirmière – patient », *art. cit.*, 2006, p. 37.

[29] MANOUKIAN, MASSEBEUF et DAYDE, *La relation soignant-soigné*, *op. cit.*, 2014, p. 54.

(cc) BY-NC-ND

2.2. La relation soignant-soigné

2.2.1. Approche conceptuelle

Comme nous l'avons vu précédemment, de part le type de soins qu'ils ont à prodiguer aux patients qu'ils « prennent en charge » dans les services hospitaliers, les IDE sont amenés à entrer en relation avec les patients de façon souvent intime et parfois plus ou moins prolongée.

Dans un premier temps il convient de définir ce qu'est une relation.

Selon Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf la relation est « *une rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires*[30] »

Cette première définition nous amène à considérer les éléments si personnels qui rendent la relation singulière, unique et complexe. Les deux auteurs précisent que « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation*[31] ». Ainsi, lorsqu'une relation s'établit entre deux personnes, de très nombreux facteurs entrent en jeu comme des facteurs psychologiques, sociaux et physiques.

Le sens, le type et l'orientation d'une relation vont alors dépendre de tous ces facteurs, de leur conjugaison, certains pouvant améliorer la qualité de la relation, d'autres pouvant la compromettre.

Willard Hartup, un psychologue américain, propose quant à lui une définition qui introduit la dimension de temporalité, inhérente à la relation et il la distingue ainsi de la simple interaction, sur laquelle la relation se crée pourtant. « *La relation est une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien. Chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée,*

---

[30] SAGE Josiane, La relation soignant-soigné, Cours, IFSI Brive, 10.05.2014.

[31] MANOUKIAN, MASSEBEUF et DAYDE, *La relation soignant-soigné*, *op. cit.*, 2014, p. 5.

(cc) BY-NC-ND

répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction[32]».

Nous pouvons ainsi appréhender toute la subtilité et la difficulté que portent en elles l'entrée et le maintien d'une relation entre deux individus. La répétition seule d'interactions ne suffit pas à instaurer une relation. Il y a quelque chose de plus profond, de plus intime de plus personnel qui entre en jeu.

Car l'individu projette dans la relation des significations d'ordre affectif et cognitif et ce, de façon consciente ou non. Les représentations sociales des individus peuvent alors jouer un rôle essentiel dans les relations. « *La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place*)[33] ».

Comme dans toute relation, le contexte joue également une grande influence. Dans la relation soignant-soigné en milieu hospitalier, un contexte particulier vient colorer, influer sur le type de relation qui s'établit et sur les représentations sociales qui peuvent l'influencer. Ce contexte, c'est l'hospitalisation et le fait qu'un des individus soit patient/soigné et que l'autre soit IDE/ soignant.

Premièrement, aucun de ces deux protagonistes n'a décidé d'entrer spécialement en relation avec l'autre, il s'agit donc d'une relation imposée par les circonstances. En tant que professionnel de santé et selon ses compétences, son référentiel d'activité et surtout ses valeurs soignantes, c'est bien au soignant qu'incombe le devoir d'assurer et de tout mettre en œuvre pour qu'une relation de qualité puisse se construire avec la personne soignée et ce, afin de pouvoir l'accompagner au mieux, au cours de son parcours de soin.

---

[32] SAGE, La relation soignant-soigné, *cit.*, 2014.

[33] FORMARIER Monique, « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers* (89), 01.06.2007, p. 24.

(cc) BY-NC-ND

Ensuite, le soignant qui veut prendre soin des patients doit avoir conscience de l'asymétrie relationnelle qui existe dans le cadre de la relation soignant-soigné et ce, encore plus en milieu hospitalier. La relation soignant-soigné est par nature asymétrique « *Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leur sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas* [34]».

Ainsi, l'IDE doit être vigilant et tout mettre en œuvre afin de corriger cette asymétrie qui existe dans la relation avec le patient. En effet, Le soignant ne doit pas perdre de vue l'objectif du soin. Il ne s'agit pas d'infantiliser le patient, de l'objectiver donc de le déshumaniser, mais bien de le traiter avec respect, en tant que sujet libre de ses choix, acteur de sa santé, et de l'accompagner en respectant sa dignité, vers l'autonomie.

Le seul moyen de réussir à réaliser cela en tant que soignant c'est de pouvoir gagner, de mériter la confiance de la personne soignée. C'est avec cette confiance que le soignant et le soigné pourront entrer dans une relation de qualité, bénéfique tant pour l'un que pour l'autre. C'est avec cette confiance que l'IDE pourra véritablement prendre soin de l'autre.

2.2.2. La relation soignant-soigné : Une relation de confiance

Nous avons défini précédemment ce que pouvait être la relation soignant-soigné. Afin de nous permettre d'envisager cette relation comme une relation de confiance, il convient dans un premier temps de donner une définition de la confiance.

[34] Ibid., p. 30.

(cc) BY-NC-ND

Celle du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales semble pouvoir nous apporter des éléments de compréhension. Dans le cadre d'une relation personnelle, « *la confiance est la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence*[35] ».

Cette définition permet de préciser que la confiance est une croyance qui peut être soit spontanée, soit acquise. En d'autres termes il faut pouvoir gagner la confiance de l'autre si elle n'est pas spontanément présente dans la relation. De plus, la confiance met en jeu le concept de valeurs partagées entre des individus. En fait, la confiance ne peut se vérifier et se mesurer que par ses preuves, ses actes. Ne pas mentir, informer, être disponible, authentique, bienveillant, assurer des soins techniques de grande qualité, ne rien promettre que l'on ne puisse faire, être respectueux, poli, sont tous des éléments, assez simples, qui peuvent engendrer de la confiance et aider à créer une relation de confiance avec le patient.

Lionel Bellenger, maître de conférence et spécialiste de la négociation, définit quant à lui la relation de confiance comme étant un « *processus où chacun prend progressivement de petits risques l'un envers l'autre*[36] »

Ainsi, nous pouvons voir que la relation de confiance s'inscrit en tant que processus. Cela implique que la relation de confiance peut s'établir ou non, se développer ou non, comme se maintenir ou non. En cas d'impair relationnel, de manque d'engagement dans la relation, la confiance peut disparaitre aussi vite qu'elle est apparue. Un autre point semble intéressant à souligner. Pour qu'il y ait relation de confiance, chacun des acteurs de la relation doit prendre de petits risques

---

[35] « Définition de CONFIANCE », *cnrtl.fr*, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance>, consulté le 19.04.2016.

[36] BASTIAN Joelle, VALDEYRON Jean-Luc et VAQUIER Véronique, « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique: étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers* (93), 2001, p. 95.

(cc) BY-NC-ND

l'un envers l'autre. Pour l'IDE, cette prise de risque correspond au fait de pouvoir montrer à la personne soignée son engagement personnel dans la relation. A ce titre, utiliser l'humour peut être considéré comme une prise de risque. En effet, en utilisant l'humour on prend le risque de surprendre l'autre, d'introduire un aspect inattendu à la relation, de provoquer une réaction. Si cet humour est réalisé après une analyse efficiente de la situation, s'il « fait mouche », s'il crée une connivence, il peut s'avérer être un outil très utile et aider à construire un lien de confiance.

Walter Hesbeen considère que le premier objectif de la prise en soin qui prend soin, est de réussir à créer des liens de confiance avec le patient par une approche relationnelle judicieuse et subtile. Pour ce faire il convient d'introduire et d'associer huit éléments à la relation, qui sont selon lui: la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, la compassion et…l'humour.

Pour reprendre Walter Hesbeen, utiliser l'humour à bon escient semble donc pouvoir également contribuer à instaurer une relation de confiance.

En créant un climat agréable, en faisant baisser les tensions, l'humour peut permettre d'influer de façon positive la relation avec le patient qui, en se sentant plus détendu, pourra faire confiance plus facilement à l'IDE.

C'est alors que pourra se créer l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné dont la confiance est un des éléments fondamentaux, un des attributs.

Pour le philosophe Paul Ricœur, « *la relation de soin, singulière dans son instantanéité, peut être définie comme un « pacte de soins ». Ce pacte est basé sur la présence, la confiance et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie* [37]».

[37] FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème éd, Lyon, Mallet conseil, 2012, p. 65.

(cc) BY-NC-ND

L'alliance thérapeutique, comme une alliance militaire, serait donc ce pacte tacite passé entre le patient et le soignant pour mener ensemble la guerre contre la maladie.

Le concept d'alliance thérapeutique ne vient pourtant pas des champs de bataille mais du champ de la psychanalyse. Pour Carl Rogers, l'alliance thérapeutique ne peut se créer que si le thérapeute (lire infirmier) assure certaines conditions nécessaires, ce qui pourra alors faire apparaitre chez la personne un changement bénéfique. Ces conditions sont l'empathie, le regard inconditionnellement positif et l'authenticité du thérapeute. Nous verrons que ces attributs de l'alliance thérapeutique sont également ceux de la relation d'aide. Là encore, le soignant qui désire créer une alliance thérapeutique avec le patient doit user de compétences relationnelles, de compétences en communication pour remplir ces conditions nécessaires.

Pour conclure sur l'alliance thérapeutique, elle est donc cette collaboration mutuelle, ce partenariat, entre le patient et le soignant et qui a pour but d'accomplir des objectifs qui ont été fixés préalablement entre eux. Le projet de soin du patient, discuté avec lui, négocié avec lui, peut être considéré comme le pacte qui scelle l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant.

Le soignant se trouve alors au côté du patient, en relation de confiance et il l'accompagne afin de mener à bien des objectifs qu'ils ont fixé ensemble dans ce projet de soin, dans cet état d'alliance thérapeutique.

2.2.3. L'accompagnement du patient en milieu hospitalier

2.2.3.1. Définition

Accompagner un patient en milieu hospitalier, voilà donc un des rôles essentiels de l'IDE. Accompagner le patient du moment de l'accueil jusqu'à sa sortie, quelle

(cc) BY-NC-ND

qu'elle soit. Accompagner un patient dans ses moments de doutes, d'angoisse, de souffrance, de colère, de tristesse, et de mieux-être aussi, parfois.

La notion d'accompagnement implique bien plus qu'une simple prise en charge de la maladie du patient, bien plus qu'un enchainement d'interactions. Pour la professeure Mireille Cifali : « *accompagner serait aller avec,…Partir de l'autre et pas de soi… Aller avec évoque un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'évènement*[38] ».

La relation de confiance et l'alliance thérapeutique sont des éléments essentiels qui permettent à l'IDE de pouvoir accompagner le patient pendant son parcours de soin, d'être à ses côtés pour l'aider à braver les difficultés.

2.2.3.2. La relation d'aide

La relation d'aide[39] est un des aboutissements les plus représentatifs de l'accompagnement du patient et elle témoigne des compétences relationnelles et en communication de la pratique infirmière. Ce n'est pas un type de relation que l'on peut utiliser à tout moment mais qui doit être réservé à des situations particulières, difficiles, lorsque l'IDE, par ses compétences de jugement clinique, d'analyse de situation, pense que le patient peut en bénéficier.

La relation d'aide[40] trouve ses origines dans les travaux du psychologue Carl Rogers. C'est une relation égalitaire, qui est fortement orientée et influencée par des valeurs d'humanisme et dans laquelle le patient et le soignant se trouvent sur un même niveau d'égalité. La relation d'aide place la personne soignée au cœur des soins et elle est centrée sur le patient. Il ne s'agit pas de diriger le patient, de l'influencer vers telle ou telle décision, mais bien de respecter son libre-arbitre, son

[38] Ibid., p. 42.

[39] FORMARIER, « La relation de soin, concepts et finalités », *art. cit.*, 2007.

[40] PHANEUF, *La relation soignant-soigné*, *op. cit.*, 2011, pp. 183-250.

(cc) BY-NC-ND

pouvoir décisionnel, son autonomie. La non-directivité en est donc une des règles fondamentales.

Son objectif thérapeutique principal est de permettre au patient de pouvoir exprimer ses affects, le plus librement possible, sans qu'il ne se sente jugé mais en lui apportant écoute et réconfort. Fondée sur les bases de la relation de confiance, c'est un moyen d'aider le patient à vivre au mieux sa maladie et ses conséquences et d'accéder à l'autonomie.

La relation d'aide peut permettre au patient qui vit une épreuve de retrouver du courage, de l'espoir concernant sa situation. Elle peut également l'aider à avoir une meilleure compréhension de cette situation, elle peut lui permettre de l'accepter et de s'ouvrir au changement si cela est nécessaire. Dans tous les cas, la relation d'aide apporte un soutien chaleureux et compréhensif au patient et lui propose de partager les difficultés qu'il peut rencontrer. Sur un plan pratique, il s'agit d'un échange profond, de qualité, entre le patient et le soignant, qui prend en compte l'aspect verbal et non verbal de la communication et où l'écoute mais également les paroles du soignant sont très importantes.

La relation d'aide demande donc à l'IDE de pouvoir adopter certaines attitudes indispensables pour pouvoir réussir.

La présence est une des premières attitudes qui permette de pouvoir entrer en relation. Cela signifie que l'IDE doit par ses capacités physiques et psychologiques, montrer au patient qu'il est proche, disponible et concerné par la relation qui est en cours. Au moment de la relation d'aide, l'IDE est pleinement concentré sur le patient qui mobilise toute son attention.

Pour ce faire, l'IDE doit avoir une attitude d'écoute qui engage tout son corps, tous ses sens. L'écoute est dite active car c'est une démarche active, reformulante, qui passe aussi par le non verbal, par le regard, le toucher. Son objectif est de permettre la compréhension réelle de ce qui est dit et pas seulement d'entendre ce qui est dit.

(cc) BY-NC-ND

Une autre attitude semble primordiale à la relation d'aide et de façon plus générale, à toute prise en soin. Il s'agit en effet du non-jugement de la personne soignée. Qui veut respecter la dignité d'autrui se doit de ne pas avoir d'idées préconçues, influencées par des représentations sociales ou des impressions subjectives. Il ne s'agit pas de cautionner ou non des propos, de juger la valeur des paroles, des émotions, des gestes, des comportements mais bien de respecter la dignité du patient. Le non-jugement implique une capacité d'ouverture à l'autre et nécessite de la part de l'IDE une bonne connaissance de soi.

Au contraire du jugement, l'IDE doit pouvoir montrer au patient de la considération positive, ce qui aidera le patient à se sentir reconnu, apprécié, digne d'attention. C'est un regard valorisant porté à l'autre qui pourra l'aider à croire en lui, en ses compétences, ses ressources personnelles et qui pourra ainsi peut-être le mener vers un changement et une autonomie souhaitée. L'IDE se doit de penser que le patient a des ressources, qu'il est en capacité de changer si cela est nécessaire, et il doit le lui faire ressentir par ses attitudes et sa communication.

Enfin, l'aspect non-directif et non-autoritaire de la relation est primordial. Il ne s'agit pas d'établir une relation de pouvoir de la part de l'IDE mais bien de permettre au patient de pouvoir s'exprimer librement, en respectant ses différences, son autonomie et les capacités de décision qui lui sont propres.

Nous venons de voir les attitudes indispensables à la relation d'aide nous allons maintenant voir les moyens d'action qui lui permettent de se concrétiser et qui lui donne également tout son sens. Ils sont considérés par Margot Phaneuf comme étant des habiletés et par Alexandre Manoukian comme étant des concepts associés.

L'acceptation positive inconditionnelle est une habileté d'ouverture, une neutralité bienveillante qui reconnait la dignité de toute personne. Elle se nourrit des attitudes de non-jugement et de considération positives. Là encore, une bonne

(cc) BY-NC-ND

connaissance de soi et des valeurs humanistes sont indispensables pour faire vivre cette acceptation positive inconditionnelle.

L'authenticité est également une habileté importante pour la relation d'aide. Pour être authentique, il suffi d'être soi-même. Encore faut-il savoir qui on est, en avoir conscience et vouloir être soi-même. Etre authentique signifie probablement être naturel, spontané, être en accord avec soi-même, avec ses valeurs, ses convictions. Dans la relation d'aide comme dans la relation soignant-soigné, l'authenticité est indispensable car de façon non-verbale et par des attitudes non cohérentes, l'IDE peut amener le patient à mettre en doute son authenticité, ce qui peut nuire à la confiance et donc in fine, à la relation d'aide.

Parmi les habiletés relatives à la relation d'aide se trouve également l'empathie. Pour Carl Rogers : « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* [41] ».

L'empathie, en tant que décentration cognitive, permet au soignant de comprendre ce que vit le patient, de s'identifier à lui sans pour autant vivre ses émotions. L'empathie est une sorte de compassion mais où l'aspect cognitif prédomine sur l'aspect émotionnel. L'intérêt pour le patient est de sentir que l'IDE entend, perçoit et valide ses émotions, son ressenti.

Pour que l'authenticité et l'empathie de l'IDE puissent être perçues par le patient, il doit encore pouvoir montrer une habileté de congruence. La congruence peut être considérée comme étant une manière d'être harmonieuse. C'est la cohérence entre les émotions, les ressentis, les expressions, les pensées et les actions. La congruence est observable de part le comportement verbal et non verbal, les

[41] FORMARIER et JOVIC, *Les concepts en sciences infirmières*, *op. cit.*, 2012, p. 168.

(cc) BY-NC-ND

attitudes, et elle sera perçue comme preuve de sincérité dans la relation. Sans cette congruence, la relation de confiance peut être mise à mal et le patient peut perdre toute confiance en l'IDE.

Parfois, afin d'aider au changement, l'IDE peut être amené à faire prendre conscience au patient de certains de ses comportements, de ses propos ou de ses actes qui peuvent être non congruents ou illogiques. Cela demande une grande habileté relationnelle, et de la finesse dans la communication afin de ne pas vexer, contrarier le patient et ainsi mettre à mal la relation de confiance. Cette habileté est appelée la confrontation douce et doit se faire avec respect et empathie pour être bienveillante et efficace.

Dans le fait de faire prendre conscience de l'incongruité, de l'étrangeté de certains comportements, l'humour, bien que ne faisant pas partie des habiletés classiques de la relation d'aide, peut pourtant être très utile dans ce contexte. En effet, non content d'apporter une stimulation positive bénéfique, l'humour peut également faire prendre conscience de manière délicate et détournée du comportement négatif de certains comportements du patient, ce qui pourra l'amener au changement qui rappelons-le, est l'objectif de la relation d'aide.

De plus, par sa capacité à dédramatiser certaines situations, à réduire les tensions et à prendre du recul sur la réalité, l'humour peut s'avérer être un allié précieux de la relation d'aide. Il ne peut pas s'utiliser à n'importe quel moment, avec n'importe qui, n'importe comment, c'est une habileté, mais il peut avoir beaucoup d'effets positifs sur la relation. Par exemple, l'humour peut permettre d'établir une connivence entre le patient et l'IDE et ainsi renforcer voire créer l'alliance thérapeutique.

(cc) BY-NC-ND

2.2.4. La notion de distance thérapeutique

Concernant la relation soignant-soigné il est important de prendre en considération la notion de la territorialité. En effet, l'être humain est un « animal social » qui a besoin d'un espace privé, d'une certaine intimité afin de pouvoir vivre avec un sentiment de sécurité. Selon Pierre Weil et Roland Tompakow, « *la territorialité règle la densité des êtres vivants, c'est-à-dire la distance idéale entre chacun dans les diverses manifestations de la vie en commun*[42] »

Or à l'hôpital, de part la nature des soins qui sont faits, la distance physique est souvent réduite entre l'IDE et le patient et il peut arriver que le soignant soit ainsi amené à pénétrer à l'intérieur du périmètre de sécurité, d'intimité du patient. La relation qui va se créer tient alors compte de cette notion de distance, plus ou moins imposée et variable, qui sépare le patient du soignant.

Ainsi, la notion de la distance est primordiale en soins infirmiers. La distance « *se mesure par l'écart que l'on désire mettre entre soi et autrui. Elle est inversement proportionnelle au degré d'intimité que l'on accepte de partager avec d'autres individus*[43] ».

La proxémique est l'étude de l'utilisation de l'espace qui entoure les individus. Selon Edward T Hall, un anthropologue américain qui a beaucoup contribué à la proxémique, il existerait quatre types de distance dans l'espace relationnel interindividuel.

-La distance intime suppose une très grande proximité et correspond à une distance inférieure à 40 cm.

-La distance personnelle correspond à une distance allant de 40 cm à 75 cm

-La distance sociale correspond à une distance allant de 120 cm à 270 cm

---

[42] PHANEUF, *La relation soignant-soigné*, *op. cit.*, 2011, p. 88.

[43] OLIVIER Roxane, La relation soignants-soignés, Cours, IFSI Brive, 19.02.2014.

(cc) BY-NC-ND

-La distance publique correspond à une distance au-delà de 360 cm

Il est important de préciser que ces distances peuvent varier en fonction des individus, de leur culture et de leur âge.

Ainsi, il est primordial pour l'IDE, d'avoir connaissance de ces différentes distances lorsqu'il prend en soin un patient et ce, afin qu'il prenne conscience du type de distance sociale qui est en jeu. En effet, les soins invasifs, quotidiens, se déroulent très souvent dans la distance intime des patients et ils peuvent alors être à l'origine d'anxiété, de mal-être et de gêne, de la part du patient mais également du soignant.

C'est alors qu'entre en jeu le concept de juste distance relationnelle. On pourrait définir la juste distance thérapeutique comme étant la capacité pour le soignant à « *préserver une relation sociale non personnelle s'exprimant dans une distance personnelle, voire intime*[44] ».

Afin de réussir à établir avec le patient une juste distance relationnelle, l'IDE peut s'appuyer sur des fondamentaux aussi simples et évidents que l'utilisation du vouvoiement et la politesse. Chercher le consentement éclairé du patient avant de réaliser un soin, donner des explications, respecter la confidentialité et se montrer empathique, sont également des éléments qui peuvent permettre d'établir avec le patient cette juste distance relationnelle.

L'humour, d'après les entretiens que j'ai pu mener et les recherches que j'ai pu faire semble avoir la faculté de pouvoir réduire la distance relationnelle entre les individus. En effet, en permettant parfois à une certaine connivence de se créer entre les individus, il semble pouvoir engendrer un rapprochement, créer un lien. Ce rapprochement n'est pas d'ordre physique, bien sûr mais plutôt psychologique. Ainsi, l'humour rapprocherait deux « esprits ». En créant un rapprochement psychologique,

[44] Ibid.

(cc) BY-NC-ND

l'humour pourrait peut-être ainsi faciliter le rapprochement des corps qui est imposé par le contexte hospitalier et le contexte de la relation soignant-soigné.

Dans la prochaine partie de mon travail je vais tenter de définir l'humour, de voir comment il peut apparaitre dans le contexte des soins et quels sont ces effets sur le patient et sur la relation soignant-soigné.

2.3. L'humour dans les soins

2.3.1. Approche conceptuelle de l'humour

Une fois n'est pas coutume, commençons par un peu d'histoire afin de se pencher sur les origines même du mot humour. Il est en effet cocasse de remarquer que le mot « humour » vient de l'anglais « humor » qui vient lui- même du français « humeur ». Ainsi, en faisant référence à la théorie des quatre humeurs biologiques grecques, l'origine de ce terme est donc médicale…comme quoi, humour et soin ne sont pas si antinomiques et ce, depuis l'origine du mot humour. Il ne serait donc pas totalement absurde ni incongru de penser l'humour dans les soins.

Comme l'Histoire se répète toujours, elle aussi, ce sont donc ces messieurs les anglais qui ont tiré les premiers, et qui ont défini le concept d'humour dès le XVIe siècle.

Dans sa première acception britannique, l'humour était un état psychologique qui consistait en « *une bizarrerie caractérielle, une excentricité et une conduite fantasque*[45] ».

On peut voir que dès ses origines, l'humour portait en lui une sorte de connotation négative, étrange et qu'il représentait une conduite sociale, un trait de personnalité, non conventionnels. De nos jours, l'humour, bien que socialement

[45] ANAUT et CYRULNIK, *L'humour, entre le rire et les larmes*, *op. cit.*, 2014, p. 26.

(cc) BY-NC-ND

accepté, ne s'est pas complètement départi de cette connotation d'humeur frivole, parfois sulfureuse, qui lui colle toujours à la peau. Alors si en plus, l'humour se pratique avec des personnes malades, hospitalisées, une telle conduite peut apparaitre encore plus fantasque et irraisonnée…

Au fil des siècles, les britanniques ont relié l'humour à la notion de nonsense, c'est-à-dire à la mise en évidence d'une certaine absurdité du réel.

Le terme humour n'est apparu dans la langue française qu'à partir de 1880 et ce n'est qu'en 1932 que l'Académie Française le reconnait et l'accepte dans son sens actuel.

La définition de l'humour que donne le dictionnaire Larousse est la suivante : « *Forme d'esprit qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité ; marque de cet esprit dans un discours, dans un texte, dans un dessin…etc.* [46]»

Ainsi, selon cette définition, l'humour serait une activité cognitive, un processus intellectuel, une vision de l'esprit qui, en pointant l'incongruité du réel, permettrait d'entrevoir son aspect comique.

Cependant bien que cette définition nous éclaire sur le sens actuel que revêt l'humour, ce dernier correspond à un concept bien plus complexe et il demeure difficile à saisir.

L'humour a été analysé, discuté et interprété au fil des siècles par la plupart des sciences humaines telles que philosophie, la littérature, la poésie, l'anthropologie, la psychologie, la psychanalyse, la sociologie, la linguistique, la sémiologie… Il semble ainsi pouvoir changer de signification ou de sens en fonction des théories qui tentent de le définir, des époques et des cultures. L'humour est un phénomène d'autant

[46]« Définitions:humour »,*larousse.fr*,<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668>, consulté le 28.04.2016.

(cc) BY-NC-ND

plus complexe à analyser qu'il n'est pas seulement dépendant de considérations sociales et culturelles. En effet, l'humour est également propre à chaque individu et au sein d'une même culture, d'une même société, tout le monde ne partage pas le même humour. Il y a donc une dimension personnelle et individuelle de l'humour qu'il est important de prendre en considération et qui complexifie encore son interprétation.

Il est donc primordial de prendre en compte toutes ces dimensions de l'humour si on l'utilise dans le contexte des soins et ce, afin de ne pas faire d'impair relationnel. L'analyse de la situation, le jugement clinique et les aptitudes relationnelles sont donc des compétences essentielles pour l'IDE qui souhaiterait utiliser l'humour avec le patient.

A ce jour, il ne semble donc pas qu'il y ait de consensus pour définir de façon définitive ou précise, ce comportement humain et donc par conséquent, si complexe. Sans même vouloir le définir, il semble d'ailleurs difficile de savoir comment le catégoriser, le qualifier. Il peut être considéré comme un comportement donc, mais aussi comme un langage, un mode de communication (concernant le contenu comme le contenant), un moyen d'expression, un mode de pensée, une attitude existentielle, une façon de voir le monde, une forme de liberté intellectuelle, voire philosophique, comme une simple manifestation ludique et conviviale, comme un stimulus amusant caractérisé par l'usage d'associations insolites, comme un mécanisme de défense.

Sigmund Freud considérait l'humour comme étant un mécanisme de défense exceptionnel, parmi les plus élevé. « *L'humour trouve moyen de soustraire au déplaisir son énergie déjà prête à se déclencher et de transformer cette énergie en plaisir par la voie de la décharge*[47] ».

[47] ANAUT et CYRULNIK, *L'humour, entre le rire et les larmes*, *op. cit.*, 2014, p. 119.

(cc) BY-NC-ND

Plus communément l'humour est envisagé comme un des aspects du comique et il est considéré comme un mode de communication agréable, ludique et distrayant permettant de faire émerger des émotions positives telles que la gaieté, la joie, l'amusement et pouvant engendrer le sourire et le rire.

On retrouve ici comme chez Freud, la notion de plaisir associé à l'humour, qui permet de faire émerger des émotions positives.

C'est là d'ailleurs une des particularités de l'humour, processus cognitif qui arrive à produire des réponses, des réactions émotionnelles et affectives positives.

Il convient de préciser que le plaisir engendré par l'humour ne se manifeste pas obligatoirement par le rire ou le sourire mais qu'il peut seulement provoquer un plaisir intellectuel, non extériorisé. L'humour pince-sans-rire anglais en est un exemple édifiant.

Comme nous venons de le voir, l'humour n'est pas un concept ou un processus monolithique mais bien kaléidoscopique qui se décline sous de très nombreuses formes.

La langue française associe d'ailleurs une multitude d'adjectifs à l'humour pour essayer de le caractériser. Je m'excuse par avance de cette longue liste mais je trouve intéressant de noter la multitude d'adjectifs qui peuvent s'associer au mot humour, témoignant de son aspect protéiforme et de sa diversité. Bien qu'on ne parle pas encore d'humour infirmier, on parle bien en revanche d'humour anglais, pince-sans-rire mais également d'humour belge, québécois, juif, paysan, d'humour léger, candide, jovial, d'humour noir, caustique, grinçant, macabre, transgressif, trash, vache, d'humour absurde, burlesque, décalé, parodique, d'humour savoureux, de bon goût ou de mauvais goût, d'humour carnavalesque, potache, d'humour de gauche, de droite, et même d'humour graveleux, scatologique…et raciste. Cette liste non exhaustive de qualificatifs de l'humour nous permet ainsi peut-être d'entrevoir les nombreuses spécialités dans lesquelles peut se décliner l'humour.

(cc) BY-NC-ND

En fait l'humour semble pouvoir concerner tous les sujets, tous les thèmes de notre société, des plus insouciants aux plus graves, des plus légers aux plus sombres, pour ne pas dire aux plus lourds.

Comme le laisse entrevoir cette liste, l'humour peut donc également comprendre des dimensions négatives, agressives, hostiles.

Afin de nous y retrouver un peu et de recentrer l'humour sur son utilisation dans la relation soignant-soigné, nous pouvons donc considérer que l'humour est un mode de communication et qu'il y aurait deux grandes variétés d'humour que l'on pourrait différencier en fonction de leurs impacts sur la relation, et de leurs intentions.

On peut alors distinguer un humour de liaison, d'affiliation sociale dit positif, d'un humour négatif dit de supériorité. L'humour de supériorité est un humour agressif, dont le but est de vexer, de blesser de ridiculiser l'autre. Cet humour tient alors plus du sarcasme, de la raillerie et de la moquerie.

De part les valeurs soignantes humanistes, de bienveillance, de respect de la dignité, il semble totalement exclu d'envisager l'humour de supériorité comme étant une option de communication envisageable dans la relation soignant-soigné. A ce titre, l'humour pourrait être considéré à juste titre comme de la maltraitance.

Revenons plutôt à l'humour de liaison et d'affiliation sociale, celui qui crée du plaisir, de la relation, et qui est bien le type d'humour qu'il convient de retrouver dans le contexte des soins.

N'ayant volontairement pas abordé le champ de la psychiatrie dans ce travail, il semble évident de rappeler que l'humour se manifeste généralement, au minimum, entre deux personnes…et que c'est donc dans un contexte interpersonnel, qu'il surgit. C'est dans ce contexte qu'il peut être considéré comme habileté relationnelle, outil de communication et comme facteur de sociabilité. Pour Marie Anaut, « *l'humour est une*

(cc) BY-NC-ND

expérience humaine universelle qui contribue souvent à tisser des liens entre les hommes. Il constitue une base essentielle des compétences relationnelles des individus et génère une puissance sociale et émotionnelle remarquable[48] ».

L'humour d'affiliation, lorsqu'il se partage entre deux personnes permet de mettre en évidence une certaine complicité, une certaine connivence. Il sollicite alors le lien à l'autre, il le fait vivre et peut le renforcer.

C'est donc l'humour d'affiliation, de partage, en tant que mode de communication, que je vais traiter.

2.3.2. L'humour : Un mode de communication

2.3.2.1. La communication

Au cœur de toute relation interpersonnelle et de tous rapports humains se trouve la communication[49]. Ce processus permet en effet d'entrer en contact avec les autres et a pour objectif de permettre la transmission d'informations, d'un message. Cette transmission de message s'effectue par un système complexe de signes verbaux et de signes non-verbaux. Ainsi pour communiquer, on mobilise et on utilise de nombreux sens, ainsi que des mécanismes physiques, intellectuels, langagiers, affectifs, conscients, inconscients et culturels.

On distingue dans la communication[50] deux niveaux d'échanges, sa partie cognitive, intellectualisée et verbale et qui correspond au contenu du message, de sa partie affective, plus ou moins consciente et non verbale qui correspond à la manière dont est transmis le message. On peut donc considérer qu'il y a deux langages dans la communication qui se superposent simultanément et cela, de façon plus ou moins

---

[48] Ibid., p. 17.

[49] BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise et NEGRE Isabelle, *La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques*, 3e éd, Paris, Bréal, 2013 (Etudiants en IFSI).

[50] MANOUKIAN, MASSEBEUF et DAYDE, *La relation soignant-soigné*, *op. cit.*, 2014.

(cc) BY-NC-ND

congruente. Il est à noter que le langage non-verbal, aussi nommé paralangage, est probablement le plus subtil et le plus difficile à maitriser. Il engage en effet de très nombreux stimuli, signaux, qui peuvent être visuels, auditifs, tactiles, gestuels. Il est parfois difficile de maitriser tous ces signaux en tant que communicant et ils sont parfois difficiles à décrypter chez la personne qui communique avec soi.

En fait, quand on communique, il faut prendre conscience que tout est communication. Certes la communication verbale est celle qui est vectrice du message, de l'information qu'on souhaite transmettre mais la communication non verbale, paraverbale, est elle aussi vectrice de sens. On communique ainsi avec son niveau de langue, son vocabulaire, avec son corps, sa gestuelle, avec le ton de sa voix, son intonation, avec ses yeux, son regard, ses expressions faciales, son sourire, son touché, on communique par des silences, avec ou sans humour.

Dans la communication, la notion du contexte communicationnel est importante à prendre en compte. En effet, les contextes situationnel et interpersonnel, faisant références aux circonstances de la communication et aux attitudes des communicants, ont une influence majeure sur la communication et sur le type de rapports qui s'établiront. Il est ainsi primordial de prendre en compte le contexte de l'hôpital, et de savoir apprécier son influence sur le type de communication qui peut s'instaurer. En effet, l'hôpital peut engendrer un contexte difficile pour la communication entre soignants et soignés. Par exemple, la charge émotive que peuvent ressentir les patients mais aussi les soignants (stress, anxiété), le manque d'intimité, l'exiguïté des lieux, le manque de temps sont tous des éléments qui ne sont pas favorables à la communication.

Les attitudes des communicants jouent également un rôle très important dans la communication et peuvent apprendre beaucoup sur l'autre, pour qui sait les repérer et les analyser. Acquises par l'expérience, elles correspondent à un état mental de préparation qui va déterminer le comportement du communicant vis-à-vis

(cc) BY-NC-ND

de l'autre communicant. Elles sont sensibles à l'environnement, au contexte, et à l'influence sociale. Les attitudes s'expriment de façon plus ou moins directe, soit par la verbalisation (le discours, l'énoncé, le message) soit par le paraverbal (ton de la voix) soit par le non-verbal (les gestes, les mimiques, les postures).

Selon Elias Porter, un psychologue américain qui a travaillé sur la théorie de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, il y a six attitudes que l'on retrouve dans la communication. On retrouve l'attitude de compréhension, d'interprétation, d'investigation, d'aide et soutien, de jugement et de conseil.

L'attitude à privilégier en tant que soignant est l'attitude de compréhension. En effet en utilisant la reformulation, l'écoute active, cette attitude « de reflet » permet de montrer à l'autre qu'on lui montre de l'intérêt, qu'on cherche à comprendre réellement ce qu'il exprime, tout en évitant de le juger, de l'évaluer ou de penser à sa place. En laissant le patient chercher lui-même des solutions à ses problèmes, cette attitude permet de lui laisser son libre-arbitre et son autonomie de penser. Cette attitude est celle que l'IDE doit adopter dans le cadre de la relation d'aide que nous avons vu précédemment dans ce travail.

La notion d'interférences est également à prendre en compte dans le cadre de la communication. En effet, celles-ci peuvent venir parasiter, gêner la transmission des messages entre les deux communicants. Il est important de pouvoir les connaitre et de savoir les repérer pour éviter qu'elles ne viennent brouiller la communication et la rendre ainsi inefficace. En milieu hospitalier, les interférences peuvent être nombreuses. Il peut s'agir du téléphone qui sonne, du bruit ambiant, des visites, des télévisions dans les chambres, des alarmes mais également de la surdité, de la douleur, de l'état psychologique du patient. L'IDE doit donc en prendre conscience s'il désire communiquer efficacement avec les patients.

Enfin, la notion de distance est primordiale dans la communication, comme nous l'avons vu précédemment dans ce travail.

(cc) BY-NC-ND

La qualité des soins infirmiers dépend donc beaucoup de la qualité de la communication qui est établie entre le soignant et le soigné. C'est entre autres par la communication, que la relation de confiance peut se construire et que les valeurs d'humanisme peuvent vivre. L'humour, en tant qu'outil de communication, peut participer à construire cette relation si particulière en créant du lien et des affinités entre le patient et le soignant.

2.3.2.2. L'humour : Un outil de communication

Voyons maintenant les caractéristiques communicationnelles de l'humour. Comme nous l'avons vu précédemment, l'humour est le plus souvent pratiqué dans un contexte interpersonnel, en présence d'autres personnes. Comme pour la communication, il y a donc bien un émetteur et un récepteur de cet humour. Lorsque l'émetteur fait de l'humour, il attend de la part du récepteur, une réponse verbale ou non verbale en retour. Cela peut être un sourire, un rire, une mimique, une réponse humoristique, une désapprobation, mais la notion de feed-back est bien présente dans ce processus.

Ainsi, le récepteur d'humour témoigne de sa complicité et devient à son tour acteur et émetteur en participant à son tour au processus d'humour. Comme dans toute communication, il s'agit bien là d'une transaction interactive entre deux pôles alternativement émetteurs et récepteurs et qui peut même permettre à ces deux pôles de pouvoir se sentir sur « la même longueur d'onde ».

L'humour considéré alors comme un stimulus, peut concerner le contenu du message, le verbal mais il concerne également beaucoup le non-verbal et le paraverbal. Un regard, un geste, une mimique, le ton de la voix peuvent permettre de créer de l'humour. Ce sont des processus cognitifs qui sont alors mis en jeu et qui permettent, soit de créer ces stimuli humoristiques, soit de les décoder, de les comprendre et de les assimiler en tant qu'humour.

(cc) BY-NC-ND

Pour ce faire, l'humour, comme toute communication, répond à des normes sociales, culturelles, linguistiques et personnelles qui permettent ou non, à l'individu de pouvoir le décoder, le reconnaitre et l'apprécier. Il est à noter que souvent, le mécanisme de l'humour est de jouer, de prendre le contrepied, de transgresser ces normes et de les mettre à mal. Selon le philosophe américain Paul Grice, les deux interlocuteurs qui communiquent doivent respecter un principe de coopération conversationnelle afin de pouvoir communiquer efficacement, rationnellement et se comprendre. "*Que votre contribution à la conversation soit, au moment où elle intervient, telle que le requiert l'objectif ou la direction acceptés de l'échange verbal dans lequel vous êtes engagé.*"[51] L'humour, en transgressant temporairement ce principe de coopération, ses normes et ses règles crée la surprise et crée alors un autre niveau de communication. Les deux communicants peuvent alors ressentir une complicité et un certain plaisir d'avoir transgressé ensemble la règle, ce qui peut être alors créateur de lien, d'affiliation.

Pour toutes ces raisons, il apparait évident que l'humour est au cœur de la communication interpersonnelle et que c'est un outil ludique qui, en jouant avec les règles et les principes de façon implicite, n'annule en rien la communicabilité du discours mais qui peut au contraire lui conférer un aspect positif et agréable.

Dans le contexte des soins et en tant qu'IDE, il semble primordial de savoir montrer au patient qu'on lui porte un intérêt réel et authentique. En utilisant l'humour, en répondant à l'humour fait par le patient, le soignant peut ainsi établir une communication de qualité avec lui, une communication efficace mais également créatrice de lien interpersonnelle, de partage positif. Une complicité, une connivence peuvent alors s'établir à partir de ce type de communication et venir renforcer le lien qui se crée entre le patient et le soignant.

---

[51] MARCOS Maria Lucília, « L'humour et la communication. Le lien entre émotions et cognition », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* (5), 01.07.2014, p. 1. En ligne: rfsic.revues.org, DOI: 10.4000/rfsic.1064.

(cc) BY-NC-ND

Il semble également important de noter que parfois, l'humour qui est fait par certains patients peut correspondre à un mécanisme de défense. En tant que soignant, si on désire accompagner le patient, il est toujours intéressant de savoir repérer les mécanismes de défense afin de pouvoir y répondre de façon adéquate et ainsi permettre au patient de pouvoir exprimer ses angoisses, ses non-dits. Là encore, savoir repérer et analyser l'humour, et la communication du patient relève des capacités de jugement clinique de l'IDE.

Pour conclure sur l'humour et la communication je citerai Hélène Patenaude et Hélène Brabant: « *L'humour détient une place importante et quasi omniprésente dans la communication humaine*[52] ».

En considérant le patient comme un être-humain avant tout, comme un sujet de soin et non un objet de soin, il semble inévitable et surtout éthiquement légitime de considérer que l'humour peut et même doit être utilisé pour communiquer avec lui. Néanmoins, le contexte de l'hospitalisation, le fait qu'il soit patient semble toute fois imposer certaines conditions à l'utilisation de l'humour dans les soins.

2.3.3. Les conditions de l'utilisation de l'humour dans les soins

Hélène Patenaude et Louise Hamelin Brabant sont deux infirmières québécoises qui ont publié un article qui analyse plusieurs études qui ont été réalisées sur l'humour dans la relation soignant-soigné. Il apparait dans leur analyse que l'humour qui est utilisé dans les soins est majoritairement « *contextuel, situationnel et spontané* [53]».

De plus, comme pour ma situation d'appel et pour les entretiens que j'ai pu réaliser auprès des professionnels, il apparait que des conditions d'utilisation

[52] PATENAUDE et BRABANT, « L'humour dans la relation infirmière – patient », *art. cit.*, 2006, p. 37.
[53] Ibid., p. 38.

(cc) BY-NC-ND

semblent nécessaires pour que l'humour soit utilisé dans la relation de soin. Parmi ces conditions, certaines concernent l'IDE, le patient, le type de relation qui existe, et la situation de soin.

Les conditions qui appartiennent à l'IDE sont de deux sortes. Certaines concernent sa personnalité, comme sa sensibilité, son intuition, sa créativité, sa propension naturelle à utiliser l'humour, son attitude concernant l'utilisation de l'humour dans la pratique professionnelle et son expérience professionnelle. Concernant l'expérience professionnelle, il semble que les jeunes diplômés, étant plus concentrés sur l'aspect technique des soins qu'ils ne maitrisent pas encore parfaitement, sont moins disposés à utiliser l'humour.

Les autres conditions concernent plus les compétences de l'IDE, comme ses compétences en communication et sa capacité à savoir effectuer un jugement pointu de la situation relationnelle et clinique (compétences 6 et 1). En ce sens, utiliser l'humour est alors un mode de communication naturel, spontané mais qui repose sur des capacités aigües d'analyse. Il ne s'agit pas de se forcer à faire de l'humour si l'humour ne fait pas partie de son mode de communication mais il ne s'agit pas non plus de faire de l'humour tout le temps, avec tout le monde et surtout à tout prix.

Comme pour la relation d'aide, l'empathie semble être une habileté indispensable à l'IDE afin qu'il puisse utiliser un humour respectueux du patient, un humour qui prenne soin de lui. L'empathie aidera l'IDE à pouvoir ressentir s'il peut se permettre ou non, de faire de l'humour, si le moment est opportun, si le patient peut y être réceptif, s'il est en bonnes dispositions pour cela. L'empathie de l'IDE participe ainsi beaucoup à ses capacités d'analyse et de jugement de la situation relationnelle, émotionnelle, psychologique. L'IDE doit être capable de percevoir les indices favorables à l'utilisation de l'humour et trouver le bon timing, le bon moment pour le faire.

(cc) BY-NC-ND

Nous venons de voir les conditions qui concernaient l'IDE, nous allons maintenant voir celles qui concernent le patient. Un peu comme pour l'IDE, si l'humour fait partie de son mode de communication habituel et naturel, s'il lui arrive de l'initier ou de l'utiliser fréquemment, on peut considérer que c'est un indice solide et fiable qui peut permettre l'utilisation de l'humour avec lui et qu'utiliser l'humour aura des effets bénéfiques sur la relation avec lui. Il semble avisé et prudent de considérer que l'humour doit être initié par le patient. En utilisant l'humour en premier, il autorise ainsi le soignant à faire de l'humour avec lui. Néanmoins, de part mes recherches et mes entretiens, j'ai pu constater que l'humour peut également être initié par le soignant. Cela demande alors une grande habileté relationnelle et des capacités de jugement et d'analyse pointues de sa part.

Les conditions qui sont reliées à la situation de soin sont également importantes à prendre en compte et peuvent impacter l'utilisation de l'humour, certaines pouvant potentiellement devenir un frein, voire une limite. En début d'hospitalisation, le fait que le patient et le soignant ne se connaissent pas, peut rendre difficile l'utilisation de l'humour. De plus, pour le patient, le fait d'être hospitalisé, d'arriver dans un environnement social nouveau, avec des règles et des pratiques inconnues, peut être un obstacle à son sentiment de confiance et à sa disposition à utiliser ou recevoir l'humour. Néanmoins, lors de mes entretiens, l'IDE du service des urgences, où pour rappel le temps d'hospitalisation est très court, a déclaré que l'humour était tout de même utilisé et ce, souvent afin de faire baisser les tensions dues à l'inquiétude et à l'attente parfois longue des patients. Ainsi, l'humour peut permettre d'aider le patient et l'IDE à faire face à des situations difficiles, embarrassantes, en faisant baisser le stress et cela, sans que la relation soit établie sur le long terme.

En revanche, les situations de soin critiques semblent exclure totalement l'utilisation d'humour car ni les soignants, ni les patients ne sont dans des dispositions psychologiques permettant son utilisation. L'état clinique et/ou

(cc) BY-NC-ND

psychologique du patient doit donc être analysé avec soin par le soignant. Les moments de stress, de douleur, d'anxiété, intenses doivent indiquer que l'utilisation de l'humour est inappropriée.

Enfin, d'autres conditions liées à la situation de soin sont apparues lors de mes entretiens avec les professionnels et lors de mes recherches. Une charge de travail importante, le manque de temps que ressentent souvent les IDE et le fait qu'une grande partie de ce temps soit consacré à effectuer des soins techniques ou des soins indirects, semblent être des éléments qui sont un frein à la pratique de l'humour.

Nous allons maintenant voir les conditions liées au type de relation entre l'IDE et le patient et qui impactent l'utilisation de l'humour.

Pour qu'un humour d'affiliation puisse apparaitre et pour que cet humour puisse être bénéfique et aidant, l'IDE doit instaurer une relation guidée par les valeurs de dignité, de respect, de bienveillance et d'humanisme que nous avons déjà abordées. Il semble évident mais néanmoins nécessaire de rappeler que l'humour dans le contexte des soins ne doit jamais être un humour de supériorité, qui se moque, insulte ou blesse le patient.

Il reste la question de savoir si une relation de confiance est indispensable comme antécédent de l'humour ou si l'humour peut se faire dans les premiers temps de la relation et participer ainsi à établir une relation de confiance. Tant les professionnels que j'ai interrogés, que les recherches que j'ai faites, ne semblent pouvoir permettre d'établir un consensus sur cette question. Il semble que cela dépende de chaque situation et que si le patient utilise l'humour, répondre par l'humour puisse être très utile à instaurer une relation de confiance et à créer une alliance thérapeutique. En réduisant la distance relationnelle et en aplanissant l'asymétrie qui peut exister en début de relation dans un contexte hospitalier, l'humour peut aider à améliorer le type de relation qui s'instaure et ainsi participer à transformer de simples interactions en relations interpersonnelles de qualité. Ainsi,

(cc) BY-NC-ND

l'humour semble pouvoir être un élément qui aide à initier la relation de confiance autant qu'il en est une des manifestations.

Pour qu'un humour d'affiliation, un humour qui tende des liens et qui rapproche puisse apparaitre dans la relation de soin, il semble donc que l'IDE doive être en capacité de repérer et d'analyser tous les éléments et les conditions que nous venons de voir. Un jugement clinique de qualité et de solides compétences relationnelles semblent donc indispensables. L'humour, en tant qu'outil de communication précis et exigeant, pourrait alors participer efficacement à la qualité de la relation qui s'instaure entre le patient et l'IDE et ainsi semblerait pouvoir améliorer la qualité des soins. Dans la partie suivante de mon travail, je vais tenter de démontrer quels pourraient être les apports et les vertus de l'humour dans le soin.

2.3.4. L'humour : Un outil de communication améliorant la qualité des soins

Pour commencer cette dernière partie de ma phase de problématisation, il convient de définir la qualité des soins. L'OMS définit la qualité des soins comme étant « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins*[54] »

La partie de cette définition assez générale qui nous intéresse concernant l'apport de l'humour dans la qualité de soins, se trouve dans le fait de garantir à chaque patient sa plus grande satisfaction en termes de contacts humains. Il s'agit

[54] « Qualité des soins: définition | Santé Publique », <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>, consulté le 05.05.2016.

(cc) BY-NC-ND

bien là de faire référence à la qualité de l'approche relationnelle, pivot du rôle infirmier, et que j'ai détaillée précédemment dans ce travail. Ainsi, savoir établir une relation de qualité avec le patient est bien un des critères essentiels de la qualité des soins en général et de la qualité des soins infirmiers en particulier.

Il convient également de préciser qu'un des objectifs des soins est d'accroitre le bien-être et la qualité de vie des patients.

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales nous donne cette définition du bien-être : « *Sentiment général d'agrément, d'épanouissement que procure la pleine satisfaction des besoins du corps et/ou de l'esprit*[55] ».

En tant que sentiment général, le bien-être est donc un ressenti personnel, propre à chaque individu et donc par conséquent un état subjectif, difficile à évaluer. Dans le contexte des soins, il est peut-être plus sage de penser que les soins infirmiers peuvent avoir comme objectif et finalité d'assurer un état de mieux-être. L'humour, en pouvant satisfaire les besoins de l'esprit de certains patients, est une « petite chose » qui doit pouvoir participer à leur bien-être ou mieux-être.

Un concept que l'on peut rapprocher de celui de bien-être est celui de qualité de vie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité de vie est « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes*[56] ».

La qualité de vie comprend deux caractéristiques fondamentales qui sont sa multi-dimensionnalité et sa subjectivité. Le niveau de qualité de vie est donc là encore très personnel et individuel. Néanmoins, le niveau de qualité de vie semble comporter quatre domaines qui ont été décrits par le psychiatre Alain Leplège et qui

---

[55] « BIEN-ÊTRE : Définition de BIEN-ÊTRE », <http://www.cnrtl.fr/definition/bien-%C3%AAtre>, consulté le 05.05.2016.

[56] FORMARIER et JOVIC, *Les concepts en sciences infirmières*, *op. cit.*, 2012, p. 260.

(cc) BY-NC-ND

sont l'état physique, les sensations somatiques, l'état psychologique et les relations sociales et le rapport à l'environnement[57].

Afin de savoir si l'humour peut être considéré comme un outil de communication qui améliore la qualité de vie, le mieux-être du patient et donc la qualité des soins il convient de voir quels peuvent être les effets de l'humour dans la relation de soin. Il semble que l'humour puisse avoir des effets, sur l'état psychologique du patient et des effets qui concernent la relation qu'il entretient avec les soignants.

● Les effets de l'humour sur l'état psychologique du patient :

En réussissant à faire rire ou sourire l'autre, l'humour peut apporter une satisfaction intellectuelle et ainsi participer à augmenter le sentiment de dignité et d'estime de soi. Il est en effet toujours gratifiant de constater qu'on arrive à engendrer une réaction positive chez l'autre.

Sur un plan émotionnel, l'humour peut permettre, d'aider à contrôler des émotions négatives en les mettant à distance ou de les exprimer de façon positive, détournée. L'humour, comme mécanisme de défense peut alors permettre au patient d'exprimer ses ressentis, ses craintes et ses angoisses d'une façon socialement acceptable, voire attractive et ainsi lui permettre là encore, de conserver sa dignité et une bonne estime de soi. Pour rappel, « *les mécanismes de défenses constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire l'angoisse, en agissant sur tout ce qui est susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance biopsychosociologique*[58] ».

---

[57] Ibid., p. 261.

[58] ANAUT et CYRULNIK, *L'humour, entre le rire et les larmes*, *op. cit.*, 2014, p. 123.

(cc) BY-NC-ND

Dans ma situation d'appel, en utilisant un humour noir, la patiente a pu exprimer de façon détournée son angoisse de mort et sa grande anxiété tout en « gardant la face » et donc en préservant sa dignité et son estime de soi. En étant dans un état de danger biologique, physique, provoqué par sa maladie et l'annonce d'aplasie, l'humour a permis à la patiente de conserver une intégrité sociale, relationnelle, en restant dans la communication et dans la relation avec les soignants. Le mieux-être psychologique qui s'en est suivi est un élément fondamental pour combattre la maladie et aider à conserver un niveau de qualité de vie satisfaisant.

Pour les patients qui sont confrontés à la maladie, à une menace de mort physique ou psychique, l'humour représente alors un élan vital, une source de vie, qui peut participer au processus de résilience et donc aider les patients à vivre ces situations extrêmes. Selon Marie Anault, « *la résilience est un processus complexe qui permet à un individu d'intégrer et de transformer les expériences traumatiques de façon à se construire sans développer de psychopathologies*[59] ».

L'attitude humoristique permettrait donc de protéger le patient et de réduire les tensions et les conséquences affectives négatives induites par sa maladie et ses conséquences. Pour Robinson(1991) cité par Hélène Patenaude et Louise Hamelin Brabant, « *l'humour ne change pas la situation mais procure une perspective et un équilibre. Durant ce moment, le fardeau de la réalité est oublié, les sentiments passent de sans issue à l'espoir. Ceci aide non seulement le patient mais sa famille, ses amis, les professionnels à faire face à la tragédie*[60] ».

Dans ces situations, l'humour utilisé en réponse par l'IDE peut être considéré comme « coping[61]» ou élément de « coping » et ainsi aider le patient à se sentir

---

[59] NAOUFAL Caroline, « La résilience, le coping et l'empowerment », *Recherche En Soins Infirmiers*, 05.07.2015, <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/la-resilience-le-coping-et-lempowerment/>, consulté le 05.05.2016.

[60] PATENAUDE et BRABANT, « L'humour dans la relation infirmière – patient », *art. cit.*, 2006, p. 41.

[61] NAOUFAL, « La résilience, le coping et l'empowerment », *doc. cit.*, 2015.

(cc) BY-NC-ND

accompagné, supporté et ainsi à réduire son anxiété et son stress. Il s'agit bien là d'établir avec le patient une relation d'aide qui puisse lui permettre de se sentir compris et soutenu par le soignant. Le « coping » est un processus dynamique, qui correspond à une manière de faire face à une période de stress en permettant à la personne de maintenir une adaptation psychosociale. Dans ma situation d'appel, en répondant par mon non-verbal et par l'humour à la patiente, j'ai ainsi pu permettre de continuer la communication sur le ton humoristique qu'elle avait initié. En se sentant écoutée, en voyant que j'avais compris son humour et ce qu'elle voulait nous dire, la patiente s'est sentie supportée, aidée et a pu ainsi exprimer et donc réduire son anxiété.

L'humour pourrait également aider à tolérer certains traitements désagréables, certains gestes invasifs, en détournant l'attention et en décentrant l'attention du patient. Un peu comme l'hypnose thérapeutique, l'humour peut permettre de focaliser l'attention du patient sur autre chose que sur l'acte et peut ainsi réduire l'anxiété, et l'inconfort pendant les soins.

De façon plus modeste peut-être mais à mon sens, toute aussi importante, l'humour peut aider les patients à s'évader de la réalité hospitalière. En permettant une atmosphère détendue et conviviale, l'humour peut aider le patient à oublier, le temps d'un instant, ses soucis et ses problèmes. L'humour peut également réduire l'ennui et la solitude que peuvent ressentir beaucoup de patients hospitalisés, en cassant la routine de l'hospitalisation et de certaines interactions parfois trop machinales. Pour les patients dont le temps d'hospitalisation est long, qui sont seuls et qui n'ont pas ou peu de visites, l'humour peut être un réel vecteur de mieux-être, en créant un climat social agréable, chaleureux et humanisé. L'humour permet alors de créer une relation individualisée, personnalisée, qui « prend soin ».

Concernant le changement qui est parfois recherché chez et par le patient, par exemple dans le cadre de la relation d'aide, il apparait que l'humour pourrait aider à

(cc) BY-NC-ND

ce changement et « *suggérer une nouvelle vision de la réalité et mener à l'espoir ainsi que développer de nouvelles croyances*[62] ». En effet, en pointant de façon insolite et non agressive les aspects négatifs de certains comportements ou représentations que peut avoir le patient, l'humour pourrait l'aider à envisager de nouveaux possibles, à prendre conscience, et donc l'aider à changer. De plus, l'humour peut permettre de modifier la façon de voir les choses et ainsi dédramatiser certaines situations.

● Les effets de l'humour sur la relation soignant-soigné :

Concernant la relation soignant-soigné, l'humour semble pouvoir améliorer de manière efficace la qualité de la communication en montrant au patient une attitude d'ouverture et ainsi améliorer la qualité de la relation avec lui. L'humour, en tant que catalyseur de la relation deviendrait alors créateur de lien.

En réduisant la distance relationnelle et en permettant de montrer au patient qu'on le considère comme un sujet et non un objet de soin, « *l'humour peut aider à mettre de côté les rôles sociaux établis et à s'engager dans une rencontre qui correspondent mieux aux besoins du patient. L'humour peut créer un sentiment de rapprochement entre les infirmières et les patients et aplanir la hiérarchie. Selon des infirmières, l'humour sert à briser les barrières entre l'infirmière et le patient, à briser la glace. Le patient perçoit de la chaleur, de l'attention à sa personne, de la compassion* [63]».

Ainsi, en améliorant le contact entre patient et IDE, en permettant d'établir une connivence et un climat agréable et léger, l'humour peut renforcer le sentiment de confiance, et aider à créer l'alliance thérapeutique.

Des sujets difficiles à aborder, intimes qui peuvent paraitre gênants pour les patients peuvent alors être abordés sous le masque de l'humour. Cette ouverture

---

[62] PATENAUDE et BRABANT, « L'humour dans la relation infirmière – patient », *art. cit.*, 2006, p. 41.
[63] Ibid.

(cc) BY-NC-ND

peut alors permettre au patient de se livrer, de verbaliser ses angoisses, ses peurs, ses contrariétés.

Ainsi nous venons de voir tous les effets positifs que peut avoir l'humour, tant sur l'état psychologique du patient hospitalisé que sur sa relation avec le soignant. Il semble donc que l'humour soit un outil de communication qui pourrait réellement participer au mieux-être du patient et à améliorer sa qualité de vie en milieu hospitalier.

Mais comment mesurer l'impact de l'humour en tant qu'indicateur de la qualité des soins ?

Pour rappel, « *les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont des outils qui mesurent l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement, afin d'évaluer de manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients* [64]». Ils permettent de contribuer à améliorer la qualité de l'offre de soins.

Le dispositif e-Satis[65] est un dispositif national mis en place par l'HAS (Haute Autorité de Santé) en 2016 et qui mesure la satisfaction des patients hospitalisés. La satisfaction des patients en lien avec les soins reçus, ou le jugement qu'ils portent sur la qualité de ces soins est un élément qui est aujourd'hui reconnu comme étant essentiel dans l'appréciation de la qualité des soins de santé. Ce questionnaire permet de recueillir établissement par établissement, les expériences et la satisfaction des personnes qui ont été hospitalisées, de façon continue grâce à un questionnaire en ligne, expérimenté et méthodologiquement validé. Le questionnaire

---

[64] « Haute Autorité de Santé - Les indicateurs en bref », *http://www.has-sante.fr*, <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2625243/fr/les-indicateurs-en-bref>, consulté le 06.05.2016.

[65] « Haute Autorité de Santé - IPAQSS 2016 : Indicateur e-Satis (Dispositif national de mesure de la satisfaction du patient hospitalisé + 48h en MCO) », <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030354/fr/ipaqss-2016-indicateur-e-satis-dispositif-national-de-mesure-de-la-satisfaction-du-patient-hospitalise-48h-en-mco>, consulté le 10.05.2016.

(cc) BY-NC-ND

concerne l'ensemble du parcours de soin du patient et aborde ainsi l'accueil, la prise en charge dans le service, la chambre et les repas et la sortie de l'établissement.

Dans la partie « prise en charge des patients dans le service » du questionnaire, on retrouve comme questions posées aux patients concernant la prise en soin relationnelle IDE :

- Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ?

- Que pensez-vous du soutien des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s qui vous ont pris en charge ?

-Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les infirmiers(ères) ou par les aide-soignant(e)s ?

On peut constater que dans ces trois critères demandés, il est difficile de pouvoir mesurer de façon précise l'impact que pourrait avoir le simple humour sur la qualité de l'offre de soins proposée aux patients. Néanmoins, comme nous l'avons vu, l'humour, en tant qu'outil de communication qui crée du lien, semble pouvoir largement contribuer au fait que le patient se sente écouté attentivement et soutenu et donc semble pouvoir participer à la qualité de la prise en charge/soin.

Hélène Patenaude et Louise Hamelin Brabant rapportent dans leur article, une étude faite en 1994 et qui visait à identifier des éléments des compétences interpersonnelles des IDE. Il apparait dans cette étude, que parmi ce que retiennent le plus les patients de leur hospitalisation, on retrouve le type d'interaction qu'ils ont avec les IDE. Une attitude amicale et joyeuse des IDE est alors très appréciée par les patients et ils trouvent cette attitude très importante dans leur prise en soin. Sur les quarante patients interrogés, plusieurs ont indiqué que « *l'humour est un point central dans le développement d'une relation entre l'infirmière et le patient*[66] ».

[66] PATENAUDE et BRABANT, « L'humour dans la relation infirmière – patient », *art. cit.*, 2006, p. 42.

(cc) BY-NC-ND

L'humour, en tant que « petite chose » difficilement quantifiable et analysable, manifeste pourtant toute l'attention que porte le soignant envers le patient. Il semble pouvoir ainsi participer pleinement à promouvoir sa santé. En témoignant de l'égard, de la connivence, de la considération, de la bienveillance, de l'estime et de l'humanité au patient, l'humour est un outil de communication subtil, créatif, intuitif, qui repose sur un processus complexe de jugement et d'analyse. Dépendant ainsi de l'investissement personnel de l'IDE ainsi que de ses qualités relationnelles et de jugement, il semble pouvoir trouver une place non négligeable au cœur du soin infirmier et ce, dans une réelle optique du « prendre soin ».

Pour résumer l'impact que peut avoir l'humour sur le patient, je citerai une dernière fois Hélène Patenaude et Louise Hamelin Brabant :

« *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* [67]».

[67] Ibid.

(cc) BY-NC-ND

3) Problématisation et hypothèse de recherche

Au cours de la phase de problématisation de mon travail j'ai été amené à approfondir les questionnements et la réflexion, que j'avais initiés lors ma note de recherche, concernant les apports que pouvait avoir l'humour sur la qualité des soins en milieu hospitalier.

J'ai ainsi commencé par analyser le contexte de l'hôpital, ce théâtre séculier et pourtant si moderne dans lequel se jouent tant de vicissitudes humaines. J'ai ensuite pu identifier quels étaient les acteurs qui y vivent quotidiennement et anonymement leurs rôles. Le patient, cet être autrefois objétisé devenu sujet, tient le premier rôle de cette tragi-comédie humaine. Etre ou ne pas être considéré comme un sujet, telle est la question qui se pose toujours au patient, concernant sa prise en soin en milieu hospitalier. Comme garde-fou, plutôt que garde-malade, l'IDE, de part son rôle propre et ses compétences relationnelles, semble pouvoir jouer un rôle essentiel afin de faire en sorte que la prise en soin effectuée à l'hôpital soit individualisée et réellement « carative ». En effet, de part ses valeurs de tolérance, de bienveillance, de respect, de solidarité et d'humanisme, l'IDE semble pouvoir être un des garants de la qualité de la prise en soin des patients. De part ses compétences en communication, ses compétences d'analyse et de jugement clinique, l'IDE peut établir avec le patient une relation soignant-soigné de qualité, qui montre au patient toute sa sollicitude, son engagement et son respect. C'est sur de telles bases que peut s'instaurer une relation de confiance entre ces deux protagonistes, et que l'IDE peut alors véritablement accompagner le patient, avec qui il aura créé une alliance thérapeutique, dans son parcours de soins. Pour le patient qui traverse des épreuves et qui en éprouve le besoin, l'IDE peut également mettre en place une relation d'aide personnalisée et respectueuse de son autonomie, en lui apportant un soutien chaleureux et compréhensif.

(cc) BY-NC-ND

La communication, qui est au cœur de tout rapport humain, joue donc un rôle majeur afin de faire vivre la relation avec le patient. Savoir communiquer avec le patient, en tenant compte de tous les paramètres contextuels, personnels, relationnels est un exercice passionnant bien que difficile. L'humour peut alors jouer un rôle majeur dans la communication avec le patient. Ce concept fort complexe car tellement humain et que j'ai choisi, après mes recherches, de définir en tant qu'outil de communication subtile et ludique, semble avoir la propriété de pouvoir créer du lien interpersonnel, de la connivence et même du plaisir. J'ai pu mettre en évidence grâce à mes recherches et à mes entretiens, que l'humour devait répondre à de nombreuses conditions pour apparaitre dans la relation soignant-soigné. Enfin, il apparait également qu'en tant que force de vie, l'humour d'affiliation pouvait avoir de très nombreux effets positifs, tant sur l'état psychologique du patient, que sur la qualité de la relation soignant-soigné. Il participe ainsi pleinement à pouvoir établir une relation de confiance avec le patient et il est considéré comme une habileté complémentaire de la relation d'aide. Pour toutes ces raisons, j'ai été amené à envisager que l'humour était un outil de la communication de l'IDE qui pouvait améliorer la qualité des soins.

Mon travail et mon raisonnement actuel m'amènent ainsi à proposer l'hypothèse de recherche suivante: L'humour dans la relation soignant-soigné peut être un indicateur de la qualité de la prise en soin en milieu hospitalier.

(cc) BY-NC-ND

4) Proposition d'outils d'enquête

Afin de pouvoir vérifier mon hypothèse de recherche, j'opterais pour un outil d'enquête spécifique, afin de pouvoir recueillir des informations pertinentes et analysables et ce, au plus près de la réalité du terrain.

Il s'agirait d'une enquête analytique, qualitative et multicentrique, ainsi réalisée sur plusieurs hôpitaux publics et sur une période de plusieurs semaines.

Sur le plan méthodologique, cette enquête reposerait sur des entretiens individuels semi-dirigés faits auprès d'une quarantaine de patients volontaires ayant été hospitalisés dans différents services. Les critères d'exclusion concerneraient l'âge des patients (uniquement des patients majeurs afin d'exclure la pédiatrie) et le type de services dont ils proviennent (afin d'exclure la psychiatrie).

Les entretiens se dérouleraient quelques heures avant la sortie des patients, afin qu'ils aient précisément en mémoire le type de relations qu'ils ont eu avec les IDE pendant leur temps d'hospitalisation. La durée des entretiens serait assez courte (de 5 mn à 10 mn), afin de ne pas être perçu comme une contrainte pour les patients interrogés.

Le guide d'entretien serait composé de plusieurs questions ouvertes, regroupées en cinq thèmes, à savoir : La présentation et le parcours de soin du patient, l'attitude du patient envers l'humour, l'expérience du patient concernant sa relation avec les IDE, l'humour dans la relation soignant-soigné et la satisfaction du patient.

L'analyse des verbatims permettrait de mettre en évidence les liens de corrélation entre l'utilisation de l'humour, la qualité de la relation patient-IDE et la satisfaction du patient.

(cc) BY-NC-ND

Dans un premier temps, cette analyse pourrait se faire de façon longitudinale, c'est-à-dire, par entretien. Dans un deuxième temps, une analyse transversale, par thème, pourrait être réalisée.

Ensuite les éléments signifiants seraient répertoriés, classés et regroupés afin de former des thèmes et des sous-thèmes qui pourraient être interprétés et donc analysés afin de pouvoir vérifier mon hypothèse de recherche, à savoir le fait que l'humour dans la relation soignant-soigné puisse être un indicateur de la qualité de la prise en soin en milieu hospitalier.

(cc) BY-NC-ND

CONCLUSION

Ce Travail De Fin d'Etudes m'a permis d'approfondir de façon très significative et absolument passionnante, mes connaissances concernant la relation soignant-soigné, la communication dans le contexte des soins et l'humour. Lors de mes trois années d'études et au cours de mes différents stages, j'ai toujours été très attentif et je crois avoir toujours accordé une grande place à l'aspect relationnel de la profession d'IDE.

De plus, lors de mes stages j'ai remarqué que l'humour était très souvent utilisé dans la relation de soin. Etant sur un plan personnel assez friand de ce mode de communication, il m'a semblé que l'humour que je partageais parfois avec les patients permettait de créer très souvent une relation de qualité avec eux. Ce travail m'a donc permis de faire de nombreux liens entre ma pratique étudiante et les théories de soins et concepts que j'ai pu aborder.

En ayant choisi le thème de l'humour, je pense avoir recherché dans ce travail à déterminer ce qui faisait justement une des spécificités du métier d'IDE à savoir, la capacité de pouvoir accompagner des personnes qui vivent des situations de crise, de la façon la plus humaine et respectueuse possible, c'est-à-dire sans condescendance, sans pitié ni banalisation. J'ai pu, grâce à ce travail, prendre pleinement conscience de la différence fondamentale et éthique qu'il y a entre faire des soins et prendre soin.

De prime abord, l'humour pourrait sembler être bien futile et inefficace face aux souffrances physiques et psychologiques que vivent les patients. Pourtant, en tant que politesse exquise du désespoir, pied de nez à la fatalité et surtout main tendue, l'humour semble bien tenir une place de premier choix dans la relation entre les patients et les soignants. L'humour, c'est l'humanité en nous qui jubile, qui exulte et qui résiste. L'humour, c'est le témoin de l'enfance qui demeure en nous et qui nous dit, qu'on le croit ou non, que rien n'est si grave après tout. L'humour, c'est donc la main tendue mais aussi la main qui s'échappe, accompagnée d'un clin d'œil complice.

(cc) BY-NC-ND

Alors oui, soigner est une chose qui semble bien sérieuse, de là à se prendre toujours au sérieux…

En tant que futur professionnel j'espère pouvoir respecter et faire vivre les nombreux concepts humanistes qui ont guidé ce travail et j'espère pouvoir conserver dans ma pratique quotidienne le sens de l'humour, afin de pouvoir le partager avec les patients et ainsi devenir un soignant qui sache prendre soin.

(cc) BY-NC-ND

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Articles :

Bastian Joelle, Valdeyron Jean-Luc et Vaquier Véronique, « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique : étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers », Recherche en soins infirmiers (93), 2001, pp. 93-100.

Beck Danielle et Fontana Michelle, « La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs », Revue internationale de soins palliatifs 23 (4), 05.01.2009, p. 150.

Bioy Antoine et Bachelart Maximilien, « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », Perspectives Psy 49 (4), 01.12.2010, pp. 317-326.

Bouquet Brigitte et Riffault Jacques, « L'humour dans les diverses formes du rire », Vie sociale (2), 01.07.2010, pp. 13-22.

Cara Chantal et O'Reilly Louise, « S'approprier la théorie du Human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique », Recherche en soins infirmiers (95), 2008, pp. 37-45.

Carillo Claudine, « Créer des relations de confiance avec les patients et leur famille », Soins (757), 28.07.2011, pp. 45-46.

Favetta Véronique et Feuillebois-Martinez Brigitte, « Prendre soin et formation infirmière », Recherche en soins infirmiers (107), 01.12.2011, pp. 60-75.

Formarier Monique, « La relation de soin, concepts et finalités », Recherche en soins infirmiers (89), 01.06.2007, pp. 33-42.

Goujon Daniel et Poisat Jacques, « L'hôpital comme espace public », Hermès, La Revue (36), 01.04.2003, pp. 119-126.

(cc) BY-NC-ND

Marcos Maria Lucília, « L'humour et la communication. Le lien entre émotions et cognition », Revue française des sciences de l'information et de la communication (5), 01.07.2014, p. 1. En ligne: rfsic.revues.org, DOI: 10.4000/rfsic.1064.

Maroudy Daniel, « L'humour, une dimension du soin ? », Soins 60 (794), 04.2015, p. 1. En ligne: CrossRef, DOI: 10.1016/j.soin.2015.02.021.

Michon Florence, « Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance », Soins 58 (773), 03.2013, pp. 32‑34. En ligne: CrossRef, DOI: 10.1016/j.soin.2013.01.009.

Panel Pierre, « L'hôpital public », Études 10 (407), 01.10.2007, pp. 319‑330.

Patenaude Hélène et Brabant Louise Hamelin, « L'humour dans la relation infirmière – patient : une revue de la littérature », Recherche en soins infirmiers 2 (85), 01.06.2006, pp. 36‑45.

« L'humour dans les soins », Santé mentale (206), 01.03.2016.

Livres

Anaut Marie et Cyrulnik Boris, L'humour, entre le rire et les larmes: traumatismes et résilience, Paris, O. Jacob, 2014.

Bergson Henri, Le rire, Paris, France, Flammarion, 2013.

Bioy Antoine, Bourgeois Françoise et Nègre Isabelle, La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques, 3e éd, Paris, Bréal, 2013 (Etudiants en IFSI).

Formarier Monique et Jovic Ljiljana, Les concepts en sciences infirmières, 2ème éd, Lyon, Mallet conseil, 2012.

Hesbeen Walter, Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1997.

(cc) BY-NC-ND

Manoukian Alexandre, Massebeuf Anne et Daydé Marie-Claude, La relation soignant-soigné, 4e édition, Rueil-Malmaison, Éditions Lamarre, 2014 (Exercice professionnel infirmier).

Manuila L, Dictionnaire médical Manuila, Paris, Masson, 2004.

Ministère de la Santé et des Sports, Profession infirmier, Berger Levrault, 2013.

Naudin David, Lenoir Marion et Brocker Laurent, Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité Encadrement des professionnels de soins UE 3.3 et 3.5, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2012 (Cahiers des sciences infirmières 16).

Phaneuf Margot, La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement vers l'utilisation thérapeutique de soi, Montréal, Chenelière éducation, 2011.

Ressources en lignes

Bouquet Brigitte et Riffault Jacques, « L'humour dans les diverses formes du Rire », travail-social.com, 2010, <http://www.travail-social.com/L-humour-dans-les-diverses-formes>, consulté le 06.11.2015.

Durand Charlaine, « Textes législatifs, Chartes, Conventions... relatifs aux droits des (...) - cadredesante.com », cadredesante.com, <http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Textes-legislatifs-Chartes>, consulté le 10.05.2016.

Lambotte Marie-Claude, « Humour », universalis.fr, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/humour/>, consulté le 06.11.2015.

Lebret Jean-Marc, « Réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné », cadredesante.com, <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions_philosophique_Lebret.pdf>, consulté le 05.03.2016.

(cc) BY-NC-ND

Ministère des affaires sociales et de la santé, « Infirmier », social-sante.gouv.fr, 2012, <http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier>, consulté le 13.04.2016.

Naoufal Caroline, « La résilience, le coping et l'empowerment », Recherche En Soins Infirmiers, 05.07.2015, <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/la-resilience-le-coping-et-lempowerment/>, consulté le 05.05.2016.

Obertelli Patrick, « Evolution des relations soignants : malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique : rapport de recherche », http://crf.cnam.fr, 2015, <http://crf.cnam.fr/medias/fichier/rapport-recherche-etp-relations-soignants-malades_1442566112554-pdf>, consulté le 06.03.2016.

Pasqueron de Fommervault Inès, Je ris donc je suis : le rire et l'humour au carrefour de deux processus identitaires : socialisation et individuation, Mémoire de master, Aix-Marseille, Université Aix-Marseille. Département anthroplogie, 2012. En ligne: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00736627/document>, consulté le 20.11.2015.

Pierron Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », Sciences sociales et santé 25 (2), 2007, pp. 43‑66. En ligne: www.persee.fr, DOI: 10.3406/sosan.2007.1858.

Sauvignet Jacques, « Une éthique infirmière », cadredesante.com, 2008, <http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Une-ethique-infirmiere>, consulté le 15.04.2016.

Skinner Quentin, « La philosophie et le rire », cmb.ehess.fr, 2001, <http://cmb.ehess.fr/54>, consulté le 10.02.2016.

Taubes Isabelle, « L'humour, une vraie thérapie », psychologies.com, <http://www.psychologies.com/Therapies/Developpement-personnel/Epanouissement/Articles-et-Dossiers/L-humour-une-vraie-therapie>, consulté le 10.02.2016.

(cc) BY-NC-ND

Université de Savoie, « Esprit, humour, ironie, satire », llsh.univ-savoie.fr, <http://www.llsh.univ-savoie.fr/lea/perdrieau/Lettres/rire.htm>, consulté le 06.11.2015.

« Code de la santé publique - Article L4311-1 », legifrance.gouv.fr, 2016, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689209&dateTexte=&categorieLien=cid>, consulté le 28.04.2016.

« Les établissements publics de santé », hopital.fr, 2015, <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-publics-de-sante>, consulté le 11.04.2016.

« Peut-on faire de l'humour avec le cancer ? », la-maison-du-cancer.com, 2011, <http://www.la-maison-du-cancer.com/magazine/la-salle-de-soins/gestion-des-motions/peut-on-faire-de-l-humour-avec-le-cancer>, consulté le 06.11.2015.

« BIEN-ÊTRE : Définition de BIEN-ÊTRE », <http://www.cnrtl.fr/definition/bien-%C3%AAtre>, consulté le 05.05.2016.

« Définition de CONFIANCE », cnrtl.fr, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance>, consulté le 19.04.2016.

« Définitions : humour », larousse.fr, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668>, consulté le 28.04.2016.

« Et pourquoi ne pas centrer le soin sur l'interaction soignant/ soigné ? : La théorie d'Hildegarde Peplau », serpsy.org, <http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/interaction.html>, consulté le 15.04.2016.

« Haute Autorité de Santé - IPAQSS 2016 : Indicateur e-Satis (Dispositif national de mesure de la satisfaction du patient hospitalisé + 48h en MCO) », <http://www.has-

(cc) BY-NC-ND

sante.fr/portail/jcms/c_2030354/fr/ipaqss-2016-indicateur-e-satis-dispositif-national-de-mesure-de-la-satisfaction-du-patient-hospitalise-48h-en-mco>, consulté le 10.05.2016.

« Haute Autorité de Santé - Les indicateurs en bref », http://www.has-sante.fr, <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2625243/fr/les-indicateurs-en-bref>, consulté le 06.05.2016.

« Microsoft Word - GMDI_VF2_02102012 - guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf ». En ligne: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf>, consulté le 09.05.2016.

« Qualité des soins : définition | Santé Publique », <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>, consulté le 05.05.2016.

Cours

Olivier Roxane, La relation soignants-soignés, Cours, IFSI Brive, 19.02.2014.

Sage Josiane, La relation soignant-soigné, Cours, IFSI Brive, 10.05.2014.

vidéo

(cc) BY-NC-ND

Table des annexes

Annexe 1 . Grille d'entretiens 96
Annexe 2. Retranscription des entretiens 97
Annexe 2.1. Entretien infirmier 1 UMS 97
Annexe 2.2. Entretien infirmère 2 Urgences 103
Annexe 2.3. Entretien infirmière 3 Médecine interne 110
Annexe 3. Analyse des entretiens 120

(cc) BY-NC-ND

Annexe 1 . Grille d'entretiens

I) Présentation, parcours professionnel

1) Depuis quand êtes-vous diplômé ?

2) Quel est votre parcours professionnel ? (ancienneté dans le service)

II) La relation soignant-soigné

3) Comment faites vous vivre la relation soignant-soigné dans votre pratique professionnelle ?

III) L'humour et la relation soignant-soigné

4) Quelles sont selon vous, les conditions nécessaires à l'utilisation de l'humour dans la relation avec le patient ?

- Conditions liées à la situation ? (type de problème de santé, question de « timing », de moment)

-Conditions liées au soignant ? (jugement clinique, compétences relationnelles, expérience, attitude, personnalité)

-Conditions liées au patient ? (liées à la personne, patient qui l'utilise, sexe, culture, âge)

-Conditions liées à la relation soignant-soigné ? (Relation de confiance, éthique, dignité, respect, juste distance relationnelle)

5) En quoi l'humour peut-il favoriser l'instauration d'une relation de confiance ?

6) Quels peuvent-être les effets négatifs de l'utilisation de l'humour par un soignant ?

7) Quels effets peut avoir l'humour sur la juste distance relationnelle ?

IV) L'humour et le soin

8) Quelles vertus peut avoir l'humour sur l'état de santé d'un patient?

(cc) BY-NC-ND

Annexe 2. Retranscription des entretiens

Annexe 2.1. Entretien infirmier 1 UMS

- Alors je vais commencer par la présentation, j'ai 4 groupes de questions, le premier thème concerne la présentation et le parcours professionnel…

- D'accord.

- Donc, depuis quand êtes vous diplômé?

- Donc moi je suis diplômé depuis deux ans et demi, voilà…

- D'accord, et votre parcours professionnel, du coup…avant le diplôme et jusqu'à maintenant ?

- Donc du coup, moi avant, j'étais aide-soignant à la base…

- Oui…

- Ça fait 11 ans que je travaille à l'hôpital… euh…j'ai passé mon concours après, au bout de 5 ans, en formation professionnelle, que j'ai obtenu, et après, j'ai attendu un an le financement et une fois que j'ai eu le financement, j'ai pu débuter ma formation…

- Et donc après, le premier poste ça a été à l'UMS, directement ?

- Oui, en tant qu'infirmier, oui c'est mon premier poste.

- Donc ça fait deux ans et demi d'expérience à l'UMS…

- Voilà, ici, voilà…

- Ok…alors le deuxième thème concerne la relation soignant-soigné…

- Oui

(cc) BY-NC-ND

- 3) Comment faites vous vivre la relation soignant-soigné dans votre pratique professionnelle ?

- Euh c'est-à-dire comment je fais euh, par rapport à ?

- Comment envisagez vous la relation soignant-soigné…

- Après… moi j'essaie comme tout le monde je pense, enfin on essaie de communiquer avec le patient, voilà, de demander euh… je commence par des questions banales. Comme je suis quelqu'un qui est d'ici, je leur demande d'où ils sont, ce qu'ils faisaient avant dans la vie, s'ils ont des enfants, des petits enfants…

- Ca permet d'enchainer, d'établir une relation ?

- Voilà, de trouver des sujets de discussion et puis, après quand je vois, je juge quand ils répondent bien, je me permets de poser d'autres questions, alors que s'ils sont fermés, je n'insiste pas…

- D'accord…

- Voilà…

- Ca se fait naturellement, de façon naturelle…

- Oui, oui, parce que même quand t'as des coups de bourre, que t'es stressé ou quoi, j'essaie tous les jours de discuter…

- D'accord

- Alors le 3ème thème va porter sur : l'humour et la relation soignant-soigné.

- Oui

- Donc la 4ème question :

(cc) BY-NC-ND

4) Quelles sont selon vous, les conditions nécessaires à l'utilisation de l'humour dans la relation avec le patient ?

- (Silence) les conditions nécessaires… (Silence)… déjà que le patient euh…déjà selon l'état du patient en fait…

- Oui…

- Dans un premier temps, si tu vois que tu peux échanger avec le patient, ou même si le patient ne peut pas forcément te répondre de manière verbale mais esquisser un sourire ou un regard, là je me permets d'essayer de le faire rire…enfin de le faire rire ou de le faire sourire quoi, tout simplement…voilà hum-hum, selon l'humeur, l'humeur du jour. S'il a passé une bonne nuit je vais plutôt me le permettre, alors que s'il a mal dormi ou qu'il est douloureux… voilà…je pense que j'ai fait le tour…

- Donc ça nécessite d'analyser quand même un peu la situation, et de ne pas arriver comme ça…

- Voilà, de faire la blagounette pour la blagounette sans connaitre sa vie, il faut garder quand même un…respect de la pudeur du patient.

- D'accord, est-ce que ça nécessite aussi d'avoir des valeurs soignantes alors ?

- Tout à fait, voilà…il faut respecter la dignité des patients, essayer de garder une relation de confiance avec eux…

- Très bien, merci.

Alors justement, la cinquième question :

5) En quoi l'humour peut-il favoriser l'instauration d'une relation de confiance ?

- Et bien (silence) hum hum…par exemple, pour les patients propres à l'UMS qu'on garde… en moyenne, c'est un mois à trois mois d'hospitalisation, on les garde

(cc) BY-NC-ND

plus souvent 3 mois, donc c'est des patients qui sont loin de chez eux, donc du coup ils échangent qu' avec nous, enfin avec l'équipe en général, avec les aides-soignantes aussi, donc du coup, comme tu passes du temps avec eux et si t'as une relation déjà qui s'installe, déjà rien qu' en échangeant, en essayant de connaitre un petit peu leurs vies, si eux ils te posent des questions aussi, voilà ça te permet déjà d'avoir une bonne relation d'écoute et de partage et après, à partir de ce moment là, même si tu sais qu'ils attendent la sortie, ils savent… euh bien souvent ils savent qu'ils ne repartiront pas chez eux, qu'ils iront plutôt en institution et bien là, des fois, l'humour, pendant le soin ou pendant la toilette, ça leur permet d'oublier un peu ça …

- D'oublier un peu leurs soucis…

- Oui, juste ce laps de temps…

- D'accord, bon…alors la 6ème question :

6) Quels peuvent-être les effets négatifs de l'utilisation de l'humour par un soignant ?

- Alors les effets négatifs…heu… ben des fois, que le patient se vexe ou se braque et du coup il cesse la communication quoi…

Si ça ne le fait pas rire en gros, tu sens que l'échange est perturbé…des fois, des choses qui…c'est pour ça que l'humour c'est bien, c'est important mais il faut savoir doser un petit peu…

- Adapter ?

- Adapter, voilà, tout à fait… à la situation, au patient parce que ça peut être des fois, soit intrusif dans leurs vies ou après… (Silence)… mal vu, considéré, comme ne plus respecter l'intimité du patient…

- D'accord, 7ème question…

- Oui

(cc) BY-NC-ND

- 7) Quels effets peut avoir l'humour sur la juste distance relationnelle ?

Ça suit un petit peu, on est dans le…

- La juste distance relationnelle ? Alors … (rire)

- C'est un concept, sur le fait de rester…dans le respect, la dignité, ne pas être trop…

- Proche…

- Ni trop proche, ni trop loin…essayer de trouver cette juste distance relationnelle…donc est-ce que l'humour peut avoir un effet sur cette juste distance en positif ou peut-être en négatif ?

- Ca peut avoir des effets positifs, parce que du coup, ça peut permettre justement de rassurer le patient, et puis justement on parlait de confiance tout à l'heure, justement d'instaurer cette relation de confiance…

- Comment ?

- Parce que quand t'échanges avec le patient, et qu'il rigole soit à tes plaisanteries, ou que tu le vannes un peu, si lui, il répond, je pense qu'après il y a une relation qui s'installe et après ça fait partie aussi de la confiance…

- Une relation d'égal à égal ?

- Voilà, c'est ça…

-Ca permet de réduire la distance entre le professionnel et le patient ?

- Exactement, après il faut jauger…

- Ok, on va arriver à la dernière question, le dernier thème c'est l'humour et le soin, voici la question : 8) Quelles vertus peut avoir l'humour sur l'état de santé d'un patient?

(cc) BY-NC-ND

- Je pense que ça peut avoir un effet bénéfique sur l'état de santé euh, je pense que ça peut n'avoir qu'un effet bénéfique…

Parce que du coup, si ça peut faire oublier au patient sa pathologie, son état, son quotidien qui peut être un petit peu rébarbatif, les soins, je pense que oui, ça peut avoir un effet bénéfique sur l'état du patient…

Ca ne guérira pas forcément la pathologie mais sur le plan psychologique, si tu entretiens une relation avec un patient pendant une durée d'hospi, j'ai pu avoir l'exemple ici hein…

- Oui

- S'il ya une bonne relation, un bon échange et que tu plaisantes toujours avec le même patient, toujours dans le respect, la bonne distance hein, tu sais qu'à la fin de son hospitalisation…nous on a des patients qui sont rentrés chez eux et qui reviennent nous voir, tu vois…

- Une relation d'humanité s'est crée ?

- Voilà, exactement, après, il faut jauger, ça reprend bien un petit peu tes questions, il faut juger quand c'est possible quand ce n'est pas possible, quand c'est bien venu ou pas…

- D'accord, voilà, c'est fini, est-ce que tu aurais quelque chose à rajouter ?

- Euh non, non, non, mais je trouve que c'est un bon sujet de mémoire parce que c'est vrai que souvent les soignants… alors je ne sais pas si c'est les mecs en général, peut-être les filles aussi, mais je sais que je connais d'autres collègues qui abordent comme ça les patients avec de l'humour et comme ça, ça brise un peu les distances…il faut que ce soit subtil, et il faut que ce soit naturel aussi…

-Bon merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions…

-Mais de rien.

(cc) BY-NC-ND

Annexe 2.2. Entretien infirmère 2 Urgences

- Pourriez-vous me dire depuis quand êtes-vous diplômé ?

- Depuis 1988.

- D'accord, alors depuis 1988, pourriez-vous m'indiquer votre parcours professionnel, votre ancienneté dans le service ?

- Et bien ce n'est pas compliqué, je suis arrivée aux urgences en 89, fin 89, j'ai fait une année et demie à Bordeaux, à Pellegrin, dans le service de maladies infectieuses et ensuite je suis venue ici, j'ai fait 2, 3 remplacements de mater', en orthopédie et puis toute ma carrière aux urgences.

- D'accord, oui, donc une très grande expérience du service des urgences…

Alors le deuxième thème de questions concerne la relation soignant-soigné

Question 3 : comment faites-vous vivre la relation soignant-soigné dans votre pratique professionnelle?

- Cette relation soignant-soigné, on essaye de la faire vivre du mieux possible parce que dans un service d'urgences, ce n'est pas toujours facile avec les patients, si ils sont quand même dans un état de stress important ou dans un état de souffrance… mais euh, c'est vrai que dès que c'est possible c'est très important de pouvoir communiquer…euh ton sujet c'est l'humour ?

- Oui, c'est ça…

- On est bien d'accord… euh, c'est vrai que j'ai tendance, moi, quand même à jouer beaucoup avec ça… et cet humour quand je perçois les gens et je sens que je peux partir dedans, c'est souvent très, très bien reçu parce que les gens euh….l'accepte et même, renvoient eux-mêmes de l'humour, et ça détend l'atmosphère et ça permet d'ouvrir des portes et c'est très bénéfique…

(cc) BY-NC-ND

- Et donc d'initier la relation ?

- Tout à fait, mais ce n'est pas toujours possible par contre, on est bien d'accord…

- Hm-hm, justement quelles sont selon vous les conditions nécessaires à l'utilisation de l'humour dans la relation avec le patient?

- Et bien déjà de cibler la personne avec qui on peut avoir cette relation là…

- Oui, du repérage donc ?

- Voilà, repérage tout à fait… Ca peut aussi être des personnes, des patients à fortes personnalités et justement mettre le point dessus et avec un petit ton, un peu d'ironie ça peut des fois débloquer des situations, même apaiser des situations, détendre… ça m'est déjà arrivé…

- Tout à l'heure, vous avez abordé des conditions liées à la situation, avec cette notion de moment critique…

- Voilà, c'est sûr que quand la personne souffre, il n'y a pas d'humour à avoir, il faut calmer, euh quand la personne souffre soit physiquement soit mentalement, qu'elle est hyper anxieuse, ce n'est pas la peine non plus, il faut attendre, c'est plus compliqué…

- Donc une notion de timing, de moment, entre en compte…

- Oui… Et puis il y a aussi la charge de travail qui peut entrer en compte. Des fois, c'est vrai qu'on ne touche pas terre, alors c'est un peu compliqué de faire de l'humour quoi…

- D'accord, vous avez également abordé le fait que le soignant devait apprécier la situation, que cela nécessite de sa part un jugement clinique de la situation…

- Tout à fait et puis il faut que ce soit naturel aussi, il ne faut pas se forcer…

(cc) BY-NC-ND

- Voyez-vous également des conditions liées aux patients?

- Euh oui, si on tente de faire de l'humour et qu'on voit que ça ne marche pas, on arrête, hein…

Alors moi, j'utilise pas mal l'humour, je taquine souvent les hommes…

- Plus que les femmes ?

- Oui, plus que les femmes en général… parce que c'est peut-être mieux venu…de la part d'une femme… et puis souvent, les hommes, je les taquine par rapport aux prises de sang. L'homme il est mourant, il a une prise de sang alors il va mourir évidemment, donc ça taquine un peu… et en fin de compte, ils aiment bien parce que ça les détend, ils ont moins peur et ça se passe très, très bien…

- Et concernant la culture, l'âge ?

- Euh la culture, ici, euh non, je ne vois pas…et l'âge… tout âge je dirais… ah oui, tout âge, même chez la personne âgée hein, ils aiment bien hein…

- Et il y a-t-il des conditions liées à la relation avec le patient ?

- Ah ben oui, il y a des limites à respecter dans notre humour, on ne peut pas non plus tout faire avec un patient, il faut… rester dans le respect… et puis comme disait Desproges, « on peut rire de tout, mais pas avec n'importe qui… » Même avec des parents, moi l'humour, je l'utilise beaucoup avec les parents et les enfants qu'on reçoit… les p'tits gamins ils ne sont pas bien, ils ont fait peur aux parents, ils sont stressés, le gamin respire pas bien mais finalement ce n'est pas si mal que ça, alors je joue avec l'enfant, en disant : « alors finalement, t'as fait peur à tes parents, t'as bien réussi ! », Pour un peu les taquiner et leur montrer que finalement ce n'était pas si grave…

Du coup, c'est aussi un moyen de faire passer des choses!

(cc) BY-NC-ND

C'est un moyen de dire les choses, qu'on ne pourrait peut-être pas dire sans cet humour…

- C'est un outil de communication?

- Ah complètement… voilà, c'est un outil de communication ! déjà, pour pouvoir faire de l'humour avec le patient, il faut être sûr de ce qu'on fait, être à l'aise dans notre fonction, bien capter la personne et son problème, déjà… on va pas y aller comme ça, de but en blanc, même si on est aux urgences , on les connait pas bien les patients, mais il faut vite qu'on en face le tour et qu'on cerne vite la personne et je pense qu'à partir de là, quand on a fait ça, je pense qu'on peut se permettre, ou pas, de faire de l'humour, et ça peut l'aider… oui, si si…

- Merci, alors question suivante, en quoi l'humour peut-il favoriser l'instauration d'une relation de confiance?

- Disons que si t'arrives à établir une discussion, en partant de l'humour avec le patient, automatiquement, je pense que le patient va être plus détendu, donc acceptera plus facilement ce que tu vas être obligé de lui expliquer, qui peut peut-être pas lui plaire, si il ne veut pas spécialement être hospitalisé, pas spécialement avoir les traitements qu'on lui propose.

Lui, ce qu'il veut, c'est rentrer chez lui, parce qu'il a ses chiens à la maison ou autre, et bien souvent, supposons que tu peux l'aborder avec de l'humour, avec un petit peu de gentillesse, je pense que tu aborderas plus facilement l'instauration de la relation de confiance et elle sera bien plus importante que sans ça, oui, ça peut aider…

- Vous avez parlé de gentillesse… y a-t-il une notion de bienveillance associée à l'humour ?

- Oui, évidemment, ça va de soi, après… on peut avoir un humour tranchant, si, ça peut arriver, ça m'est arrivé, je suis un peu directe quelquefois, mais derrière, tout

(cc) BY-NC-ND

de suite, il faut embrayer et expliquer et adoucir… on ne peut pas toujours avoir de l'humour et être dans l'ironie ou le sarcasme, ce n'est pas possible… il faut respecter le patient, comme toute personne.

-Vous associez souvent l'utilisation de l'humour au fait d'apaiser la situation…

- Oui, moi c'est dans ce sens là… surtout dans les services d'urgences parce que comme je vous dis, les gens, ils n'ont pas spécialement toujours envie de faire ce que nous on veut leur faire faire, c'est pas prévu… ils n'ont pas prévu d'être là… ils ont un accident, la voiture est cassée, ils veulent rentrer sauf que voilà, il faut les surveiller et là, il faut arriver à trouver des solutions…

Alors si tu peux leur apporter un peu de gaieté sous forme d'humour, ça peut aider, c'est sûr… c'est toujours bien vécu, c'est sûr… de la plus jeune personne à la personne la plus âgée…

- Quand vous arrivez à faire ça, il y a quelque chose de gagner dans la relation…

- Tout à fait, les gens te disent « oh ben merci, vous êtes gentille » alors qu'à la base, c'était plutôt tendu…

- D'accord, alors la question 6 : <u>quels peuvent être les effets négatifs de l'utilisation de l'humour faite par un soignant</u>?

- (Silence) ben qu'on tombe sur quelqu'un qui n'a pas d'humour… (Rire), et bien qu'il ne comprenne pas… qu'il se vexe… ils vont être désagréables… alors on essaiera de lui expliquer notre humour mais bon, dans ce cas-là, c'est que nous on se sera trompé, ce sera à nous de lui expliquer… normalement, si l'humour est adapté à la personne, ça devrait pas être négatif, ça peut être que du positif…

- D'accord, c'est donc au soignant à s'adapter à chaque patient ?

- Est-ce que ça m'est arrivé un jour de faire de l'humour et que le patient le prenne mal…et que je lui dise « et ben dis donc, vous n'avez pas d'humour

(cc) BY-NC-ND

vous ! »…ça pourrait… mais c'est pas des situations, non, je ne vois pas ça…ce n'est pas ma pratique en tous les cas…

- Oui, ce n'est pas le but de la relation auprès des patients…

- Non, pas du tout…

- Bien, merci alors voici ma septième question : quels effets peut avoir l'humour sur la juste distance relationnelle ?

- C'est difficile à répondre, là… je trouve que ça nous permet de passer quelques caps difficiles dans des moments difficiles, dans une situation bien donnée… on se répète un peu, je suis désolée… il faut toujours que le respect soit là, pas aller trop loin dans l'humour quand c'est mal venu… et là, ça peut être bénéfique…

- Ok, alors voilà le dernier thème de cette grille d'entretien, qui concerne l'humour et le soin. La huitième et dernière question : Quelles vertus peut avoir l'humour sur l'état de santé d'un patient?

- (Silence) ça ne peut que l'aider… l'apaiser… je crois que c'est un soin à part entière… c'est bête de dire ça quand même, parce qu'on ne peut pas dire que l'humour, c'est un soin à part entière… ils vont rigoler, hein ?… mais je pense que ça peut aider à dédramatiser des situations…

Et puis toutes les fois où on le fait et qu'on s'en rend pas compte… parce qu'on le fait au quotidien ça, je pense… surtout dans un service comme le nôtre, après dans d'autres services je ne sais pas mais nous aux urgences, quand même… par exemple, quand les gens viennent, sans parler d'urgences vitales mais au circuit court, toute la bobologie qu'on reçoit…

- Il y aurait donc une notion de jugement clinique?

- Oui, de jugement clinique…et ça peut faire partir d'un soin …

(cc) BY-NC-ND

-Dans ta situation, ils font comme ça ?

- En onco, oui, ils utilisent parfois l'humour… pas avec tout le monde, pas à n'importe quel moment…

- Non, non…

- A l'UMS, ils l'utilisent aussi… je crois que c'est assez utilisé… On ne l'aborde pas trop, mais c'est utilisé… après, il faut que ce soit fait avec bienveillance…

- Oui, oui, parce qu'il peut aussi y avoir aussi de l'humour néfaste… il ne faut pas se planter d'humour… on parle bien du bon humour…

- Oui, ça pourrait être vu comme un des effets négatifs de l'humour…

- Oui, il faut rester bienveillant…

- Bon, auriez-vous d'autres éléments à rajouter ?

- Bien, moi je remarque aussi que quand on est une bonne équipe, quand tu parles d'humour, il y a le patient et puis il y a l'équipe. Il n'y a pas que l'infirmière ou l'aide soignante… il y a l'équipe…

Et aux urgences, on travaille vraiment en équipe… et en plus, si tu es bien avec ton binôme (IDE-AS), on est bien pour travailler… l'humour, on peut l'avoir et là, on peut passer des super journées avec les gens parce qu'on va y envoyer de l'humour et ça va les aider… et nous, ça nous fera du bien aussi… parce qu'ils vont nous renvoyer ce que nous on donne… les gens, ils nous renvoient des choses et nous, on se gave de ça, ça nous fait du bien de temps en temps de se gaver de ça, parce qu'on en a besoin aussi et donc voilà, c'est vraiment le mot de la fin, je dirais que si on est une bonne équipe, qu'il y a une bonne entente de service, on peut arriver à faire de belles choses…

-Merci beaucoup…

-De rien, je ne sais pas si ça t'aura beaucoup aidé…

(cc) BY-NC-ND

-Si, si c'était très riche…

-Ou si les gens répètent toujours la même chose…

-Non, non, il y a des apports toujours nouveaux et intéressants pour moi, merci encore de m'avoir accordé du temps et votre expérience…

-De rien.

Annexe 2.3. Entretien infirmière 3 Médecine interne

- Bonjour

- Bonjour

- Donc il ya 4 grands thèmes dans ma grille d'entretiens, à savoir :

I) Présentation, parcours professionnel

II) La relation soignant-soigné

III) L'humour et la relation soignant-soigné

Et enfin IV) L'humour et le soin

- D'accord

- Alors je commence par le premier thème, I) Présentation, parcours professionnel : 1) Depuis quand êtes-vous diplômé ?

- Alors, je suis diplômée depuis Juillet 2012, donc je fais partie de la nouvelle formation IDE.

- D'accord, donc la deuxième question : 2) Quel est votre parcours professionnel ? (ancienneté dans le service)

- Je suis rentrée dans la fonction publique hospitalière, au sein de l'hôpital, en Février 2006, en tant qu'aide soignante aux urgences.

(cc) BY-NC-ND

- D'accord.

- J'ai passé des concours internes et je suis entrée à l'IFSI en Septembre 2009, diplômée en 2012, je suis sortie et j'ai attaqué au POOL, service de supplémentation… ça m'a plu, je passais dans tous les services du pôle Médecine, la Gastro, la Cardio, la Neuro, La Nephro, l'UMS… Ca a été très formateur et ça a nécessité de pouvoir s'adapter aux équipes, aux différents services. En 2013, on a créé un poste en 8-16 en médecine interne, il y a eu besoin d'une autre création de poste donc j'ai été affecté en Médecine interne, infectieux, rhumato et c'est un service qui me plait depuis que j'y suis… assez varié sur les pathologies, les patients…

- D'accord, vous êtes donc dans ce service depuis 2 ans et demi…

- Voilà…

- Alors, le deuxième thème sur La relation soignant-soigné:

Q 3) <u>Comment faites vous vivre la relation soignant-soigné dans votre pratique professionnelle</u> ?

- Alors, euh… je la fais vivre déjà, au quotidien, c'est tous les jours, avec chaque patient, c'est individualisé à chaque patient, parce que dans chaque chambre on un patient, voire deux…

C'est donc individualisé, c'est souvent… On les appelle par leurs noms mais… après, c'est une relation de confiance, c'est-à-dire par exemple, quand je sais que je suis trois jours sur le même secteur, j'aime bien dire le premier jour au patient : «c'est moi que vous allez avoir pendant trois après-midis ou trois matins», tout comme je le dis à la famille pour essayer de leur donner un point de repère.

Et puis dans ma relation soignant-soigné, je décline toujours mon nom, mais des fois je rajoute mon prénom, j'essaye de… rentrer en relation, de leur dire, quand ils ne m'ont pas vu parce qu'on tourne sur 4 secteurs, de leur expliquer que je ne suis pas nouvelle mais de leur donner des explications, de les informer…

(cc) BY-NC-ND

C'est important de me présenter pour qu'ils puissent mettre un visage, un repère… parce qu'on est tous en blanc, ils n'ont pas spécialement le temps de lire qui on est, si on est infirmière, AS, ASH ou médecin et c'est bien de donner un repère… voilà.

- Merci, alors le troisième thème c'est : III) L'humour et la relation soignant-soigné, la question : 4) Quelles sont selon vous, les conditions nécessaires à l'utilisation de l'humour dans la relation avec le patient ?

- Je pense qu'il faut déjà avoir l'esprit un petit peu ouvert… avoir déjà un peu d'humour envers soi-même… il faut accepter que l'humour vienne des deux personnes, c'est-à-dire que ce n'est pas que le soignant qui va avoir ou faire de l'humour. Le patient qui est là, a aussi le droit d'avoir de l'humour et il faut essayer que ce soit une interaction entre les deux…

La question, c'était les conditions nécessaires à l'utilisation de l'humour?

- Voilà, c'est ça…

- Et bien il faut aussi qu'il y ait de la confiance… c'est-à-dire que si le patient n'a pas confiance en nous, il ne va peut-être pas comprendre notre humour, et vice versa… ça peut être mal pris… parce qu'on peut avoir de l'humour premier degré, deuxième degré… et on n'utilise pas spécialement le même avec chaque patient… on l'adapte.

- Vous le personnalisez aussi ?

- Voilà, c'est ça… il y a des gens qui ont de l'humour « plus graveleux » que d'autres, donc il faut aussi pouvoir l'accepter et dire : « ben moi je ne suis pas fan de cet humour là» et puis essayer de partir sur autre chose… mais en gardant le sourire ; Mais je pense que c'est ça… quand on est soignant, c'est prendre soin de l'autre et prendre soin du bien-être… avoir aussi… de l'écoute.

(cc) BY-NC-ND

- Ok, merci. Est-il question de valeurs aussi ?

- Ah oui, il faut respecter le patient… en fait, il faut rire ensemble il ne faut pas rire l'un de l'autre,

- Oui…

- Voilà, c'est un rire communicatif, où on fait de l'humour ensemble.

- Avec, pas contre…

- Voilà, c'est ça… un rire, c'est comme faire un soin… enfin, on peut faire un soin en riant… quand j'ai un patient qui dit : « Ah, c'est la belle ! » Alors, je lui dis : « Oui, la belle, ou l'abeille, ou l'abeille piqueuse, ou la belle piqueuse… » Voilà, pour essayer de faire un jeu de mots… parce que quand il me voit trois matins d'affilé, venir trois fois faire des prises de sang, ce n'est pas très agréable… donc avec un peu d'humour, ça passe toujours mieux… avec un sourire aussi… la moindre des choses, c'est euh… d'échanger pendant ce soin là…

- De communiquer…

- De communiquer, de rester dans la communication tout le temps, quoi…

- Voyez-vous des conditions liées au patient, à son état de santé ?

- Peut-être que c'est plus facile sur des soins moins invasifs… comment dire… il y a des soins où on est un peu plus obnubilé par la technicité ou enfin…

Par exemple dans notre service, je vois, on fait beaucoup de pansements d'escarres, au niveau du sacrum, c'est des patients qui sont un peu grabataires ou qui sont très âgés, qui sont peu ou pas dans la communication, donc j'avoue que quand je fais un pansement d'escarre sacré… c'est pas le moment de faire de l'humour… c'est pas notre plus beau profil donc euh… je me mets un peu à la place du patient ou de la patiente, je fais le soin, je respecte la pudeur, l'intimité, voilà, je fais le soin le

(cc) BY-NC-ND

plus proprement, le plus rapidement possible et après, je demande si ça c'est bien passé, si ça n'a pas été trop douloureux, mais j'évite de revenir sur ça…

Après, des fois, on fait de l'humour sur la coupe de cheveux, parce que moi, j'ai les cheveux courts, donc du coup, j'ai des patients qui me disent : « oh, vous avez une jolie coupe de cheveux ! » je dis : « j'peux vous faire la même, si vous voulez, pas de souci… » Parce qu'on a des petites mamies qui sont là, elles n'ont pas eu leur mise en pli, elles ont les cheveux en bataille, j' leur dis : « j'peux vous la faire, donnez moi une paire de ciseau, ça sera rapide… »

- Il ya donc une notion de timing et de moment…

- Voilà, il y a des soins où je pense qu'on ne peut pas être dans l'humour et il y en a où on peut y être… quand on pose un cathéter, on rate, moi, je leur dis : « Ou la la ! Heureusement que vous n'allez pas aller vous baigner parce que vous n'allez plus être étanche après…à force de vous piquer tous les jours, on ne va pas s'en sortir, hein ! »

Donc, il y en a qui réagisse assez bien. Ca permet de repartir sur le soin, d'avoir à nouveau confiance, c'est un échange mais… oui, il y a des points sur lesquels je ne fais pas d'humour, ça c'est sûr.

Et puis il ya aussi le fait que des fois on peut être plus fatigué en tant que soignant, alors on a pas forcément le temps ou l'envie de faire de l'humour, même si on nous dit qu'il faut laisser nos soucis aux vestiaires, des fois, on a pas envie, quoi avec la fatigue, la charge de travail, nous, on sera moins réceptif…

- Merci beaucoup, question n° 5) <u>En quoi l'humour peut-il favoriser l'instauration d'une relation de confiance</u> ?

(cc) BY-NC-ND

- Je pense que les deux sont imbriqués l'un dans l'autre… il faut qu'il y ait une relation de confiance pour pouvoir être sur l'humour… sur le même humour…pour connaitre un peu l'autre…

C'est euh… oui, une imbrication un petit peu des deux…

- D'accord…

- Après, ça peut favoriser la relation de confiance aussi… parce que le patient peut se reconnaitre dans le soignant au niveau de cet humour là.

On a toujours une posture soignante, ce qui est un peu dommage. Des fois on ne fait pas attention, on se met toujours en hauteur par rapport au patient qui est allongé, nous on est debout… alors que quand on est sur le même ton d'humour, on est au même niveau et on arrive mieux à rentrer en communication et à instaurer une relation de confiance…

- Du coup, ça me fait penser à ma septième question, donc je poserai la sixième après la septième…

7) Quels effets peut avoir l'humour sur la juste distance relationnelle ?

- Juste distance ? Je ne sais pas, il n'y a pas de distance juste, il y a une distance relationnelle…

Des fois, on se trouve avec une distance, on va dire, plus que fine… avec les patients qu'on côtoie très longtemps, plusieurs mois, ou avec les patients chroniques qui reviennent pour des pansements… et du coup, on a toujours ce même ton, il y a un feeling qui passe, on se comprend, je ne sais pas comment dire…

- L'humour peut aider à ça ?

- Ah ben l'humour aide, forcément ! Mais c'est surtout le fait de se connaitre, d'avoir une relation de confiance établie depuis longtemps, la notion de temps compte dedans…

(cc) BY-NC-ND

C'est une reconnaissance du soignant par le patient, une reconnaissance de nos soins, de notre savoir-faire, de notre savoir-être…

Il y a un patient qui vient régulièrement, qui a été hospitalisé très longtemps chez nous, il vient régulièrement en consultation et en fait, il appelle toujours la veille ou l'avant-veille pour savoir qui est dans le service et il passe toujours nous dire bonjour, quoi… là, la notion de distance elle n'existe plus…enfin, elle est proche…

Je me suis vue parler avec certains patients de ma famille, de ma fille, parce que, quand ils me parlent de leurs petits-enfants, ils me demandent si j'ai des enfants alors je leur réponds, on se raconte un petit peu des anecdotes, là on peut le faire avec de l'humour, ça rentre dans la relation avec eux…

- Et concernant la distance relationnelle alors ?

- La distance, ça dépend en fait… si on a une distance relationnelle qui est limitée au soignant-soigné « bonjour, je suis l'infirmière, je vous fais un soin, je m'en vais… » On ne peut pas inclure de l'humour là dedans, on reste le soignant très technique et le patient reste patient… alors que je pense que si on a choisi ce métier, c'est pour rentrer en communication, donc dès qu'on commence à communiquer un peu plus qu'au travers de nos soins, on peut rentrer avec de l'humour dedans…

En fait, je pense que c'est primordial parce qu'on a des patients qui sont là depuis très longtemps, tous les examens, c'est angoissant, ils attendent les examens, ils attendent les résultats, ils voient défiler des soignants donc de parler aussi avec eux, avec humour, ça aide à les rassurer. Une petite pointe d'humour, ça aide à accepter les soins, oui…

- Merci alors je reviens à ma sixième question : 6) <u>Quels peuvent-être les effets négatifs de l'utilisation de l'humour par un soignant</u> ?

(cc) BY-NC-ND

- Et bien c'est de rire, de se moquer en fait. De passer de l'humour à la moquerie, d'avoir un humour noir, agressif, complètement décalé, de provoquer la vexation et tout ce qui peut aller avec…

- oui…

- Et du coup, se retrouver avec un patient qui va être réfractaire aux soins, complètement en opposition, en retrait, qui est capable de se fermer alors qu'il n'a pas besoin de ça, refuser les soins.

Je pense que soit on est capable de faire de l'humour, avec un grand H, comme de l'humour Humain soit, il vaut mieux s'abstenir et être soignant juste dans la technicité. Si c'est pour que ce soit délétère, il vaut mieux ne pas en faire du tout et rester sur ce qu'on sait faire…

Après des fois, des soignants peuvent faire un humour non approprié parce qu'ils se sentent mal à l'aise avec une situation, et du coup ils font de l'humour agressif, ça peut arriver… malheureusement, je l'ai déjà vu…

- C'est un mécanisme de défense ? Pour gérer une situation qui les met mal à l'aise ?

- Oui, je pense… ils n'en ont pas forcément conscience, mais ils peuvent blesser les personnes… et quand tu parles de mécanisme de défense, des fois, ça peut aussi être les patients qui font ça, je l'ai rencontré une fois ou deux… mais bon là, on peut le comprendre…

- Oui, au cours de mes recherches, j'ai vu que l'humour était considéré par Freud comme le mécanisme de défense le plus élevé…

- L'humour ? D'accord…

- Oui et puis l'humour peut également être très aidant dans le processus de résilience…

(cc) BY-NC-ND

- ah oui, la résilience, je m'en rappelle…

- du coup, il faut être capable d'analyser l'utilisation de l'humour chez les patients, peut-être…

- oui, de savoir si c'est son humour habituel ou s'il veut nous faire passer un message… parce que ce n'est pas dans ses habitudes… c'est un moyen de communication différent en fait, pas au premier degré…

- Merci, donc le quatrième et dernier thème de ce questionnaire, IV) L'humour et le soin, avec la huitième question :

8) Quelles vertus peut avoir l'humour sur l'état de santé d'un patient?

- Sur l'état de santé, je pense que ça peut avoir des effets sur l'état psychologique des patients déjà… et donc jouer sur l'amélioration de l'état de santé, c'est-à-dire que, si on voit des patients apathiques, complètement effondrés à l'annonce de quelque chose, des fois, avoir un peu d'humour et essayer d'être là, de les réconforter avec de l'humour et autre chose, ca fait partie des outils qui nous permettent de faire aller un peu mieux les patients…

- Ca rentre donc dans la relation d'aide ?

- Oui, dans la relation d'aide, oui, oui, tout à fait… après euh… c'est un des facteurs de la guérison enfin, ça aide au soin…

- Au bien-être ?

- Au mieux-être, oui, c'est sûr, à une meilleure acceptation de la pathologie, des soins, de l'hospitalisation… Par exemple, en période de fin d'année, quand ils sont hospitalisés, c'est difficile, ils ne sont pas chez eux…

On leur dit : «C'est sympa ! Vous faites ça exprès pour passer Noël avec nous ! Ca c'est vraiment trop gentil, quoi !»

(cc) BY-NC-ND

Donc on essaye sur un ton humoristique de leur dire nous, ça nous fait super plaisir de vous avoir avec nous. On comprenait bien que ce n'était pas leur souhait à eux mais du coup, ils avaient le sourire et se disaient : « bon, ben… Je ne suis quand même pas si mal que ça, les soignants sont là, ils sont souriants même si c'est les fêtes de fin d'année… »

Donc, euh… il en faut de l'humour... Parce qu'on a une population vieillissante, parce qu'on a des diagnostics de plus en plus lourds et pour faire accepter ça, je ne sais pas si ça aide à la santé ou à la guérison mais ça aide à un mieux être momentané et c'est déjà ça de gagné sur la maladie…

L'humour permet le temps de l'hospitalisation ou le temps où on est avec eux de leur faire oublier un petit peu la pathologie, les désagréments. Oui c'est déjà ça de pris sur la maladie donc oui, c'est très important… sur l'état de santé, ça joue!

- Bon, merci… j'en ai fini avec mes questions, auriez vous quelque chose à rajouter, que vous souhaiteriez compléter peut-être ?

- Non, enfin ce qu'on disait, faire de l'Humour avec un grand H comme Humain, Homme, humanité mais pas de la moquerie… rire avec et pas rire de… voilà, c'est tout…

- Merci beaucoup.

(cc) BY-NC-ND

Annexe 3. Analyse des entretiens

I) Présentation, parcours professionnel

1) Depuis quand êtes-vous diplômé ?

IDE 1 : Homme, diplômé depuis 2013.

IDE 2 : Femme diplômée depuis 1988.

IDE 3 : Femme diplômée depuis 2012.

Analyse :

Les IDE 1 et 3 ont sensiblement le même parcours professionnel à savoir qu'ils sont tous les deux récemment diplômés (2012 et 2013). En revanche, l'IDE 2 est diplômée depuis 28 ans. De même, alors que l'IDE 1 est un homme, les IDE 2 et 3 sont des femmes. Comme nous le verrons par la suite, ces critères ne semblent pas avoir d'influence significative sur l'utilisation qui est faite de l'humour dans la relation avec les patients sauf peut-être pour l'IDE 2 qui pratique plus l'humour auprès des patients masculins (voir question 4).

2) Quel est votre parcours professionnel ? (ancienneté dans le service)

IDE 1 : a été aide-soignant de 2005 à 2010. Il est dans le service d'UMS depuis 2013, il s'agit de son premier poste en temps qu'IDE.

IDE 2 : travaille dans le service en tant qu'IDE depuis 1989.

IDE 3 : a été aide-soignante de 2006 à 2009. Elle a travaillé 1 an au service de supplémentation. Elle est IDE depuis 2013 dans le service de médecine interne, infectiologie et rhumatologie.

Analyse :

Les IDE 1 et 3 ont une fois de plus un parcours professionnel sensiblement identique. En effet, tous deux ont été aides-soignants pour une période de 4 à 5 ans

(cc) BY-NC-ND

avant de rentrer en formation IFSI (parcours professionnel). J'en déduis qu'ils ont une expérience d'environ 10 ans dans le domaine du soin. De même, les deux sont en poste dans leurs services respectifs depuis 2013. Ainsi, cela fait environ 3 ans qu'ils sont IDE dans le même service de soin. Bien que récemment diplômés, l'IDE 1 et 3 ont donc une expérience non négligeable de la pratique soignante et sont à l'aise dans leurs services, au regard du temps passé. Cela peut avoir une influence sur l'utilisation de l'humour du fait qu'ils ne soient pas obnubilés par l'aspect technique des soins, comme on peut l'être en tant que jeune professionnel.

L'IDE 2 quant à elle, accumule une expérience considérable dans le service des urgences. En effet, elle y travaille depuis 1989. Je peux en déduire que c'est l'IDE 2 qui a la plus grande expérience de la pratique infirmière et de son service. Comme pour la première question je remarque tout de même qu'il ne semble pas y avoir de différence significative sur l'utilisation de l'humour. Peut-être que si les deux IDE récemment diplômés n'avaient pas eu d'expérience en tant qu'aides-soignants, serait alors apparue une différence notable de l'utilisation de l'humour. Mais ceci n'est qu'une hypothèse que je ne peux confirmer suite à ces entretiens.

Cependant, le type de service de soin semble lui avoir une influence sur l'utilisation de l'humour. Plus le temps d'hospitalisation est long, plus l'IDE a le temps de connaitre le patient ce qui semble faciliter l'utilisation de l'humour. Néanmoins, l'IDE 2 qui travaille aux urgences, où le temps d'hospitalisation est très court, pratique quand même l'humour.

II) La relation soignant-soigné

3) <u>Comment faites vous vivre la relation soignant-soigné dans votre pratique professionnelle</u> ?

(cc) BY-NC-ND

IDE 1 : Donne beaucoup d'importance à la relation avec les patients en utilisant la communication et ce, quelque soit la charge de travail. Il essaye de trouver des sujets de discussion afin d'entrer en relation.

IDE 2 : soulève l'importance de la relation soignant-soigné et celle de la communication. Elle aborde le fait que l'humour peut permettre d'initier la relation mais que ce n'est pas toujours possible.

IDE 3 : précise qu'elle la fait vivre tous les jours et qu'elle individualise cette relation pour chaque patient. Elle aborde la notion de relation de confiance qui doit pouvoir s'établir avec les patients. Elle souligne également l'importance qu'il y a à se présenter, à donner des explications aux patients et à leurs proches afin d'être un point de repère pour eux, dans le service.

Analyse :

Les 3 IDE interrogés déclarent tous accorder une grande importance à l'instauration d'une relation soignant-soigné de qualité. Pour les IDE 1 et 2, cela se fait principalement par la communication verbale et met donc en jeu les compétences relationnelles infirmières. L'IDE 3 aborde la notion de relation de confiance et souligne l'importance d'être un repère pour les patients pendant leur hospitalisation. En effet, dans un service hospitalier où elle est amenée à changer régulièrement de secteur, il lui semble primordial de se présenter comme personne-ressource pour les patients et pour leurs proches, le temps où elle est amenée à les prendre en soin. Cette problématique a peut-être moins de raison d'être dans un service de très court séjour comme les urgences (quelques heures) ou dans un service de moyen séjour, où les patients ont plus de repères du fait du temps d'hospitalisation assez conséquent (moyenne de 3 mois).

(cc) BY-NC-ND

III) L'humour et la relation soignant-soigné

4) Quelles sont selon vous, les conditions nécessaires à l'utilisation de l'humour dans la relation avec le patient ?

IDE 1 : considère qu'il y a des conditions liées à l'état somatique du patient, à son humour, à sa personnalité. Il déclare également que la douleur ne permet pas l'utilisation de l'humour.

Ainsi, l'utilisation de l'humour implique une capacité d'analyse de la situation, un jugement clinique de la part de l'IDE.

Il évoque également des conditions liées aux valeurs soignantes à savoir, le respect, la pudeur et le fait de conserver une relation de confiance avec le patient.

IDE 2 : considère que cela nécessite d'analyser la situation, de repérer les situations où l'humour sera possible. Elle indique qu'il y a une notion de timing, de moment où l'humour peut être ou non pratiqué.

Les douleurs physiques et psychologiques sont incompatibles avec l'utilisation de l'humour dans la relation soignant-soigné.

Il y a des conditions liées à la personnalité du soignant pour qui, l'utilisation de l'humour doit être naturelle, « non forcée ». De plus, elle pointe le fait que la charge de travail peut avoir des répercussions sur l'utilisation ou non de l'humour de la part des soignants.

Il y a encore des conditions liées à la personnalité des patients, et l'IDE 2 déclare plus pratiquer l'humour avec les patients de sexe masculin car elle trouve que « c'est

(cc) BY-NC-ND

peut-être mieux venu ». Elle déclare utiliser l'humour avec des patients de tout âge, des enfants aux personnes âgées.

L'IDE 2 considère que l'utilisation de l'humour implique la mobilisation de valeurs soignantes comme le respect et la bienveillance.

IDE 3 : pense que l'utilisation de l'humour dépend de l'ouverture d'esprit du soignant, de sa personnalité. Elle souligne le fait que l'humour doit être une interaction entre deux individus, d'égal à égal et ne doit pas se faire à sens unique.

Elle considère également que l'utilisation de l'humour mobilise les valeurs soignantes. Elle aborde ainsi les concepts de bienveillance, de respect, de pudeur, d'intimité, de prendre soin et les qualités d'écoute indispensables. Elle déclare « qu'il faut rire ensemble et non rire contre ».

Elle pense qu'il ya des conditions liées à la notion de confiance qui existe avec les patients et que l'humour doit être personnalisé à chaque patient.

Elle pense également que certains soins se prêtent moins à l'utilisation de l'humour : les soins invasifs, les soins qui peuvent être douloureux ou gênants ou les soins très techniques.

Elle considère que le rire peut être un soin à part entière.

Enfin, l'IDE 3 indique que les conditions de travail, que la charge de travail et la fatigue des soignants peuvent limiter l'utilisation d'humour.

Analyse :

Pour cette question qui pourrait apparaitre comme un peu vaste, j'avais préparé des sous-questions afin de rechercher certains éléments de réponses. Il se trouve que pour les trois IDE, il y ait des conditions liées à la situation et qui excluent l'utilisation d'humour. Ainsi, la douleur, ne semble pas permettre de faire de l'humour, tout

(cc) BY-NC-ND

comme certains soins invasifs et/ou anxiogènes qui nécessitent d'être effectués avec sérieux et respect de l'intimité des patients.

Les IDE ont tous mis l'accent sur la nécessité d'analyser la situation clinique avant d'utiliser l'humour. Ainsi, selon eux, utiliser l'humour dans un contexte de soins est un art exigeant et qui nécessite d'être personnalisé et adapté à chaque patient et qui ferait donc appel aux compétences de jugement clinique et aux compétences relationnelles.

Les trois professionnels ont également fait référence à des conditions reliées au soignant. En effet, selon eux, l'utilisation de l'humour nécessite qu'il fasse partie de sa personnalité et doit se faire de façon naturelle et non forcée.

Une condition primordiale à l'utilisation de l'humour est ressortie chez les 3 IDE interrogés de façon à peu près similaire. Ils posent tous comme condition d'utilisation, le respect des valeurs soignantes. Ont alors été cités les concepts de bienveillance, de respect, de pudeur, de soin, d'écoute active et de relation de confiance.

L'IDE 2 et l'IDE 3 ont également apporté un élément que je n'avais pas envisagé dans ma situation d'appel et qui se rapporte aux conditions reliées aux soignants. En effet, pour elles, une charge de travail trop importante, comme c'est souvent le cas actuellement, pourrait être un frein à l'utilisation de l'humour. Ainsi, pour qu'un soignant puisse faire de l'humour il faudrait qu'il soit en condition psychologique positive, non stressé, fatigué ou pris par le temps et la charge de travail.

Enfin, l'IDE 2 pointe le fait qu'elle trouve souvent « mieux venu » de faire de l'humour auprès des patients de sexe masculin que de sexe féminin. Cet élément n'est pas apparu chez les autres IDE interrogés. Il s'agit peut-être de ses propres représentations.

5) <u>En quoi l'humour peut-il favoriser l'instauration d'une relation de confiance</u> ?

(cc) BY-NC-ND

IDE 1 : considère que la notion de confiance est dépendante du temps passé avec chaque patient et ainsi du temps d'hospitalisation. Il pense que l'humour peut permettre aux patients d'oublier leur quotidien, les soins et ainsi favoriser la relation de confiance.

IDE 2 : pense que les vertus de l'humour sont d'apaiser les situations de tension, de stress. Elle pense aussi que l'humour peut apporter un peu de gaieté aux patients. Son utilisation requiert de la gentillesse et de la bienveillance de la part des soignants et peut donc permettre de participer et d'améliorer la relation de confiance.

Enfin, elle pointe le fait que l'humour est un outil de communication bien spécifique qui permet de dire des choses qu'on ne pourrait pas dire sans lui. L'humour permet ainsi de favoriser la relation de confiance tout en faisant passer des messages.

IDE 3 : considère qu'il est nécessaire qu'il y ait de la confiance pour pouvoir faire de l'humour mais que l'humour peut également aider à la relation de confiance, « c'est une imbrication des deux ».

Elle pense que l'humour permet de faciliter la relation avec les patients en mettant le soignant à son niveau, en gommant la posture soignante de supériorité qui peut parfois s'installer. L'humour égalise ainsi la relation.

Analyse :

Les trois professionnels semblent considérer que la confiance doit être déjà établie pour que l'on puisse utiliser l'humour dans la relation. Cependant du fait des conditions et des temps d'hospitalisation très différents, sont apparues quelques différences notables dans les réponses apportées par les 3 IDE.

L'IDE 1 pense que l'humour peut être bénéfique à la relation de confiance mais il considère surtout que c'est la notion de temps qui permet l'instauration de cette

(cc) BY-NC-ND

relation de confiance. C'est en côtoyant les patients sur le long terme que se construit cette relation de confiance. Cela semble logique compte tenu du fait que les patients restent en moyenne 3 mois hospitalisés dans le service d'UMS. Il n'y a donc pas nécessité à « brûler les étapes » et risquer de faire un impair en utilisant trop tôt et à mauvais escient l'humour.

L'IDE 2 quant à elle, considère que l'humour peut être un moyen de communication acceptable et qu'il permet ainsi de dire des choses qu'on ne pourrait pas dire aux patients, sans le ton de l'humour. L'humour est donc pour elle un vrai outil de communication qui permet de conserver la relation de confiance et de désamorcer des conflits. Elle rappelle que dans un contexte de soin où le stress, l'attente peuvent être importants, l'humour d'apaise et soulage les tensions.

Enfin, pour l'IDE 3, l'humour est à la fois à l'origine de la relation de confiance et il en est la preuve. Pour elle l'humour rapproche l'IDE du patient en créant un sentiment de rapprochement entre elle et les patients. L'humour en créant de la connivence et en aplanissant la hiérarchie qui peut parfois s'installer dans la relation soignant-soigné serait donc bénéfique pour la relation de confiance.

6) Quels peuvent-être les effets négatifs de l'utilisation de l'humour par un soignant ?

IDE 1 : pense que le risque principal est que le patient considère l'humour comme un manque de respect, que ce soit intrusif. En conséquence, le patient pourrait se vexer, se braquer et que cela pourrait induire un arrêt de la communication soignant-soigné et une altération de la relation de confiance

IDE 2 : pense que le patient pourrait se vexer et ne pas comprendre l'humour utilisé. Le risque viendrait du fait que cet humour ne soit pas adapté à la personne. Elle rappelle que ce n'est absolument pas le but de la relation auprès des patients et

(cc) BY-NC-ND

que ce n'est pas sa pratique. Elle rappelle également la nécessité de mobiliser les valeurs soignantes telles que la bienveillance et le respect.

IDE 3 : pense qu'un humour agressif, négatif, qui se moque et qui est décalé à la situation pourrait avoir pour conséquences de fermer la relation de soin, de nuire à la relation de confiance, de rendre le patient réfractaire aux soins et d'aboutir à un refus de soin de sa part. Elle considère que c'est à éviter absolument. Elle aborde également la notion de mécanisme de défense qu'elle attribue à l'humour. Ce mécanisme de défense pouvant venir tant des soignants que des patients. Elle pense qu'il est alors nécessaire pour la prise en soin, d'analyser, de comprendre, cette utilisation de l'humour.

Analyse :

Les trois professionnels envisagent les effets négatifs de l'utilisation de l'humour de la même manière. Pour eux, un humour non adapté, pratiqué sans bienveillance ni respect et faisant fi des valeurs éthiques, auraient systématiquement comme conséquences de nuire à la relation de confiance et in fine, de provoquer la vexation et le refus de soin de la part du patient.

Les trois IDE expriment clairement leur désapprobation de cette utilisation de l'humour dans la relation de soin et précisent qu'il ne s'agit pas de leur pratique soignante. Il s'agit donc ici pour eux, d'une faute professionnelle dans la relation avec le patient. Ce qu'ils décrivent correspond bien aux conséquences d'un humour négatif, d'un humour de supériorité, dont la dimension agressive et hostile est totalement inconcevable dans la pratique soignante. Comme dans mes recherches, il apparait donc que l'humour est un outil de communication exigeant, qui nécessite

(cc) BY-NC-ND

subtilité, bienveillance et « *qui est sensible au choix du moment, à la pertinence de son objet, à la finesse de son expression*[68] ».

7) Quels effets peut avoir l'humour sur la juste distance relationnelle ?

IDE 1: pense que l'humour a des effets positifs sur la distance relationnelle, qu'il permet de rassurer le patient et d'instaurer la relation de confiance. Selon lui, l'humour permet de réduire la distance relationnelle entre le patient et le soignant, cela nécessite donc de la part de ce dernier de bien jauger et maitriser cette distance.

IDE 2: souligne l'importance de ne pas aller trop loin dans l'humour afin de ne pas trop réduire la distance relationnelle. Elle rappelle les notions de valeurs soignantes, de respect, de professionnalisme. Elle conclut en disant que l'humour peut aider à la relation avec les patients.

IDE 3: pense que la distance relationnelle dépend de chaque patient, du temps d'hospitalisation, de la relation de confiance et des affinités naturelles qui peuvent se créer entre soignants et patients. Elle pense que « l'humour aide forcément » à entrer en relation et à prolonger cette relation. Elle pense également que si la relation se résume au minimum et que le soignant ne communique très peu avec le patient il n'y a pas de place pour l'humour. Elle rappelle ainsi l'importance de la communication dans le travail IDE.

Analyse :

[68] MAROUDY, « L'humour, une dimension du soin ? », *art. cit.*, 2015.

(cc) BY-NC-ND

Cette question a nécessité d'être explicitée et précisée pour deux des professionnels interrogés (IDE 1 et IDE 2). Ces deux professionnels considèrent que l'humour doit être maitrisé et se pratiquer au regard de valeurs éthiques et morales afin de rester dans la juste distance relationnelle. Les trois IDE semblent considérer que l'humour a pour conséquence de réduire la distance relationnelle. Il semble apparaitre ici, en filigrane, un des aspects négatifs possibles de l'humour, à savoir, un risque de familiarité excessive, de maladresse relationnelle qui pourrait, en réduisant de trop la distance relationnelle, être perçu comme inconvenant et déplacé. Néanmoins, les trois IDE considèrent l'humour comme un facilitateur de la relation et semblent donc considérer ce dernier comme un outil de communication envisageable si pertinent.

IV) L'humour et le soin

8) Quelles vertus peut avoir l'humour sur l'état de santé d'un patient?

IDE 1: considère que l'humour ne peut avoir que des effets bénéfiques. L'humour permet de faire oublier au patient sa pathologie, l'hospitalisation, les soins de façon momentanée. L'humour induit une amélioration de l'état psychologique et renforce le bien-être des patients.

IDE 2 : pense que l'humour permet d'aider, d'apaiser les patients et que c'est un soin à part entière. Il permet également de dédramatiser certaines situations. Enfin, en potentialisant les échangent positifs entre soignants et patients, l'humour apporte du bien-être tant auprès des patients que des soignants.

IDE 3 : pense que l'humour engendre une amélioration de l'état psychologique et donc également une amélioration de l'état de santé des patients. L'humour est un outil faisant partie intégrante de la relation d'aide en permettant d'apporter réconfort et mieux-être. De plus, l'humour permet une meilleure acceptation de la pathologie,

(cc) BY-NC-ND

des soins, de l'hospitalisation. A ce titre, l'IDE 3 considère l'humour comme un facteur de guérison à part entière.

Analyse :

A cette question, les trois professionnels ont répondu de façon catégorique et avec beaucoup de conviction. Ils considèrent que l'humour a des effets bénéfiques sur la santé des patients en agissant de façon positive sur leur état psychologique. L'humour apporterait selon eux du bien-être et permettrait de mieux accepter l'hospitalisation et la maladie. Pour eux, l'humour semble être porteur d'émotions positives et il permet de pallier aux atteintes psychologiques ou physiques induites par un état de santé défaillant et /ou une hospitalisation. Le fait que les 3 IDE considèrent l'humour comme un soin à part entière corrobore les résultats de mes recherches documentaires qui considèrent l'humour « comme une possible dimension du soin.[69] »

[69] Ibid.

(cc) BY-NC-ND

Bardet François

Travail De Fin d'Etudes

L'humour dans la relation de soins

Résumé : Pour apparaitre dans le contexte des soins, l'humour semble devoir répondre à certaines conditions et présenter certaines caractéristiques. Il témoigne des compétences relationnelles, de communication et de jugement clinique de l'IDE mais aussi surtout de ses valeurs du «prendre soin». En effet, en permettant un accompagnement personnalisé et chaleureux, l'humour semble pouvoir avoir de nombreux effets positifs sur l'état psychologique du patient, sur son bien-être et sur la qualité de la relation soignant-soigné. A ce titre, il semble que l'humour puisse être considéré comme un outil de communication qui améliore la qualité des soins.

Mots-clés : Humour, relation soignant-soigné, communication, accompagnement, prendre soin, bien-être, qualité des soins.

Humour in the care relationship

Abstract : In order to occur in the healthcare context, it seems that humour has to meet certain conditions and to display certain characteristics. It reflects the relationship skills, the communication skills and the judgment skills of the nurse but moreover, it reflects the nurse's values of "caring". Indeed, by providing a warm and personalized support, it seems that humour can have many positive effects on the psychological state of mind of patients, on their well-being and on the quality of the caregiver-patient relationship. In the light of this, it seems that humour can be considered as a communication tool improving the quality of care.

Keywords : Humour, caregiver-patient relationship, communication, support, caring, well-being, quality of care.

(cc) BY-NC-ND