

SIMON VRIGNAUD Véronique

L'HUMOUR DANS LA RELATION
SOIGNANT-SOIGNE.

U.E 3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche.

U.E 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles.

Nadège HERBERT

IFSI CHU de Nantes

Promotion 2014/2017

Le 27 avril 2017

Remerciements.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée, conseillée, écoutée et guidée pendant toute la durée de ce travail.

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire pour son écoute, sa patience, sa disponibilité et ses conseils qui m'ont permis d'élaborer ce mémoire.

Je tiens à remercier ma référente de suivi pédagogique qui m'a soutenu, conseillée et encouragée pendant ces trois ans.

Durant ces trois années, j'ai eu des moments difficiles, de découragement et de stress mais j'ai réussi grâce à leur soutien et leurs amours MERCI à mon mari et mes enfants.

Je tiens à remercier ma famille et mes amis, surtout les popin's, pour leur patience (si peu ...), leur calme, leur écoute, leur soutien et leurs encouragements.

Je remercie les infirmiers(es) que j'ai rencontrés pour mes entretiens pour leur disponibilité et leur gentillesse.

Je remercie toutes les personnes rencontrées, les patients ainsi que leur entourage et professionnels qui m'ont accompagné dans mon évolution (personnelle et professionnelle) afin de construire mon identité professionnelle.

« Vouloir définir l'humour c'est prendre le risque d'en manquer »

Guy BEDOS, Journal « les échos » (1987)

Sommaire.

Introduction	7
<u>1^{ère} PARTIE : OBJET DE RECHERCHE.</u>	8
1. Description de la situation.	8
2. Motivation pour le choix de l'étude.	10
3. Questionnement.	10
4. Choix et argumentation de thème.	12
5. Question de départ.	12
<u>2^{ème} PARTIE : CADRE CONCEPTUEL.</u>	13
1. <u>LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE.</u>	13
1.1 La communication.	13
1.2 La relation.	14
1.3 La relation soignant-soigné.	15
1.4 La relation en soins infirmiers.	17
2. <u>EMOTIONS ET MECANISMES DE DEFENSES.</u>	18
2.1 Emotions.	18
2.2 Les mécanismes de défenses et les stratégies de coping.	20
2.2.1 les mécanismes de défenses.	20
2.2.2 Les stratégies de coping.	21
3. <u>HUMOUR.</u>	22
3.1 Les formes d'humour.	23
3.2 Le rire.	25

<u>3^{ème} PARTIE : METHODOLOGIE</u>	27
3.1 Collecte de données théoriques.	27
3.2 Méthodologie des entretiens.	27
3.3 Choix des professionnels.	28
3.4 Exploitation des données empiriques.	29
<u>4^{ème} PARTIE : ANALYSES DES DONNEES EN LIEN AVEC MA QUESTION DE DEPART ET MON CADRE CONCEPTUEL.</u>	30
<u>5^{ème} PARTIE : PROBLEMATISATION.</u>	35
Conclusion.	37
Bibliographie.	
Annexe	
Annexe 1 : Les mécanismes de défenses des soignants	I
Annexe 2 : Guide d'entretien.	III
Annexe 3 : Tableau d'analyse des données empiriques.	V
Annexe 4 : Retranscription des entretiens.	XII
- Entretien n°1	
- Entretien n°2	
- Entretien n°3	

INTRODUCTION.

Je suis naturellement souriante, joviale et j'aime l'humour sous toutes ses formes. Quand je serais diplômée, je souhaite pouvoir rester moi-même avec les patients et pouvoir employer l'humour lors de mes prises en charge.

J'ai donc choisi de m'intéresser à l'impact de l'humour dans la relation soignant-soigné, pour mon travail de fin d'études, suite à la situation qui m'a le plus interpellée pendant ma formation. J'ai plus particulièrement choisi ce thème car, j'ai remarqué au cours de mes études, que les soignants utilisaient de plus en plus l'humour dans les soins de façons, de manières avec des objectifs différents. J'ai pour objectif de transférer, à la suite de ce travail de recherche, tous les savoirs mobilisés dans mes futures pratiques en tant que professionnelle de la santé.

J'ai choisi d'élaborer ce travail en différentes parties.

La première partie décrira ma situation de départ, mes motivations pour ce thème et le questionnement qui m'a permis d'aboutir à ma question de départ.

La seconde partie, sera l'exploration des concepts émanant de ma question de départ. Celui-ci me permettra d'apporter des informations théoriques sur ceux-ci.

Ensuite, je présenterais la méthodologie utilisée pour recueillir les propos des infirmières que j'ai rencontrées ainsi que l'analyse de mes différentes données. De plus, la construction de ce mémoire m'a fait cheminer sur une nouvelle question de recherche.

Enfin la conclusion présentera les apports et les connaissances acquises suite à ce travail de recherche et précédera mes annexes.

1^{ère} PARTIE : OBJET DE RECHERCHE.

1° Description de la situation.

Je suis étudiante en soins infirmiers en deuxième année et j'effectue actuellement mon stage de semestre 4 A. Ce stage est le troisième dans mon parcours.

Je suis accueillie dans le service d'hématologie stérile dans un CHU du grand ouest.

C'est un service, de 18 chambres individuelles stériles, divisé en 3 secteurs (vert, bleu, rouge). Il est spécialisé dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des hémopathies malignes (maladies cancéreuses de la moelle osseuse et du système lymphatique). La majorité des traitements sont des chimiothérapies.

Aujourd'hui lundi 4 avril 2016, je suis en stage depuis 3 semaines.

Je dois effectuer la réfection du pansement de pic line de Mme A.

Mme A. est hospitalisée pour une leucémie aigue lymphoblastique traitée par chimiothérapie, sa pathologie a été découverte suite à un bilan d'anémie et des douleurs intenses au niveau de ses jambes. C'est sa seconde hospitalisation dans le service, la première avait duré neuf semaines. A ce jour Mme A. est hospitalisée depuis quatre semaines pour sa deuxième cure et présente de nombreux effets secondaires (nausées, vomissements, diarrhées).

Mme A est une femme de 32 ans, célibataire, sans enfant et secrétaire mais actuellement en arrêt longue durée. Elle est coquette et porte une attention particulière à son physique. Mme A. est brune les cheveux mi- longs, toujours souriante et aime plaisanter. Elle aime discutée et son humeur est stable avec un bon moral malgré la difficulté de la situation et les effets indésirables de son traitement.

Je prends en soin Mme A. pour la réfection de son pansement et pour l'administration de ses thérapeutiques, accompagnée d'un infirmier, que je prénommerais Emmanuel, qui est depuis 5 ans dans le service. Il est dynamique, souriant et aime beaucoup l'humour et le rire.

Lorsque je rentre dans la chambre de Mme A. je remarque rapidement sa baisse de moral, Elle ne sourit pas et parle peu. Elle est concentrée sur son ordinateur et regarde un site de foulards et de bandeaux pour cheveux.

Je demande si je peux lui refaire son pansement de pic line, elle accepte.

Mme A. a commencé à perdre ses cheveux. L'alopecie est un effet secondaire très fréquent de la chimiothérapie.

Elle me demande si avant de lui refaire son pansement je peux la prendre en photo avec son téléphone portable, afin de simuler le port de foulard sur internet.

Mme A. nous regarde et nous demande si nous avons le temps de l'aider à choisir un foulard pour dissimuler son alopecie.

Emmanuel lui répond que nous avons un peu de temps et que nous pouvons donc l'aider.

Mme A. nous montre trois foulards qu'elle a remarqués sur le site.

Soudain elle éclate en sanglots et nous exprime sa crainte par rapport au regard des gens sur « son crâne chauve ».

Elle nous dit « pour une femme c'est laid, je vais ressembler à rien !!! Je ne veux pas de perruque et en plus je n'ai pas une tête à porter des foulards, c'est pour les vieux ! ».

Je me sens désemparée face à la détresse de Mme A. et je ne sais pas quoi lui répondre. Je suis démunie et je ne sais pas quoi dire ni comment réagir suite aux propos de Mme A. Je me mets inconsciemment en retrait et reste silencieuse. Emmanuel qui remarque que je suis en difficulté prend naturellement le relais.

Il la regarde et lui dit d'un ton humoristique et accompagné d'un clin d'œil : « si vous n'avez pas une tête à foulard essayez les chapeaux ! ».

Alors Mme A. relève la tête, essuie ses larmes, me regarde, sourit et se met à avoir un fou rire.

Maintenant Mme A. pleure mais de rire.

Une fois son fou rire terminé, elle regarde Emmanuel et lui dit « merci, votre humour m'a fait du bien. Rendre cette situation dérisoire est la meilleure chose à faire et puis des cheveux ça repoussent ! Pour une fois qu'on ne me parle pas comme à une malade mais comme à une personne normale. Ca faisait longtemps que quelqu'un avait preuve d'humour avec moi et ça fait du bien de se sentir normale ».

Mme A. a retrouvé le sourire et se remet à discuter comme d'habitude avec nous.

J'effectue alors son pansement.

Et au moment de sortir Mme A. nous dit « merci » et en nous faisant un clin d'œil elle nous dit « les chapeaux et pourquoi pas ! »

2° Motivation pour le choix de l'étude.

J'ai choisi de présenter cette situation car je suis naturellement souriante, joviale et j'aime rire de façon générale. Je n'aurais pas osé faire preuve d'humour dans ce genre de situation. Il me semblait inapproprié et irrespectueux de faire preuve d'humour dans ce moment difficile. Cette situation particulière ainsi que les propos de mon collègue infirmier m'ont interpellée sur la place de l'humour dans les soins.

3° Questionnement.

Dans cette situation Mme A. exprime clairement sa peur du regard des autres sur son physique. En effet depuis le début de son traitement celui-ci a changé, il l'a fait perdre de nombreux kilos et l'alopecie est le principal changement visible.

Ce changement corporel est responsable de la modification de l'humeur de Mme A. Mais celui-ci est-il seulement la cause principale de son état psychologique ?

En effet l'alopecie met Mme A. face à sa maladie qui est extrêmement grave et ce changement lui rappelle en permanence la fragilité de son état de santé. La perte de l'intégralité de sa chevelure a un impact sur sa féminité et sur son image personnelle. Cette

modification physique visible en permanence entraîne donc une modification de son rapport avec son corps. On peut se demander si Mme A préserve une bonne estime d'elle-même et si elle a fait le deuil de son apparence ? Quelles sont les actions infirmières que l'on peut mettre en place pour aider Mme A. à s'adapter à ses changements physiques dus à sa pathologie et aux traitements ?

La pénibilité des effets secondaires rappelle à Mme A. la « lourdeur » de sa maladie et sa difficulté de guérison. Elle peut-être inquiète face à son avenir alors comment l'accompagner dans sa maladie et dans son projet de vie ? Mme A a aussi conscience du risque d'échec de son traitement et le regard des autres sur son alopecie l'angoisse réellement. Cette perte entraîne un travail de deuil chez Mme A, ou en est-elle dans son processus ?

De plus Mme A. est en secteur protégé, ses visites sont donc limitées en temps et en nombre. C'est une personne qui a une vie sociale active alors cet isolement thérapeutique a-t-il un impact sur son état psychologique ?

Dans cette situation difficile Emmanuel a utilisé l'humour pour apaiser Mme A. alors que je me suis mise en retrait. Pour Emmanuel cela s'est fait naturellement, l'humour est une stratégie d'adaptation alors quels sont les mécanismes de défenses utilisés par les soignants ?

Mme A. exprimait verbalement et physiquement son mal-être pourtant l'humour a été la meilleure « chose » à faire. Dans quel contexte peut-on utiliser l'humour dans les soins infirmiers ? Et quelle est sa place ? Et dans quelles situations ou quels moments peut-on utiliser l'humour ?

L'humour a permis de remonter le moral de Mme A. celui-ci l'a apaisé et soulagé. Quels sont les bénéfices (physique et psychologique) et les avantages de l'humour dans les soins? Ici Mme A. a apprécié le comportement de mon collègue et l'a remercié car cela lui a permis un instant d'oublier son statut de « malade ». Mais sa réaction aurait pu être différente et aggraver la situation alors quels sont les risques, les inconvénients et les limites à employer l'humour dans les soins?

Lors de mon stage en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) l'humour m'a permis de conserver la communication avec un résident. La relation soignant-soigné que nous avions a été altérée suite à une frustration, elle risquait d'être rompue et l'utilisation de l'humour a permis de la conserver.

Dans ces deux situations l'humour a été employé pour des objectifs différents mais il permet de conserver la communication entre les soignants et les soignés. Mais en quoi l'humour a-t-il un rôle dans la relation soignant soigné ? Dans quels contexte, quel service, quelles situations et à quels moments peut-on utiliser l'humour ?

4° Choix et argumentation du thème.

Au cours de mes différents stages réalisés en psychiatrie, chirurgie et maison d'accueil spécialisée j'ai été confrontée à différents façons et moyens d'utilisation de l'humour.

L'humour est un concept difficile à établir, il est propre à chacun et varie selon chaque personne, chaque culture. Dans la relation soignant-soigné l'humour a pour but de faire rire ou sourire le patient mais celui-ci peut avoir une perception différente de nous, il est donc parfois difficile de l'utiliser. Dans les soins, l'humour doit être adapté en aucun cas il ne doit blesser, offenser ou insulter la personne. Les croyances, les valeurs, la culture et l'éducation doivent être respecté.

Cela me pose donc question et me donne l'envie de chercher l'impact de l'humour dans la relation soignant-soigné, ce qui est appliqué dans les structures, quels sont les obstacles à l'utilisation de l'humour, comment est perçu l'humour chez les patients et chez les professionnels.

Ce thème fait donc écho à certains stages passés et pourra être consolidé par un futur stage.

5° Question de départ.

Quel impact l'humour peut-il avoir sur la relation soignant soigné lors de soins infirmiers ?

2^{ème} PARTIE : CADRE CONCEPTUELLE.

1° La relation soignant-soigné.

J'ai choisi de commencer ce travail de recherche en traitant la dimension qui est le point de départ de tous soins : la relation soignant-soigné.

Pour moi, afin de pouvoir créer une relation soignant-soigné de bonne qualité, il faut avant toute chose entrer en communication avec la personne soignée.

1.1 La communication.

La communication est la base de tous les rapports humains, c'est pour cela que sa qualité est d'une grande importance dans les soins infirmiers.

Virginia HENDERSON a défini la communication comme « la nécessité pour l'être humain d'échanger avec les autres et avec l'environnement, sur un mode verbal ou non-verbal aux niveaux sensori-moteurs, intellectuel et affectif dans le but de partager ses idées, ses sentiments, ses expériences, d'exprimer ses besoins et de comprendre ceux de son entourage. » (V.HENDERSON, 1994).

On distingue deux grandes formes de communication : la communication verbale et la communication non-verbale.

- La communication verbale : c'est un phénomène culturel, le langage est un système de signes socialisés. Elle ne nécessite pas forcément l'emploi de la voix, par exemple l'usage du makaton ou de la langue des signes sont des formes de communication verbale.

- La communication non-verbale : peut se définir comme « un ensemble de processus par lesquels divers éléments, qui ne relèvent pas de l'expression verbale, telles des expressions du corps, l'organisation d'un lieu, les distances établies entre les personnes au cours d'une interaction, véhiculent ou sont considérés véhiculer certains types d'informations. » (FISCHER, 2003)

Dans ces deux modes de communication, il peut y avoir des signes non-verbaux qui apportent une signification supplémentaire au message. Par exemple, une main posée sur une autre pour montrer son soutien, on appelle ces signes le paralangage. Mais il existe de

nombreux autres signes de paralangage comme la gestuelle, les mimiques du visage, les regards, les silences et le toucher.

Suite à mes recherches, j'ai remarqué que la communication était souvent confondue avec la relation mais c'est un moyen avec lequel les relations se développent et se construisent. Je me demande si l'humour a sa place dans la relation et plus particulièrement dans la relation soignant-soigné lors des soins infirmiers.

1.2 La relation.

Alexandre MANOUKIAN a défini «la relation comme une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (MASSEBEUF, 2008). Selon lui différents facteurs (psychologiques, sociaux et physiques) peuvent intervenir dans la création d'une relation. (MASSEBEUF, 2008). Ces relations peuvent être diverses : relations familiales, professionnelles, commerciales, d'activités...

Le dictionnaire Robert ajoute "une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit." (Le petit Robert, 2014)

Une relation est donc faite d'interactions et d'échanges, ceux-ci pourront varier en fonction des personnes avec qui nous sommes. De ce fait, les relations peuvent prendre différentes formes :

- Les relations interpersonnelles : elles concernent les liens que nous tissons au quotidien avec les personnes qui nous entourent : amis, collègues, voisins...
- Les relations affectives : elles concernent les types de relations où la dimension affective intervient de manière particulière comme dans les relations parents-enfants par exemple. Dans cette relation, trois éléments sont essentiels : l'attachement (le degré de lien), l'affection (le degré de sentiments éprouvés), l'intimité (le degré de proximité).
- Les relations institutionnelles : cette relation est plus impersonnelle, car il y a des règles préexistantes. Elle suit une organisation de par les fonctions et les tâches imposées à chaque personne (cadre de service / infirmier).

- Les relations sociales : elles sont marquées par la distance sociale (annexe 1) et par de multiples facteurs de différenciation entre les individus (l'apparence, le comportement, le contexte...).

Parmi les différentes relations, il en existe une particulière : la relation soignant-soigné. Cette relation se distingue des autres, car les acteurs sont prédéfinis à l'avance ainsi que leurs rôles, leurs fonctions et le contexte dans laquelle elle se développe.

1.3 La relation soignant/soigné.

Afin de comprendre la complexité de cette relation, il me semble primordial de présenter les acteurs de celle-ci.

Pour Walter HESBEEN, le soignant « un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins » (W.HESBEEN, 2007)

Le soigné communément appelé « patient », vient du latin « patiens » qui signifie celui qui souffre (Larousse, 2012). Le dictionnaire Humaniste infirmier définit le soigner comme « une personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut parfois ne plus être en mesure de décider pour elle-même. » (PAILLARD, 2013).

Le soigné est donc une personne qui recherche, avec l'aide des soignants, un état de santé satisfaisant.

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [...] la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » (OMS, 2016).

Pour parvenir à cet état, il est primordial que les soignants individualisent leurs prises en charge et leurs soins, car avant tout le soigné est un être unique et ses besoins lui sont propres, qui doit être respecté quels que soient ses origines, ses choix, ses croyances et ses valeurs.

Le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers définit la relation soignant-soigné comme « le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmier (...), une objectivité (...), un minimum de disponibilité. La relation soignant/soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu' à son retour à l'autonomie. » (POTIER, 2002).

Cette relation doit être ouverte et bienveillante de ce fait, elle peut prendre différentes formes selon les moments et les besoins. Selon Monique FORMARIER, il existe « différents types de niveaux dans la relation soignant-soigné » (FORMARIER, 2007) .

- Les niveaux de la relation.

- La relation de civilité : elle correspond à un mode culturel et social ritualisé. Dans la relation soignant-soigné, le soignant se doit d'être à l'écoute, polit, courtois et serviable. Ce mode de relation comporte un degré de proximité (E.T.HALL, 2014) avec la personne afin que celle-ci se sente à l'aise. Elle permet aussi de créer un climat de confiance dès l'accueil de la personne soigné.

- La relation fonctionnelle : elle permet le recueil d'information indispensable à la prise en charge. Elle permet de mieux connaître le soigner, ses besoins et d'adapter les soins selon ses besoins.

- La relation d'aide : elle permet d'apporter du réconfort au patient, elle nécessite une écoute active, l'empathie, la compréhension, la proximité et sans jugement de la part du soignant. Cette relation ne peut pas commencer sans la relation de confiance.

- La relation de confiance : dans cette relation, le rôle du soignant prend tout son sens. Elle permet à la personne soignée d'exprimer ses craintes, ses difficultés et ses émotions.

Toutes ces dimensions et niveaux montrent la particularité de la relation soignant-soigné. Elles montrent son importance et la nécessité pour les soignants d'avoir des compétences relationnelles.

Chaque personne réagit de façon différente en fonction des perceptions qu'elle a de l'autre et cela peu importe le type de relations. La relation en soins infirmiers n'échappe pas à ce

mécanisme de ce fait, elle ne peut se réduire à des gestes techniques, car elle met en jeu les mêmes processus que dans toutes les relations.

1.4 La relation en soins infirmiers.

Cette relation est particulière, car elle se développe au sein d'un champ professionnel, celui du soin.

Le mot « soin » est issu du verbe « soniare » qui signifie « s'occuper de ». Le Petit Larousse définit le soin comme « une attention portée à quelque chose [...] être attentif à, veiller sur... » (Larousse, 2012). Pour Virginia Henderson « les soins consistent à apporter à la personne malade, ou en santé, de l'aide dans l'exécution des activités liées à la satisfaction des besoins fondamentaux. Ces personnes pourraient accomplir ces activités sans aides si elles en possédaient la force, la volonté et les connaissances nécessaires » (V.HENDERSON, 1994)

Ces définitions montrent qu'il existe une interaction entre deux personnes, l'une porte l'attention et l'autre reçoit cette attention.

Dans la relation en soins infirmiers, la personne qui porte l'attention est l'infirmier, la personne qui la reçoit est donc le soigné.

- L'infirmier.

Un infirmier est un professionnel de la santé diplômé qui exerce dans un cadre légal. Il soigne des personnes et assure leur bien-être physique et psychologique. C'est un métier qui exige des qualités humaines, relationnelles et différentes compétences (Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016)

Selon le Code de la santé publique, article L4311-1, « 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'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. » (Code de la santé publique, 2016)

La relation en soins infirmiers correspond donc à une réponse d'aide et de compréhension. Le professeur J.CHALIFOUR précise que « la nature de la relation soignant-soigné en soins infirmiers se réalise dans sa totalité, à travers les liens qu'elle tisse avec la personne soignée, les liens que cette personne entretient avec elle-même et avec son environnement physique et humain » (CHALIFOUR, 1989)

Suite à mes recherches j'ai pu constater que cette relation est complexe et unique et qu'elle se construit avec les identités et les valeurs personnelles de chacune. Toutes ces particularités m'interpellent. Je me demande donc quel est l'impact de l'humour dans la relation soignant-soigné plus particulièrement lors des soins infirmiers.

En fonction de la situation rencontrée, l'infirmier devra gérer ses émotions afin de ne pas être mis à mal dans sa prise en charge. Il est donc important pour le soignant de se connaître et de connaître ses limites afin d'avoir un comportement adapté pour sa prise en charge.

2° Emotions et mécanismes de défenses.

La profession d'infirmier amène tous les jours à être en contact avec la souffrance, la douleur, la maladie et la mort. Certaines situations peuvent parfois surprendre, émouvoir et interpellent les infirmiers de ce fait, ils sont régulièrement confrontés à leurs émotions et celles des soignés.

2.1 Emotions.

Il est difficile de donner une définition de l'émotion, car j'ai remarqué au cours de mes recherches, que ce concept était chargé d'histoire et de concepts contradictoires.

Le mot « émotion » a été construit au XVIII^{ème} siècle à partir du mot latin « movere » qui signifie « mouvement ». A partir du XV^{ème} siècle, le mot est utilisé au sens « de trouble moral » (M.FORMARIER, 2012).

Selon N. SILLAMY, « l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable » (SILLAMY, 2003).

Selon D. ANZIEU, R. DORON, F. PAROT « l'émotion est un état particulier survenant dans des conditions indéfinies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales » (cité par M. Formarier, Les concepts en sciences infirmières, 2012).

Pour Charles DARWIN, deux points sont fondamentaux et étroitement reliés : « les émotions sont universelles (on peut les trouver dans tous les pays et toutes les cultures) et adaptatives (elles auraient permis la survie de l'espèce en aidant les individus en s'adaptant aux modifications environnementales) » (C.DARWIN, 1872). Il met en évidence l'existence de « six émotions primaires (la joie, la colère, la peur, le dégoût, la tristesse et la surprise) et secondaires, celles-ci présentant un degré, une polarité (ondes positives et négatives) et seraient sexuées » (C.DARWIN, 1872).

Suite à mes recherches, j'ai constaté que les émotions que nous ressentons et que nous manifestons sont nombreuses et complexes et elles nous permettent de personnaliser les échanges (verbaux ou non-verbaux).

Dans la relation soignant-soigné, Catherine MERCADIER précise qu'il existe une norme émotionnelle chez les soignant « l'image est toujours celle d'une soignante souriante, aimable, disponible, qui ne pleure ni se met en colère, maîtrisant toutes les situations sans avoir peur, sans plaisir ni dégoût au contact du corps malade : la bonne soignante est très proche de la neutralité émotionnelle, sans être complètement neutre sous peine d'être accusée d'indifférence, de froideur. » (MERCADIER, 2008)

Cependant certaines situations peuvent bouleverser, choquer même blesser l'infirmier(e), celui-ci peut se sentir « submergé » par ses émotions et « transgresser la norme » en les exprimant de façon consciente ou non.

Pour gérer ses émotions l'infirmier(e) doit les reconnaître afin de comprendre la situation, pour guider ses actions mais aussi pour ne pas provoquer celles du soigné. Catherine MERCADIER précise que « la maîtrise des affects est facilitée par une prise de rôle spécifique, celui du soignant dans un cadre spécifique, le soin, lui-même inséré dans un contexte spécifique l'hôpital. » (MERCADIER, 2008).

De crainte « d'être dépassé » par ses émotions et de par son rôle, l'infirmier(e) va donc se protéger de manière consciente ou non afin d'éviter de considérer le soigné comme « un objet de soins » et non comme une personne à part entière.

2.2 Les mécanismes de défenses et les stratégies de coping.

Catherine MERCADIER explique que : « la maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle. Elle s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité. » (MERCADIER, 2008)

Pour arriver à cette maîtrise émotionnelle, le processus est long et il demande au soignant un travail important sur lui-même. C'est une prise de conscience de ses capacités mais aussi de ses limites.

Henri CHABROL précise que « notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise deux types d'opérations mentales, les mécanismes de défense et les processus de coping. » (H.CHABROL, 2005)

2.2.1 Les mécanismes de défenses.

Les mécanismes de défense ont longtemps été associés à la psychiatrie ainsi qu'à la psychopathologie. Cependant, leurs définitions ont évolué et ont donc permis de se rendre compte que ce sont des processus normaux que tout le monde met en place afin de pouvoir établir un équilibre face à des situations douloureuses ou qui génèrent de l'angoisse

Selon LAPLANCHE et PONTALIS, « les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent de façon inconsciente » (PONTALIS, 1967)

Pour N.SILLAMY « la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales » (SILLAMY, 2003)

Suite à mes recherches, j'ai constaté que les auteurs (lus et cités) recensent de nombreux mécanismes : Anna FREUD en cite 10 (A.Freud, 2001), LAPLANCHE et PONTALIS 17 (PONTALIS, 1967), CHABROL 31 (H.CHABROL, 2005).

Les infirmiers sont confrontés régulièrement à des situations de souffrance, de mal être qui peuvent être source de difficultés. De ce fait les soignants mobilisent des mécanismes de défense particuliers.

Pour M. RUSZNIEWSKI, les principaux mécanismes de défense mis en jeu chez le soignant sont : le mensonge, la fuite en avant, la rationalisation, l'évitement, la fausse réassurance, l'esquive, la dérision, la banalisation et l'identification projective. (RUSZNIEWSKI, 2004)

Ces définitions montrent que les mécanismes de défense sont inconscients et involontaires, ils servent à protéger la conscience d'une émotion douloureuse et à réduire les tensions psychiques.

A l'inverse, il existe un processus conscient pour permet aux soignants de faire face aux situations difficiles, ce sont les stratégies de coping.

2.2.2 Les stratégies de coping.

Suite à mes recherches, j'ai constaté que cette notion était récente dans l'histoire des concepts en psychologie.

En 1978, LAZARUS et LAUNIER, le définissent comme « un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources »

En anglais « coping » peut se traduire par stratégie, comportement ou processus utilisé pour « faire face » à une situation stressante.

Dans un contexte de soins, les situations stressantes peuvent être diverses et varier, en fonction de leurs perceptions, de leurs ressentis, les soignants vont chacun développer leurs « propres stratégies ».

Suite à une étude réalisée par A.MARIAGE et F. SCHMITT-FOURRIER (A.MARIAGE, 2006), il existe une multitude de stratégies mais trois sont plus couramment utilisées :

- La stratégie de coping centré sur les émotions. Elle vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation, c'est-à-dire que c'est l'attitude de la personne qui va se modifier en fonction de la situation par des stratégies cognitives (prise de distance, minimisation...)

- La stratégie de coping centré sur le problème ou la tâche. Cette stratégie consiste à obtenir des informations, à agir ou modifier le problème à l'origine de cette situation.

- La stratégie de coping centré sur l'évitement. Elle est touchée les situations où le soignant évite d'être impliqué dans une situation stressante comme par exemple éviter de rentrer dans une chambre.

Suite à mes recherches, je me demande comment est considéré l'humour par les soignants, sa fonction et son impact dans la relation soignant-soigné.

3°L'Humour.

Au cours de mes différents stages réalisés en psychiatrie, chirurgie, maison d'accueil spécialisée et d'unité de long séjour j'ai été confrontée à différentes façons et moyens d'utilisation de l'humour.

Etymologiquement, le terme « humour » vient du latin « humor » qui signifie liquide, fluide ou humeur. Le dictionnaire Larousse définit l'humour comme une « forme d'esprit qui cherche à mettre en valeur avec drôlerie le caractère ridicule, insolite ou absurde de certains aspects de la réalité, qui dissimule sous un air sérieux une raillerie caustique » (Larousse, 2012).

L'humour est un concept difficile à établir, il est propre à chacun et varie selon chaque personne, chaque culture. Plusieurs philosophes ont tenté de définir ce concept de Freud à nos jours.

Selon FREUD, l'humour est un moyen de communication entre l'inconscient de l'homme et son environnement « L'humour est une des réactions intellectuelles les plus raffinées, un territoire libre où l'esprit de l'homme, malgré les représentations extérieures, peut se

libérer en paroles et en pensées » (FREUD, 1988). Pour lui l'humour à différents mécanismes comme le double sens des mots, l'ironie, la caricature mais aussi comme mécanisme de défense. D'une manière générale, pour FREUD, celui-ci est un moyen d'esquiver ce qui fait souffrir.

Pour Vera ROBINSON, «l'humour est une expérience cognitive, une forme de communication alors que le rire est un comportement, une expérience physique et physiologique. L'humour est donc un phénomène physiologique, psychologique et cognitif complexe » (PATENAUE H, 2006). Elle décrit la différence entre l'humour et le rire « L'humour étant une communication de type cognitif menant à une réponse émotionnelle d'amusement, de plaisir et qui résulte en une réponse de comportement physique sous forme, par exemple, de rire » (PATENAUE H, 2006).

De nos jours l'humour tient une place importante dans les relations humaines, il sert pour se détendre, rire, soulager des tensions et il peut aussi survenir lors de situations heureuses comme difficiles.

Selon Laure BURGER, il existe différentes formes d'humour (BURGER, 2005) , ceux-ci peuvent se présenter sous différentes formes.

3.1. Les formes d'humour :

- L'ironie : le dictionnaire Larousse définit l'ironie comme « une manière de railler, de se moquer en ne donnant pas aux mots leur valeur réelle ou complète, ou en faisant entendre le contraire de ce que l'on dit. » (Larousse, 2012).

Dans un contexte de soins les soignants emploient peu l'ironie. Certains l'utilisent dans certaines situations ou sur eux-mêmes et leurs compétences. Si les propos sont bien compris et ne concernent pas la personne soignée, celle-ci peut trouver cela drôle et en rire. A l'inverse si les propos son mal compris cela peut être considéré comme une atteinte relative aux droits des malades (Loi n°2002-303 extrait de la loi du 4 mars 2002) et à la charte de la personne hospitalisée (Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 Extrait de la Charte de la personne hospitalisée).

- L'humour noir : Le petit Robert définit l'humour noir comme « une forme d'humour qui exploite des sujets dramatiques et tire ses effets comiques de la froideur et du cynisme » (Le petit Robert, 2014).

L'humour noir montre la capacité de certaines personnes à prendre du recul face à la gravité de certains événements en s'en moquant.

- La dérision et l'autodérision : le dictionnaire Larousse définit la dérision comme « une moquerie dédaigneuse, une raillerie de mépris » (Larousse, 2012) et l'autodérision comme « le fait de se prendre soi-même en dérision » (Larousse, 2012).

Ces deux sortes d'humour sont considérées comme un mécanisme de défense ou une stratégie d'évitement.

Laure Burger conclut ses recherches en expliquant qu'il existerait des formes positives et négatives d'humour (BURGER, 2005). L'humour positif permet le rire franc et a pour objectif la détente et l'amusement. L'humour négatif a des conséquences sur l'individu et sur les relations car il blesse et est moqueur.

Laure Burger précise que l'humour peut avoir aussi différentes fonctions :

- Une fonction sociale.

Il existe de nombreuses formes de communications verbales et non verbales dans les relations humaines et l'humour en est une à part entière. Il peut permettre d'entrer en contact avec des personnes et de les réunir. Il est important que les personnes qui pratiquent l'humour respectent certaines limites, celui-ci ne devra pas être sexiste, raciste, moqueur, rabaissant, de mauvais goût et sarcastique. L'humour peut permettre l'intégration sociale, le rire partagé par un groupe permet de resserrer les relations de celui-ci.

- Un mécanisme de défense.

Les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes. (les mécanismes de défenses, 2014)

L'humour comme mécanisme de défense n'est possible que si la personne qui l'emploie à la capacité à prendre du recul face à la situation. Il faut pouvoir observer les choses de loin pour pouvoir en rire. Le fait de pratiquer l'humour dans des situations douloureuses permet de dédramatiser celle-ci, l'humour est donc un moyen de projection. Mais si celui-ci est utilisé de manière excessive ce mécanisme peut se retourner contre la personne ou contre les autres. Par exemple une personne touchée dans ses croyances ou ses valeurs pourra trouver dans l'humour sarcastique « une stratégie de combat face à ses adversaires » (BURGER, 2005).

- Une fonction pédagogique.

D'après Hugues Lethierry, l'humour permettrait de captiver l'attention des élèves, de faciliter les abords des sujets difficiles et pourrait avoir des vertus mnémotechniques. (C.CATSAROS, 2003). L'ex-professeur de philosophie et dessinateur Nono, utilise même l'humour dans son livre « Dessine-moi la philo » (NONO, 2011) comme moyen ludique pour illustrer sa discipline.

L'humour permettrait un meilleur apprentissage et une meilleure compréhension si son utilisation est adaptée. L'utilisation de celui-ci n'étant pas dans le but de la détente, il doit être utilisé dans l'objectif de la constitution de connaissances.

En santé publique, dans le domaine de la sécurité routière, l'humour a été utilisé dans les campagnes de prévention comme par exemple, en 2008, Karl Lagerfeld est associé de façon humoristique à l'image utilitaire du gilet jaune et du triangle.

Suite à mes recherches j'ai remarqué que de nombreuses études reliaient l'humour et le rire car l'humour est réflexif et il s'inclut dans le rire qu'il suscite.

3.2. Le rire.

Le rire est une manifestation de l'humour mais il peut aussi être provoqué par des stimulations extérieures (chatouilles) et certaines substances chimiques (alcool, drogues).

Le dictionnaire Larousse définit le rire comme « une manifestation de gaieté soudaine par l'expression du visage et par certains mouvements de la bouche et des muscles faciaux, accompagnés d'expirations plus ou moins saccadées et bruyantes » (Larousse, 2012).

Selon Audrey FOUBERT, le rire reflète la joie, le plaisir et le bonheur mais révèle aussi des états de tensions, de fragilité voire de souffrance (FOUBERT, 2008). Il correspond à une extériorisation de nos émotions en fonction de la façon dont il est exprimé.

- Le rire jaune est utilisé par une personne qui s'efforce de rire alors qu'elle a toutes les raisons d'être en colère ou vexée.
- Le rire forcé est un rire qui n'est pas naturel.
- Le rire déplacé est un rire qui ne convient pas à la situation et qui peut engendrer un malaise.
- Le fou rire est un rire qui devient incontrôlable.

L'ensemble des différents auteurs (lus ou cités) semblent d'accord sur les bienfaits (physique et mental) et le plaisir que peut apporter l'humour et le rire, sur celui qui en est à l'origine ou sur le récepteur.

Le rire tonifie les organes, active les défenses immunitaires, stimule les hormones du bien-être et évacue celle du stress. Les vertus du rire étant de plus en plus reconnues, celles-ci ont permis le développement de la gélothérapie (thérapie par le rire) dans certains hôpitaux, comme au CHU de Nantes qui travaille en collaboration avec « le rire médecin » (association de clowns bénévoles qui interviennent en pédiatrie).

Suite à mes recherches, j'ai constaté que l'humour était un mode de communication créateur de relation. Dans les soins, sa pratique apporterait de nombreux bénéfices mais sa pratique doit respecter certaines règles et conditions.

Cette partie théorique étant terminée, j'ai pu constater à la suite de l'exploration de ces trois concepts, qu'ils sont tous liés. Afin de comprendre l'impact de l'humour dans la relation soignant-soigné lors de soins infirmiers, la suite de ce travail sera l'analyse des données recueillies en lien avec mon cadre conceptuel et ma question de départ, précédée de ma méthodologie.

3^{ème} PARTIE : METHODOLOGIE.

Ce travail de fin d'études est une initiation à la démarche de recherche dans l'objectif de comparer la théorie à la pratique afin de développer mes capacités d'analyse et de synthèse.

Le point de départ de ce travail est principalement une situation vécue lors d'un de mes stages, celle-ci a fait émerger un questionnement sur plusieurs thématiques.

Pour affiner mes recherches j'ai classé mes questions par catégories afin de faire émerger différents concepts (la relation soignant-soigné, les émotions et les mécanismes de défense, l'humour). Ceux-ci m'ont permis, avec l'aide de ma directrice de mémoire, à l'élaboration de ma question de départ : quel impact l'humour peut-il avoir sur la relation soignant soigné lors de soins infirmiers ?

3.1 Collecte des données théoriques.

Pour trouver des éléments théoriques de réponse, j'ai effectué des recherches au centre de documentation de l'institut de formation et sur internet. J'ai centré mes recherches sur les concepts qui émergeaient de ma question.

La lecture de certains ouvrages tels que « La relation soignant soigné » d'A. MASSEBEUF, « Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital » de Catherine MERCADIER, « Humour et formation infirmière » de Laure BURGER, mais aussi d'articles scientifiques (« les mécanismes de défense » du Professeur H. CHABROL), d'article de recherche (« Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. Etude auprès de personnel soignant » de A. MARIAGE et de F. SCHMITT-FOURRIER) m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur les concepts émergeant de ma question de départ. De plus, ces lectures m'ont aidé à développer mon analyse et à construire ce mémoire.

3.2 Méthodologie des entretiens.

Pour réaliser cette collecte de données empiriques, trois outils nous ont été présentés : l'observation, le questionnaire et l'entretien, chacun d'entre eux ayant des principes, des buts et des limites bien définies. Le petit Larousse précise que les données empiriques sont

des données « qui ne s'appuient que sur l'expérience » (Larousse, 2012), le choix de l'entretien me semblait donc le plus adapté pour poursuivre ce travail de recherche.

J'ai donc choisi de proposer aux professionnels des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide pour recueillir des informations sur des sujets précis sans induire de réponse.

Au fur et à mesure de mon cheminement, j'ai confectionné mon guide d'entretien (annexe 7) avec pour objectif de recueillir des informations sur la relation soignant-soigné, les émotions et leurs conséquences, la pratique et l'impact de l'humour dans la relation soignant-soigné. Une fois celui-ci validé par ma directrice de mémoire, j'ai pris contact avec des infirmières en vue de réaliser mes entretiens.

3.3 Choix des professionnels.

Afin de mieux comprendre l'impact de l'humour dans la relation soignant-soigné lors de soins infirmiers, j'ai choisi de rencontrer des professionnels travaillant dans des environnements différents. Après avoir pris contact avec plusieurs services et cabinets, j'ai pu rencontrer trois infirmières diplômées d'état, d'âge, d'expériences variées.

Lors de mon premier entretien, j'ai rencontré l'IDE 1¹ qui exerce dans un service de réanimation d'un centre hospitalier universitaire de la région nantaise, âgée de 24 ans, diplômée depuis 4 ans. (Annexe 8)

Pour mon deuxième entretien, j'ai rencontré l'IDE 2¹ qui travaille comme infirmière libérale en périphérie nantaise, âgée de 38 ans, diplômée depuis 18 ans. (Annexe 8)

Enfin pour mon troisième entretien, j'ai rencontré l'IDE 3¹ qui travaille en urologie dans un centre hospitalier universitaire de la région nantaise, de nuit, âgée de 48 ans, diplômée depuis 2009. (Annexe 8)

Ces entretiens programmés se sont déroulés, sur les lieux de travail de chacune des infirmières avant ou après leurs prises de fonctions. Afin de pouvoir retranscrire et avec les consentements des personnes interrogées, j'ai enregistré mes entretiens avec un dictaphone.

¹ Afin de respecter l'anonymat des personnes les prénoms ont été modifiés.

3.4 Exploitation des données empiriques.

Suite à la retranscription de mes entretiens (annexe 8), j'ai pu analyser les données recueillies et les comparer aux données théoriques recherchées à l'aide d'un tableau (annexe 9).

J'ai constaté que certaines réponses des infirmières concordaient avec mon cadre conceptuel mais j'ai été parfois surprise des réponses faites ou des réactions suscitées par mes questions.

L'analyse des données théoriques et empiriques que j'ai réalisée m'a permis de faire évoluer ma réflexion personnelle, de formuler ma problématisation afin d'arriver à une nouvelle question de recherche.

4^{ème} PARTIE : ANALYSES DES DONNEES EN LIEN AVEC MA QUESTION DE DEPART.

Les entretiens, que j'ai réalisés, avaient pour objectif de recueillir l'expérience des infirmières sur les thèmes émanant de ma question de départ. Afin de les analyser, j'ai réalisé un tableau comparatif entre les propos des infirmières, les liens avec mes différents concepts et ma réflexion (annexe 9). Il m'a aussi permis de dégager de nouveaux éléments, apporter par les infirmières, qui m'ont aidé à la construction de ma problématique.

- L'entrée en communication avec le patient.

Avant de pouvoir créer une relation soignant-soigné de bonne qualité, il faut avant tout rentrer en communication avec la personne car comme le précise M. PHANEUF, « *La communication, est la pierre angulaire de la relation avec la personne soignée* » (M.PHANEUF, 2002)

Dans le discours des infirmières, j'ai constaté que l'entrée en communication passait d'abord par la relation de civilité. En effet, l'IDE 1 précise « *Je commence toujours par dire bonjour en m'adressant à la personne, je viens près d'elle, même si elle est intubée et sédaturée* », « *Je leur touche aussi la main pour leur montrer ma présence* ». L'IDE 3 dit « *Je commence toujours par me présenter, je dis mon prénom et après je dis ma fonction* », « *je trouve ça important que les gens sachent à qui ils ont affaire* ». Pour l'IDE 2, l'entrée en communication se fait par contact téléphonique, elle précise que « *Pour les soins de la vie courante le premier contact se fait par téléphone [...] les gens appellent au cabinet, je les rappelle et on fixe un premier rendez-vous [...] Quand c'est pour des soins palliatifs on rencontre d'abord l'HAD et après on fixe un rendez-vous avec la personne* ». Les attributs de cette relation et les attitudes aidantes (E.H.PORTER, 1950), énoncées par les infirmières, permettent aussi de favoriser les échanges propices au développement de la relation soignant-soigné et de créer un climat de confiance dès l'accueil de la personne soignée.

Pour moi, une fois la communication établie, la relation va continuer de se développer et celle-ci va pouvoir prendre des formes différentes selon les moments et les besoins.

-Les niveaux de la relation.

Au cours de mes entretiens, j'ai constaté que les trois infirmières s'accordaient sur le fait que la relation se développait aussi en fonction de la personne. Pour l'IDE 1 «*Tout dépend de la personne [...] ça reste des relations professionnelles* », pour l'IDE 2 «*Ca dépend des personnes et des situations [...] c'est du fonctionnel* », pour l'IDE 3 «*Ce sont des relations de soins mais basées avant tout sur la confiance, [...] puis c'est aussi en fonction du patient* ». Cependant, la mise en avant de la personnalité du patient montre l'importance de l'individualisation de la prise en charge de la part des soignants.

Les propos, précédemment cités par les infirmières, montrent qu'il existe plusieurs aspects dans la relation soignant-soigné : la relation fonctionnelle, la relation de soins et la relation de confiance. Pour moi, ces propos illustrent aussi la capacité des infirmières à différencier les niveaux de relations et celle de ne pas mélanger la sphère personnelle et la sphère professionnelle.

-Les valeurs personnelles et professionnelles.

Comme évoqué dans mon cadre conceptuel, le Code de la santé publique précise que la fonction d'infirmière nécessite des qualités humaines et des valeurs professionnelles. Pour moi, lorsqu'une personne adhère à une profession, elle s'engage à en respecter et honorer les valeurs et les règles de conduite établies.

De mon point de vue, dans le contexte du soin de nombreuses valeurs se côtoient, les infirmières peuvent donc être face à des situations où leurs valeurs personnelles et professionnelles risquent d'être en conflit.

Lors de mes entretiens j'ai souhaité savoir si les infirmières arrivaient à faire vivre leurs valeurs personnelles et professionnelles dans la relation avec la personne soignée.

L'IDE 1 m'a répondu «*En général oui, car je reste moi-même* », l'IDE 2 m'a dit «*Oui complètement, je m'épanouie tous les jours* » et l'IDE 3 «*Oui pour les deux, je reste moi-même la plupart du temps, je n'ai pas la sensation de me forcer à dire quelque chose* ». Ces propos illustrent l'importance de se connaître et la complémentarité de ces deux dimensions afin d'avoir un comportement adapté.

-Les émotions.

Pour moi, être infirmière, c'est prendre le risque de se retrouver face à des situations difficiles qui peuvent parfois nous bouleverser. Les infirmières interviewées semblent confirmées cette hypothèse « *Il y a des situations qui me touchent plus que d'autres où on s'implique plus [...] il m'est arrivée de pleurer* » (IDE 1), « *Ça peut aller du rire aux larmes* » « *je me souviens d'une femme [...] sa situation m'a émue et bouleversée* ». L'IDE 3 explique « *On peut rester toute une nuit avec nos interrogations, c'est frustrant* » « *Parfois ce sont des situations difficiles dues au stress* ». Ces propos illustrent aussi la complexité de la relation soignant-soigné et l'investissement émotionnel que peuvent avoir parfois les infirmières.

Pour moi, souligner la dimension humaine de l'infirmière, c'est aussi montrer que certaines situations peuvent les dépasser et admettre qu'il est parfois difficile, pour elles, de gérer leurs émotions. Pourtant selon C. MERCADIER, il existe une norme émotionnelle chez le soignant « *La bonne soignante est proche de la neutralité émotionnelle* ». Les infirmières ont conscience de cette « norme » mais l'IDE 1 exprime « *Qu'il est toujours difficile d'avoir ce fameux détachement [...] en même temps il faut se détacher sinon c'est nous qui souffrons* » « *On ne peut pas se permettre d'être trop investi non plus, il faut qu'on reste des soignants* » et L'IDE 2 précise « *On nous dit qu'il ne faut pas s'investir de trop mais je ne suis pas un robot [...] et parfois il est difficile de les cacher quand elles sont trop intenses* ». Ces paroles montrent le travail émotionnel effectué par les infirmières et l'importance de connaître ses capacités mais aussi ses limites.

-Les stratégies de coping.

Lors de mes recherches théoriques, j'ai remarqué que les soignants avaient de nombreux moyens, tels que les mécanismes de défense et les stratégies de coping, pour ne pas se laisser submerger par leurs émotions. Les échanges avec les infirmières me laissent supposer qu'elles utilisent les stratégies de coping pour les gérer. « *On a les collègues, on discute entre nous [...] j'en parle à mon conjoint* » (IDE 1), « *Je discute beaucoup avec mes collègues [...] quand c'est vraiment difficile j'en parle avec mon conjoint* » (IDE 2), « *Dans mon équipe on parle beaucoup, on est solidaire et complémentaire. On se connaît aussi à l'extérieur [...] souvent le travail est le principal sujet, on parle de nos difficultés* »

ou de ce qui nous a touchés, [...] dans le service aussi on peut en parler. » (IDE 3) illustrent la stratégie centrée sur les émotions.

Suite à ce recueil d'information, je peux émettre l'hypothèse que les infirmières mettent en place des stratégies visant à se protéger elles-mêmes. Je veux dire par là, qu'elles vont mettre en place des actions qui vont leur permettre d'analyser et d'agir afin de pouvoir faire face à la situation.

Cependant, l'IDE 1 précise « *Ce qui m'aide aussi c'est d'être auprès de la famille [...] me rendre utile me permet de mieux gérer mes émotions* » suite à ces propos, je peux supposer que cette gestion passe par la stratégie centrée sur la tâche. De plus, lors de nos échanges, l'IDE 1 a aussi évoqué « *Je me dis que ce n'est pas moi, [...] si je commence à être trop touchée par une situation je change de côté* », ces paroles peuvent me laisser supposer qu'elle fait aussi appel à la stratégie de l'évitement et la distanciation.

-L'humour dans les soins.

Les infirmières interrogées affirment utilisées l'humour dans leur pratique et les IDE 1 et 2 s'accordent sur le fait que celui-ci serait une pratique courante chez les soignants. Cependant, elles reconnaissent que celui-ci doit être manié avec prudence, respect et courtoisie, « *Faut que ce soit avec respect* » (IDE 1), « *On se doit de toujours être dans le respect* » (IDE 2), « *Il ne faut pas que ce soit de l'humour graveleux et sarcastique.* » (IDE 3).

De plus, pour les professionnels rencontrés l'humour serait un élément favorisant dans la relation soignant-soigné, peu importe la personne qui en est à l'origine, la situation ou le contexte à condition de respecter certaines limites, « *Il faut faire attention à ne pas être trop familier, ni vulgaire* » (IDE 2), « *Il ne faut pas que ce soit de l'humour graveleux et sarcastique* » (IDE 3).

De plus, les infirmières s'entendent sur le fait que si ces règles sont respectées, la distance professionnelle ne sera pas remise en question « *On peut rire avec les patients* » (IDE 1), « *Puis ce n'est pas parce qu'on rigole avec un patient qu'on n'est plus un professionnel* » (IDE 3).

Suite aux discours des infirmières, j'ai remarqué que l'emploi de l'humour dans la relation soignant-soigné, pouvait avoir différentes fonctions.

L'IDE 3 dit l'utilisé plus pour effectuer ses soins afin de « *Détourner l'attention* ». Pour les IDE 1 et 2, l'humour semble servir à dédramatiser certaines situations vécues par les patients, cacher une sensation de gêne, pour « *Mettre à l'aise* » (IDE 1 et 2), « *Pour faire passer des messages* » (IDE 1).

Pour moi, les informations recueillies me laissent supposer qu'avant d'être un mécanisme de défense, l'humour est un moyen de communication qui permet l'intégration sociale.

Dans le contexte du soin, les infirmières semblent d'accord sur le fait que le patient peut aussi être à l'origine de l'humour car généralement, il le pratique de façon naturelle et spontanée.

Lors de mes recherches théoriques, j'ai constaté que l'humour et le rire avaient de nombreux bienfaits physique et psychologique. Les infirmières rencontrées semblent d'accord sur les bénéfices de sa pratique. Néanmoins, les infirmières 2 et 3 s'accordent aussi sur le fait que la thérapie par le rire et l'humour semble plus développer en pédiatrie.

5^{ème} PARTIE : PROBLEMATISATION.

L'origine de ce travail de fin d'études se portait sur l'impact que peut avoir l'humour dans la relation soignant-soigné lors de soins infirmiers. Cette question m'a amenée à explorer différents concepts comme la relation soignant-soigné, les émotions, les mécanismes de défense et l'humour.

Dans un premier temps et au travers de mes recherches, j'ai constaté que les bases de la relation soignant-soigné passaient par la relation de civilité et par une communication adaptée entre deux personnes. Une fois, la communication établie la relation peut alors se développer et prendre des formes différentes selon les besoins, les attentes et l'implication de chacun des acteurs.

L'analyse de mes données m'a permis de montrer que les soignants doivent constamment gérer leurs émotions afin de ne pas être mis à mal par celles-ci et de respecter « la norme émotionnelle » attendue.

Suite à mes recherches et à mes entretiens, j'ai constaté que la pratique de l'humour était possible dans les soins. De nos jours l'humour tient une place importante dans les relations humaines, il sert pour se détendre, rire, soulager des tensions et il peut se manifester lors de situations joyeuses ou difficiles. Cependant, sa pratique nécessite certaines règles afin d'être bien compris et ne pas être blessant.

Lors de la rédaction de ce mémoire, mes réflexions ont évolué entre ma question de départ et ma problématisation. Le croisement de mes données théoriques et empiriques m'a permis de me rendre compte que l'humour était possible dans un contexte de soin à condition que les soignants respectent certaines règles.

Au fur et à mesure de ce travail, j'ai constaté que l'humour était plus développé en pédiatrie que dans les secteurs pour adultes. Pourtant, depuis quelques années, j'ai remarqué que certaines pratiques alternatives centrées sur l'humour et le rire se développaient pour les adultes. Au vu des bénéfices de sa pratique, les professionnels de santé semblent même être plutôt favorables au développement de ces pratiques.

Grâce à ce travail, j'ai compris que l'utilisation de l'humour dans les soins nécessitait une adaptation à la personne et à la situation de la part du soignant car chaque personne a son propre sens de l'humour.

Suite au croisement de toutes mes données, j'ai constaté que les résultats de l'impact de l'humour étaient principalement centrés sur la personne soignée et non sur la relation soignant-soigné. Le développement de la gélothérapie est instauré en pédiatrie mais pas du tout dans les secteurs d'adultes. Si la mise en place de cette pratique, comme outil thérapeutique, est bénéfique chez les enfants le serait-elle en secteur adulte ? De plus, je pense qu'il serait intéressant de savoir quels seraient les avantages de cette pratique pour les soignants.

Ce constat m'amène à me poser la question de recherche suivante :

« En quoi, l'utilisation de l'humour, comme outil thérapeutique, dans la relation soignant-soigné apporterait des bénéfices au soignant et à sa pratique ? »

CONCLUSION.

Me voilà arrivé à la fin de ce mémoire...

J'ai choisi d'aborder, pour ce travail de recherche, le côté humain de la profession d'infirmière. En tant que tant que future professionnelle, je souhaite pouvoir rester moi-même et faire vivre mes valeurs qui sont le respect, l'écoute, l'empathie, la communication, la relation d'aide et la relation soignant-soigné lors de mes prises en charge. Ce travail de fin d'études m'a permis de consolider cette philosophie et de cheminer dans la construction de mon identité professionnelle. De plus, il m'a permis d'accroître mon savoir-être, mon savoir-faire et d'analyser mes pratiques.

Quand j'ai commencé ce mémoire, j'avais « des idées reçues » sur la pratique de l'humour. Pour moi, celui-ci ne pouvait pas se pratiquer dans les situations difficiles. Suite à mes recherches théoriques et « sur le terrain », j'ai constaté que la pratique de l'humour a de nombreux bénéfices dans la relation soignant-soigné. En effet, mes recherches et mon expérience vécue en stage, m'ont permis de comprendre que la pratique de l'humour dans les soins est possible peu importe le contexte. Cependant, elle nécessite une adaptation à la situation mais surtout à la personne car chaque être humain a son propre sens de l'humour.

En me positionnant en tant que future infirmière, j'ai également constaté les limites et les conséquences négatives que pouvait avoir l'humour si celui-ci était irrespectueux et ou incompris.

Au fur et à mesure de l'élaboration de mon mémoire, j'ai compris l'impact que peut avoir l'humour sur la relation soignant-soigné lors des soins infirmiers.

Cependant, je pense qu'il pourrait être intéressant de voir en quoi l'utilisation de l'humour comme outil thérapeutique apporterait des bénéfices au soignant et à sa pratique.

- (2014). *les mécanismes de défenses*. nantes: IFSI.
- 25/11/2016, D. n.-1. (2016). Décret n°2016-1605 du 25/11/2016. Dans CSP.
- A.Freud. (2001). *Le moi et les mécanismes de défenses*. Broché.
- A.MARIAGE, F.-F. (2006). *Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. étude aupres des soignants*. Presses universitaires de France.
- Association Prevention Routière. (2008). Consulté le 12 30, 2016, sur www.preventionroutiere.asso.fr
- Bedos, G. (1998). *Le Monde*. Consulté le 12 26, 2016, sur dicocitations: www.dicocitations.com
- BURGER, L. (2005). *Humour et formation infirmière*. Paris: Seli Arslan.
- C.CATSAROS. (2003). l'humour maîtriser. *Le Monde de l'Education*, 76-77.
- C.DARWIN. (1872). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. John Murray.
- CHALIFOUR, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers*. Lamarre.
- Code de la santé publique. (2016, 7 29).
- D.FRIARD. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet.
- E.H.PORTER. (1950). les 6 attitudes aidante dans la communication.
- E.T.HALL. (2014). *La dimension cachée*. Poche.
- F.Bourgeois. (2012). Les soins relationnels. *La revue de l'infirmière*, 49.
- FISCHER, G.-N. (2003). les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris: Dunod.
- FORMARIER, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. Dans M. Formarier, *Recherche en soins infirmiers* (p. 36). ARSI.
- FOUBERT, A. (2008). La place du rire dans le relation de soins. *L'aide-soignante*, 26.
- FREUD, S. (1988). Le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient. Dans F. S., *Le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient* (p. 179). Paris: Gallimard Folio.

- H.CHABROL. (2005). Les mécanismes de défenses. *Recherche en soins infirmiers n°82*, 32.
- KRAMER. (2010). *Coping et mécanismes de défenses:quelle est la différence?* Wiley.
- Larousse, L. P. (2012). *Le Petit Larousse*. Paris.
- Le petit Robert*. (2014). Paris: Sejer.
- le rire au service de la medecine*. (s.d.). Consulté le 12 27, 2016, sur tpeduire.weebly.com:
<http://tpeduire.weebly.com/>
- L'humour dans la relation infirmière patient: une revue de littérature. (2006). *Recherche en soins infirmiers*, 85.
- M.FORMARIER, J. (2012). les concepts en sciences infirmières. Dans L. M.Formarier, *Les concepts en sciences infirmières 2ème édition* (p. 164). ARSI.
- M.PHANEUF. (2002). *Communication, entretien, validation et relation d'aide*. masson.
- MASSEBEUF, A. M. (2008). *La relation soignant soigné*. France: LAMARRE.
- MERCADIER, C. (2008). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Dans C.Mercadier, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* (p. 180). Paris: Editions Seli Arslan.
- Moley-Massol, I. (2007). *La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défenses*. Quetigny: EDIPS.
- NONO. (2011). *Dessine-moi la philo!* Paris: Broché.
- OMS. (2016). Consulté le juin 2016, sur Organisation Mondiale de la Santé:
http://www.who.int/topics/blood_transfusion/fr/
- PAILLARD, C. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier*. Noisy-Le-Grand: Setes.
- PATENAUDE H, H. B. (2006). L'humour dans la relation infirmière patient: une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 85.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement*. Canada: Chenelière éducation.
- PONTALIS, J. J. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.

POTIER, M. (2002). *dictionnaire encyclopédique en soins infirmiers*. Broché.

RUSZNIEWSKI, M. (2004). *Face à la maladie grave*. Dunod.

SILLAMY, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.

V.HENDERSON. (1994, 01 26). *les besoins fondamentaux de la personne*. Broché.

W.HESBEEN. (2007). *Prendre soin*. Masson.

Wilks, F. (1998). *Les émotions: une intelligence à cultiver*. Broché.

RESUME

Les origines de ce travail de recherche, sont des situations vécues pendant mes stages de deuxième année. La première s'est déroulée lors d'une situation difficile psychologiquement, pour une jeune femme qui souffrait du regard des autres envers son alopecie, cette souffrance a été diminuée grâce à l'utilisation de l'humour. La deuxième fait suite à une frustration chez une personne porteuse d'un retard mental, la communication risquait d'être rompue. J'ai été surprise de voir que l'utilisation de l'humour pouvait être bénéfique pour les soignés, pour les soignants mais aussi pour la relation soignant-soigné. J'ai aussi constaté que celui-ci était pratiqué de façon et par des moyens différents ainsi que dans des contextes de soins différents. Suite à ces observations et mon interpellation, j'ai réalisé un questionnement qui m'a permis d'élaborer une question préliminaire : Quel impact l'humour peut-il avoir sur la relation soignant-soigné lors de soins infirmiers ? A la suite de lectures d'article de recherche, de revues, de dictionnaires et d'ouvrages d'auteurs différents, je me suis orientée sur trois axes de recherche. Le premier concerne la relation soigné, je me suis intéressée aux moyens pour entrer en communication, aux différentes relations ainsi que leurs niveaux et aux particularités de la relation soignant-soigné. Dans le deuxième axe, je me suis intéressée tout d'abord aux émotions éprouvées par les soignants lors de situations difficiles puis à leurs mécanismes de défenses et leurs stratégies de coping afin de comprendre leurs répercussions sur la relation soignant-soigné et lors des soins infirmiers. Le troisième axe est orienté sur les différents types, les fonctions, les bienfaits, les conséquences et les limites de l'humour. Suite à la récolte de mes données théoriques, j'ai souhaité les confronter à la réalité de la profession. Pour cela, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs, à l'aide d'un guide, avec des infirmières ayant des expériences différentes. J'ai choisi de m'entretenir avec une infirmière de réanimation, une infirmière d'urologie et une infirmière libérale afin d'obtenir des informations sur mes différents axes de recherches. Grâce à ces différents points de vue, j'ai constaté que l'humour est un concept difficile à établir, il est propre à chacun et varie selon chaque personne, chaque culture. Dans le contexte du soin la pratique de l'humour est possible à condition de respecter certaines règles. L'analyse des données empiriques que j'ai recueillie m'a permis de réaliser le maillage avec mes données théoriques. J'ai constaté que dans les soins, l'humour doit être adapté en aucun cas il ne doit blesser, offenser, ou insulter la personne. De nouveaux éléments sont apparus, ce qui m'a permis d'élaborer une nouvelle question de recherche :

En quoi, l'utilisation de l'humour, comme outil thérapeutique, dans la relation soignant soigné apporterait des bénéfices au soignant et à sa pratique ?

MOTS CLES : RELATION SOIGNANT-SOIGNE, EMOTIONS, MECANISMES DE DEFENSES, STRATEGIE DE COPING, HUMOUR, RESPECT.

