HAL
open science

L'humour, inné ou acquis : vers une formation des manipulateurs en électroradiologie médicale ?

Étienne Cordier

To cite this version:

Étienne Cordier. L'humour, inné ou acquis : vers une formation des manipulateurs en électroradiologie médicale ?. Psychologie. 2016. dumas-01350537

HAL Id: dumas-01350537

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01350537

Submitted on 20 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut Supérieur Technologique Montplaisir
14, rue Barthélemy de Laffemas – 26000 Valence
Diplôme de Technicien Supérieur
Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

UE 6.5. ORGANISATION DU TRAVAIL, ANALYSE DES PRATIQUES ET RECHERCHE PROFESSIONNELLE

1er Prix Catégorie Professions Paramédicales
Fondation MACSF, Session Automne 2016

L'humour, inné ou acquis :

Vers une formation des manipulateurs en électroradiologie médicale ?

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame SOPHIE LANTHEAUME
Docteure en Psychologie de la Santé

PRÉSENTÉ PAR :

Monsieur ETIENNE CORDIER
Promotion 2013/2016
Soutenu devant Jury le 18 mai 2016

Illustration de couverture : Photographie libre de droit, Licence Creative Commons CC0, Giulia Marotta, 2013.

NOTE AUX LECTEURS

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'ISTM de Valence.

Conformément à l'article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illicite.

Conformément à l'article L122-5 du Code de la propriété intellectuelle, les courtes citations sont autorisées, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source.

« Car vivre, cela signifie être double :
être prêt à chaque instant pour le sérieux,
mais aussi pour la plaisanterie. »

GEORG W. GRODDECK
(1866-1934)

REMERCIEMENTS

Merci à ma référente de mémoire, Mme SOPHIE LANTHEAUME, Docteure en Psychologie de la Santé, qui m'a conseillé, guidé et soutenu tout au long de l'élaboration de mon travail.

Merci aux manipulatrices et manipulateurs en électroradiologie médicale qui ont répondu avec sérieux et intérêt à mes enquêtes.

Merci aux étudiantes manipulatrices et étudiants manipulateurs qui ont pris le temps de participer à mon questionnaire qui leur était adressé.

Merci aux personnes ou associations qui m'ont permis de diffuser mes enquêtes et de récolter de nombreuses réponses dans le cadre de ma recherche exploratoire.

Merci à M. RENAUD VOLLE, qui m'aura fait découvrir le temps d'une séance les moments de joie et de détente d'un club de Yoga du rire.

Merci à mes amis sincères – ils se reconnaîtront – qui sont parvenus à me supporter et avec lesquels nous avons partagé des moments inoubliables, mêlés de rires et de larmes.

Merci à mes grands-parents, avec qui je partage sans cesse mon bonheur de vivre, et qui ont encore tellement de choses bénéfiques à m'apporter. Une pensée pour mon papy.

Merci à mes parents, HÉLÈNE et PHILIPPE, sans qui ce mémoire n'aurait sans aucun doute jamais vu le jour si un petit spermatozoïde, perdu en plein milieu de ses semblables, n'avait pas réussi à franchir le parcours du combattant pour venir féconder cet ovule – excessivement naïf – se rendant compte bien plus tard de la sottise humaine qu'il venait de procréer.

Merci à ma seule et unique sœur MAGALI, par défaut ma préférée, pour qui je souhaite tout simplement le meilleur dans sa nouvelle vie à deux.

Et merci à vous, lectrice ou lecteur, qui possédez entre vos mains ce mémoire de fin d'études qui me tient tant à cœur et pour lequel j'ai œuvré durant une année. En espérant que ce dernier vous passionne et vous pousse à utiliser l'humour et le rire avec les personnes qui vous entourent.

Un simple sourire apporte autant de bonheur à donner qu'à recevoir…

Soyez joyeux envers les autres et pour vous-même !

En vous souhaitant une plaisante lecture,

Etienne

SOMMAIRE

INTRODUCTION **6**

PARTIE I. CADRE THÉORIQUE **9**

CHAPITRE 1. LE SOIN OU L'HISTOIRE D'UNE RELATION 9
CHAPITRE 2. L'HUMOUR COMME MODE DE COMMUNICATION 21
CHAPITRE 3. L'EMPLOI DE L'HUMOUR DANS LE TRAVAIL DU M.E.R. 35

PARTIE II. CADRE EMPIRIQUE **42**

CHAPITRE 1. RECHERCHE EXPLORATOIRE 42
CHAPITRE 2. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES 44
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 45

PARTIE III. RÉSULTATS **50**

CHAPITRE 1. ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES 50
CHAPITRE 2. ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES 61

PARTIE IV. DISCUSSION **70**

CHAPITRE 1. MISE À L'ÉPREUVE DES HYPOTHÈSES 70
CHAPITRE 2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE 78

CONCLUSION **80**

BIBLIOGRAPHIE **82**

LISTE DES TABLEAUX **88**

LISTE DES FIGURES **89**

TABLE DES MATIÈRES **90**

TABLE DES ANNEXES **93**

INTRODUCTION

Pourquoi rions-nous ? Quelle signification soulève l'action de rire ou de faire rire ? Peut-être est-ce pour affirmer notre existence dans le réel. Ou bien pour obtenir la reconnaissance de soi-même à travers le lien social qui s'établit lorsque nous partageons un moment de jovialité avec autrui. Quelque soit la réponse – chacun disposant de sa propre interprétation – le rire est indiscutablement une preuve tangible de vie.

Une belle vie, c'est une vie heureuse, une vie joyeuse, une vie rieuse. Or, quel meilleur lieu d'expression de notre profonde humanitude que l'atmosphère aseptisée de l'hôpital ? Si nous avons tendance à assimiler les établissements médicaux à la maladie, voire même à la mort, nous en oublierions presque qu'ils constituent la représentation d'une ode à la vie.

Continuer à vivre, poursuivre sa vie comme autrefois, n'est-ce pas là l'objectif que se fixe tout soignant à l'égard de son patient ? Mais affirmer son humanité dans un environnement stérile, sans apparence de personnalité, n'est pas chose aisée. D'autant plus lorsque la technique représente une part importante du métier où nous, manipulateurs en électroradiologie médicale, sommes constamment confrontés.

L'exercice de style nous impose de citer une situation d'appel à notre mémoire, une situation qui nous a profondément marquée. Il me faut donc introduire l'évènement qui m'a conduit à traiter de ce thème plutôt qu'un autre. Quelle composition difficile de mentionner l'unique accroche qui m'a acheminé vers l'humour ! En réalité, je ne peux en évoquer une seule. De nature plutôt joyeuse, j'ai à cœur d'utiliser régulièrement l'humour dans ma relation avec le patient. Du simple sourire de bienvenue, aux éclats de rires à la suite d'une blague potache initiée par le patient lui-même, l'humour se présente sous de multiples aspects.

Au cours de cette troisième année d'études, je me souviens d'une patiente âgée de 55 ans, adressée en service de remnographie en vue de réaliser une IRM hépatique. Un précédent examen remnographique effectué un an plus tôt, avait mis en évidence une cirrhose hépatique sans complication. Cependant, quelque temps après, une échographie de contrôle avait découvert une lésion focale au niveau du lobe droit. L'examen prescrit vise à identifier la nature précise de cette lésion.

Lorsque j'ai accueilli la patiente en cabine, celle-ci m'a directement interpellé quant à son appréhension à faire l'examen. En effet, lors de son IRM précédente elle ne se sentait pas suffisamment informée au cours des séquences d'acquisition. Les manipulateurs en charge de l'examen lui avaient reproché de ne pas tenir l'apnée lors des séquences dynamiques ; on l'avait *« grondée »* m'avait-elle dit en souriant. Après coup, on l'informa que c'était en fait dû à un problème de casque qui ne fonctionnait pas, d'où la raison d'une mauvaise communication et d'une incompréhension entre soignant et soigné. J'ai donc tenté de la rassurer en lui disant que nous lui

parlerions davantage mais qu'il fallait malgré tout bouger le moins possible au risque de rendre les images ininterprétables et donc d'allonger la durée d'examen.

Afin de l'apaiser, j'ai ajouté sur un ton humoristique : *« Sinon nous vous gronderons une seconde fois ! La punition sera plus sévère, je peux vous l'assurer ! »*. La patiente s'est mise à rigoler puis s'est immédiatement tranquillisée. Je lui ai également demandé de simuler une apnée afin de voir si elle était capable de la tenir. Étant donné qu'elle y parvenait sans difficultés, je l'ai mise en confiance en lui expliquant que ce ne serait pas plus difficile que cela : *« promis, juré ! »* ai-je lancé.

À la fin de l'examen, lorsque le médecin lui a fait part de son compte-rendu, la patiente s'est dite très satisfaite de sa prise en charge, et que le *« jeune homme »* reste toujours aussi souriant. Ce petit compliment qui m'était adressé m'a fait énormément plaisir ! Dans ces moments-là, on se rend compte qu'il suffit de peu pour égayer la journée d'un patient et par la même occasion, apporter de l'agrément à notre propre quotidien parfois morose.

Lors de l'explication du déroulement de l'examen j'ai donc tenu à utiliser l'humour comme moyen de communication. Il s'agissait de faire rire la patiente afin de minimiser son anxiété, et d'aplanir cet effet de hiérarchie entre un soignant tout-puissant et un soigné subissant qu'elle semblait ressentir en usant du terme *« gronder »*. À mon sens, l'humour m'a rendu plus accessible et m'a permis d'instaurer une certaine complicité avec la patiente. Ainsi, cette dernière a pu se détacher de ses émotions négatives – le stress – susceptibles d'entraver la bonne réalisation de l'examen, pour se focaliser sur des émotions positives – la plaisanterie en l'occurrence.

En un court instant, le soigné doit donc faire part de ses peurs, de ses angoisses, de ses problèmes, et parfois même confier certains aspects de sa vie intime à une personne qui lui est inconnue. Dans un tel contexte, pratiquer l'humour constitue un moyen empathique pour le soignant de se livrer tout autant, en personnalisant le soin à son image.

L'humour délivre, désamorce, lie, rapproche, et permet de partager et d'échanger des centaines d'émotions et de perceptions sous une forme comique, non dénuée de sous-entendus et de pensées implicites. Adopter une attitude humoristique s'apparente à dépasser les frontières d'une démarche soignante protocolaire, formaliste et exempte du moindre sentiment.

Cependant, tous les individus ne pratiquent pas l'humour, ou du moins, tous ne disposent pas de la même approche humoristique. Ce qui sera susceptible de prêter à rire chez une personne, ne le sera peut-être pas chez une autre. Voilà toute la complexité de l'humour. Un cocktail d'émotions à manier avec discernement, malgré son apparence simplette et ingénue.

Est-il possible d'apprendre l'humour ? Un tel apprentissage ne permettrait-il pas d'améliorer la prise en charge thérapeutique actuelle du patient ? Cela ne serait-il pas l'occasion de rendre les soins techniques dispensés plus humains ? Éduquer à l'humour n'encouragerait-il pas les manipulateurs à se perfectionner et à privilégier le relationnel dans leur pratique ? En d'autres termes, cela ne constituerait-il pas un moyen pour les soignants de devenir davantage… soignants ?

Néanmoins, la mise en place d'une formation à l'humour ne s'impose pas d'emblée. S'il semble évident que nous naissons tous avec des aptitudes préexistantes en termes de personnalité, notre culture, notre origine sociale et notre expérience de vie, s'avèrent également capables de modeler nos attitudes et comportements.

Une formation à l'humour ne permettrait-elle pas d'agir sur notre façon d'appréhender certaines situations que nous affrontons ? Peut-être serions-nous alors plus enclins à user de l'humour au cours de notre pratique professionnelle ? Au final, apprendre à rire de bon cœur ne représenterait-il pas un bénéfice de vie à la fois du côté des patients mais aussi des soignants ?

Nous en venons à poser la problématique suivante :

L'humour, inné ou acquis : vers une formation des manipulateurs en électroradiologie médicale ?

Nous tenterons d'apporter une réponse à cette singulière question, après avoir préalablement répondu à nos deux hypothèses de recherche. Notre première hypothèse est la suivante : *« l'humour, par ses bienfaits physiques et psychologiques, permet d'instaurer une relation de confiance entre soignant et soigné »*. La seconde hypothèse admet quant à elle que *« les manipulateurs en électroradiologie médicale, diplômés et futurs diplômés, sont favorables à l'apprentissage de l'humour dans leur pratique soignante »*.

Nous décomposerons notre travail de fin d'études en quatre parties principales. Dans un premier temps, le cadre théorique abordera les concepts clés nécessaires à la bonne compréhension de notre étude. Dans un deuxième temps, le cadre empirique décrira notre méthodologie de recherche. Puis, la troisième partie exposera les résultats obtenus lors de nos enquêtes effectuées auprès des soignants et des étudiants manipulateurs. Enfin, le dernier point mettra à l'épreuve nos deux hypothèses générales, pour en dégager la pertinence d'une possible formation à l'humour et sa portée réelle dans la perspective d'une amélioration significative des pratiques soignantes contemporaines.

PARTIE I. CADRE THÉORIQUE

CHAPITRE 1. LE SOIN OU L'HISTOIRE D'UNE RELATION

A. LE SOIN

A.1. LE CONCEPT DU SOIN

A.1.1. La santé

Avant même de définir la santé, il paraît important de s'attarder quelques instants sur la définition d'un concept, terme que l'on retrouvera maintes fois tout au long de notre cadre théorique. D'après Raynal et Rieunier (1997), le concept est *« une idée générale et abstraite, attribuée à une catégorie d'objets ayant des caractéristiques communes et permettant d'organiser les connaissances »*.

La santé est un de ces concepts qui a subi de nombreuses évolutions au cours du temps, modifié selon les normes sociales en vigueur dans le pays. Autrefois assimilé à *« la vie dans le silence des organes »* (Leriche, 1936), le concept de santé était alors considéré en France comme un simple état contraire à la maladie. Cet aspect sanitaire a alors pris une plus grande ampleur dès lors que l'aspect sociétal s'en est mêlé. Alors que l'individu malade réclame seulement le rétablissement de son état de santé, l'individu sain demande quant à lui le maintien de sa bonne santé. Le concept de santé a alors pris des orientations plus larges, non plus seulement limité aux individus malades mais bien comme un droit fondamental dont dispose tout citoyen : l'accès aux soins pour tous.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946) définit la santé comme un *« état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*. Cette définition met en avant le modèle d'être *« biopsychosocial »* (Engel, 1977). En effet, trois dimensions font de l'Homme cet être si singulier et comparable à aucun autre animal : une dimension physiologique, une dimension psychologique et une dimension sociale.

Ce qui distingue l'Homme de l'animal est sa dimension psychosociale. Cette dernière fait référence à ce qu'on appelle communément la nature humaine. Dire que l'Homme n'est pas un animal, c'est insister sur les spécificités de l'être humain à l'égard des autres animaux. Pour Kant (1785), cette distinction s'établirait sur la dignité humaine. L'Homme ne peut jamais être utilisé simplement comme

un moyen mais toujours comme une fin en soi, et c'est précisément en cela que consiste sa dignité : *« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité comme une fin, et jamais simplement comme un moyen »* résume l'impératif catégorique kantien.

Cependant, pour en revenir à la définition de la santé par l'OMS, l'aspect d'un « état de complet bien-être » peut poser un problème d'interprétation. En effet, n'est-il pas utopique de penser que les entités biologiques, psychologiques et sociales puissent être en parfaite harmonie ? Peut-on dès lors affirmer avoir été, au moins une seule fois dans notre vie, en bonne santé ?

La charte d'Ottawa (1986) développe ainsi une conception plus récente de la santé qui permet de corriger cette lacune : *« La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine. Ce qui exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation »*. Ne se limitant plus à une définition restreinte et étriquée, nous sommes parvenus à poser la santé comme une ressource indispensable de la vie quotidienne nous permettant d'agir et d'évoluer dans notre milieu social.

A.1.2. La maladie

La maladie correspond à une altération de la santé (Littré, 1863). Dès lors, ces deux concepts – santé et maladie – bien que farouchement opposés, ne sauraient être dissociés l'un de l'autre. Pour Potier (2002), la maladie *« se manifeste par des signes subjectifs et objectifs qui permettent de l'identifier. Elle peut être définie par sa durée : brève (maladie aiguë) ou durable (maladie chronique) ; elle peut récidiver ou se compliquer et elle peut être désignée par son mode de prise en charge : maladie de longue durée »*. Bien que ce concept de maladie puisse prendre diverses formes, la maladie reste toujours l'entité faisant entrave au bon équilibre de l'individu.

La maladie crée ainsi un ensemble de ruptures d'ordre biologique, psychologique et social. Cette altération interdimensionnelle se manifeste alors par des symptômes objectifs identifiés par des troubles physico-cliniques, et par des symptômes subjectifs liés à son expérience de vie personnelle. Hesbeen (1997) résume cet aspect de la maladie en énonçant que : *« la maladie a beau être objectivée dans le corps que l'on a, elle ne touche en fin de compte, que le corps que l'on est »*.

Là où la langue française se limite au concept de « maladie » pour évoquer l'altération du corps physique, mental ou social, l'anglais distingue les termes (Douguet, 2000) :

- *« disease »*, qui fait référence à la maladie du point de vue soignant. Il évoque l'identification médicale de maladie et correspond à l'altération biologique du corps, c'est-à-dire à la pathologie à proprement parler.

- *« illness »* met en avant la maladie du point de vue patient et désigne ce qui affecte la vie de l'individu. La maladie est ici référée à l'expérience personnelle, au vécu propre, à une altération psychologique.
- *« sickness »* évoque la maladie du point de vue de la société. Le sujet est reconnu comme étant malade et à ce titre, il est exempté de ses fonctions habituelles dans la société.

Selon Chalifour (1999), la maladie *« n'est pas, à proprement parler, une infection ou une déficience de l'organisme. C'est l'organisme tout entier qui est déséquilibré et affaibli. Le processus de guérison implique une remise en question de soi-même, de ses valeurs, de ses comportements, de ses relations avec les autres, de sa façon de vivre »*. Dès lors, le rôle du soignant revient à favoriser ce processus de guérison en parvenant à comprendre la norme de vie du patient.

L'état normal ou pathologique d'un individu vivant ne peut être déterminé que par l'observation et la compréhension de sa relation singulière à son milieu de vie (Canguilhem, 1966). Le soignant doit donc apprendre à identifier les besoins fondamentaux à satisfaire chez l'individu pathologique, afin de pouvoir y remédier et apporter à cette personne la manifestation d'un état de mieux-être qui lui correspondrait.

A.1.3. Les besoins fondamentaux

Dans le domaine médical, Orlando (1961) définit le besoin d'aide comme *« une demande du patient qui, si elle est exaucée, diminue son stress immédiat et améliore son sentiment immédiat de bien-être. Dès qu'un patient est dans l'incapacité de combler ses propres besoins, il existe alors un besoin d'aide »*.

Pour le psychologue américain Maslow (1908-1970), l'être humain doit passer par des étapes hiérarchiques afin d'obtenir la pleine satisfaction de ses besoins. Étant donné que chaque individu est unique, tout besoin est individuel et spécifique à chacun. Cette réflexion est retranscrite sous la forme d'une pyramide des besoins, divisée en cinq niveaux principaux et comprenant : les besoins physiologiques de base (respirer, manger, boire, dormir, *etc.*), le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime de soi, et le besoin d'accomplissement.

Cependant, la théorie des besoins selon Maslow (1943) reste difficilement applicable dans le domaine du soin. La principale critique faite à ce modèle repose sur cet axiome de base : l'individu ne peut passer d'un niveau à l'autre, une fois seulement que les besoins du niveau inférieur sont satisfaits. Or, chaque être humain étant unique, tout individu n'a pas nécessairement ce mode de hiérarchisation de ses besoins.

Henderson (1897-1996) a permis d'approfondir la compréhension des besoins en santé des patients. Son modèle conceptuel, basé sur la pyramide de Maslow, repose sur une approche davantage

soignante et humaniste. D'après Henderson (1960), le besoin est une nécessité vitale et correspond à tout ce qui est essentiel à l'être humain. En d'autres termes, *« Le besoin peut être considéré comme une force dynamique, une nécessité qui pousse l'individu à progresser et sans laquelle il ne peut être autonome »* (Déchanoz, 1986). L'individu sain ou malade doit donc tout mettre en œuvre pour rétablir ou maintenir sa santé dans l'unique but de conserver une parfaite harmonie entre ses entités biologiques, mentales et sociales.

Contrairement à Maslow, Henderson (1960) considère que les besoins de l'individu sont de même importance et n'accorde aucune suprématie à l'un d'entre eux. La démarche soignante revient donc à évaluer l'état de santé du patient en vue de répondre à ses besoins. Le rôle du soignant consiste alors à hiérarchiser ses besoins en fonction de la situation à l'instant présent.

Henderson (1960) décrit ainsi quatorze besoins reprenant les trois dimensions propres à l'Homme. Les besoins de respirer, de boire et manger, d'éliminer, de se mouvoir, de dormir, de se vêtir et se dévêtir, de maintenir la température du corps dans la normale et d'être propre, se rattachent à l'aspect physique et biologique de la personne. Les besoins d'éviter les dangers, de se récréer et d'apprendre, sont relatifs à l'aspect psychologique, mental et intellectuel de l'individu. Enfin, les besoins de communiquer, d'agir selon ses croyances, et de s'occuper en vue de se réaliser, font référence à la dimension sociale, spirituelle et culturelle de la personne. Un équilibre entre chacun de ces besoins assure à l'individu une correcte balance au regard de ses entités intrinsèques qui font de lui cet être biopsychosocial unique en son genre.

A.1.4. De faire soin à prendre soin

Le mot « soin » provient du latin *« soniare »* signifiant « s'occuper de ». En définissant l'ensemble des soins comme *« l'ensemble des moyens mis en œuvre pour s'efforcer de restituer la santé à un malade »* (Bagros, 2004), on évoque aussi bien le « prendre soin » – to care – du « faire soin » – to cure, en anglais. Le rôle du soignant se transmettra au travers de ses deux dimensions : l'une dans le domaine de l'action – le cure – qui vise à traiter une pathologie en pratiquant des soins techniques ; l'autre dans le domaine de la perception – le care – où il s'agit de faire attention au patient, de se soucier de l'individu. La démarche soignante vise donc à associer l'aspect scientifique et technique du soin aux qualités humaines du professionnel de santé.

Orlando (1961) fut à l'origine du terme de « démarche de soins », en définissant l'objectif des soins infirmiers comme *« l'aide qu'un patient requiert pour que ses besoins soient satisfaits »*. Les besoins en santé des patients n'étant pas toujours d'origine biologique et physiologique, le soignant engage alors *« une démarche qui détermine le besoin immédiat du patient et l'aide à répondre à ce besoin directement ou indirectement »*. Déterminer les besoins du patient contraint le soignant à porter de l'intérêt à l'autre, non pas seulement pour rétablir l'état de santé physique de l'individu, mais aussi

pour maintenir un bien-être constant malgré ce qui pourrait y faire obstacle au moment présent. Le soin est donc une attention adressée envers autrui en vue de restaurer et de promouvoir sa santé.

Nadot (2005) assimile le « prendre soin » à une activité tridimensionnelle : *« il faut en effet prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie ; prendre soin de la vie du groupe, car l'action soignante s'opère au sein d'une communauté ; et prendre soin de la vie du domaine (c'est-à-dire de l'environnement du soin) »*. En plus de détenir un aspect biologique et psychologique, le soin présente un aspect social dans la relation que le soignant a avec le patient. Pour Hesbeen (2008), prendre soin c'est aussi *« être attentif à la famille, à l'entourage de la personne malade, pour la simple raison que le comportement de la famille ou de l'entourage influe sur le cheminement de la personne malade »*.

La situation de soin correspond donc à une situation professionnelle où le praticien met en œuvre un raisonnement clinique permettant de placer la singularité de l'individu d'un point de vue physique, mental et social, au cœur de la démarche de soins. Cette analyse comprend à la fois la capacité du soignant à adopter une juste relation de soin, mais aussi la capacité du soigné à s'interroger sur ses propres ressources pour devenir acteur de son propre parcours de soin.

Ainsi, il paraît important d'analyser l'ensemble des dimensions du patient étant donné *« que la connaissance des différentes caractéristiques de la vie est indispensable pour comprendre les réactions humaines »* (Rogers, 1970). Le soin dans sa globalité implique donc à la fois une intervention active, technique et curatrice sur le malade, mais également un apport affectif, humaniste et empathique de la part du soignant lors d'une relation avec le patient. D'ailleurs, ne parle-t-on pas communément de « personne soignée » et non de « pathologie à soigner » ? Qu'il serait malvenu et antipathique de nommer un patient par la maladie dont celui-ci est atteint ! Nous abordons alors un sujet de soin à part entière, en totale opposition à la notion d'objet de soin.

A.2. LE PATIENT, UN ÊTRE SINGULIER

A.2.1. Les droits du patient

Le mot « patient » est classiquement renvoyé à celui de « personne soignée ». De manière générale, il s'agit d'une *« personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins. C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance »* (Magnon, 2005). Cependant, avant même d'être sujet de soin, le patient est un individu humain disposant de droits comme le précise la Déclaration universelle des droits de l'Homme adoptée en 1948 par l'Assemblée générale des Nations unies. Du point de vue patient, il s'agit plus spécifiquement de la Charte Européenne du malade usager de l'hôpital adoptée

en 1979 par le Comité hospitalier de la Communauté Économique Européenne (CEE) relative aux droits d'accès aux soins dans le respect de la dignité humaine : *« Le malade a le droit d'accès aux services hospitaliers adéquats à son état ou à sa maladie »* déclare l'article premier.

Plus récente, la loi du 4 mars 2002 est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La loi du 21 juillet 2009, plus connue sous l'expression « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST), pose l'accessibilité aux soins au premier rang des priorités. En s'attardant sur les problèmes de santé publique, cette réforme sanitaire vise à placer le patient au cœur du système de soin. Quant aux situations propres aux malades en fin de vie, celles-ci sont encadrées par la loi Leonetti du 22 avril 2005 qui interdit tout acharnement thérapeutique mais condamne l'euthanasie active.

Depuis sa création en 1953, le Code de la santé publique renferme lui aussi de nombreux articles relatifs au droit des personnes en matière de santé. Il est d'ailleurs régulièrement actualisé de manière à placer le patient au cœur de la relation de soin. Au paternalisme médical, opposant le médecin sachant au patient ignorant, succède une médecine plus humaine, portée sur la personne.

A.2.2. Individualité et unicité

Le terme « patient », désignant le soigné, est dérivé du latin *« patiens »* signifiant littéralement « celui qui souffre ». Une connotation relativement négative qui démontre les besoins en soin de l'individu. L'essentiel en santé revient donc à comprendre la norme de vie du sujet, pour mieux restaurer le normal vécu et éprouvé par le malade.

Canguilhem (1966) conçoit l'état normal et l'état pathologique à partir d'une compréhension de la vie comme subjectivité. Ainsi, pour une même pathologie, deux individus ne réagiront pas de la même façon, selon les normes de vie qu'ils instituent et hiérarchisent dans leur rapport à la maladie. Pour déterminer l'état normal ou pathologique d'un individu, il faut adopter en quelque sorte son point de vue. À partir de là, le soignant devient apte à évaluer les besoins insatisfaits chez le patient, afin de prodiguer les soins nécessaires.

Claude Bernard (1813-1878), médecin et physiologiste français, a notamment établi que la vie ne réside pas dans l'organisme, mais dans la relation d'échange et d'ajustement entre, d'un côté, l'organisme et son milieu intérieur – le milieu biologique – et, d'un autre côté, le milieu extérieur – le milieu psychosocial. L'organisme est alors individualité, c'est-à-dire une totalité, un ensemble, dont les différentes parties, organes et fonctions du corps sont interdépendantes les unes des autres. Mais c'est aussi unicité, car l'individu ne se suffit pas à lui-même, il est reconnu en tant qu'être humain dans sa relation avec les autres, dans son existence dans le monde social.

Svandra (2009) traduit cette pensée en ces termes : *« l'homme est-il son corps ou possède-t-il un corps ? »*. Ainsi, *« avoir un corps »* fait référence à la partie extrinsèque de la personne, à son corps biologique, c'est-à-dire à une succession d'organes mis bout-à-bout pour former un « corps-objet ». A contrario, *« être un corps »* fait écho à la partie intrinsèque de l'individu, à son corps psychosocial, c'est-à-dire à une personne douée de raison qui constitue un « corps-sujet ».

L'Homme dans sa globalité n'est pas que chair et os, c'est avant tout un être qui pense : *« cogito, ergo sum »* (Descartes, 1637). Ainsi, la dimension éthique fondamentale du soin vise à considérer le patient comme un être unique au croisement des entités physiologiques, psychologiques et sociales. Prendre en charge un patient, c'est prendre en charge un individu dépendant et vulnérable. Le soignant doit donc rester attentif à subordonner l'aspect technique du métier à l'aspect relationnel, assurant ainsi une approche globale de la personne. Alors que la technique est un moyen, la relation entre soignant et soigné apparaît comme une fin en soi.

B. LA RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ

B.1. LE CONCEPT DE RELATION

B.1.1. Le jugement clinique

Le jugement clinique correspond à la première étape de la démarche soignante dans le cadre d'une relation de soin. L'Association Nord Américaine pour les Diagnostics Infirmiers (North American Nursing Diagnosis Association, 1990) définit le jugement clinique comme *« l'acte intellectuel d'émettre une appréciation, une opinion, de tirer une conclusion à partir d'un ensemble de signes et de symptômes se rapportant à l'état de santé de la personne »*. Émettre un jugement clinique, c'est donc émettre une opinion claire suite à un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données recueillies à l'égard du patient.

Un tel jugement nécessite pour le soignant de disposer des connaissances théoriques et des compétences humaines nécessaires. Ce dernier doit mettre en éveil tous ses sens, en vue d'une correcte analyse des besoins à satisfaire chez le patient, mais aussi d'une plus ample connaissance du sujet. L'enjeu étant d'adopter une attitude bientraitante envers le soigné.

Dans ses « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles », l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM, 2008) définit la bientraitance, au travers de quatre dimensions, en vue de bâtir un échange relationnel avec le patient : *« La première dimension consiste à observer les faits en évitant les jugements de*

valeur. La seconde, à reconnaître ses propres sentiments, ce qui permet à l'interlocuteur de trouver plus facilement un espace pour exprimer également les siens. La troisième, d'avoir conscience et d'exprimer ses besoins propres, ce qui facilite aussi la compréhension des besoins de l'autre. La quatrième enfin, de savoir formuler sa demande ».

Cette définition nous montre que le mot n'est pas le seul chemin de toute relation de soin. Avant même d'émettre un son, il suffit parfois d'observer, d'écouter, et de comprendre, pour engager une relation solidement basée sur le respect mutuel, la bientraitance, et un jugement clinique pertinent. C'est précisément ce jugement qui assurera au soignant la bonne posture à avoir, avec pour objectif d'entrer en interaction avec le patient et de communiquer avec lui.

B.1.2. Le modèle de communication

Le terme « communiquer » provient du latin *« communicare »* signifiant « être en commun », « être en relation ». C'est donc par cette communication que deux individus entrent en relation. La relation de soin, c'est la rencontre entre un soignant et un soigné, deux êtres uniques avec leur propre identité.

Le modèle de communication le plus connu en sciences du langage est celui de Jakobson (1896-1982). Le schéma de Jakobson (1963) évoque différents acteurs du langage, à savoir : un destinateur ou émetteur d'un message, le message en lui-même, le destinataire ou récepteur du message. Si le récepteur répond à ce message, il devient alors lui-même émetteur, c'est-ce qu'on appelle un « feed-back ». A cela s'ajoute le contexte dans lequel se déroule la communication.

Au modèle de Jakobson découle un modèle de communication davantage en lien avec la relation de soin, le modèle psychosocial. Ce dernier considère qu'émission et réception sont simultanées, en d'autres termes, l'émetteur est destinateur en même temps que destinataire, et inversement. Ce modèle s'inscrit dans l'optique où il n'est pas possible de ne pas communiquer. Même un silence est en soi communication car porteur de signification pour le récepteur. Ce modèle ne se limite plus qu'à un seul message, mais bien à de multiples canaux : la gestuelle, la posture, les mimiques, sont tout autant porteurs d'informations que les mots.

Chalifour (1999) évoque les techniques de communication en expliquant que : *« dans un entretien, les modes de contacts permettent à l'intervenant de manifester sa présence et son intérêt envers le client […] Ces modes de contact relèvent de techniques liées à la communication verbale et non verbale »*. Cette définition met en avant deux types de communication. De manière générale, lorsque l'on entre en relation avec autrui, 7% de notre communication est verbale – c'est le « langage de l'esprit » – tandis que 93% de la communication est non verbale – c'est le « langage du corps ». Ces deux modes de communication sont systématiquement liés et coexistent en permanence.

La communication verbale s'exprime par des mots, c'est-à-dire à un ensemble de sons en vue de transmettre un message. À ces mots s'associe un sens dénotatif et un sens connotatif. Le sens dénotatif est le sens propre du mot, sa signification littérale. Le sens connotatif correspond quant à lui à la portée émotionnelle du mot. Ce dernier peut faire résonnance au vécu propre de la personne et ainsi conduire à des réactions affectives. Une démarche soignante consiste donc à trouver les mots justes, des mots appropriés à la situation, des mots qui rassurent.

La communication non verbale s'exprime par le partage d'éléments traduisant un message, sans emploi de la parole. Elle se déroule le plus souvent de façon non consciente, et constitue en ce sens un aspect révélateur de la partie intrinsèque de la personne. Le langage du corps s'exprime à la fois par le toucher, l'attitude adoptée, les mimiques faciales, le regard. Ajoutons à cela la communication paraverbale, composante essentielle de la communication non verbale. Aux mots s'accorde la voix, révélatrice du contenu émotionnel de la personne, se traduisant par des vocalisations telles que le timbre de voix, des pleurs, des soupirs, ou des rires.

En tant que soignant, le manipulateur en électroradiologie médicale doit être capable de décoder le langage du patient au-delà de ses mots. Percevoir les émotions, analyser le ressenti, c'est étayer notre jugement clinique et ainsi favoriser l'échange avec la personne.

B.2. LE MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE

B.2.1. Son domaine de compétence

Le terme de manipulateur tire son origine du latin *« manipulus »* signifiant « poignée » et dérivé de *« manus »* signifiant « main ». Cette étymologie dépeint un aspect manuel du métier, essentiellement porté sur la technique.

L'article premier du décret du 19 novembre 1997 défini d'ailleurs clairement l'exercice de la profession de manipulateur en électroradiologie médicale, comme contribuant à la réalisation des traitements thérapeutiques et des examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic.

L'article 2 quant à lui énumère les actes techniques que le manipulateur en électroradiologie médicale est habilité à accomplir sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin. De la préparation du matériel au réglage et déclenchement des appareils, ces actes concernent à la fois le domaine de l'imagerie médicale et de la radiothérapie et de l'électrologie.

L'article 3 met en avant les compétences que doit remplir le manipulateur en électroradiologie médicale au regard de sa profession. Participer à l'accueil du patient, à la transmission écrite, ou à l'application des protocoles qualité (liste non exhaustive) sont autant de compétences nécessaires au bon déroulement d'un examen diagnostique ou thérapeutique.

L'article 5 met en exergue l'importance qu'a notre métier de se tenir constamment informé des avancées médicales existantes et à venir : *« Le manipulateur d'électroradiologie médicale adapte sa pratique professionnelle à l'évolution des sciences et des techniques »*.

Enfin, nous retiendrons plus particulièrement la nécessité que doit avoir tout soignant à personnaliser le soin et à favoriser le relationnel : *« Dans l'exercice de son activité, il tient compte des caractéristiques psychologiques et sociales de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie »* (article 5). Deux aspects du soin ont donc été évoqués, à la fois humain et technique, que l'on oppose nettement mais qui pourtant restent intimement liés dans notre profession.

B.2.2. Dichotomie entre humanité et technicité

En tant que soignant, le manipulateur en électroradiologie médicale est défini par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2012) comme le professionnel qui *« effectue des actes de radiologie ou d'imagerie médicale (scanner, IRM…) destinés à confirmer un diagnostic et, en cas de cancer à participer à son traitement (séances de radiothérapie) […] Le manipulateur est en contact permanent avec les patients ; il a un travail très marqué par les technologies de pointe, et en même temps très humain »*.

Le champ d'exercice du manipulateur ne se limite donc pas à la technique qui pourrait paraître omniprésente. Pourtant, la vision d'un professionnel simple exécutant – familièrement appelé « pousse-bouton » – reste encore profondément ancrée dans les représentations collectives. Il est d'autant plus malheureux de voir que l'article premier du décret du 19 novembre 1997 ne fait à aucun moment référence à l'aspect humain du métier. Il conviendra de s'attarder sur l'article 5 précédemment cité pour en avoir seulement connaissance.

À travers sa relation avec le patient, le manipulateur fait vivre sa personne par l'expression des valeurs professionnelles, et des valeurs humaines qui lui correspondent.

Les valeurs professionnelles regroupent le sérieux, la compétence, la satisfaction des besoins fondamentaux du patient, et le respect des règles d'hygiène et de bonnes pratiques. Par son expérience, il est apte à prodiguer des soins techniques de qualité et à mettre en pratique son savoir-faire selon les exigences professionnelles qui lui sont imposées.

Les valeurs humaines reposent sur le respect d'autrui, l'écoute et l'attention à l'égard du patient. Il convient néanmoins de rester vigilant afin d'éviter tout sentimentalisme subjectif qui dénaturerait la relation de soin, et serait préjudiciable pour le patient mais aussi pour le soignant.

Cependant, la neutralité émotionnelle dans les soins est une position illusoire, un état impossible à atteindre. Plongé dans un monde rempli de perceptions et de sensations – des images, des sons, des odeurs, des plaintes, de la souffrance, des situations de vie qui font résonance à sa propre

histoire, *etc.* – le soignant ne peut être neutre, sans affects. Mais cela ne serait-il pas plus mal ? Ne pas tenir compte de ses émotions ressenties, reviendrait à dépersonnaliser le soin, à perdre cette part d'humanité d'un métier déjà très porté sur la technique.

Ainsi, le soignant doit toujours faire preuve d'une juste distance au regard de son implication personnelle. Mais trouver la juste distance n'est pas chose aisée : il faut rester distinct sans être distant, être assez proche pour établir une relation sans en être trop affecté. La solution majeure consiste déjà à se connaître soi-même avant d'apprendre à connaître les autres : *« Mieux se connaître pour mieux soigner »* (Rispail, 2002). Apprendre à être soi, c'est apprendre à mieux se positionner dans sa relation avec autrui, pour instaurer un climat de confiance entre soignant et soigné.

B.2.3. Une relation d'aide empreinte de confiance

Rogers (1966) définit la relation d'aide comme : *« des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie »*. Pour l'auteur, la relation d'aide ne se définit pas comme une relation amicale, mais comme une relation sans rapport hiérarchique, qui conduit à des échanges constructifs et à une compréhension réciproque, visant à donner et recevoir.

La relation d'aide fait donc partie intégrante de l'aspect humain du métier. L'aide, à proprement parler, ne se centre pas sur le problème – une pathologie par exemple – mais bien sur la personne. Instaurer une relation d'aide revient donc à établir une relation de confiance avec le patient. Cette confiance s'établit au travers de trois attitudes fondamentales dont le manipulateur doit faire preuve : l'empathie, la congruence et l'acceptation inconditionnelle de la personne.

Selon Rogers (1966), *« percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui 'comme si' on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, comme si »*. L'empathie est donc la capacité à se mettre à la place de l'Autre et à ressentir ses sentiments et ses émotions. Le soignant doit être empathique avec le patient, en veillant à ne jamais tendre vers la compassion. Cette dernière consiste à « souffrir avec » l'autre, et éprouver ses propres émotions à l'égard du patient, ce qui peut être littéralement destructeur pour le soignant. Ainsi, cette étroite frontière empathie/compassion, parfois difficile à cerner, est d'autant plus dangereuse si la situation de vie du soigné fait écho à son propre vécu. L'enjeu étant de percevoir les émotions de l'autre, sans les ressentir nous-même, ou comme le dit Rogers (1966) : *« Être presque l'autre sans être l'autre, et sans cesser d'être soi-même »*.

La congruence correspond à l'authenticité. Il s'agit d'être en accord avec ce qu'on ressent, et à apparaître extérieurement comme l'on est intérieurement. Dans sa relation avec la personne soignée, le soignant ne doit pas jouer un rôle, mais être lui-même. Rogers (1966) développe l'hypothèse que *« le*

changement de la personne se trouve facilité lorsque le thérapeute est ce qu'il est ». Le patient développe donc de la confiance envers le professionnel de santé si celui-ci est authentique.

Enfin, l'acceptation inconditionnelle de la personne signifie ne pas appliquer de jugement de valeurs, ne pas catégoriser la personne, mais la considérer comme un tout. On accepte le patient tel qu'il est, sans être forcément d'accord avec ce qu'il exprime, mais en le respectant.

La relation de soin est donc un échange, entre soignant et soigné, empreint de confiance mutuelle, où empathie, authenticité et acceptation sont les maîtres-mots. Contrairement à une relation classique, le patient est contraint de partager ses émotions avec nous. Notre rôle, en tant que professionnel de santé, sera de rendre ce moment un peu plus agréable pour ce dernier. Peut-être parviendrons-nous à lui faire oublier, le temps d'un court instant, la raison de sa présence... Comment ? Vous avez évoqué l'humour ?

C. EN RÉSUMÉ

La relation de soin est définie comme la rencontre de deux êtres singuliers : soignant et soigné. Le professionnel de santé prend en charge le patient de manière globale, non pas en tant qu'objet de soin, mais en tant que sujet de soin.

La satisfaction des besoins en santé du patient passe par un jugement clinique pertinent où l'écoute et la communication apparaissent fondamentales. La démarche soignante vise à instaurer, en un court laps de temps, une relation de confiance entre le manipulateur en électroradiologie médicale et l'individu vulnérable.

L'enjeu du deuxième chapitre sera de définir l'humour comme un outil de communication à part entière permettant de favoriser cette relation de soin.

CHAPITRE 2. L'HUMOUR COMME MODE DE COMMUNICATION

A. L'HUMOUR

A.1. LA COMPLEXITÉ DE L'HUMOUR

A.1.1. Origine et étymologie

Emprunté à la célèbre théorie des humeurs de Galien (Jouanna, 2005) – longtemps restée la base fondamentale de la médecine – le terme « humour » trouve son origine du latin « *humor* » correspondant aux quatre humeurs ou fluides du corps humain. Le sang, synonyme d'un caractère jovial et chaleureux ; la lymphe, symbole d'un caractère calme et flegmatique ; la bile jaune produite par le foie, représentant un caractère plutôt enclin à la violence ; et la bile noire produite par la rate, emblème d'un caractère mélancolique, dépressif et anxieux.

La physiologie antique désignait alors comme maladie, tout ce qui était susceptible d'entraîner une rupture d'équilibre entre ces quatre humeurs. Rire aux éclats, se tordre de rire, rire à gorge déployée, se rouler par terre, se fendre la poire, s'éclater la rate, sont autant d'expressions traduisant cette rupture d'équilibre dans le corps de l'individu au moment où il se met à rire.

Cependant, il est intéressant de noter qu'en dépit des opinions populaires actuelles que nous nous faisons sur les bienfaits positifs de l'humour et du rire, cela n'a pas été toujours le cas. Comme nous le rappelle le Docteur Rubinstein (1983), cela fait moins de deux cents ans qu'il est socialement acceptable de rire en public. Barclay (1676) écrit qu'il « *n'est pas permis aux chrétiens de pratiquer les jeux, les comédies, les sports de récréation, ils ne conviennent pas au silence, à la sobriété et à la gravité catholiques* ». Le rire ne serait en fait qu'un sentiment cruel propre à l'Homme et une forme d'orgueil. Baudelaire (1855) écrit : « *le juste, le sage ne rient jamais, les anges ne rient pas et le Christ n'a jamais ri, le rire est diabolique, le rire est satanique* ».

Pour en revenir aux interprétations actuelles, l'humour est défini comme la « *forme d'esprit qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité* » (Larousse, n.d.), ou encore comme « *le caractère d'une situation, d'un événement qui, bien que comportant un inconvénient, peut prêter à rire* » (Kurtz, 2013).

Bien que ce concept soit difficile à définir car extrêmement variable puisque propre à chaque pays, à chaque culture et à chaque individu, le besoin de rire, sur des sujets plus ou moins sérieux, est profondément inscrit en nous. Reboux (1877-1963) résume cet aspect de l'humour dans cette citation : « *l'humour consiste tout simplement à traiter à la légère les choses graves, et gravement les choses*

légères ». Dès lors, l'usage de l'humour dans le milieu hospitalier, où nous sommes continuellement confrontés à des « choses graves », prend sens.

En étudiant le rire chez les peuples dits primitifs, les ethnologues ont relevé une évidente joie de vivre au travers du caractère social du rire. Par exemple, chez les Indiens d'Amérique du Nord, il existait des *« clowns guérisseurs dont la fonction était d'éveiller l'hilarité jusqu'à ce que les mauvais esprits responsables des maladies s'enfuient »* (Rubinstein, 1983). En fin de compte, pouvons-nous, soignants, mettre en lumière notre part de « clowns guérisseurs » dans la relation de soin ?

A.1.2. Les différentes formes d'humour

Pour reprendre une célèbre citation de l'humoriste français Guy Bedos (1998) : *« Vouloir définir l'humour, c'est prendre le risque d'en manquer »*. Quelle difficulté, donc, de citer les multiples formes d'humour existantes ! *(Cf. Tableau I).*

Tableau I. Les différentes formes d'humour (non exhaustif)

Rire	➢ *« réponse corporelle involontaire à une émotion plaisante »* (Rubinstein, 1983) ➢ manifestation physique de l'humour
Ironie	➢ *« à dire par manière de raillerie, tout le contraire de ce qu'on pense ou de ce que l'on veut faire penser aux autres »* (Dumarsais et Fontanier, 1967) ➢ à utiliser avec grande précaution car si le destinataire ne perçoit pas la plaisanterie, il peut mal l'interpréter et se sentir blessé
Humour noir	➢ humour cruel, grinçant, portant sur des situations le plus souvent tragiques, mais qui les représente de manière comique ➢ *« lorsque la thématique touche à des valeurs qui sont jugées négatives par une certaine culture, comme la mort, la vieillesse, le handicap »* (Charaudeau, 2006) ➢ peu utilisé avec les patients, mais permet au soignant d'exprimer un sentiment libérateur de son quotidien et éviter tout refoulement intérieur
Dérision	➢ moquerie dédaigneuse qui consiste à rire aux dépens d'autrui ➢ *« vise à disqualifier la cible en la rabaissant, c'est-à-dire en la faisant descendre du piédestal sur lequel elle était »* (Charaudeau, 2006)
Autodérision	➢ suppose de faire preuve d'une extrême ouverture d'esprit et de modestie ➢ *« le jeu et l'humour sur soi revitalisent et permettent de prendre de la hauteur pour faire des choix »* (Seznec, 2014) ➢ le soignant apparaît alors plus accessible et incontestablement plus humain
Cynisme	➢ mépris des conventions sociales dans une intention de provocation ➢ *« difficile à accepter, parce qu'il met en cause des valeurs »* (Charaudeau, 2006)
Sarcasme	➢ action de railler avec méchanceté de manière à humilier la personne ➢ *« en décalage avec la bienséance : il dit ce qui ne devrait pas se dire »* (Charaudeau, 2006) ➢ humour à sens unique : plaisir malsain à voir le destinataire subir ses bassesses

Source : L'auteur

À la lecture de ces quelques définitions, certaines formes d'humour ne sont en aucun cas adaptées à l'hôpital et encore moins au sein d'une relation entre soignant et soigné. À nous, professionnels de santé, d'être suffisamment responsables de nos actes et de nos paroles pour juger quelle forme d'humour il est de bon ton d'employer selon la situation et le patient qui nous font face.

Dans une optique soignante, nous retiendrons que l'humour à proprement parler consiste à percevoir la vie sous un autre angle, en mettant en valeur avec drôlerie certains aspects de la réalité. Voilà ce qui semble être la recette magique : un jugement clinique bref mais pertinent du patient, en vue d'une démarche de soins professionnelle et compétente, parsemée de zestes d'humour, tout en gardant en tête de ne jamais porter atteinte au patient et à ses valeurs.

A.1.3. Le rire, entre gaieté et moquerie

Rubinstein (1983) décrit le rire comme un réflexe : *« la preuve de sa nature réflexe est apportée par le chatouillement physique qui le déclenche et cependant, en dehors de ce cas, c'est un réflexe dont l'excitant n'est plus physique mais psychique et intellectuel »*. Cet excitant serait l'humour, un comique particulièrement difficile à définir car se décomposant sous de nombreuses formes.

Robinson (1991) définit d'ailleurs l'humour comme *« 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 »*. Ainsi, l'humour serait un processus mental, psychologique, et le rire en serait le résultat possible au travers d'une manifestation physique et biologique du corps.

Selon Eastman (1958), la pratique de l'humour et donc, de cause à effet, la production de rire, ne peut être envisageable qu'à la condition *sine qua non* d'instauration d'une humeur de jeu : *« Les choses ne peuvent être comiques que si nous sommes dans un état particulier, l'humeur de jeu. Il peut y avoir une pensée ou un motif sérieux sous notre humour, nous pouvons être à demi sérieux et encore trouver une chose comique. Mais lorsque nous ne sommes pas du tout en humeur de jeu, lorsque nous sommes sérieux comme des papes, l'humour est chose morte »*.

En se référant au domaine médical, le soignant souhaitant pratiquer l'humour a pour rôle d'instaurer lui-même cette « humeur de jeu » dans sa relation avec le patient, ou bien de laisser le patient la mettre en place. Favoriser l'humeur de jeu, c'est prévenir le patient de sa pratique de l'humour afin qu'il se tienne prêt à la recevoir. L'enjeu majeur étant de ne pas vexer, heurter, blesser la personne avec des propos qui pourraient nous paraître drôles, mais qui apparaissent au patient comme offensants.

Alors que le mot « rire » provient du latin *« ridere »*, une absence d'humeur de jeu semble conduire à un dérivé étymologiquement proche, le mot latin *« deridere »* signifiant « rire de ». De ce terme découle *« derisio »* et *« derisorius »*, signifiant « moquerie » et « dérisoire » respectivement. Voilà un aspect du rire qui ne convient pas à une démarche soignante car consistant à se moquer de quelque chose ou de quelqu'un, à rire à ses dépens, avec méchanceté. Un rire agressif, appréciable et source de comique seulement pour l'émetteur de la plaisanterie.

Dans l'optique soignante, nous retiendrons le seul aspect positif du rire. Bergson (1900) considère que le rire se produit à chaque fois qu'un individu a une réaction automatique à la place d'une réaction intelligente et adaptée qui serait alors nécessaire. Le rire positif est donc un rire réflexe, involontaire et incontrôlable, en réponse à une stimulation physique ou psychologique. Il correspond à une manifestation physique de l'humour mais c'est aussi et avant tout une émotion plaisante.

Une très belle citation de l'humoriste Raymond Devos (1922-2006) résume assez bien toute la complexité de cette émotion : *« Le rire est une chose sérieuse avec laquelle il ne faut pas plaisanter »*. De par son universalité, rire c'est entrer en communication avec autrui, partager, et faire de nous, soignants, des êtres sociables empreints d'humanité.

A.1.4. Les effets physiologiques du rire

L'adage populaire *« le rire, c'est la santé »*, accepté comme tel, semble résister à toute explication logique. Certains « scientifiques » actuels recommandent même à la population de rire quinze minutes par jour au minimum afin de gagner en santé.

Pourtant, l'influence du psychique sur le développement et le traitement des maladies est connue des médecins depuis l'Antiquité. La Bible notait déjà au chapitre XVII, verset 22 : *« un cœur joyeux guérit comme une médecine mais un esprit chagrin dessèche les os »*. Mulcaster, médecin anglais du XVIe siècle, soutient que le rire *« aide ceux qui sont mélancoliques et ont la poitrine et les mains froides, car le rire déplace beaucoup d'air dans la poitrine et produit une chaleur qui fouette le sang »*. Walsh, médecin américain du XXe siècle, définit le rire en une équation mathématique : *« La santé d'un individu est proportionnelle à la quantité de son rire »*.

Comme nous le rappelle Rubinstein (1983), *« le corps est le moyen de manifestation de l'intelligence dans le monde sensible. L'un ne peut agir sans l'autre, la dépendance du physique est subordonnée, la plupart du temps, au moral ; c'est par la prépondérance momentanée du moral sur le physique que se développe un grand nombre de maladies »*. Ainsi, la maladie tend à abattre le moral du patient, à anéantir ses forces musculaires et motrices, tandis que l'humour et le rire apportent joie, gaieté, espérance et décuplent la capacité de résilience du sujet face à sa maladie. Dans un tel contexte, le rire semble détenir de nombreuses propriétés bénéfiques sur la santé *(Cf. Tableau II)*.

Tableau II. Les effets physiologiques du rire

Constitue un exercice musculaire	➢ mobilise la plupart des muscles de l'organisme, depuis ceux du visage jusqu'aux membres, en passant par le diaphragme et les muscles abdominaux ➢ *« constitue un véritable 'jogging stationnaire' »* (Schaller, 2010) ➢ *« quelques minutes de rire par chatouillement réparties dans la journée sont l'équivalent d'au moins une heure de culture physique »* (Rubinstein, 1983)
Améliore la respiration	➢ muscles inspirateurs/expirateurs favorisent les mouvements amples du thorax ➢ correspond à une expiration forcée assurant un recyclage complet de l'air de réserve pulmonaire, et une libération des voies aériennes supérieures ➢ *« dans tous les cas d'insuffisance respiratoire et d'emphysème, le rire amène une amélioration »* (Schaller, 2010)
Stimule le système cardiovasculaire	➢ la pression artérielle diminue suite à la dilatation des vaisseaux sanguins ➢ les échanges pulmonaires assurent un apport accru en oxygène aux organes ➢ *« le rire a des effets durables sur le métabolisme du cholestérol puisque le brassage hépatique, l'augmentation des échanges pulmonaires tendent à faire baisser le taux des graisses sanguines. Il a donc un rôle certain de prévention de l'athérome vasculaire et de l'artériosclérose »* (Rubinstein, 1983)
Facilite la digestion	➢ provoque une puissante gymnastique abdominale qui vient stimuler organes digestifs et organes glandulaires tels que le foie et le pancréas ➢ *« il est l'un des moyens naturels les plus efficaces de lutte contre la constipation »* (Schaller, 2010) ➢ *« augmentation de la sécrétion de salive et des sucs digestifs, […] la digestion est plus complète, plus régulière, mieux coordonnée »* (Rubinstein, 1983)
Agit sur le système neuro-végétatif	➢ le centre cortical du rire est situé dans le cortex préfrontal de l'hémisphère droit, siège de la personnalité, lié au système limbique, centre des émotions ➢ l'hypothalamus, composante du système limbique, assure en partie le contrôle du rythme cardiaque, de la respiration, de la tension artérielle, et des sécrétions hormonales, par le complexe hypothalamo-hypophysaire ➢ *« son action entraîne une activation du système parasympathique, qui assure une régénération de l'organisme, une amélioration du sommeil et un meilleur fonctionnement de l'immunité »* (Schaller, 2010)
Soulage la douleur	➢ *« rire stimule la production cérébrale de catécholamines […] en retour, les catécholamines augmentent la production d'endorphines, les morphines naturelles qui agissent contre la douleur »* (Rubinstein, 1983)
Éveille le psychisme	➢ stimule les facultés intellectuelles et améliore les capacités mnésiques ➢ *« construit une barrière morale d'optimisme, chasse les petites inquiétudes et provoque une véritable désintoxication mentale »* (Schaller, 2010)
Développe la sexualité	➢ le rire reproduit les phases de la fonction sexuelle : la préparation (excitation), la montée (érection), l'attente (copulation), l'explosion (orgasme), et la relaxation (repos) ➢ *« qui sait rire peut faire rire, qui fait rire séduit et qui séduit est prêt pour des plaisirs érotiques sans complexes »* (Rubinstein, 1983)
Promeut la qualité de vie	➢ s'il n'est pas encore prouvé scientifiquement que le rire soit synonyme de longévité, ces nombreux bienfaits physiologiques nous poussent à le croire ➢ *« même si le rire n'augmente pas nécessairement la durée de la vie, il augmente indiscutablement la qualité de la vie »* (Rubinstein, 1983)

Source : L'auteur

Nous conclurons sur les multiples effets physiologiques du rire par la possible existence d'une « molécule du rire » dans l'organisme. Pour Rubinstein (1983), *« l'hypothèse d'une molécule, ou d'une hormone du rire [me] paraît vraisemblable »*. L'exemple le plus pertinent est celui du protoxyde d'azote, substance chimique autrefois appelée « gaz hilarant » lors de sa découverte au milieu du XIXe siècle, et désormais utilisée dans le milieu médical pour ses propriétés anesthésiques et analgésiques. Le raisonnement de Rubinstein qui en découle est le suivant : si une molécule extérieure au corps permet de déclencher le rire, alors cela signifie qu'il existe des sites récepteurs neuronaux du rire, donc que le rire fait intrinsèquement partie de nous.

A.2. LES APPORTS DE L'HUMOUR

A.2.1. Un créateur de relation

Patenaude et Hamelin Brabant (2006) décrivent l'humour comme un mode de communication à part entière : *« L'humour détient une place importante et quasi omniprésente dans la communication humaine. Que ce soit pour détendre, soulager les tensions, passer un message, l'humour peut se manifester tant lors de moments joyeux que tragiques »*. Dès lors, l'humour et le rire favorisent l'équilibre relationnel. Le patient perçoit un certain réconfort, une attention portée à sa personne.

Dans un premier temps, cela permet au professionnel de santé de briser la barrière qui s'interpose entre lui et le soigné du fait de son positionnement hiérarchique. Un humour partagé, bâtisseur de relations humaines, assure un échange basé sur la confiance et l'authenticité. Le soignant est alors perçu par le patient comme étant plus facile d'approche et bienveillant.

Dans un second temps, l'humour est porteur de message : *« Sous forme de blague, un message peut passer sans jamais avoir à être discuté »* (Patenaude, 2006). Par l'humour, le soignant peut se permettre d'aborder des sujets sensibles, pouvant provoquer une forte réaction émotionnelle chez le patient. Il est plus aisé de discuter de faits graves, importants, sous un ton plus léger, de manière à dédramatiser la situation. Tout en restant dans le domaine de l'empathie, la relation de soin va plus loin que de simples échanges de courtoisie.

L'humour apparaît donc avant tout comme un moyen de cohésion entre soignant et soigné. En ce sens, il se distingue à la fois en tant que cause et conséquence de la relation. Cela signifie que l'humour peut à la fois conforter une relation de soin, mais aussi la mettre en place. Dans le cas présent, il paraît plus facile d'engager la relation, non pas sous un humour verbal, mais sous une forme plus subtil : un simple sourire. Ce dernier est la base fondamentale de tout échange social. Sourire à quelqu'un, c'est lui porter de l'intérêt, une manière de dire que l'on s'intéresse à lui. Il correspond au premier échange qui se fait dès lors que le soignant accueille le patient. Sans nous en rendre forcément

compte, nous contribuons à renforcer la capacité de résilience du malade, et à améliorer son rapport à la maladie le temps d'un bref instant.

Qu'il s'agisse d'un humour verbal, d'un rire explosif, ou d'un subtil sourire mêlant sensibilité et complicité, l'objectif final reste d'apporter convivialité, partage et lien social dans un lieu qui semble en manquer cruellement à première vue.

A.2.2. Un mécanisme de défense

Différents modes de défense sont répertoriés dans la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, connu sous le titre de DSM IV (1996). L'humour y est défini ainsi : *« mécanisme par lequel le sujet répond aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir les aspects amusants ou ironiques du conflit ou des facteurs de stress »*.

Freud (1927) définit l'attitude humoristique comme *« l'attitude dans laquelle une personne refuse la souffrance en accordant une importance à l'invincibilité du moi dans la continuité de la vie réelle, en sustentant de façon victorieuse le principe du plaisir »*. L'humour est décrit comme un moyen de contourner ce qui est susceptible de conduire à une souffrance de notre être. En subtilisant une émotion incompatible à notre développement psychoaffectif, en une émotion teintée de joie et de gaieté, nous réalisons ainsi *« un détournement actif des pensées, objets ou situations qui sont chargés en conflit »* (Ionescu, 1997).

L'humour apparaît comme un moyen de détourner le réel pour le rendre davantage supportable aux yeux du professionnel de santé. En tant que mécanisme d'évitement, l'humour combat les tensions intérieures de manière à résister à l'épuisement professionnel. Confronté à des situations de stress permanent, le soignant semble être la cible privilégié du burn-out. Rire permet de subtiliser en l'espace d'un instant nos problèmes personnels ou professionnels, en une gaieté démesurée. Cependant, il ne s'agit pas d'ignorer nos soucis du quotidien, il s'agit de percevoir nos problèmes d'une autre manière, de les voir sous un autre angle. L'autodérision prend ici tout son sens. Se moquer de soi-même, c'est accepter ses défauts. Tout en les prenant en considération, le soignant adopte une attitude positiviste, centrée sur l'amélioration, de manière à ne pas se dévaloriser.

L'humour est aussi décrit comme une stratégie de « coping ». Le modèle transactionnel du stress, développé par Lazarus et Folkman (1984), définit le coping comme *« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, [déployés] pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées [par la personne] comme consommant ou excédant ses ressources »*. Le rôle du coping est donc de gérer les réponses émotionnelles induites par une situation faisant entrave au bon développement de la personne et à son épanouissement psychosocial.

Côté soignant, l'humour serait un mécanisme de défense face au stress du travail. Côté patient, ce serait un moyen de diminuer leur anxiété face à la maladie ou à l'examen, en tenant à l'écart les émotions négatives et en privilégiant les émotions positives. Ainsi, rire et humour permettent d'accéder à un degré plus haut d'acceptation de soi, ou de dédramatiser une situation que nous percevons comme inacceptable au Moi. Quel meilleur moyen de nous libérer de nos tensions internes que par l'expression d'une bonne humeur partagée ?

A.2.3. Une preuve d'humanité

Pour Patenaude et Hamelin Brabant (2006), l'humour serait un moyen de *« s'évader de la réalité hospitalière et de créer un climat social. Il allège le poids associé à la maladie critique, les traumatismes et la mort. C'est une façon d'y faire face et de s'élever au-dessus »*. Ce terme *« s'élever au-dessus »*, revient à faire abstraction pendant un court instant des complications qui gravitent autour de nous, afin de continuer à vivre pleinement et faire de ce petit instant de joie le moyen d'expression de notre humanité propre.

Rubinstein (1983) fait d'ailleurs le lien entre rire et accomplissement de soi : *« il n'est pas indifférent de savoir qu'il existe une relation entre le rire et le succès, pas obligatoirement la richesse et le succès social, mais à coup sûr le succès dans la réussite de sa vie, dans l'accomplissement de sa destinée »*. Or, le bonheur de chacun ne passe-t-il pas à travers un épanouissement personnel ? En ce sens, l'humour et le rire ne seraient-ils pas une des clefs du bonheur ?

Le rire se partage. Un soignant qui rit, c'est un soignant davantage humain, porteur d'émotions. Pratiquer l'humour revient à faire tomber la blouse blanche qui parfois s'interpose dans notre rapport avec le patient. Pour Patenaude (2006), *« L'humour peut créer un sentiment de rapprochement entre les infirmières et les patients et aplanir la hiérarchie »*. La relation de soin en devient alors plus personnelle, plus humaine. En adoptant une attitude humoristique, nous mêlons à l'aspect technique du métier la preuve d'une profonde humanitude. Selon Rubinstein (1983), *« toute occasion est bonne, tout rire gagné est favorable. Si l'on creuse sa tombe avec ses dents, chaque éclat de rire retarde le moment où la fosse sera prête »*. Quelle citation pleine de vie ! Voilà peut-être l'essence même de l'humour : vivre pleinement. Tout simplement.

En tant qu'outil de communication, l'humour assure donc un soin davantage personnel, humain, à l'image de celui qui le prodigue. Se restreindre à un soin purement technique, c'est ignorer l'être humain que nous sommes et celui qui est face à nous. En tant que soignant, il ne s'agit pas de faire subir la relation de soin au patient, mais de la personnaliser, de la rendre moins protocolaire, et avant toute chose, de la rendre pleine de vie et d'espoir. L'espoir de vivre – ou en tout cas, d'un retour à l'état antérieur – est certainement la première étape dans le long chemin de la guérison.

A.2.4. Une technique de distraction

Face à une situation qui peut paraître gênante, inconvenante, désagréable, le patient reste peu enclin à la réaliser. Dès lors, le soignant use de l'humour et du rire pour lui faire penser à autre chose, plus joyeux. Le rire détourne le soigné de ses préoccupations principales : *« Rien ne désarme comme le rire »* (Bergson, 1900). Le soigné vise alors un objectif différent : non plus ne pas réaliser le soin par anxiété, mais une volonté de vivre ce moment de rire. Or, cet instant présent de gaieté ne peut être envisagé que par le partage d'une expérience commune avec le soignant. Il prend alors part inconsciemment à la volonté soignante de réaliser le soin.

Un des apports fondamental de l'humour dans la relation de soin est donc de mettre à l'aise le patient. Ce dernier est projeté dans un lieu qui lui est inconnu, pour confier ses problèmes les plus personnels face à un étranger, en un laps de temps très court. Quel exercice difficile ! À nous soignants, de le faciliter en apportant un peu de légèreté pour détendre une atmosphère parfois tendue.

Cette technique de distraction permet aussi au soignant de se recentrer sur la finalité première de son métier : répondre aux besoins du patient. Tout au long de notre profession, nous répétons parfois les mêmes gestes, les mêmes paroles, à tel point que cela en devient même mécanique. La banalité du geste tend parfois à nous faire oublier que derrière la chemise d'hôpital, il y a un être humain, en proie aux doutes, à l'anxiété, à la peur de ce qui va lui arriver. Pour Patenaude (2006) : *« Si la situation est difficile, embarrassante, gênante, l'humour aide l'infirmière, le patient ou les deux à y faire face, et devient une forme de soutien au patient »*. Faire rire le patient, permet donc de le conditionner de telle manière à ce qu'il soit plus coopérant dans les soins. Mais c'est aussi un moyen de se repositionner en tant que soignant, et de se remettre en question sur notre pratique.

Bref, distraire, c'est mettre en place une légère touche d'humour dans notre prise en charge du patient de manière à la faciliter. Des petites attentions, des petits sourires, des petits rires partagés, synonymes d'une entre-aide mutuelle soignant/soigné : *« rire avec quelqu'un […] c'est le faire entrer dans un réseau de solidarité, d'amitié et de confiance »* (Rubinstein, 1983).

A.2.5. Un outil thérapeutique

Pour Schaller (2010), pionnier de la médecine holistique, *« plus nous nous efforçons de penser positivement, de libérer nos émotions négatives et d'épurer notre corps physique, plus la lumière peut apporter de la vie à toutes nos cellules »*. Dès lors, peut-on parler de « psychothérapie humoristique » ? Au regard des nombreux effets bénéfiques du rire sur le corps physique et psychique, les bienfaits de l'humour dans notre épanouissement personnel sont indiscutables. Mais pouvons-nous aller jusqu'à percevoir l'humour comme un outil thérapeutique ?

L'essor de la médecine holistique, visant à traiter la personne dans sa globalité – corps et esprit – et de la psycho-neuro-immunologie, une science étudiant les effets du psychisme sur les fonctions physiologiques du corps – notamment sur le système immunitaire – conduisent en tout cas à le penser.

L'exemple le plus pertinent à cela semble être Norman Cousins (1915-1990), journaliste américain, devenu célèbre pour s'être guéri d'une forme grave de spondylarthrite ankylosante, jugée incurable par les médecins. Dès lors, son raisonnement est le suivant : *« Si les émotions négatives produisent des modifications chimiques négatives dans le corps, les émotions positives ne produiraient-elles pas des modifications positives ? »* (Cousins, 1979). Il substitue aux nombreux traitements médicamenteux, un programme qui fait pleinement appel aux sensations de bien-être. Entre émission télévisée satirique, livre humoristique, film de comédie, tout porte à mêler moment de rire et de gaieté aux insupportables crises de douleur articulaire. La combinaison du rire et de l'injection intraveineuse d'acide ascorbique – assurant un apport suffisant en vitamine C au corps pour stimuler le système immunitaire – permet à Cousins de voir son état s'améliorer d'année en année.

À travers cette épreuve de vie, Cousins prouve qu'il est possible de transformer le cercle vicieux de la peur et de la dépression suite à un diagnostic irrévocable, en un cercle vertueux de l'espoir et de la bonne humeur. Il encourage les malades atteints de pathologies dites « incurables », à ne pas se laisser anéantir suite à un pronostic vital engagé : *« Acceptez le diagnostic, refusez le pronostic »* (Cousins, 1979).

Adopter un optimisme de vie revient à améliorer notre capacité de résilience. Prendre acte d'un événement perçu comme traumatique, c'est adopter le choix de se reconstruire. En agissant sur l'organisme au niveau physique et psychologique, l'humour et le rire apparaissent ainsi comme de formidables outils thérapeutiques. Rire quelques minutes par jour devrait même devenir une hygiène de vie à adopter de manière à améliorer significativement notre santé. Alors, qu'attendez-vous ?

B. PRÉDISPOSITIONS, LIMITES ET CONTRAINTES

B.1. LES PRÉDISPOSITIONS À SON UTILISATION

B.1.1. Le contexte des soins

L'humour est fonction de la situation. Avant toute pratique de l'humour, le soignant doit se poser les bonnes questions au préalable : « Où ? » ; « Quand ? » ; « Comment ? ». Faire preuve de bon sens professionnel quant à l'usage de l'humour, c'est donc identifier au préalable les circonstanciels de lieu, de temps, et de moyen. Patenaude (2006) nous confie : *« Introduire*

l'humour est fonction de saisir le bon moment et de relever des indices, d'évaluer la situation. La notion de timing est jugée essentielle ». Le jugement clinique – d'autant plus affuté avec l'expérience – est donc indispensable en vue d'employer l'humour dans la démarche soignante. Le praticien analyse la situation afin de décréter si cette dernière est propice ou non à l'utilisation de l'humour.

Pour Patenaude (2006), il existe un réel aspect contextuel de l'humour : « *La majorité des études recensées concluent que l'humour dans les soins est contextuel, situationnel et spontané. Il surgit de situations ordinaires, inspiré par les circonstances du moment, des interactions. […] Cet humour peut être léger et pétillant ou plus éclatant mais s'accorde avec la situation des soins* ».

Cependant, un humour spontané suppose malgré tout un jugement clinique pertinent. Ce n'est pas parce que l'humour est qualifié de « spontané », qu'il n'est pas raisonné, bien au contraire. Mais ce raisonnement porte sur la situation et non sur l'intention de faire rire. Une nuance subtile qui a pourtant toute son importance. Observer, écouter, analyser la situation apparaissent donc comme des outils fondamentaux quant à l'usage de l'humour dans les soins.

B.1.2. Le soignant, facteur d'expression de l'humour

L'humour est fonction du soignant. Derrière la blouse blanche, il y a un individu doté de capacités intellectuelles, émotionnelles et humaines. L'utilisation de l'humour dans les soins – nous ne parlons pas d'un humour agressif et inadapté, bien entendu – est une preuve d'empathie. Rire avec autrui suppose avant tout de le comprendre. Pour Patenaude (2006), l'empathie est « *un pré requis pour utiliser l'humour dans le contexte des soins : ressentir comment les gens se sentent, être instinctivement sur la même longueur d'onde et introduire l'humour avec soin* ». Voilà toute la complexité de l'humour : renforcer la relation de soin au plus intime, sans pour autant la compromettre par l'expression extérieure de nos propres sentiments.

Considérer le soignant en tant que facteur d'expression de l'humour, c'est admettre sa singularité. « *Certaines conditions sont susceptibles d'influencer l'utilisation de l'humour et ses effets. Ce sont l'intuition et la sensibilité, le jugement, l'expérience, la personnalité et l'attitude envers l'utilisation de l'humour dans la pratique professionnelle* » (Patenaude, 2006). Ainsi intervient la notion d'inné ou d'acquis au sujet de l'humour. Il paraît réaliste de concevoir la personnalité du soignant comme indissociable de la fréquence d'utilisation de l'humour. En effet, il est évident que tous les soignants n'utilisent pas forcément l'humour dans leur vie personnelle ou professionnelle, en tant qu'acteur ou spectateur du comique. Dans cette optique, l'humour apparaît comme une disposition individuelle variant d'un individu à l'autre. Existerait-il une prédisposition naturelle à l'humour ?

Freud (1927) affirme que « *les personnes ne sont pas toutes capables d'adopter une attitude humoristique ; c'est un don rare et très précieux. Or il y a des personnes qui ne disposent ni de la*

capacité de s'amuser, ni de celle de profiter des plaisirs humoristiques qui leur sont proposés ». Certains aspects de notre personnalité semblent donc inscrits dans notre patrimoine génétique. En ce sens, faire usage de l'humour n'est-il pas un instinct naturel de l'Homme ?

Pourtant, la question de l'acquis ne doit en aucun cas être ignorée. Ne serait-ce pas notre éducation, notre culture, notre milieu social, notre environnement, qui définiraient notre joie de vivre ? Les valeurs morales qui nous ont été inculquées dès notre plus jeune âge influencent considérablement notre pratique de l'humour. Dans notre enfance, nous avons pu être réprimandés par nos parents lorsque nous rions d'une situation alors que le moment était inapproprié. Nous avons donc appris à rire, et plus encore, à déterminer à quel moment nous pouvions rire.

Base héréditaire ou facteur environnemental ? Si l'humour est un comportement à forte composante innée, son usage et sa possible adaptation selon le contexte de soins semblent aussi résulter de l'apprentissage et de l'expérience. Sans donner réponse à ce débat entre inné ou acquis, le soignant qui pratique l'humour doit le faire dans le respect d'autrui.

B.1.3. Le soigné, facteur d'adhésion à l'humour

L'humour est fonction du soigné. Selon Patenaude (2006), *« lorsque le patient a le sens de l'humour, qu'il l'utilise dans sa vie quotidienne et qu'il initie lui-même l'humour, alors on a des indices que l'humour peut être bénéfique. […] Toutefois, si les patients sont difficiles, timides ou effrayés, l'humour peut être un moyen de communication efficace »*. L'usage de l'humour sera donc d'autant plus facilité si le patient l'initie lui-même. Face à des personnes davantage réservées, l'humour apparaît comme un moyen de verbaliser une demande de soins. En effet, il s'avère bien moins difficile de faire passer des messages lourds de sens à travers un registre comique.

Mais l'humour est avant tout universalité. Au travers d'une communication verbale ou non verbale, le soignant peut s'adresser à tous les types de patients. Peu importe la culture, l'origine, les croyances, le handicap, que ce dernier soit sourd, muet ou aveugle, l'humour est un langage universel. Au travers de messages vocaux, gestuels, tactiles, l'humour *« parait améliorer l'estime de soi des patients participants quand ils peuvent faire rire les autres et quand ils peuvent rire avec les infirmières »* (Patenaude, 2006).

Ce mode de communication engendre un rapport de confiance avec le patient. Selon Foubert (2008), *« lorsque le soignant utilise le rire avec un patient, il se permet de le considérer autrement que comme un simple malade : à ce moment-là, le patient ne se résume pas à sa maladie, mais est aussi un être à part entière qui décide s'il veut rire ou non »*. En ce sens, le soignant ne peut imposer l'humour au patient. Doté de ses propres facultés relationnelles, le soigné décide de lui-même s'il adhère ou non à l'humour dans le contexte des soins.

B.2. LIMITES ET CONTRAINTES : DES RIRES AUX LARMES

B.2.1. La systématisation de l'humour

Pratiquer l'humour dans une démarche soignante, c'est savoir réaliser un équilibre naturel entre le sérieux et la plaisanterie (Groddeck, 1922). L'humour peut être utilisé dans une prise en charge soignante, mais uniquement à bon escient. Rubinstein (1983) considère que *« avoir le sens de l'humour ne signifie pas rire de tout, à tout propos. C'est être capable d'apprécier le côté comique des choses en même temps que leur côté sérieux »*. Un mauvais usage de l'humour peut compromettre la relation de confiance entre soignant et soigné, voire même engendrer des conséquences néfastes sur le patient.

Panichelli (2007) met en avant cette sombre facette de l'humour : *« l'humour peut être utilisé afin d'augmenter le soi aux dépens des autres, dans une attitude agressive qui risque de mettre en péril le soutien social du patient. Il s'agit du sarcasme, de la dérision, de la moquerie et de la ridiculisation de l'autre »*. Toutes les formes d'humour ne sont donc pas adaptées, certaines pouvant conduire à l'irrespect des valeurs morales du patient et de sa dignité. Cet aspect agressif de l'humour est d'autant plus présent lorsque la situation ne s'y prête pas. On ne rit pas avec une personne, même si celle-ci y est perméable en temps normal, lorsque le moment n'est pas opportun.

Par ailleurs, considérer l'humour comme un outil thérapeutique, ne revient pas à l'assimiler à un médicament miracle. L'humour est une aide indiscutable dans la relation de soin, mais en aucun cas il ne permet d'apporter la solution à tous les problèmes rencontrés. Le soignant doit être apte à juger à quel moment il est pertinent de se servir de cet outil, en vue de contribuer significativement à l'amélioration de l'état de santé du patient. Patenaude (2006) détaille de manière plus explicite les situations de soins pour lesquelles l'humour n'a pas sa place : *« Lors d'une phase critique sur le plan physique, lors d'anxiété ou de stress élevé, lors de douleur intense ou abdominale, chez une personne psychotique, l'humour peut être inapproprié à moins que ce ne soit le patient lui-même qui l'initie »*.

L'emploi de l'humour n'est donc en aucun cas systématique. Bien plus subtil qu'il ne le laisse paraître, l'humour est à manier avec précaution, sans être abusif ou inapproprié au contexte clinique.

B.2.2. Le déni de la réalité

En tant que mécanisme de défense, l'humour à court terme permet au soignant de résister à l'épuisement professionnel, et au patient de diminuer son anxiété face à un examen ou à sa maladie. A long terme, il ne s'agit plus de dédramatiser une situation, mais bien de la banaliser jusqu'à fuir une réalité difficilement acceptable. Panichelli (2007) évoque cette utilisation potentiellement néfaste de l'humour : *« l'humour peut aussi être utilisé par le patient afin de dénier la*

réalité et d'éviter d'affronter les problèmes ». Un mécanisme d'évitement qui consiste à s'auto-convaincre par l'humour, du caractère insignifiant d'une situation pourtant cruciale. Aussi bien côté patient que soignant, l'humour est *« un moyen très efficace de détourner la conversation, par exemple lorsque l'on aborde des sujets douloureux, difficiles ou conflictuels »* (Panichelli, 2007).

L'humour est parfois utilisé comme autodépréciation, afin d'émettre un jugement défavorable vis-à-vis de soi, éloigné de la réalité. Le sujet n'est alors plus dans l'autodérision, mais dans l'atteinte de l'estime de soi. Pour Panichelli (2007), la dépréciation *« consiste à s'attribuer à soi-même des défauts exagérés »*. En se dénigrant lui-même, l'individu cherche à recouvrer un lien social en autorisant les autres individus à se moquer de lui, quitte à paraître ridicule. L'enjeu étant de retirer à cela un bénéfice relationnel, quitte à entacher sa propre personne et à mettre en péril son bien-être psychologique.

Systématisation de l'humour et déni de la réalité sont étroitement liés. C'est au travers d'un surdosage de l'humour que l'individu minimise l'importance de la situation. Du point de vue soignant, cela peut mener à une éventuelle remise en question quant à son sérieux et à ses compétences professionnelles. Du point de vue patient, cela se traduit par la peur d'affronter la vie réelle, sa situation de malade.

C. EN RÉSUMÉ

L'humour est, par définition, un mode de communication à part entière, à la fois verbal et non verbal. Cet outil de langage apparaît tout à fait approprié dans la relation de soin car créateur de lien social entre soignant et soigné. Alors que l'humour met en relation, le rire correspond à sa manifestation physique et procure de nombreux bienfaits psycho-physiologiques sur le corps humain.

Par sa complexité, l'humour suppose de réaliser un jugement clinique pertinent de la situation afin de pouvoir l'utiliser de manière réflexive et à bon escient, sans risque de nuire au patient. Employer l'humour dans le milieu médical, c'est conforter le soignant dans l'expression de son humanité propre.

L'enjeu du troisième et dernier chapitre sera d'évoquer la possibilité d'une formation à l'humour dans le travail du manipulateur en électroradiologie (M.E.R.), ou dès le cursus étudiant.

CHAPITRE 3. L'EMPLOI DE L'HUMOUR DANS LE TRAVAIL DU M.E.R.

A. EN FONCTION DES SERVICES DE SOINS

A.1. EN SERVICE D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

Comme nous le rappelle Ostensen (OMS, 2005), l'imagerie diagnostique telle que nous la connaissons aujourd'hui regroupe à la fois les examens basés sur l'utilisation des rayonnements ionisants, le champ magnétique, ou les ondes ultrasonores.

En réalisant un examen diagnostique, le patient pénètre dans un environnement qui lui est inconnu, le plus souvent. Du statut de « bien portant » à celui de « malade », le patient est contraint d'être parmi nous, soignants. Les équipements d'imagerie sont la plupart du temps perçus comme impressionnants à travers un regard extérieur.

Pour les enfants, il existe d'ailleurs de plus en plus des salles d'imagerie pédiatrique où les appareils sont adaptés à l'univers enfantin : décorés en forme de vaisseau spatial, ou en monde sous-marin par exemple. Ainsi, il s'agit de rendre l'examen davantage ludique pour le jeune patient, afin qu'il soit moins apeuré et intimidé par un milieu qui pourrait lui paraître hostile au premier abord.

Concernant l'appréhension des examens, les adultes ne sont pas en reste ! L'humour en tant que mécanisme de distraction a alors toute sa place quand il s'agit de lutter contre la claustrophobie du patient (en IRM le plus souvent), ou lors d'une injection de produit par exemple. Utiliser le rire comme outil de communication, permet de minimiser l'anxiété du patient en se détachant des émotions négatives qui sont susceptibles d'entraver la bonne réalisation de l'examen, pour se focaliser sur des émotions positives.

De même, se servir de l'humour permet également de diminuer la gêne du patient lors de soins faisant irruption dans sa sphère intime (coloscanner, mammographie, urétro-cystographie rétrograde et mictionnelle, *etc.*). En effet, dans une situation d'inconfort physique, mais également psychologique, où il y a violation de l'intimité du patient, l'humour permet de rendre un soin technique et embarrassant – à la fois pour le soigné et pour le soignant – moins protocolaire.

Enfin, le manque de temps considérable, les imposants appareils d'imagerie, et les moyens de radioprotection parfois nécessaires à la réalisation de l'examen, font écran à la relation soignant/soigné. Le manipulateur apporte aux soins qu'il prodigue une toute autre dimension, bien plus humaine que technique, malgré tout ce qui tend à s'y opposer. À condition de l'user avec discernement, l'humour apparaît comme un moyen d'accélérer le lien de confiance qui s'établit entre soignant et soigné.

A.2. EN SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE

Comme le définit l'Institut National du Cancer (INCa, 2008), la radiothérapie consiste à utiliser des rayonnements ionisants – non plus à des fins diagnostiques mais thérapeutiques – en vue d'un traitement locorégional des cancers. La maladie incarne alors un retour brutal à la question de la condition humaine et de sa propre finitude.

En ce sens, le cancer marque indubitablement une rupture dans le chemin de vie de l'individu. Il change les Hommes, leur existence, leur perception même du monde qui les entoure. Il permet un certain détachement vis-à-vis des événements de l'existence. Le patient apprend à relativiser certaines choses qui autrefois auraient eu à ses yeux une importance démesurée. Faire face à une maladie grave, c'est acquérir une incroyable faculté d'observation. L'individu fait attention aux choses auxquelles il ne prêtait pas attention auparavant. Plus encore, il s'attache aux détails et décortique l'ordinaire.

« *Carpe diem quam minimum credula postero* ». Cette locution latine tirée du poète latin Horace (23 av. J-C), et signifiant : « *Cueille le jour présent sans te soucier du lendemain* », constitue une véritable leçon de vie. Il suffit d'observer les nombreux patients en service de radiothérapie, pour se rendre compte de leur facilité à employer l'humour avec les soignants, à l'initier dans la conversation, et à faire preuve d'une redoutable faculté d'autodérision. Peut-être est-ce une manière de se moquer de la mort ? Ou bien une preuve d'acceptation de leur propre finitude ? Ou encore un moyen de mettre à l'aise le soignant qui n'ose pas rire avec un individu vulnérable ?

Au travers d'un sourire, d'une gaieté naturelle, d'un plaisir de vivre, les personnes atteintes d'un cancer font preuve pour la plupart d'une incroyable combativité face à la maladie et aux traitements qui leurs sont administrés. Qu'il soit initié par le soignant ou par le soigné, l'humour est synonyme de vie. Un humour communicatif, c'est donc une expérience de vie partagée. Un témoignage de notre humanité dans l'instant présent. *Carpe diem*.

B. EN FONCTION DES PATIENTS

B.1. CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT

Selon Schuhl (2007), « *les premiers sourires apparaissent dès la naissance, mais ils ne peuvent pas être reliés à un phénomène ludique. C'est vers six semaines que l'enfant sourit réellement devant un visage humain, en réponse à une stimulation ou une présence. À quatre mois, il peut rire parce que l'adulte le chatouille, et c'est vers six mois que le rire devient une réponse volontaire et dirigée* ». Le rire survient parce que le nourrisson est encouragé dans ses sourires.

Rubinstein (1983) reprend la notion « d'humeur de jeu » que nous avions abordé dans la définition du rire : *« si l'on rit devant un bébé, il rira aussi, si l'on fait suivre ce rire d'une horrible grimace, il rira à cette horrible grimace car il aura été mis en humeur de jeu. Mais si l'on fait brusquement une horrible grimace, sans rire préalable, le bébé hurlera de peur »*. Ce n'est qu'à partir de sa première année que le nourrisson pourra rire d'un comportement inattendu.

« Vers quinze mois, l'enfant commence à saisir quelques formes primitives d'humour et s'exerce aussi à faire rire son entourage : il imite, fait des mimiques, sait attirer l'attention » (Schuhl, 2007). C'est peut-être à cette période de la vie que l'on peut commencer à parler de « pré-humour ». Non seulement l'enfant est apte à recevoir l'humour, mais aussi à en produire.

Proulx (2007) considère que ce n'est qu'à partir de trois ans que l'enfant peut clairement faire la distinction entre le réel et la fiction : *« l'enfant doit donc posséder un certain bagage de connaissances pour comprendre les incongruités d'une situation »*. Vers l'âge de huit ans, l'humour scatologique mettant en scène le « pipi caca », laisse place à un humour plus raffiné. Proulx (2007) rapporte : *« les enfants comprennent l'ironie, mais très peu trouvent cette forme d'humour particulièrement drôle »*.

Le rire et l'humour apparaissent comme deux éléments fondamentaux dans le développement de l'enfant. Ils constituent une manière de se sociabiliser auprès des adultes. Ainsi, faire rire un enfant lors d'un examen, c'est faciliter notre irruption dans un monde pour lequel nous sommes étrangers : l'univers enfantin. En rendant ludique un soin technique, on le rend davantage accessible et accepté.

B.2. CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

L'humour de l'adulte n'est pas le même que celui de l'enfant. Proulx (2007) fait la constatation suivante : *« Si, chez l'adulte, l'effet de surprise est une condition essentielle au bon fonctionnement d'un gag, c'est l'inverse chez l'enfant. Celui-ci n'apprécie pas particulièrement être surpris, il préfère des terrains connus où les moments d'hilarité sont prévus et compris à l'avance »*. Il s'agit donc d'un humour beaucoup plus élaboré, relevant une certaine finesse d'esprit, où toutes les formes d'humour existantes peuvent être comprises et pratiquées par l'adulte.

Concernant l'adolescent, si ce dernier apprécie toutes les facettes de l'humour, il ne supporte pas toujours qu'il soit lui-même sujet du rire. À l'âge de la puberté, nous sommes souvent trop soucieux du regard des autres pour se permettre de ridiculiser notre propre personne. De manière générale, l'adolescent accorde davantage d'importance à la personnalité extérieure qu'il renvoie, plutôt qu'à sa nature véritable.

Kataria (2004) donne les chiffres suivants : *« Les enfants peuvent rire 300 à 400 fois par jour, mais dès que nous sommes adultes, cette fréquence tombe à quelque 15 fois par jour »*. En tant qu'adulte, nous sommes moins réceptifs à l'humour, notamment en raison d'un rythme de vie

stressant, de plus grandes responsabilités, et d'une pression sociale généralisée qui ne prête pas au rire. Titze (1995), psychologue allemand, met en avant un excès de sérieux dans le monde actuel : *« Dans les années 50 les gens riaient 18 minutes par jour, mais de nos jours nous ne rions plus que 6 minutes par jour, en dépit des bonds énormes dans notre niveau de vie »*. Dans cette optique, nous pourrions croire que l'humour n'a pas sa place dans une relation de soin. En effet, un soignant qui pratique l'humour ne serait pas professionnel, puisque synonyme d'un manque de sérieux et de rigueur dans son travail. En d'autres termes, nous devons rire avec les enfants, et travailler avec les adultes.

Pourtant, et cela a été le point central de notre travail, sérieux et plaisanterie ne sont en aucun cas indissociables. Ils sont mêmes complémentaires. Quel que soit l'âge du patient, l'humour n'est en aucun cas un obstacle à la mise en place d'un rapprochement social entre soignant et soigné. Pratiquer l'humour dans un établissement de santé, c'est au contraire faire preuve de grandes capacités relationnelles. En vue d'améliorer nos pratiques professionnelles, est-il envisageable de tendre vers un apprentissage du rire et de l'humour au travail ?

C. VERS UN APPRENTISSAGE DU RIRE

C.1. LA GÉLOTHÉRAPIE OU « THÉRAPIE PAR LE RIRE »

Le terme « gélothérapie » vient du grec *« gelos »* signifiant « rire ». L'axiome de base est que le rire participe à la bonne santé, par ses nombreux bienfaits physiologiques. Le Docteur Kataria est l'inventeur du « yoga du rire », ou « hasya yoga » en sanskrit. C'est en 1995 à Bombay, que ce médecin indien fonde le premier club de rire au monde, subtil mariage entre les techniques de respiration du yoga et les exercices de rire. Avec l'arrivée de l'Internet et des réseaux sociaux, les clubs de rire gagnent encore en popularité et le nombre d'adeptes croît de manière exponentielle. Il existe actuellement plusieurs milliers de clubs répartis dans plus de soixante-pays.

L'arrivée des clubs de rire en France se fera quelques années plus tard, en 2001, par Cosseron. En 2002, elle fonde L'École Internationale du Rire et du Bonheur, première école de la joie de vivre parrainée par le Docteur Henri Rubinstein, où l'on enseigne la rigologie. Cosseron (2010) définit le but de la rigologie de la manière suivante : *« proposer aux professionnels de la santé, du social, de l'enseignement et aux intervenants en entreprises un maximum d'outils issus de techniques de différentes cultures afin de réintroduire la joie dans tous les espaces de la vie quotidienne : famille, école, bureau, santé, insertion, maisons de personnes âgées, prisons et hôpitaux »*. Inspirée du yoga du rire mais étendue à d'autres méthodes, la rigologie vise à contribuer à notre bien-être en instaurant un bonheur individuel et social. La devise : *« Travailler sérieusement… sans se prendre au sérieux ! »*. Abordons dès à présent les thérapies par le rire existantes au sein de la rigologie *(Cf. Tableau III)*.

Tableau III. Les principales gélothérapies (non exhaustif)

Le yoga du rire	➢ le yoga assure *« le lien entre notre corps, notre mental et nos émotions et nous relie à ceux qui nous entourent »* (Cosseron et Leclerc, 2011) ➢ un groupe de personnes se réunit autour d'un animateur et réalise des exercices de jeux et de respiration pour se forcer à rire ➢ production d'un rire stimulé, artificiel, susceptible de devenir contagieux, voire même de nous amener à un rire naturel
La méditation du rire	➢ également appelée « rire libre », constitue l'expérience d'un fou rire collectif ➢ consiste *« à s'asseoir ou s'allonger en fin de séance et à ne rien faire : ni parler, ni réfléchir, ni lancer de faux rires artificiels. C'est la seule consigne à respecter. Il faut juste ouvrir son cœur, sans jugement et sans attente et laisser jaillir son rire naturel »* (Cosseron et Leclerc, 2011) ➢ se produit une profonde déconnection mentale et physique, qui nous propulse dans un état méditatif où nous sommes conscients de nos ressentis et connectés aux autres par le rire
La sophrologie ludique	➢ créée en 1985 par Sanchez et Lopez ➢ *« pédagogie créative du développement personnel et de la connaissance de soi par le rire »* (Cosseron, 2010) ➢ contribue à harmoniser corps et esprit, en chassant l'anxiété, le stress, la peur, les angoisses, les tensions, et en amenant une pensée positive ➢ la philosophie est la suivante : il convient de s'accepter soi-même, pour pouvoir accepter autrui
La psychologie ludique	➢ sous-discipline de la psychologie, fondée en 1998 par Seligman ➢ *« depuis l'invention de la psychologie, les praticiens ne s'intéressaient qu'à ce qui allait mal pour essayer d'y remédier […] il proposa d'étudier les gens qui ont la chance d'aller plutôt mieux que les autres »* (Cosseron, 2010) ➢ l'enjeu étant de trouver les moyens de développer la santé et le bien-être chez tout un chacun
Le clown hospitalier	➢ spécialement formé pour intervenir dans des centres de soins, il ne s'agit pas d'un clown de cirque mais d'un clown relationnel ➢ créé en 1971 aux États-Unis par le médecin Adams, puis exporté en France par Kinou le Magic Clown en 1987 ➢ *« faire entrer le rire, la joie de vivre, l'esprit facétieux dans le monde aseptisé des hôpitaux »* (Cosseron, 2010) ➢ transmet aux enfants la force positive de l'espoir et de l'humour, pour contribuer au processus de guérison
Le coaching du rire	➢ *« un booster extraordinaire qui mobilise l'énergie du patient, le met rapidement en contact avec l'ensemble de ses émotions, lui fait prendre du recul, lui donne de l'énergie, gonfle son moral et l'aide à se sortir de ses problèmes avec célérité »* (Cosseron, 2010) ➢ enseigner comment rire de nos misères, dans le but de passer outre nos soucis du quotidien et de nous aider à y mettre fin
L'humour en entreprise	➢ Wilson, psychologue américain, introduit l'humour dans les entreprises américaines dès 1983 au travers des stages de rire ➢ *« l'humour au travail rend plus charismatique et plus créatif et permet de booster les résultats de l'entreprise »* (Cosseron, 2010) ➢ proposer aux employés une *« pause rire »* régulière permet à ces derniers de se ressourcer : un salarié heureux, c'est un salarié productif

Source : L'auteur

La gélothérapie s'exprime donc sous plusieurs formes. Chaque rigologue, c'est-à-dire un praticien diplômé en rigologie à la suite d'une formation professionnelle certifiante, adapte sa technique au public auquel il s'adresse. Le yoga du rire sera peut-être davantage indiqué pour les adultes ; la sophrologie ludique pour les adolescents ; le clown hospitalier pour les enfants ; le coaching par le rire dans la vie personnelle ; l'humour au travail dans la vie professionnelle.

Au regard des nombreux bienfaits du rire sur la santé, et compte tenu d'un intérêt croissant aux différentes techniques de thérapies par le rire, l'hypothèse d'une formation à l'humour des professionnels de santé paraît envisageable.

C.2. FORMER À L'HUMOUR, UN INTÉRÊT PORTÉ À LA PROFESSION

Aucune étude scientifique mettant clairement en lien l'humour dans la profession de manipulateur n'ayant été encore abordée, il paraît légitime de se poser la question quant à la nécessité d'intégrer l'humour dans un parcours de formation. En effet, poser l'humour comme facteur relationnel, et le rire comme instigateur de bénéfices psycho-physiques, signifie que tous deux ont un rôle à jouer dans la démarche soignante.

Cependant, faire rire n'est pas chose aisée. Provoquer le rire, c'est savoir manier l'humour avec subtilité, d'autant plus dans le milieu de la santé. Dès lors, peut-on envisager de former les manipulateurs en électroradiologie médicale à l'humour ? Pour Cosseron (2010), la réponse est claire : *« Idéalement, il serait souhaitable que tout le personnel de santé, de l'aide soignant aux médecins en passant par les infirmiers suivent une formation de base de rigologie »*. L'apport d'une telle formation ne serait pas uniquement pour le patient, mais aussi pour le soignant lui-même. Exercer dans l'univers hospitalier, c'est avoir de grandes responsabilités, être sous stress en permanence. Le rire apparaît alors comme un moyen de libérer ses tensions intérieures. En ce sens, ne serait-il pas bénéfique de mettre en place des stages de rire au travail, ou un coaching par le rire pour remonter le moral des soignants, voire même d'instaurer une « pause rire » dans la journée ?

Quelques rares Instituts de formation en soins infirmiers ou Facultés de médecine font d'ailleurs intervenir des professionnels du rire auprès des futurs soignants. De l'avis de Cosseron (2010), les étudiants *« apprennent l'importance de la bonne humeur aussi bien pour le patient, que pour eux-mêmes et pour l'ensemble de l'équipe »*. Même si de telles initiatives dans tous les lieux de formation médicaux et paramédicaux de France constitueraient déjà une belle avancée, notre travail va plus loin encore. Il ne s'agit plus de poser la question d'une simple intervention des professionnels du rire dans les écoles de manipulateur en électroradiologie médicale, mais bien d'une réelle formation.

S'interroger sur une possible formation à l'humour, suppose d'envisager de la mettre en place auprès des professionnels en formation continue, ou en formation initiale s'adressant aux étudiants, voire les deux à la fois. Cependant, la réponse à notre problématique n'est pas aussi simple qu'il n'y

paraît. En abordant le soignant comme facteur d'expression de l'humour, nous avons dégagé la question de l'inné et de l'acquis. Ainsi, il ne s'agit plus de théoriser un soin technique, mais de mettre en place une formation qui nous engage personnellement et nous confronte intimement à notre propre personnalité.

Il paraît évident que tout le monde ne pratique pas l'humour, et si c'est le cas, on ne le pratique pas forcément de la même façon. Or, un apprentissage de l'humour part du principe que la personne souhaite effectuer un travail sur soi. Dès lors, former à l'humour un individu qui n'y est pas réceptif apparaît relativement compliqué. *« Rire est le propre de l'Homme »* (Rabelais, 1534). Pourtant, tout Homme n'est pas prompt à rire. Sommes-nous seulement capables de modifier notre nature première ?

D. EN RÉSUMÉ

L'emploi de l'humour dans le travail du manipulateur en électroradiologie médicale est propre à chaque service (imagerie diagnostique et radiothérapie) et à chaque patient (nourrissons, enfants, adolescents, adultes).

En considérant l'humour comme un outil de communication susceptible de favoriser une relation de confiance, nous posons la formation à l'humour en tant que possible profit apporté à la pratique soignante. En plus d'être contextuel et dépendante du soigné, l'emploi de l'humour est fonction de la personne qui l'exerce. Savoir user de l'humour en fonction de la situation de soins, c'est évoquer l'humour comme une aptitude relationnelle innée du soignant.

Pourtant, l'accroissement exponentiel des différentes techniques de thérapies par le rire semblent démontrer un intérêt croissant quant à la volonté d'apprendre à rire en vue d'une sensation de mieux-être pour soi et pour autrui. Dès lors, l'humour ne serait-il pas plutôt une faculté acquise de l'Homme ? Un apprentissage de l'humour dans le corps médical pourrait apporter de nombreux bénéfices dans la vie personnelle et professionnelle du soignant et donc, de cause à effet, servir d'outil thérapeutique dans la prise en charge du patient.

L'enjeu de notre cadre empirique sera de recueillir le ressenti des étudiants et des manipulateurs en exercice quant à la place de l'humour dans la relation soignant/soigné. Il conviendra d'évaluer si ces derniers sont favorables à une formation à l'humour dans leur pratique, et sous quelles conditions est-elle envisageable.

PARTIE II. CADRE EMPIRIQUE

CHAPITRE 1. RECHERCHE EXPLORATOIRE

A. CONTEXTE ET PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

Etre soignant, c'est être capable d'instaurer une relation de confiance avec une personne qui nous est inconnue. Comprendre ses angoisses, ses douleurs, sa souffrance, pour pouvoir la rassurer et répondre du mieux possible à ses besoins en santé. Selon le lieu d'exercice du manipulateur en électroradiologie médicale, le rapport au patient est modifié. Nous n'abordons pas de la même manière un patient qui passe une radiographie, un scanner, une IRM, un examen de médecine nucléaire, ou une séance de radiothérapie. Notre lien avec ce patient diffère également selon qu'il s'agisse d'un nourrisson, d'un enfant, d'un adolescent, ou d'un adulte. C'est cette diversité même du métier de manipulateur, où se mêlent technicité et rapport humain, qui le rend si enrichissant.

Cette relation s'instaure par une communication à double sens entre soignant et soigné. Mots, vocalisations, gestuelles, mimiques, écoute, silence, pleurs, plaintes, sourires, rires, constituent pour chacun d'eux une forme de langage. En tant qu'outil de communication, l'humour a donc pleinement sa place au cœur de la relation de soin. En ce sens, l'humour est le facteur relationnel qui relie émetteur et récepteur du message. Le rire est la réponse physique du corps à l'humour.

Par le sentiment de bien-être que le rire peut procurer à la fois au soignant et au soigné, l'humour semble s'imposer comme une formidable aide thérapeutique à mettre en place dans une démarche soignante. Mais l'humour est une forme de communication complexe, à utiliser avec subtilité, sous peine de porter atteinte aux valeurs morales du patient et à sa dignité. Cela nécessite donc une grande maîtrise de cet outil. Il est évident que tous les professionnels de santé n'utilisent pas l'humour dans leur métier, ou du moins, ne l'utilisent pas de la même manière. La question qui se pose est la suivante : pouvons-nous envisager de former les manipulateurs à l'humour dans leur travail ?

S'interroger sur un possible apprentissage à l'humour suppose d'orienter notre recherche auprès des soignants évidemment, mais aussi auprès des étudiants. Si leur manque d'expérience professionnelle pourrait témoigner d'un défaut de légitimité quant à recueillir leurs avis sur les bénéfices de l'humour dans leur future pratique, il n'en reste pas moins qu'ils restent les premiers concernés.

B. LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette recherche exploratoire aura pour but d'évaluer l'intérêt que les soignants et étudiants portent au regard de l'usage de l'humour dans leur pratique. Nous mettrons en évidence les bienfaits physiques et psychologiques que peuvent apporter l'humour sur le patient, sur le professionnel de santé et dans son rapport avec ses collègues de travail. Nous aborderons également les éventuels effets négatifs de l'humour et sa complexité à le mettre en place selon le contexte de soins et la personne qui nous fait face.

Par ailleurs, nous tenterons de dégager une possible correspondance entre l'aisance à pratiquer l'humour dans les soins et le nombre d'années d'expérience du soignant. Nous verrons également si certains services sont plus disposés que d'autres à utiliser l'humour au quotidien. Chaque service ayant ses propres caractéristiques, il n'existe pas de protocoles d'humour prédéfinis. Si l'humour est universel car pratiqué par tous quelque soit sa culture, son origine, ses valeurs, sa croyance, il ne faut pas oublier que son emploi est variable, fonction de la personne et de la situation.

De même, il sera intéressant de voir s'il n'existe pas une différence dans la pratique de l'humour entre soignants et étudiants. Lors des premiers stages, ces derniers sont d'ailleurs souvent focalisés sur les soins techniques jusqu'à parfois éclipser l'importance du relationnel dans leur exercice. Du fait de la technicité du métier, la formation de manipulateur actuelle insiste davantage sur les matières théorisables comme les protocoles de tomodensitométrie, le fonctionnement d'une imagerie par résonance magnétique, ou le principe physique de la tomographie par émission de positons par exemple.

À l'inverse, l'importance donnée à des matières plus humaines est moindre. Ceci pouvant s'expliquer à la fois par un nombre d'heures de cours dispensés moins élevé, mais aussi par un plus faible taux de crédits européens (ECTS) attribués en vue de l'obtention du diplôme. Au cours de leur cursus, les étudiants se focalisent ainsi davantage sur les matières concrètes propres au métier de manipulateur en électroradiologie médicale.

Alors que l'apprentissage de l'aspect technique du métier reste relativement à la portée de tous à partir du moment où l'on étudie avec sérieux et intérêt, l'aspect humain paraît beaucoup plus difficile à acquérir si nous n'en sommes pas déjà pourvus préalablement. Ainsi, faire usage de l'humour dans son travail dépend-il avant tout de la personnalité du professionnel de santé ?

Pour tenter de répondre à cette épineuse question, nous aborderons les jugements que peuvent porter soignants et étudiants sur la question de l'humour comme inné ou acquis. Une formation est-elle adaptée pour tout le monde, quelque soit notre singularité ? Pouvons-nous réellement apprendre à rire et à faire rire ? Est-il pertinent de mettre en place une unité ou sous-unité d'enseignement « humour » dès le cursus étudiant ? Est-il préférable de l'envisager durant notre exercice professionnel ? Autant de

questions qui, à première vue, sont susceptibles de donner lieu à des avis partagés. Dans la continuité, nous tenterons de dégager si les soignants et les futurs diplômés favorables à l'apprentissage de l'humour se prononcent davantage sur une formation professionnelle continue ou initiale. Pour finir, nous verrons si dans l'ensemble une éducation à l'humour représente un bénéfice non négligeable dans le cadre d'une meilleure prise en charge globale du patient.

CHAPITRE 2. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

A. PROBLÉMATIQUE

La relation soignant/soigné passe avant tout par la communication. L'humour étant une forme de communication parmi tant d'autres, le professionnel de santé qui emploie l'humour avec son patient personnalise un soin technique – d'autant plus présent en imagerie médicale – en vue de le rendre plus humain, plus soignant. À partir de ce constat, la possibilité d'envisager une formation à l'humour auprès des manipulateurs prend tout son sens.

La problématique qui se pose est la suivante :

L'humour, inné ou acquis : vers une formation des manipulateurs en électroradiologie médicale ?

B. HYPOTHÈSES GÉNÉRALES

La question n'est pas de former de futurs humoristes. Il s'agit plutôt d'apprendre à manier un outil complexe dans un lieu qui n'y est pas forcément prédisposé. Au sein de la froideur de l'hôpital, il convient de réchauffer un peu les cœurs. Mais user de l'humour n'est pas chose facile. Dans le cadre de notre recherche, deux hypothèses seront formulées :

- Hypothèse n°1 : L'humour, par ses bienfaits physiques et psychologiques, permet d'instaurer une relation de confiance entre soignant et soigné.
- Hypothèse n°2 : Les manipulateurs en électroradiologie médicale, diplômés et futurs diplômés, sont favorables à l'apprentissage de l'humour dans leur pratique soignante.

La partie exploratoire de ce travail tentera d'apporter une réponse concrète à chacune de ces deux hypothèses, à partir de l'expérience professionnelle des soignants et des étudiants. Nous déclinerons nos deux hypothèses en plusieurs questions *(Cf. Tableau IV)*.

Tableau IV. Hypothèses de recherche

Hypothèse n°1	➢ Le soignant a-t-il un usage récurrent de l'humour auprès du patient ? ➢ L'humour a-t-il sa place dans toutes les situations de soins ? ➢ Quelles conceptions les manipulateurs se font-ils de l'humour comme outil thérapeutique ? ➢ Quels effets bénéfiques l'humour a-t-il sur le soigné ? sur le soignant ? ➢ À l'inverse, quels effets négatifs possibles sont à signaler ?
Hypothèse n°2	➢ L'humour est-il davantage considéré comme inné ou acquis ? ➢ Que pensent les manipulateurs d'un apprentissage de l'humour dans leur profession ? ➢ Quels peuvent être les bénéfices d'une formation des manipulateurs à l'humour ? ➢ Un enseignement à l'humour dès le cursus étudiant est-il pertinent ? ➢ La mise en place de cette formation est-elle envisageable pour tous les soignants/étudiants ?

Source : L'auteur

La réponse apportée à chacune de ces diverses questions, à la suite de l'analyse de nos résultats, nous permettra d'affirmer ou d'infirmer nos deux hypothèses préalablement posées. Il conviendra de répondre du mieux possible à notre problématique en mettant en discussion ce qui a été retiré de nos enquêtes et de notre cadre théorique.

CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

A. LES PARTICIPANTS DE LA RECHERCHE

Comme avancé précédemment, notre recherche portera à la fois sur les soignants et sur les étudiants *(Cf. Tableau V)*. Nous avons pu comptabiliser au total 1052 participants pour la première phase de notre recherche par questionnaires, dont 641 réponses pour le questionnaire « soignant » et 411 réponses pour le questionnaire « étudiant ». À cela ajoutons 91 participants dans le cadre de notre seconde phase de recherche, au travers d'un complément d'enquête adressé aux soignants uniquement.

Les caractéristiques sociodémographiques des différents participants ont été recueillis à partir de la partie présentation de l'enquêté réalisée en début de chaque enquête *(Cf. Annexes 1 et 2)*. Ainsi, côté soignant, nous avons récolté le sexe de l'individu, la tranche d'âge, le nombre d'années d'exercice, et le type de service. Côté étudiant, seuls le sexe et le niveau d'études dans le cursus ont

été jugés nécessaires dans le cadre de notre recherche. Dans le groupe des manipulateurs diplômés, nous avons relevé 74.9% de femmes et 25.1% d'hommes, contre 78.3% de femmes et 21.7% d'hommes dans le groupe des non diplômés. Au vu de ces effectifs, non seulement le taux de femmes et d'hommes dans les deux groupes sont comparables, mais ils restent relativement proches des taux nationaux relevés par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques[1].

Tableau V. Les participants

	Soignants	**Étudiants**
Nombre de participants	➢ 641 pour le questionnaire « soignant » ➢ 91 pour le complément d'enquête	➢ 411 pour le questionnaire « étudiant »
Âge[2]	➢ âge maximum de 58 ans ➢ âge minimum de 21 ans ➢ âge moyen de 35.8 ans	Non renseigné[3]
Localisation	France métropolitaine et France d'outre-mer	
Critères d'inclusion	Tous les professionnels manipulateurs en électrologie médicale travaillant en service de : ➢ Radiologie conventionnelle ➢ Radiologie interventionnelle ➢ Scanner ➢ Imagerie par résonance magnétique ➢ Médecine nucléaire ➢ Radiothérapie	Tous les étudiants manipulateurs en électrologie médicale non diplômés de niveau d'études : ➢ Première année ➢ Deuxième année ➢ Troisième année
Critères d'exclusion	Aucun	Aucun

Source : L'auteur

[1] À titre d'information, une enquête menée sur les évolutions démographiques des professions de santé a dénombré, en France métropolitaine et d'outre-mer, 33 464 manipulateurs dont 71.9% de femmes et 28.1% d'hommes (DREES, 2015). De même, une enquête sur la formation aux professions de la santé a comptabilisé 629 étudiants diplômés en 2014 dont 66% de femmes et 44% d'hommes (DREES, 2016).
[2] L'âge des soignants a été évalué en fonction du complément d'enquête disponible en *Annexe 5*.
[3] Compte tenu de nos objectifs de recherche, l'âge des participants n'avait d'intérêt que dans le cas des manipulateurs. En effet, certains d'entre eux ayant suffisamment d'expérience professionnelle, nous pourrons mettre en évidence un lien possible entre la facilité à employer l'humour au travail et l'ancienneté. De ce fait, l'âge des étudiants n'a pas été demandé dans le questionnaire qui leur était adressé. Par ailleurs, nous avons relevé 34.1% d'étudiants en première année, 32.1% en deuxième année, et 33.8% en troisième année.

B. LES OUTILS DE RECHERCHE

Tableau VI. Les outils

	1ÈRE PHASE DE RECHERCHE	**2NDE PHASE DE RECHERCHE**
	Questionnaires « soignant » et « étudiant »	**Complément d'enquête « soignant »**
Période de temps	du 12 novembre 2015 au 31 janvier 2016	du 27 novembre 2015 au 17 février 2016
Population cible	Manipulateurs en électroradiologie médicale diplômés et non diplômés	Manipulateurs en électroradiologie médicale diplômés uniquement
Communication	Lien hypertexte envoyé par courriel ou disponible sur les réseaux sociaux	
Composition des outils	1) Présentation de l'enquêté 2) L'humour au travail 3) Vers une formation à l'humour	1) Présentation de l'enquêté 2) Votre rapport avec l'humour 3) L'humour auprès des patients 4) L'humour auprès des soignants 5) Vers une formation à l'humour
Paradigme de recherche	Positiviste : ➢ mesurer objectivement les réponses obtenues chez les soignants et les étudiants	Constructiviste : ➢ considérer davantage la subjectivité des réponses des soignants ➢ reconnaître l'influence des attitudes et comportements humains sur la pratique de l'humour dans les soins
But de la recherche	Descriptif : ➢ décrire la situation actuelle de l'emploi de l'humour dans les services d'imagerie médicale et de radiothérapie	Explicatif : ➢ expliquer pour quelles raisons l'humour est-il plus ou moins utilisé selon le soignant ➢ expliquer à partir de quels facteurs peut-on dire qu'un apprentissage à l'humour est envisageable ou non envisageable
Méthode de la recherche	Quantitative : ➢ questions fermées ➢ collecte de données chiffrées	Qualitative : ➢ questions ouvertes ➢ collecte de données de contenu
Type de recherche	Recherche appliquée : ➢ l'enjeu de ce travail consiste à instaurer possiblement une formation à l'humour auprès des soignants et/ou des étudiants ➢ l'objectif étant de contribuer à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique actuelle du patient	

Source : L'auteur

C. PROCÉDURE DE RECHERCHE

Afin de recueillir un maximum de réponses, deux questionnaires ont été établis – un pour les professionnels, un pour les apprentis – à partir de l'application Google Forms aisément accessible via Internet. Une fois ces derniers constitués, leur diffusion s'est faite via courrier électronique et sur les réseaux sociaux, notamment par l'intermédiaire de l'Association Française du Personnel Paramédical d'Électroradiologie (AFPPE).

Pour pouvoir participer, il suffisait alors de cliquer sur le lien hypertexte conduisant au sondage, aucune inscription n'étant nécessaire. Nous avons été attentifs à ce que chaque individu s'engage librement à participer à notre recherche exploratoire. Conformément aux exigences propres au travail d'enquête, l'anonymat a été respecté pour l'ensemble de l'étude.

Cette première phase de la recherche étant quantitative, l'enjeu était de toucher le plus possible de personnes. Au vu de l'essor incontestable du numérique dans notre quotidien, il a semblé judicieux de se servir des nouvelles technologies qui sont à notre disposition, plutôt que de se limiter au classique « papier » qui a certes ses avantages, mais qui dans notre cas montrerait très rapidement ses limites. Il paraissait en effet peu envisageable de diffuser par voie postale plusieurs centaines de formulaires partout en France. Ainsi, les questionnaires envoyés étaient concis, faciles à distribuer, faciles d'accès, et faciles à recueillir.

Le questionnaire « soignant » a donc été envoyé à de nombreux centres hospitaliers et cliniques en France métropolitaine, mais aussi en France d'outre-mer. Tous les différents services d'imagerie diagnostique à savoir la radiologie conventionnelle et interventionnelle, le scanner, l'IRM, la médecine nucléaire, et les services de radiothérapie, ont été invités à répondre.

Pour ce qui est du questionnaire « étudiant », celui-ci a été adressé là encore dans toute la métropole et dans les DOM-TOM, aux écoles attribuant le Diplôme de Technicien Supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique (DTS IMRT) sous l'égide du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, mais également aux Instituts de Formation de Manipulateurs en Électroradiologie Médicale attribuant le Diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale (DE MERM) sous la responsabilité du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Au vu des nombreuses réponses qui sont parvenues, il a semblé important d'étendre nos recherches encore plus loin. Un complément d'enquête auprès des manipulateurs a donc été réalisé en seconde phase de notre recherche *(Cf. Annexe 5)*. Il n'aurait pas été pertinent de réaliser des entretiens, non pas par manque d'intérêt, mais parce que la population touchée aurait été très limitée en nombre. Dans ce cas précis, comment rendre comparable une étude quantitative de plusieurs centaines de réponses avec moins d'une dizaine d'entretiens ?

À la suite de cette réflexion, nous avons donc mis en place un questionnaire avec des questions ouvertes. L'enjeu étant non plus d'aboutir à des données chiffrées mesurables, mais à la perception soignante de l'usage de l'humour en pratique, et sur une possible mise en place d'une formation au travail. Ce nouveau questionnaire « soignant » a été distribué de la même manière que précédemment.

Étant bien conscient que nous allions solliciter par deux fois les mêmes personnes, la consigne était simple : *« Un mot-clef, une phrase, un paragraphe,... n'hésitez pas à compléter ce questionnaire comme vous l'entendez ! L'important étant de recueillir votre ressenti quant à l'apport de l'humour dans les soins. Ces questions me permettent d'être comparatif dans le recueil de mes données, mais l'essentiel reste que vous preniez plaisir à y répondre »*. Prendre plaisir, c'est certainement ce qui caractérise le plus, semble-t-il, les personnes qui ont participé au complément d'enquête qualitatif. En effet, ce dernier nécessitant beaucoup plus de temps à consacrer pour y répondre, il est évident que les participants étaient majoritairement intéressés par le thème du sujet.

Compte tenu du mode de distribution de ce questionnaire, le taux de réponses obtenu (91 réponses) a été bien plus élevé que si nous avions fonctionné par entretiens individuels. Par ailleurs, il est important de noter que ce complément d'enquête n'a pas été adressé aux étudiants car il nécessitait un minimum d'expérience professionnelle afin d'être pertinent dans les réponses attendues.

Après avoir pris le temps d'exposer précisément notre méthodologie de recherche, analysons dès à présent les résultats quantitatifs, puis qualitatifs, obtenus.

PARTIE III. RÉSULTATS

CHAPITRE 1. ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES

A. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans la première phase de notre recherche exploratoire, deux questionnaires ont donc été distribués : l'un aux manipulateurs diplômés, l'autre aux non diplômés. Le recueil des réponses s'est fait par l'application Google Forms, tandis que leur exploitation graphique a été réalisée à partir du logiciel tableur Excel de la suite bureautique Microsoft Office. L'analyse complète de ces résultats se trouve en *Annexes 1, 3 et 4* pour le questionnaire « soignant » ; et en *Annexes 2,3 et 4* pour le questionnaire « étudiant ».

La méthode quantitative de ces deux questionnaires à questions fermées est caractérisée par sa représentativité et sa variabilité. En effet, les échantillons soignants et étudiants sont suffisants et représentatifs de la population mère pour pouvoir être considérés comme significatifs. Les données sociodémographiques de chaque participant ont été relevées au travers de la première partie des questionnaires, relatif à la présentation de l'enquêté *(Cf. Annexes 1 et 2)*.

La représentativité est significative d'une part car le nombre de participants est relativement élevé compte tenu des instruments de recherche utilisés : 641 réponses pour les manipulateurs et 411 réponses pour les étudiants. D'autre part, le taux d'hommes et de femmes semble correspondre à la moyenne nationale relevée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), comme nous l'avons vu précédemment dans notre méthodologie de recherche. On relève 74.9% de femmes et 25.1% d'hommes chez les soignants *(Cf. Annexe 1, Question 1)*, contre 78.3% de femmes et 21.7% d'hommes chez les étudiants *(Cf. Annexe 2, Question 1)*. Au vu de ses résultats, nous sommes témoins d'une féminisation importante de ce métier paramédical.

La variabilité de l'échantillon est définie à la fois par la tranche d'âge des individus, la durée d'exercice, le service d'imagerie et le niveau d'études. Côté soignant, nous pouvons remarquer une diversité au niveau des âges, allant de moins de 25 ans à plus de 50 ans *(Cf. Annexe 1, Question 2)*. Cependant, il s'agit majoritairement d'une population jeune avec 68.3% des manipulateurs âgés de moins de 25 ans à 35 ans. La durée d'ancienneté en tant que manipulateur *(Cf. Annexe 1, Question 3)* est elle aussi variable : 40.7% de l'échantillon exerçant le métier depuis moins de 5 ans, 43.5% entre 5

et 20 ans, et 15.8% de plus de 20 ans. Enfin, la répartition dans les différents services d'imagerie semble là encore être assez représentative de la réalité, avec davantage de manipulateurs travaillant en service de diagnostique qu'en thérapie *(Cf. Annexe 1, Question 4)*. Parmi les 641 participants, on dénombre 381 manipulateurs travaillant en radiologie conventionnelle, 295 en scanner, 157 en IRM, 137 en interventionnel, 111 en médecine nucléaire, et 60 en radiothérapie. La somme de chacune de ces différentes modalités est supérieure à l'échantillon total car plusieurs réponses à cette question étaient possibles. En effet, il est évident que de nombreux manipulateurs ne travaillent pas dans un seul et unique service d'imagerie, mais sur plusieurs modalités à la fois.

Cette variabilité des réponses obtenues se retranscrit également au niveau des étudiants, au travers d'une répartition homogène entre les trois niveaux d'études, avec 34.1% d'étudiants en première année, 32.1% en deuxième année, et 33.8% en troisième année *(Cf. Annexe 2, Question 2)*.

B. L'HUMOUR, VALEUR PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE

La deuxième partie des questionnaires consiste à évaluer l'humour au travail *(Cf. Annexe 3)*. Afin de simplifier la comparaison entre soignants et étudiants, nous avons regroupé sur un même diagramme les résultats de chacun de ces deux groupes. Avant toute chose, il était important de savoir si l'humour constituait pour la plupart une caractéristique majeure de la personnalité *(Cf. Annexe 3, Question 1)*. Diplômés et non diplômés semblent s'accorder sur le fait que l'humour fait « modérément » (51% en moyenne) voire « énormément » (42% en moyenne) partie de leur caractère. Seuls trois soignants (0.5%) et un étudiant (0.2%) déclarent ne pas avoir l'humour comme attribut dominant de leur tempérament. De la même manière, l'usage de l'humour dans leur profession semble « assez important » pour 54.9% des soignants et 66.2% des étudiants ; voire « très important » pour 38.2% des manipulateurs et 22.6% des apprentis *(Cf. Annexe 3, Question 2)*. Deux soignants (0.3%) et deux étudiants (0.5%) seulement considèrent l'humour comme « pas important » au sein de l'environnement médical.

Après avoir abordé les perceptions quant à l'usage de l'humour au travail, il convient d'analyser concrètement son emploi au quotidien dans la vie professionnelle. Concernant l'usage de l'humour auprès des patients, cela ne semble pas se faire en systématique *(Cf. Annexe 3, Question 3)*. Même si l'humour est pour la plupart des soignants « souvent » utilisé dans la relation avec le soigné (62.9%), il n'en reste pas moins que seuls 7.5% des sondés déclarent l'utiliser « tout le temps ». À l'inverse, uniquement sept manipulateurs (1.1%) disent ne « jamais » pratiquer l'humour avec leurs patients. En comparaison, les étudiants semblent davantage partagés entre une pratique récurrente de l'humour (45.7%) durant leurs stages, et une pratique occasionnelle (48.2%). Ces résultats peuvent possiblement s'expliquer par le manque d'expérience des étudiants.

Qu'il s'agisse de manipulateurs diplômés ou non, la pratique de l'humour dans les soins semble varier suivant l'âge des patients *(Cf. Annexe 3, Question 4)*. En effet, 94.4% des soignants et 88.1% des étudiants font usage de l'humour auprès des adultes ; tandis que seuls 5.5% des professionnels et 4.4% des apprenants le font auprès des nourrissons. De même, soignants et étudiants s'accordent à dire que nous avons moins tendance à rire avec les enfants (51.3% et 44.0% respectivement) ou les adolescents (48.5% et 47.9% respectivement), qu'avec les plus âgés. Dans tous les cas, l'humour semble « parfois » initié par le patient lui-même pour 76.3% des soignants et 63.0% des étudiants *(Cf. Annexe 3, Question 5)*. Ces derniers déclarent même que l'humour est « souvent » mis en place dans la relation de soin (20.9% des et 33.8% respectivement). Les extrêmes sont rares : seuls huit professionnels (1.2%) et neuf apprenants (2.2%) déclarent l'humour comme « tout le temps » initié par le patient, tandis que dix manipulateurs (1.6%) et quatre étudiants (1.0%) considèrent qu'il n'est « jamais » introduit par le soigné.

À la vue de ces premiers résultats, il nous a semblé judicieux de savoir si la personnalité de l'individu influe sur sa relation avec le patient dans son travail. En d'autres termes, un soignant avec un caractère jovial au naturel est-il prédisposé à pratiquer l'humour dans les soins ? Poser l'humour en tant que valeur personnelle fondamentale revient-il nécessairement à l'introduire en tant que valeur professionnelle indispensable à notre pratique ? Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons croisé les données « soignant » sur l'humour comme caractéristique majeure du sujet en ordonnée, en fonction de la fréquence à employer l'humour avec le patient en abscisse *(Cf. Figure I)*.

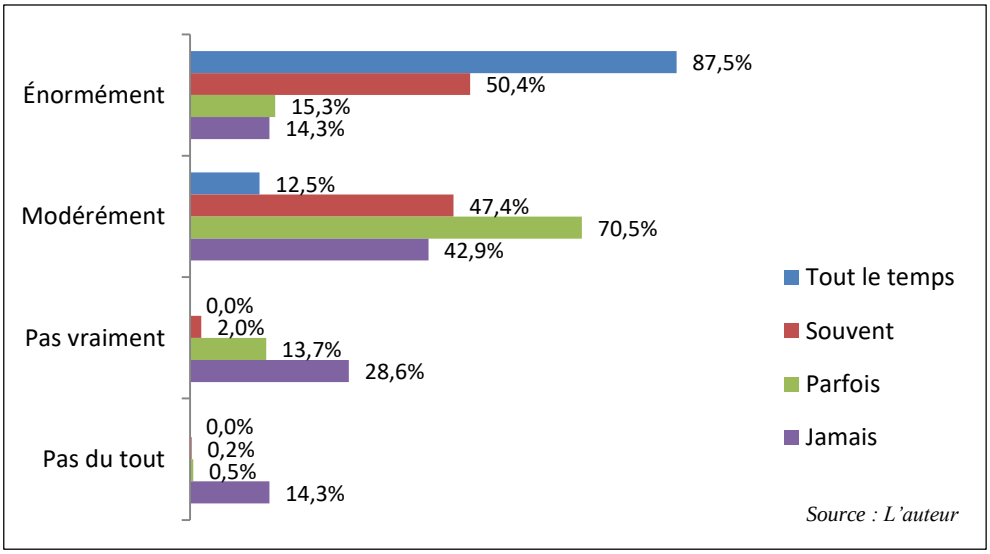


Figure I. L'humour, valeur personnelle et professionnelle

Ce graphique démontre clairement qu'un soignant qui décrit l'humour comme une valeur faisant « énormément » partie de sa personnalité, l'utilise « tout le temps » dans les soins qu'il prodigue (87.5%). Par contre, l'inverse n'apparaît pas aussi formel. Si l'on constate bien que seules les personnes qui n'ont « pas du tout » un caractère comique tendent à ne « jamais » pratiquer l'humour

dans un contexte de soins (14.3%), il n'en reste pas moins que tous autant déclarent ne « jamais » l'employer avec les patients alors que l'humour fait « énormément » partie de leur caractère (14.3%).

Cela est donc relativement surprenant : poser l'humour comme valeur personnelle essentielle ne suppose en aucun cas l'employer dans sa pratique. Cependant, ne pas considérer l'humour en tant que trait de notre caractère, implique nécessairement que l'humour ne peut être posé comme valeur professionnelle. À la suite de ce graphique, nous en arrivons à la conclusion suivante : on peut aimer rire dans sa vie personnelle, sans pour autant rire dans sa vie professionnelle ; mais il paraît plus qu'improbable de rire dans notre profession, si nous ne sommes pas déjà prédisposés à l'humour dans notre vie privée. L'humour, avant même d'être une valeur professionnelle, se pose donc comme une valeur personnelle. À nous, soignants, d'entretenir ce trait de caractère, puis de faire le choix de le mettre ou non en pratique dans notre métier.

Mais l'emploi de l'humour ne se fait pas qu'auprès des patients. Rire au travail, c'est aussi rire avec ses collègues. Près de la moitié des soignants (46.6%) déclarent utiliser « tout le temps » l'humour avec leurs collègues de travail *(Cf. Annexe 3, Question 6).* Presque autant (44.1%) tendent à « souvent » l'adopter et uniquement deux manipulateurs (0.3%) ne le manient « jamais ».

C. ÂGE, EXPÉRIENCE ET SECTEUR D'ACTIVITÉ

Désormais, il convient de se demander si l'âge du soignant ne prédispose pas à faire de l'humour une valeur personnelle. Sommes-nous plus enclins à rire dans notre jeunesse insouciante, ou bien l'expérience de vie apparaît comme un formidable tremplin d'autodérision ? Nous avons donc comparé la tranche d'âge du soignant en abscisse, selon sa personnalité humoristique en ordonnée *(Cf. Figure II).*

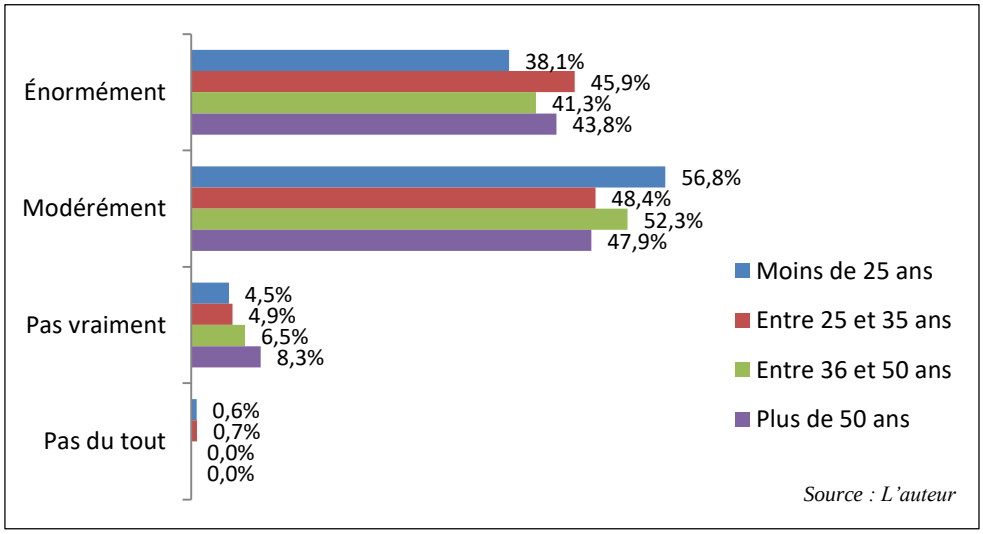


Figure II. Humour et tranche d'âge

Au vu de ce graphique, peu de différences notables sont à noter selon l'âge du soignant. Qu'il s'agisse de manipulateurs âgés de moins de 25 ans, entre 25 et 35 ans, entre 36 et 50 ans, ou à plus de 50 ans, la majorité considère l'humour comme faisant « modérément » partie de leur caractère (51.3% en moyenne), voire « énormément » (42.7% en moyenne). L'âge ne semble donc pas influer sur le tempérament comique de l'individu. Il n'y a pas d'âge pour rire !

Pour en revenir à la notion d'expérience, il a paru intéressant de mettre en exergue une possible corrélation entre le nombre d'années de pratique dans le métier en abscisse ; et la facilité à user de l'humour dans les soins en ordonnée *(Cf. Figure III)*. Notons bien que nous parlons ici d'expérience et non d'âge. En effet, on peut très bien avoir débuté le métier de manipulateur récemment et pourtant avoir une quarantaine d'années, suite à une réorientation professionnelle par exemple. L'âge n'étant en aucun cas représentatif d'une quelconque maturité professionnelle.

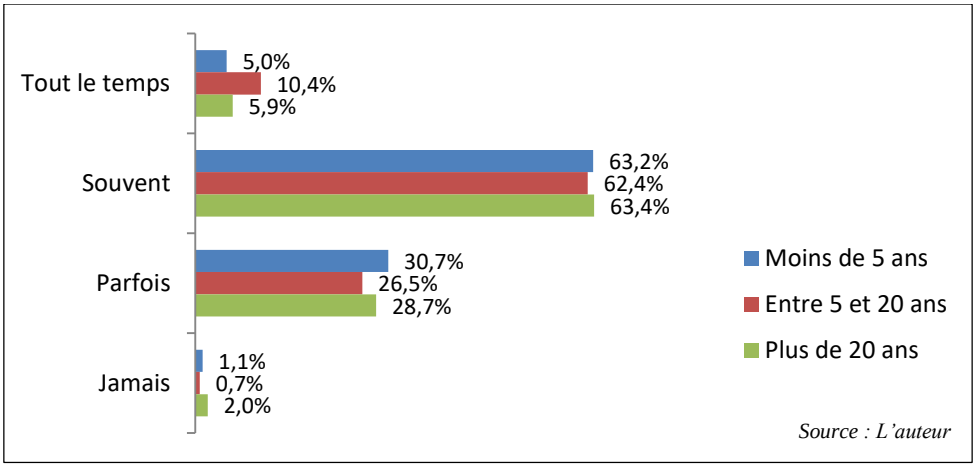


Figure III. Humour et expérience professionnelle

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'ancienneté professionnelle ne témoigne pas d'une plus grande aisance à employer l'humour avec le patient. En effet, si nous nous accordons à dire que les soignants utilisent « souvent » l'humour dans leur métier (62.9% en moyenne), pour autant aucune différence notable entre les trois catégories n'est à remarquer : 63.2% pour les soignants avec moins de 5 ans d'ancienneté, 62.4% entre 5 et 20 ans, 63.4% pour ceux avec plus de 20 ans.

Mettre en lien les caractères sociodémographiques des soignants avec le degré d'usage de l'humour dans leur profession, suppose de s'intéresser également au secteur d'activité. L'humour est-il moins utilisé en radiothérapie, où le professionnel de santé est face à des patients atteints de pathologies lourdes ? A contrario, les séances de traitement régulières ne permettent-elles pas d'instaurer plus aisément une relation de confiance entre soignant et soigné, et donc de faciliter la pratique de l'humour ? Le manque de temps à consacrer au patient en service d'imagerie diagnostique ne constitue-t-il pas un frein à employer l'humour au travail ? Les importants moyens de radioprotection en médecine nucléaire ne font-ils pas écran à la relation soignant/soigné, diminuant

ainsi la possibilité de faire usage de l'humour ? Le contexte stérile de la radiologie interventionnelle ne rend-t-il pas la situation peu encline à rire ? Afin d'apporter une réponse à ces interrogations, nous avons confronté la pratique de l'humour dans les soins en abscisse, avec le secteur d'activité radiologique concerné en ordonnée *(Cf. Figure IV).*

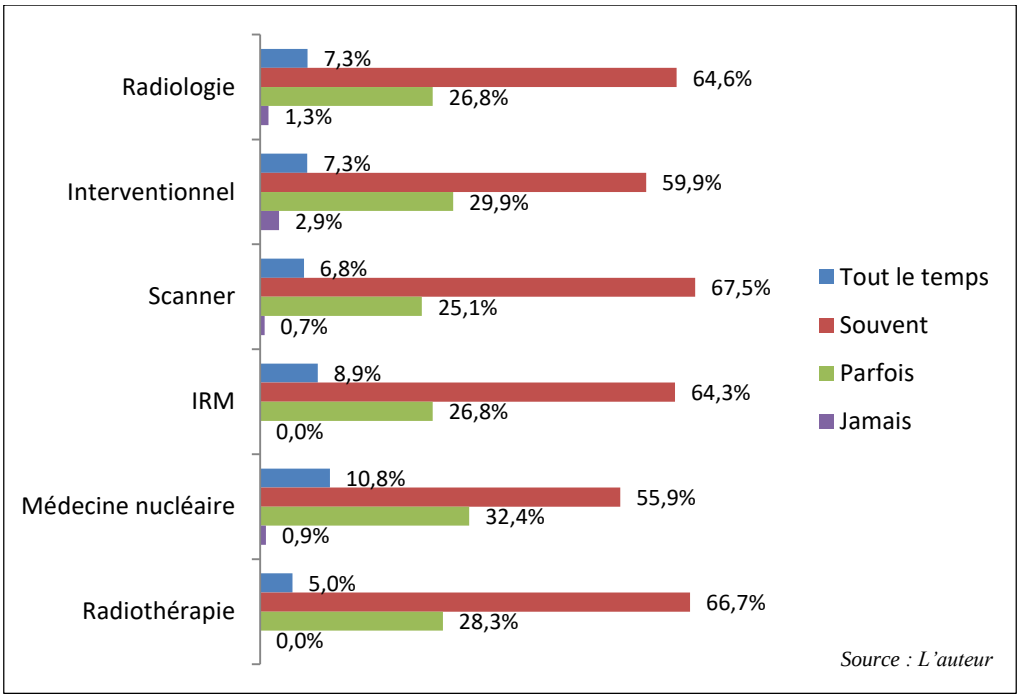


Figure IV. Humour et modalités

Là encore, surprenants résultats ! Contre toute attente, le secteur d'activité ne semble pas influencer outre mesure l'usage de l'humour avec le patient. Qu'il travaille en radiologie conventionnelle, en interventionnel, en scanner, en IRM, en médecine nucléaire ou en radiothérapie, le soignant pratique « souvent » l'humour avec le patient (62.9% en moyenne). Rares sont les professionnels de santé qui ne s'en servent « jamais » dans leur relation avec le soigné (1.1% en moyenne), et cela quelque soit le milieu d'exercice.

D. LES APPORTS DE L'HUMOUR

De nombreux bienfaits ont été mis en évidence quant à l'usage de l'humour dans les soins *(Cf. Annexe 3, Question 7).* Quasiment la totalité des soignants (90.0%) et des étudiants (94.4%) se déclarent « plutôt d'accord » (48.8% et 45.3% respectivement) voire « tout à fait d'accord » (41.2% et 49.1% respectivement) à considérer l'humour comme un moyen d'établir une relation de confiance avec le patient. Seuls quatre manipulateurs (0.6%) et un seul étudiant (0.2%) ne sont « pas du tout d'accord ».

Si les avis définissant l'humour comme un mécanisme de défense face au stress du travail semblent davantage partagés, il n'en reste pas moins que 60.9% des soignants se déclarent « tout à fait d'accord » (20.0%) et « plutôt d'accord » (40.9%). Les résultats des apprenants sont sensiblement identiques avec 15.6% qui sont « tout à fait d'accord » et 41.1% « plutôt d'accord ». Près d'un quart des participants ne se prononcent pas : 21.5% diplômés et 24.1% non diplômés se disent « ni en accord ni en désaccord ».

L'humour, synonyme d'une bonne ambiance entre collègues : les avis semblent unanimes sur ce point ! 97.9% des manipulateurs et 94.8% des étudiants reconnaissent être majoritairement « tout à fait d'accord » (73.6% et 63.7% resp.) et « plutôt d'accord » (24.3% et 31.1% resp.). Cela semble indéniable, l'humour correspond avant tout à l'expression d'une bonne humeur partagée.

Environ la moitié des soignants (45.7%) et des étudiants (52.6%) semblent « plutôt d'accord » pour dire que l'humour est un moyen d'aplanir la hiérarchie entre le professionnel de santé et le patient. Ils restent peu nombreux à se dire « plutôt pas d'accord » (5.8% et 4.4% resp.) voire « pas du tout d'accord » (5.6% et 4.1% resp.).

Nombreux sont ceux qui se servent de l'humour comme une technique de distraction du patient lors d'actes de soins intimes ou invasifs : 81.9% des manipulateurs diplômés et 84.6% des non diplômés reconnaissent être « tout à fait d'accord » (29.8% et 38.9% resp.) ou « plutôt d'accord » (52.1% et 45.7% resp.). Uniquement treize soignants sur les 641 (2.0%) et cinq étudiants sur les 411 (1.2%) ne sont « pas du tout d'accord ».

Envisager l'humour comme une manière de mieux appréhender l'examen pour le patient, s'inscrit dans la droite lignée des bienfaits de la bonne humeur dans la relation de soin. En effet, 87.7% des professionnels et 92.0% des apprenants avouent être « tout à fait d'accord » (38.7% et 41.1% resp.) ou « plutôt d'accord » (49.0% et 50.9% resp.).

Enfin, 88.5% des soignants (soit 37.3% « tout à fait d'accord » et 51.2% « plutôt d'accord ») et 86.4% des étudiants (soit 34.8% « tout à fait d'accord » et 51.6% « plutôt d'accord ») soutiennent l'humour comme un outil thérapeutique contribuant à la santé physique et psychologique du soigné. Aucun professionnel, seul un unique étudiant (0.2%), se dit totalement en désaccord avec ce concept de thérapie par le rire.

Après avoir mis en évidence de nombreux bienfaits, il paraît intéressant de s'attarder sur les éventuels effets négatifs de l'humour au sein d'une relation de soin *(Cf. Annexe 3, Question 7)*. Dans un premier temps, nous avons voulu savoir si l'humour constituait un manque de respect au regard du patient. Seuls deux soignants (0.3%) se disent « tout à fait d'accord ». 91.0% des professionnels diplômés et 88.9% des non diplômés reconnaissent n'être « plutôt pas d'accord » (25.9% et 27.3% resp.) voire majoritairement « pas du tout d'accord » (65.1% et 61.6% resp.) avec cette affirmation.

D'ailleurs, sensiblement les mêmes conclusions sont à tirer de l'humour en tant qu'outil inapproprié dans une prise en charge soignante. Alors que 91.4% des manipulateurs et 86.9% des

étudiants avouent n'être « pas du tout d'accord » (64.3% et 58.2% resp.) ou « plutôt pas d'accord » (27.1% et 28.7% resp.), seulement onze soignants (1.7%) et quatre étudiants (1.0%) semblent « tout à fait d'accord ».

De même, 94.1% des professionnels (soit 73.5% « pas du tout d'accord » et 20.6% « plutôt pas d'accord ») et 92.5% des étudiants (soit 69.1% « pas du tout d'accord » et 23.4% « plutôt pas d'accord ») n'assimilent pas l'humour à un manque de professionnalisme. À l'inverse, seuls deux soignants (0.3%) et un étudiant (0.2%) perçoivent l'humour comme un évident défaut de sérieux et de rigueur dans un environnement qui en requiert.

Néanmoins, si l'humour semble avoir sa place dans la relation soignant/soigné pour un certain nombre de manipulateurs diplômés et non diplômés, il semble représenter un possible risque de heurter la personne et de nuire à sa dignité. Certes, peu se déclarent « tout à fait d'accord » (1.6% et 2.9% resp.) ou « plutôt d'accord » (8.1% et 13.4% resp.), mais plus d'un quart des participants se déclarent sans opinion : 27.3% des soignants et 30.7% des étudiants sont « ni en accord ni en désaccord ». Le même effectif se déclare « plutôt pas d'accord » (32.4% et 30.7% resp.) et « pas du tout d'accord » (30.6% et 22.4% resp.). Ainsi, si l'humour ne semble pas nécessairement mettre en danger le respect d'autrui et de ses valeurs pour la majorité des participants, nombreux sont ceux qui ne se prononcent pas, signe possible de la complexité à user de l'humour dans les soins.

Par contre, 89.1% des professionnels et 78.6% des étudiants ne considèrent pas la pratique de l'humour en tant que déni total de la souffrance du soigné et de ses besoins en santé. La plupart des sondés se disent d'ailleurs « pas du tout d'accord » (67.7% et 57.2% resp.). Uniquement sept soignants sur les 641 (1.1%) et trois étudiants sur les 411 (0.7%) semblent « tout à fait d'accord ».

Enfin, 88.3% des manipulateurs (soit 64.7% « pas du tout d'accord » et 23.6% « plutôt pas d'accord ») et 88.1% des apprenants (soit 58.9% « pas du tout d'accord » et 29.2% « plutôt pas d'accord ») ne considèrent pas que l'humour puisse affecter la productivité au travail. A contrario, dix soignants (1.6%) et également dix étudiants (2.4%) sont « tout à fait d'accord », estimant ainsi clairement l'humour en tant que manque à gagner dans une optique soignante.

Au vu de ses résultats, nous noterons les avis sensiblement identiques entre manipulateurs diplômés et non diplômés. Alors que nous aurions pu nous attendre à une différence significative du fait de leur manque d'expérience, les étudiants semblent faire preuve d'une grande capacité à se projeter dans leur pratique future, où humanité et technicité s'entremêlent constamment.

Entre créateur de relation, mécanisme de défense, incitateur de bonne humeur, témoignage d'humanité, technique de distraction et outil thérapeutique, la majorité des soignants et des étudiants semblent unanimes sur les nombreux bienfaits que l'humour est susceptible d'apporter au sein du métier. Abordons dorénavant la question d'une possible formation à l'humour à instaurer auprès des professionnels ou bien dès le cursus d'enseignement.

E. ENTRE FORMATION INITIALE ET CONTINUE

La troisième partie des questionnaires, intitulée « Vers une formation à l'humour », consiste à recueillir les avis des soignants et des étudiants pour voir s'ils sont dans l'ensemble favorables ou non à un apprentissage de l'humour dans leur pratique soignante (*Cf. Annexe 4)*. Du fait de l'intérêt croissant porté aux différentes techniques de thérapies par le rire, il semblait intéressant de savoir si le terme « gélothérapie » était connu des participants. 96.5% des participants (96.6% des soignants et 96.4% des étudiants) ont répondu « non » ; tandis que seulement vingt-deux diplômés (3.4%) et quinze non diplômés (3.6%) ont affirmé avoir connaissance de cette appellation encore peu commune *(Cf. Annexe 4, Question 1)*. Après cette question nous avons donc jugé utile de poser une définition succincte de la thérapie par le rire afin d'éclairer les participants.

Par la suite, nous avons évalué la complexité de l'humour dans son aspect inné ou acquis. Pour la grande majorité des soignants (69.7%) et des étudiants (65.9%), la mise en place d'une formation à l'humour n'est possible qu'en fonction du professionnel, la pratique de l'humour variant d'un individu à un autre *(Cf. Annexe 4, Question 2)*. 12.6% des diplômés et 17.0% des non diplômés considèrent l'humour comme une faculté possiblement acquise, la formation étant envisageable pour n'importe quelle personne, réceptive ou non à l'humour. Sensiblement les mêmes résultats sont à relever pour ceux qui perçoivent l'humour en tant que prédisposition innée de l'Homme, puisque totalement dépendant de notre personnalité. Pour ces derniers, soit 16.7% de manipulateurs et 13.6% d'apprenants, un apprentissage de l'humour apparaît impossible. Résultats plutôt encourageants au vu de notre problématique, seuls six soignants sur les 641 participants (0.9%) et quatorze étudiants sur les 411 sondés (3.4%), jugent une telle formation comme une perte de temps non négligeable.

Si tous ne se prononcent pas en faveur de cette formation pour le moins atypique avouons-le, l'intérêt porté à la question est en tout cas bien réel pour environ trois quart des manipulateurs (73.9%) et des étudiants (77.9%). Près d'un quart se disent même « très intéressés » (26.8% et 25.3% resp.) et la moitié « plutôt intéressée » (47.1% et 52.6% resp.) quant à un tel apprentissage dans leur métier *(Cf. Annexe 4, Question 3)*. Seulement 4.4% des soignants et 3.6% des étudiants ne se déclarent « pas du tout intéressés ».

Sur les 73.9% de diplômés et les 77.9% de non diplômés intéressés, 85.7% et 85.3% d'entre eux respectivement, reconnaissent un bénéfice à la fois dans leur vie professionnelle et dans leur vie privée *(Cf. Annexe 4, Question 3bis)*. Pour seulement dix-neuf manipulateurs (4.0%) et six étudiants (1.9%) cette formation ne serait bénéfique que du point de vue personnel.

La question susceptible de se poser désormais est relative au degré d'expérience des soignants. Une plus grande expérience implique nécessairement d'avoir côtoyé un plus grand nombre de patients, de tous types, plus ou moins réceptifs à l'humour, et dans des contextes aussi divers que variés. Un

apprentissage du rire apparaît dès lors dispensable étant donné que l'on éprouve moins le besoin d'apprendre de nouvelles choses. Pour autant, une formation à l'humour est-elle nécessaire uniquement chez les manipulateurs exerçant le métier depuis peu ? Le désintérêt porté à cette idée de former à l'humour n'est-elle présente qu'auprès des plus expérimentés ? A contrario, un tel apprentissage est-il perçu comme un moyen d'apporter un peu de jovialité dans une pratique qui tend à s'essouffler au fil des années et à succomber à la routine ?

Afin d'apporter une possible réponse à ces questions, nous avons confronté l'intérêt de la mise en place d'une formation continue à l'humour chez les manipulateurs en ordonnée, en fonction de leur durée d'exercice dans le métier en abscisse *(Cf. Figure V).*

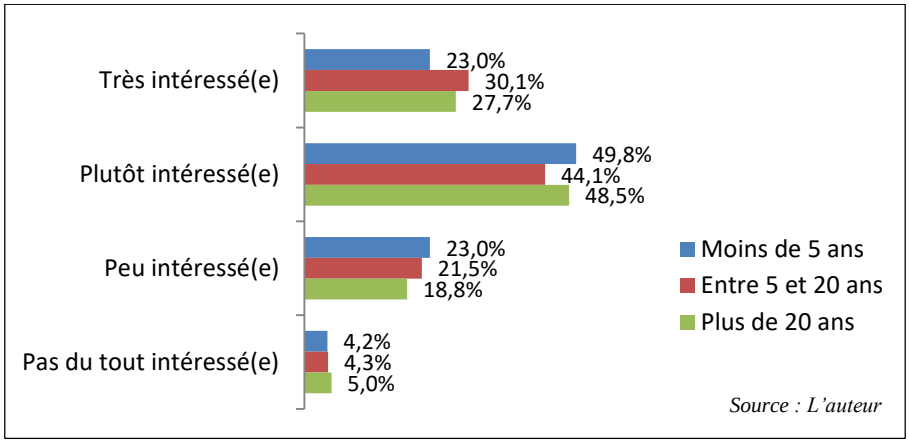


Figure V. Une formation continue à l'humour ?

Au vu de ce graphique, le degré d'expérience professionnelle ne semble pas influencer outre mesure l'intérêt porté à la formation. La plupart des manipulateurs révèlent être « plutôt intéressés » quant à la mise en place d'une formation continue dont : 49.8% travaillant depuis moins de cinq ans, 44.1% entre cinq et vingt ans, et 48.5% depuis plus de vingt ans. Seuls 5.0% des plus expérimentés avouent n'être « pas du tout intéressés », alors que près du sextuple (27.7%) se disent « très intéressés ». Une formation à l'humour semble donc envisageable quelque soit l'ancienneté du soignant.

Après avoir évalué si les soignants et les étudiants étaient disposés ou non à se former à l'humour durant leur pratique, la dernière question consistait à envisager la mise en place d'une formation initiale dès le cursus de manipulateur *(Cf. Annexe 4, Question 4)*. Alors que près de la moitié des professionnels (48.8%) trouveraient cette formation pertinente dans le cadre d'une meilleure prise en charge du patient (soit 10.6% « tout à fait d'accord » et 38.2% « plutôt d'accord »), ce taux s'élève même à 66.9% du côté des étudiants (soit 13.6% « tout à fait d'accord » et 53.3% « plutôt d'accord »). Si beaucoup ne se prononcent pas (34.6% et 23.1% « ni en accord ni en désaccord » resp.), ils restent néanmoins très peu nombreux à se dire « pas du tout d'accord » : vingt-quatre sur les 641 soignants (3.7%) et uniquement quatre étudiants sur les 411 participants (1.0%).

L'idée d'envisager une unité ou sous-unité d'enseignement « humour » au cours de la scolarité, nécessite de recueillir l'avis des premiers concernés : les étudiants. Ainsi, il paraît intéressant de se demander si le niveau d'études influe sur la perception des bénéfices apportés par cet apprentissage. L'expérience acquise au cours des stages ne prédispose-t-elle pas les étudiants à se détacher de l'aspect technique du métier pour en privilégier l'aspect humain ? De ce fait, les élèves en troisième année ne sont-ils pas plus à même de pratiquer l'humour lors des soins ; et donc de trouver un bénéfice réel quant à cette formation ? Cependant, les nouveaux apprenants disposent d'un regard extérieur sur l'environnement soignant – quasi semblable à celui du patient – car n'ayant pas suffisamment de connaissances techniques et théoriques. En conséquence, les élèves de première année ne perçoivent-ils pas l'humour comme un moyen de faciliter une relation de confiance entre soignant et soigné ? Le facteur relationnel de l'humour ne constituerait-il pas une des bases du métier à adopter le plus tôt possible dans le cursus de manipulateur ?

Nous tenterons d'apporter une réponse à chacune de ces interrogations en confrontant la pertinence de la mise en place d'une formation initiale à l'humour en ordonnée, en fonction du niveau d'études des étudiants en abscisse *(Cf. Figure VI).*

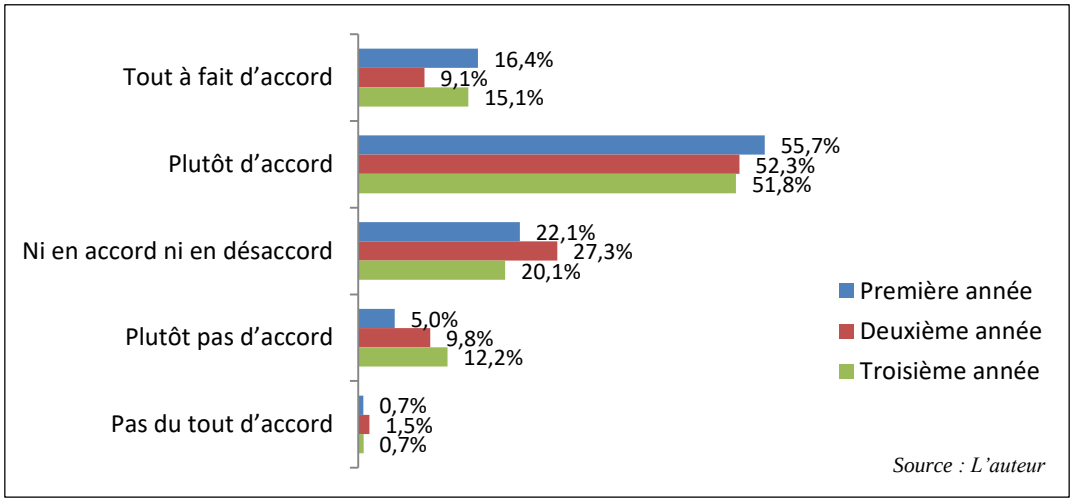


Figure VI. Une formation initiale à l'humour ?

Dans l'ensemble, plus de la moitié des étudiants (53.3% en moyenne) se disent « plutôt d'accord » à propos d'une formation initiale en vue d'une meilleure prise en charge du patient, avec un taux de réponses sensiblement identique selon le niveau de scolarité : 55.7% des élèves de première année, 52.3% de deuxième année, et 51.8% de troisième année. Exclusivement un étudiant en première année (0.7%), deux de deuxième année (1.5%), et un de dernière année (0.7%), se considèrent totalement fermés à cette idée. Au vu des résultats, un apprentissage de l'humour dans le cursus d'enseignement semble être majoritairement accepté par les étudiants, et cela peu importe le niveau d'études.

CHAPITRE 2. ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

A. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le complément d'enquête constitue la seconde phase de notre recherche exploratoire. Comme précisé lors de notre méthodologie de recherche, il s'agit d'un questionnaire comprenant vingt questions ouvertes, distribué numériquement, et adressé uniquement aux manipulateurs diplômés. Alors que la première phase de recherche consistait à observer des données chiffrées pour ensuite tenter de les interpréter, cette partie consiste à expliquer concrètement les résultats obtenus en vue de comprendre et de recueillir le ressenti des soignants au regard de la problématique. Le complément d'enquête, pour lequel 91 manipulateurs en électroradiologie médicale ont participé, est disponible entièrement en *Annexe 5*.

Sur les 91 participants, nous avons comptabilisé soixante-quatre femmes (70.3%) et vingt-sept hommes (29.7%). L'âge moyen des réponses était de 35.8 ans, avec un âge maximal de 58 ans et un âge minimal de 21 ans. La médiane étant de 35 ans, le faible écart avec la moyenne d'âge calculée témoigne d'une population relativement jeune. Le calcul de la médiane permettant d'éviter tout risque d'être affecté par les valeurs extrêmes de l'ensemble des données recueillies.

Étant donné qu'il s'agissait de questions ouvertes, le questionnaire allait nécessiter plus de temps pour y répondre, réduisant *a fortiori* le nombre de participants potentiels. L'échantillon étant alors plus faible que lors de notre première phase de recherche, il nous a paru utile de questionner sur le lieu de travail *(Cf. Annexe 5, Question 3)*. En effet, s'il est évidemment peu probable que la situation géographique influe sur les résultats, elle reste néanmoins un important indicateur de la diversité des réponses obtenues. Sans aller jusqu'à énumérer les quatre-vingt-onze localités, les données récoltées proviennent du Centre Léon Bérard à Lyon, de l'Institut Curie à Paris, du Centre Hospitalier d'Ajaccio, d'Angoulême, de Chambéry, de Montélimar, de Valence, du CHU d'Amiens, de Brest, de Lille, de Rennes, de Saint-Etienne, ou encore de l'île de La Réunion (liste non exhaustive).

Enfin, parmi les 91 participants, on dénombre 61 manipulateurs travaillant en radiologie conventionnelle, 20 en interventionnelle, 48 en scanner, 24 en IRM, 15 en médecine nucléaire et 7 en radiothérapie. Comme lors de la présentation de l'enquêté effectuée dans les questionnaires initiaux, la somme de chacune des différentes modalités est supérieure à la population totale car certains professionnels exercent dans plusieurs services d'imagerie. Les réponses obtenues sont donc relativement diverses, issues de différentes modalités.

B. LA SIGNIFICATION DE L'HUMOUR

Dans un premier temps, il nous a semblé intéressant de relever quelles consonances le terme « humour » avait auprès des soignants. Plusieurs mots ont été évoqués, ceux-ci sont visibles en *Annexe 6* sous forme de cartographie conceptuelle. Les mots qui ressortent davantage apparaissent au plus près du mot « humour », tandis que ceux évoqués le moins de fois sont les plus éloignés. On dénombre ainsi trente-sept fois *« sourire »* ; trente-quatre fois *« rire »* ; vingt-six fois *« joie »* et *« bien-être »* ; dix-sept fois *« gaieté »* ; quinze fois *« détente »* ; dix fois *« bonne humeur »* ; sept fois *« partage »* ; six fois *« vie »* et *« légèreté »* ; quatre fois *« blague »*, *« dérision »*, *« moquerie »* et *« plaisir »* ; trois fois *« complicité »*, *« dédramatisation »* et *« convivialité » ;* deux fois *« bonne ambiance »* et *« amour »* ; une fois *« humanité »* et *« communication »*.

Par ailleurs, nous noterons que plusieurs individus ont mis en évidence toute la complexité de l'humour, à la fois comme émotion et perception, à utiliser *« sans porter préjudice à autrui »*, de manière *« à alléger certaines souffrances »*, et constituer un *« antidépresseur »* naturel. Il permet également de *« relativiser sur les aléas de la vie »*. La distinction entre l'humour et la moquerie est établi de la manière suivante : *« pour certains, c'est une forme de moquerie qui leur sert à se protéger en attaquant les autres tout en se cachant derrière un pseudo-humour ; de telle façon à ne pas être attaqués eux-mêmes »*. Nous retiendrons tout particulièrement la définition « positive » évoquée de manière générale : *« l'humour, c'est de l'amour avec 'hu'milité »*.

Pour la quasi-totalité des participants, l'humour fait clairement partie de leur personnalité. Il est évident que le contraire aurait été surprenant étant donné que le questionnaire s'adressait plutôt à ceux déjà intéressés par le sujet. Il est clairement explicité que l'humour a toute sa place dans une relation de soin : *« Les patients disent qu'ils sont à l'aise avec moi pendant leurs examens, je sais les mettre en confiance et les détendre souvent grâce à mon humour »* ; *« Je fais de l'humour au quotidien, une journée sans rire est une journée perdue »*. En plus d'instaurer de la bonne humeur, rire apparaît comme un mécanisme de distraction auprès des patients, afin qu'ils oublient la raison de leur venue : *« Les patients apprécient ce moment où la maladie n'est pas évoquée et qu'on les considère comme des personnes et non des malades. Ils font partie de notre groupe rieur »*.

Mais les effets de l'humour ne semblent pas se limiter à distraire le soigné. L'humour est aussi porteur de message (*« Ça aide à faire passer des infos. Et à oublier les soucis »*), ou encore mécanisme de défense face à une ambiance parfois pesante et stressante (*« Très souvent j'utilise l'humour comme une parade en moment de stress et/ou pour installer une ambiance plaisante avec les autres. Il est même très utilisé pour faire une bonne image de soi »*). Certains soignants mettent en garde sur l'importance d'user de l'humour avec prudence : *« Je l'utilise tous les jours ce qui permet de se détendre, mais il faut savoir rester professionnel »* ; *« J'essaie mais avec parcimonie, trop*

d'humour tue les effets de l'humour selon moi ». Cependant, l'employer avec tact ne signifie pas proscrire l'humour dans des situations qui ne s'y prêtent pas forcément à première vue. En radiothérapie, faire face à des patients atteints de cancers n'est pas forcément synonyme de tristesse et d'échanges accablants : *« La p'tite phrase pleine de fraîcheur et naïveté au beau milieu du contexte lourd de l'oncologie, ça fait ses preuves. Mais attention, on peut rire de tout mais ça dépend avec qui. Ceci écrit, j'ai pu me surprendre à faire rire avec des trucs super noirs et là pour le coup c'est les patients qui m'ont fait marrer parce qu'ils aiment aussi la dérision, ça leur permet de dédramatiser »*. S'il semble beaucoup plus difficile de mettre en place l'humour noir auprès des patients, il a néanmoins sa place dans les soins, à condition de le manier avec précaution. Étudions désormais plus en détail les apports de l'humour auprès des patients et des soignants.

C. L'HUMOUR AUPRÈS DES PATIENTS

Son emploi auprès des patients se fait de manière spontanée pour soixante-dix des soignants (76.9%) et de manière réfléchie pour treize d'entre eux (14.3%), sur les 91 participants *(Cf. Annexe 7)*. Les huit manipulateurs restants ayant apporté une réponse davantage nuancée : *« Oui, souvent de manière spontanée en rebondissant sur une phrase ou une piste lancée par le patient. Ou même de façon plus réfléchie avec des jeux de mots ou des blagues liées aux situations que je réutilise fréquemment »*.

Pour la majorité des soignants, l'emploi de l'humour – spontané ou non – se fait en fonction du soigné, si l'individu est réceptif ou non à l'humour : *« Les patients non réceptifs à l'humour cela arrive. Tout est une question d'observation au départ »*. Cela fait partie de la démarche soignante, d'établir un jugement clinique pertinent de la situation de prime abord, pour prévenir une mauvaise utilisation de cet outil. Ne l'oublions pas : *« Le but est de détendre la patient tout en essayant de créer une relation sereine et de confiance ainsi que d'apaiser la situation dans laquelle se trouve le patient. Être hospitalisé, être malade, n'est pas quelque chose de 'normal' en soi, donc le patient peut avoir besoin de certains 'échappatoires' pour penser à autre chose que sa maladie »*. L'humour est un de ces échappatoires existant au sein de la relation d'aide *(Cf. Annexe 8)*. En faisant ressurgir notre personnalité propre à travers l'humour, nous favorisons la coopération du patient aux soins qui lui sont prodigués. Ce dernier n'adhère plus à un soin technique, mais à un soin humain avant tout.

Sans poser nécessairement l'humour comme l'instaurateur premier d'une relation entre soignant et soigné, il représente pour la plupart des manipulateurs un moyen de favoriser la confiance avec le patient : *« Si le patient aime l'humour il sera forcément plus ouvert avec le soignant et appréciera davantage la prise en charge, donc pour moi une meilleure relation de confiance s'instaure »*. Pour résumer, *« la confiance, c'est un aspect de l'humour. J'entends souvent de la part de*

gens qui se disent confidents : 'Avec elle, je m'entends bien, on peut se marrer de tout'. En fait, ces gens ne rient pas de 'tout' comme ils prétendent, mais simplement de ce qu'ils sont en mesure de tolérer ensemble, en confiance ».

Cette relation de confiance, dont l'humour semble être un puissant facteur d'accroissement, concerne aussi bien les nourrissons, les enfants, les adolescents et les adultes. Pour certains, l'humour n'a *« pas de limite d'âge, d'origine… il faut juste 'sentir' la personne avec qui on manie l'humour »*. Pour d'autres, *« suivant l'âge de la personne, l'humour est différent » (Cf. Annexe 9)*. En conséquence, on ne rira pas de la même manière avec un nourrisson qu'avec un adulte. Tandis que le premier sera distrait par la seule manifestation physique de l'humour, le second s'attardera sur un humour verbal plus subtil, davantage porté vers les mots d'esprit. Ainsi, il n'existe pas un protocole de l'humour à adapter pour chaque patient : *« C'est surtout la forme humoristique qui doit être adaptée à l'âge »*. Si la pratique de l'humour semble modifiée suivant l'âge de la personne, elle varie essentiellement en fonction de la personnalité du patient : *« Il n'y a pas de catégories d'âge mais plutôt un état d'esprit »* ; *« C'est vraiment personne dépendant »*.

Considérer l'humour comme dépendant du caractère de l'individu, suppose de détenir des indices permettant de savoir si le patient y est réceptif ou non. Le premier sourire, lors du « bonjour » de bienvenue, constitue l'indice majeur : *« Dès le premier bonjour, j'affiche un sourire au patient afin de voir ce qu'il me renvoie à son tour. À partir de ce moment, je suis dans la capacité de me dire si oui ou non je pourrai détendre l'atmosphère en utilisant l'humour »* ; *« S'il fallait citer un indice : je pense que ce serait le sourire franc. C'est un trait physique qui caractérise de manière simple, et à tout âge de la vie, le bonheur »*.

Si la facilité à pratiquer l'humour dans les soins dépend nécessairement du patient, le soignant doit également adopter une attitude propice à sa mise en place : *« Je crois qu'on invite aussi à l'humour en fonction de l'attitude que l'on a. Une personne souriante, gaie et prévenante attire ce genre de comportement »*. Bien que le sourire constitue un indice important, c'est le ressenti du soignant qui prédomine : *« Ça se sent. Ça ne s'explique pas. Une forme de pudeur prend le dessus quand ce n'est pas le moment… et puis une minute plus tard on fait tomber un truc, on feint la chute, on se cogne le nez sur la porte et hop, la braise montre sa fine incandescence. Il faut alors souffler dessus mais pas trop fort juste pour que le feu prenne sans tout éteindre »*. Très belle métaphore qui démontre toute la finesse de l'humour. Une délicatesse bien appréciable dans l'univers alarmant de l'hôpital, où tout doit aller le plus vite possible.

L'enjeu de la onzième question du complément d'enquête était de recueillir les avis soignants quant aux possibles effets thérapeutiques de l'humour. Pour certains, l'humour apporte des bénéfices *« à tous les niveaux »*, que ce soit biologique, psychologique ou social. En ce sens, l'humour est synonyme de « bonne santé » : *« L'humour est une forme de bien-être, qui par continuité permet d'être heureux… et donc en meilleure santé. Prendre la définition de la santé par l'OMS qui dit qu'être en*

bonne santé, c'est un état de parfait bien-être mental, social, physique et qui ne résulte pas seulement en une absence de maladie. Donc l'humour contribue à être en bonne santé ».

Quelques soignants se montrent malgré tout assez réticents à parler de « thérapie par le rire » : *« Je ne sais pas si le rire a un effet thérapeutique, mais je suis convaincue qu'il a un effet antalgique sur tous les types de douleurs (induites, chroniques ou psychiques) »* ; *« Thérapeutique, je ne sais pas, mais s'il passe un bon moment le temps de leur examen radio, c'est toujours ça de gagné ».* L'effet thérapeutique de l'humour ne semble pas direct mais fonctionne au travers du mental du patient et de sa capacité à affronter la maladie : *« L'humour peut jouer sur le bien-être mental du patient ; ce qui peut favoriser sa motivation pour suivre un traitement par exemple. Je pense que l'effet thérapeutique est indirect… l'humour ne soigne pas directement malheureusement ».* Il semble difficile de guérir uniquement par l'humour, mais il permet vraisemblablement de contribuer à la guérison, ou du moins d'accéder à une vie meilleure, davantage optimiste.

Peut-on parler de psychothérapie humoristique ? Pour la majorité des répondants, l'humour apparaît en tant que moyen thérapeutique, il ne s'agit guère d'une fin en soi *(Cf. Annexe 10)*. On ne se guérit pas par le rire, mais on adopte une attitude positive qui nous conduit sur le chemin de la guérison. Si cette dernière n'est pas possible, l'humour permet de modifier notre regard sur la vie et prendre acte de notre propre finitude avec moins de dramatisme. L'humour prend donc pleinement place au cœur de la relation de soin.

Cependant, certaines barrières rendent sa pratique dans le métier de manipulateur en électroradiologie parfois difficile au quotidien *(Cf. Annexe 11).* Entre surcharge de travail et manque de temps, tous deux générateurs de stress, le rapport à l'humour est souvent compliqué. Technicité du métier, manque d'expérience et moyens de radioprotection peuvent également faire perdre de vue l'aspect humain et social de notre métier.

Néanmoins, l'emploi de l'humour semble varier principalement en fonction du patient *(« L'humour n'a pas vraiment de limite à part la personne en face de vous »*) et de la situation. En tant que soignant, nous ne devons pas tenir nos jugements pour acquis. Certaines personnes, gravement malades, semblent détenir une capacité d'autodérision insoupçonnée : *« Dans tous les cas, je ne proscrirai pas l'humour. Il faut juste savoir l'utiliser au bon moment. Surtout, il ne faut pas croire qu'une personne souffrant d'une maladie grave n'a pas le droit à recevoir de l'humour. On a tendance à vouloir les prendre en pitié, mais c'est pire. On est parfois surpris de voir ces personnes d'autant plus réceptives à l'humour que d'autres mieux portantes ».*

Nous avons étudié les effets positifs apportés par l'humour sur le mental du patient. Pour autant, les soignants ont-ils déjà vécu une situation où l'humour a provoqué des effets négatifs ? *(Cf. Annexe 5, Question 14).* Si la majorité des manipulateurs répondent « non », la règle d'application est de détecter au travers de notre ressenti la réceptivité du patient au rire : *« Je n'ai pas connu d'effet négatif. Par contre des patients ne sont pas toujours sensibles à cet outil, il ne faut donc pas insister ».*

Comment savoir si la personne qui nous fait face ne va pas accueillir chaleureusement notre pointe de jovialité au sein de la froideur de l'hôpital ? *« Certains patients ne rigolent pas, ne lèvent pas les yeux, ne répondent même pas. Un moment de solitude pour nous qui arrive quand même très rarement »*. En effet, pour certains patients, rire est synonyme de manque de professionnalisme : *« Une vielle dame s'est vexée une fois parce que j'ai échangé une blague avec un collègue devant elle. Elle m'avait dit que l'hôpital n'est pas une place pour rire ! »*. Pourtant, pratiquer l'humour suppose d'être suffisamment à l'aise dans l'aspect technique du métier pour aller un peu plus loin dans l'aspect humain, et laisser exprimer son propre caractère en vue de personnaliser la relation soignant/soigné : *« Il faut travailler sérieusement en vrai professionnel, efficacement et en toute sécurité pour le patient, et l'humour est un petit plus qui peut aider à la réalisation d'un bon examen »*.

Parfois, l'humour passe mal. Non pas car il est mal employé, mais parce qu'il est source d'incompréhension. S'installe alors *« un gros blanc, puis une relation uniquement de professionnel à patient, sans apparence de personnalité »*. Nous pouvons aussi blesser le patient, sans le vouloir, en faisant écho à son vécu personnel : *« La boulette, on veut installer l'humour mais on s'engage sur un terrain glissant peu propice au patient (un décès récent, un patient dépressif où tout sera mal interprété, un thème sensible, etc.) »*. Tout n'est que question d'adaptabilité : *« J'ai déjà ressenti une petite gêne parce que j'avais mal dosé mon humour et que la personne n'était pas réceptive. Mais il faut savoir reprendre le dessus, et amener les gens à se sentir bien en modifiant notre approche »*. Nous faisons tous des erreurs. L'essentiel est de s'en rendre compte, de les surpasser et d'en tirer profit pour éviter de les reproduire. N'est-ce pas là la définition d'un professionnel compétent ?

Au final, apporter un court instant de bonheur au patient, ne serait-il pas l'expression d'une satisfaction personnelle ? Quelle meilleure récompense pour nous, soignants, que d'être *« souvent remerciés pour une petite parenthèse rieuse dans un tourbillon de vie pluvieuse »* ?

D. L'HUMOUR AUPRÈS DES SOIGNANTS

L'humour n'a pas uniquement sa place auprès des patients. Les soignants le pratiquent également entre eux pour égayer leur quotidien : *« Notre métier n'est pas simple au quotidien alors si on se prend la tête… Mieux vaut en rire ! »*. La question qui se pose est la suivante : quels sont les bénéfices apportés au soignant et à ses collègues quant à l'emploi de l'humour dans son travail ? Les répondants semblent unanimes : la bonne humeur est un élément essentiel à la fois pour diminuer les tensions, favoriser une bonne ambiance, et améliorer productivité et motivation *(Cf. Annexe 12)*. Dès lors, une atmosphère enthousiaste et conviviale provoque nécessairement des répercussions sur le moral des soignants. Travailler dans la bonne humeur, c'est accorder plus d'attention à son patient et contribuer à une prise en charge optimale.

La dix-septième question du complément d'enquête consistait à analyser si la pratique de l'humour était modifiée en fonction du service. Les réponses à cette question sont extrêmement variables. De nombreux manipulateurs s'accordent à dire que le lieu d'exercice n'influe pas sur l'usage de l'humour dans la relation soignant/soigné. Seule la personnalité du patient ou du manipulateur influencerait l'emploi de l'humour dans les soins : *« L'humour est universel quelque soit la spécialité : 'on peut rire de tout mais pas avec n'importe qui' »*. Si pour certains le patient est réellement le *« facteur déclenchant »*, pour d'autres, les différences entre modalités impliquent nécessairement une prise en charge du patient différente et donc une approche humoristique modifiée : *« Les services sont différents, leur objectifs et le temps de présence avec le patient le sont aussi… »*. Cependant, pour une même modalité, les avis divergent également *(Cf. Annexe 13)*.

Avant d'entamer la question de former ou non à l'humour, il convient de définir si l'humour est davantage assimilé à une faculté innée ou acquise par les soignants. L'humour est-il considéré comme une prédisposition naturelle propre à chaque individu ? Avons-nous appris à rire et à faire rire au travers de notre éducation ? Pouvons-nous améliorer notre approche humoristique des soins par l'expérience de vie ? Autant d'interrogations qui semblent rester sans réponse catégorique, les avis étant majoritairement partagés *(Cf. Annexe 14)*.

Certains des soignants considèrent l'humour comme une faculté innée de l'Homme, mise en place auprès du patient par son seul instinct naturel. D'autres évoquent un apprentissage à l'humour concevable, et accessible peu importe la personne. Ce serait par l'expérience et les situations de vie que l'on apprendrait à manier cet outil. Personne ne semble en être complètement dépourvu. Chez certains individus, leur rapport à l'humour est juste différent du nôtre, plus lointain. En ce sens, l'humour serait une *« technique relationnelle »* à adopter dans sa pratique, voire à perfectionner, par le biais d'une éventuelle formation.

E. FORMER À L'HUMOUR PROFESSIONNELS ET ÉTUDIANTS

Pour les manipulateurs considérant l'humour comme une faculté innée de l'individu, une formation n'est pas utile : *« L'humour ne s'apprend pas. Il doit être spontané et naturel »*. Le concept de former à l'humour apparaît alors comme étant contre nature : *« Une formation n'est pas nécessaire voire inutile. Soit on est ouvert à l'humour, soit on ne l'est pas. On ne peut pas forcer les gens à faire ce qu'ils ne savent pas faire »* ; *« Je trouve le concept bizarre. L'humour est un trait de personnalité, que l'on a ou non, et qui plaît aux gens justement parce que c'est spontané »*.

D'autres sont réfractaires à cette formation car ils ne perçoivent pas le gain que cette dernière pourrait apporter dans leur pratique actuelle : *« Non je ne pense pas que je la suivrai, l'humour que j'utilise me suffit amplement dans ma pratique quotidienne »* ; *« Non je ne serai pas intéressée je*

pense. Je préfère prendre quelques jours et me déplacer pour des formations plus 'techniques' ».

Cependant, pour de nombreux soignants, l'intérêt d'un tel enseignement est bien réel. L'*Annexe 15* reprend les différents bénéfices, évoqués par les manipulateurs, d'une formation continue mise en place au cours de leur pratique. Que cela soit pour améliorer la prise en charge des patients, se perfectionner, échanger notre expérience avec d'autres professionnels de santé, tenter de vaincre sa timidité avec les patients, ou bien tout simplement par curiosité, la question d'une hypothétique formation à l'humour ne semble pas anodine.

La vingtième et dernière question de notre complément d'enquête consistait à évaluer si la mise en place d'une formation – non plus continue, mais initiale – était perçue comme pertinente dans le cadre d'une meilleure prise en charge du patient.

Est-ce seulement possible ? Considérer l'humour comme une faculté innée de l'Homme rend difficilement applicable son apprentissage auprès de tous les étudiants, notamment chez ceux qui n'y sont pas réceptifs. En conséquence, est-il préférable d'envisager un module « humour » optionnel ouvert uniquement aux étudiants de nature joviale ? Mais cela ne serait-il pas discriminatoire envers les autres ? Enfin, est-il raisonnablement possible d'attribuer une note pour quelque chose que l'on assimile à une prédisposition naturelle propre à chaque individu ? Cela ne reviendrait-il pas à désavantager ceux qui n'en seraient guère pourvus ? À moins que l'humour soit une faculté acquise de l'Homme, accessible à tous, quelque soit sa personnalité. Dès lors, le problème ne se pose plus et la mise en place d'une telle formation semble envisageable au regard des bénéfices apportés à la fois au patient et au soignant.

Au vu des réponses, les avis semblent là encore très partagés. Si certains s'opposent à former les étudiants à l'humour, la raison évoquée n'est pas forcément la même *(Cf. Annexe 16)*. Nous l'avons vu, plusieurs soignants considèrent l'humour comme inné donc non accessible via un enseignement. Alors que d'autres le voient comme acquis, ils envisagent une formation possible uniquement en continue, lors de la pratique professionnelle. Enfin, certains se disent contre un apprentissage de l'humour dès le cursus de manipulateur car cela signifierait plus de matières – et donc plus d'heures de cours pour les étudiants – alors que le programme d'études est déjà très dense actuellement.

Toutefois, tous les soignants ne s'opposent pas à former les étudiants à l'humour *(Cf. Annexe 17)*. Illustrons ce cas de figure par ce très beau témoignage : *« Lors de mon cursus, ma formatrice nous a mis face à des situations sociales courantes que l'on rencontre à l'hôpital. On a alors appris ce qu'était la colère, le déni, la tristesse, etc. Toutes ces émotions que le patient peut ressentir au cours de son passage à l'hôpital. Elle nous a donné des conseils afin de soulager le patient dans sa détresse sans l'abandonner en fuyant la situation qui peut nous blesser. Cet apprentissage, j'ai eu l'occasion de le réaliser face à une patiente qui saturait des soins médicaux et qui se sentait abandonnée. J'ai réussi à lui redonner un sourire. Le lendemain, je l'ai croisée avec son frère qui m'a remerciée. Ils souriaient*

tous les deux et cela m'a rendue heureuse. Alors oui, ce que j'ai appris, je l'utilise encore aujourd'hui et pas seulement face à des patients. Je pense donc que l'humour trouverait sa place dans notre formation ». Mais accepter de former les étudiants à l'humour pose néanmoins la question de rendre cette formation obligatoire à tous les étudiants ou bien seulement optionnelle. Un enseignement humain, dans un cadre d'apprentissage porté essentiellement sur la technique, en vue d'améliorer le relationnel et d'enrichir la dimension psychosociale des futurs soignants.

Nous avons donc recueilli les avis des soignants au regard d'une formation continue, à mettre en place durant leur exercice professionnel, et d'une formation initiale, à instaurer dès le cursus étudiant de manipulateur en électroradiologie médicale.

Notre quatrième et dernière partie tentera de répondre à notre problématique de départ, à savoir si une formation à l'humour est envisageable – et si oui, sous quelles formes et conditions – après avoir répondu préalablement à nos deux hypothèses de recherche. Enfin, nous mettrons en exergue les limites rencontrées au cours de ce travail de fin d'études.

PARTIE IV. DISCUSSION

CHAPITRE 1. MISE À L'ÉPREUVE DES HYPOTHÈSES

Comme annoncé précédemment, ce premier chapitre vise à mettre en discussion ce qui a été retiré de notre étude et du cadre théorique, en vue d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses générales, pour ensuite donner réponse à notre problématique.

A. L'HUMOUR, PAR SES BIENFAITS PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES, PERMET D'INSTAURER UNE RELATION DE CONFIANCE ENTRE SOIGNANT ET SOIGNÉ

Notre première hypothèse de recherche est confirmée. Si la légèreté de l'humour tend parfois à faire oublier sa complexité, il faut user de cet outil avec discernement suite à un jugement clinique pertinent du patient et de la situation. Dès lors, son emploi dans les soins semble parfaitement approprié en vue de combler l'atmosphère aseptisée de l'hôpital.

Nous détaillerons ce constat en abordant successivement les réponses aux questions formulées lors de notre cadre empirique.

A.1. LES MANIPULATEURS ADOPTENT FRÉQUEMMENT L'HUMOUR AUPRÈS DU PATIENT

L'humour a été défini comme un outil de communication à part entière, mettant en lien émetteur et récepteur d'un message comique et bienveillant (Patenaude, 2006). Il s'agit aussi bien d'un humour verbal qui revêt de nombreuses formes (ironie, autodérision, humour noir, *etc.*) ; ou non verbal à travers une gestuelle amusante, une posture ou des mimiques qui prêtent à rire, ou un sourire en tant que simple échange de courtoisie (Charaudeau, 2006).

La relation de soin correspond à l'échange entre un soignant et un soigné. De l'avis des professionnels en exercice, communiquer par l'humour revient à rendre le soin davantage authentique auprès du patient, par l'expression de notre propre personnalité. L'usage de l'humour dans le contexte des soins apparaît donc fondamental pour la plupart, et sa pratique semble régulière qu'il s'agisse des soignants ou des étudiants. Peu importe l'âge du manipulateur, son degré d'expérience, ou son lieu d'exercice, l'humour s'impose pour la plupart en tant que valeur personnelle et professionnelle à mettre en pratique dans notre métier.

Le taux élevé de réponses obtenues lors de notre recherche exploratoire explicite l'intérêt porté à pratiquer l'humour dans les soins. Rire est une nécessité vitale, un besoin fondamental de se récréer pour assurer son épanouissement personnel dans l'exercice de sa profession (Henderson, 1960).

A.2. LE CHOIX D'EMPLOYER L'HUMOUR RELÈVE DU CONTEXTE DES SOINS

En évoquant les prédispositions à l'utilisation de l'humour au cours de notre première partie, nous avons mis en évidence l'importance du contexte des soins (Patenaude, 2006). Être bon professionnel, c'est établir un jugement clinique pertinent de la situation et identifier si le moment est propice à faire de l'humour ou non. Observer, écouter, et identifier précisément les circonstanciels de lieu et de temps assurent une démarche soignante de qualité, dans le respect des valeurs d'autrui (ANESM, 2008).

Pour certains manipulateurs, la surcharge de travail, le manque de temps, la technicité du métier, ou encore le manque d'expérience, représentent des limites à l'utilisation de l'humour dans les soins. Pour d'autres, son usage dépend uniquement des facteurs humains et non de causes latentes : c'est la personnalité du soignant et du patient qui rend l'humour ou non possible. Un humour spontané qui se base sur le simple ressenti du professionnel, sur son instinct naturel ; ou réfléchi, dans la manière de s'exprimer, de le mettre en place, selon la personne qui nous fait face.

Néanmoins, tous considèrent que l'humour est fonction de la situation. Son aspect contextuel le rend parfois difficile dès lors que nous avons à faire à des urgences, des patients polytraumatisés ou inconscients. Cependant, il est important de noter que certaines personnes, même gravement malade, détiennent une incroyable faculté d'autodérision. Dans le contexte pesant de l'oncologie, le rire ne semble pas proscrit. Bien au contraire, face à des situations accablantes, une ode à la vie surgit à travers un humour le plus souvent initié par le patient lui-même.

A.3. LES PROFESSIONNELS PERÇOIVENT L'HUMOUR COMME UN OUTIL THÉRAPEUTIQUE

L'exemple de Cousins (1979) identifie l'humour en tant que possible outil thérapeutique. Face à la maladie, l'humour nous permet d'adopter un optimisme de vie qui nous aide à la combattre – voire même la vaincre – améliorant sans commune mesure notre capacité de résilience.

Le rire détient d'ailleurs de nombreux effets physiologiques sur le corps : il constitue un exercice musculaire, il améliore la respiration, il stimule le système cardiovasculaire, il facilite la digestion, il agit sur le système neuro-végétatif, il soulage la douleur, il éveille le psychisme, il développe la sexualité, et il promeut sans conteste la qualité de vie (Rubinstein, 1983). Ainsi, le rire se

décrit comme une manifestation physique du corps, en réponse à un processus mental, l'humour (Robinson, 1991). Si le rire contribue à la santé, alors l'humour est un des remèdes face à la maladie.

Si la majorité des répondants assimilent l'humour à un outil thérapeutique, il ne s'agit pas pour autant de la solution miracle. L'humour ne guérit pas. Il aide le patient à faire face à la maladie grâce à une vision positive de sa situation de malade. Les bénéfices biologiques et physiologiques du rire découleraient des répercussions de l'esprit sur le corps. Se reconstruire sur le plan physique, suppose donc de rétablir au préalable la plénitude de sa dimension spirituelle et intellectuelle. Parler de psychothérapie humoristique revient à considérer la santé de l'esprit et la santé du corps aussi importantes l'une que l'autre, et suffisantes pour apprécier la vie à sa juste valeur.

A.4. L'HUMOUR PROCURE DES EFFETS POSITIFS AU SOIGNÉ ET AU SOIGNANT

Lors de notre première partie, nous avons pu mettre en évidence les différents apports de l'humour. En ayant la faculté de conforter la relation de soin ou bien de la mettre en place, l'humour se pose comme créateur relationnel (Patenaude, 2006). Qu'il soit cause ou conséquence de cette relation, l'humour a la faculté de faire communiquer les Hommes et de créer un lien social bâti sur la confiance.

Nous avons vu également l'humour en tant que mécanisme de défense (DSM IV, 1996), à la fois pour le professionnel face au stress du travail ou à des situations parfois pesantes, mais aussi pour les patients afin de diminuer leur anxiété à l'égard de la maladie ou de l'examen. Dans les deux cas, il s'agit de substituer aux émotions négatives qui nous submergent, des émotions positives teintées de gaieté (Ionescu, 1997).

Naturellement, l'humour est aussi une preuve de notre humanitude. À travers un rire partagé, l'individu se reconnaît dans son espèce – l'Humanité – et reconnaît l'autre comme faisant partie de cette même entité. Avant même d'être une attitude humoristique, l'humour apparaît tel une preuve de vie permettant de rendre un soin technique davantage humain à l'égard du patient (Foubert, 2008).

Enfin, l'humour se présente comme une technique de distraction qui détourne le soigné de ses préoccupations premières (Bergson, 1900). En faisant diversion, l'ambiance est moins tendue et le patient est plus à même d'accepter des soins pour lesquels il pourrait se montrer réticent au premier abord. Faire preuve d'humour dans notre prise en charge, c'est exercer une complicité bienveillante entre soignant et soigné à nulle autre pareille (Rubinstein, 1983).

Notre recherche exploratoire confirme d'ailleurs ces différents bienfaits. L'humour assure également une bonne ambiance entre collègues de travail, et représente une formidable méthode pour aplanir la hiérarchie entre l'individu à la blouse blanche et celui à la chemise d'hôpital. Un élément perçu pour la plupart comme essentiel à notre pratique, améliorant significativement productivité et motivation dans le travail.

A.5. L'HUMOUR PEUT AUSSI ENGENDRER DES EFFETS NÉGATIFS

Des rires aux larmes. Au cours de cette partie théorique, nous avons évoqué les limites et contraintes à l'humour dans les soins. Un humour trop systématique est susceptible d'entraver les valeurs morales du patient et de compromettre la relation entre soignant et soigné. Cet outil complexe est à manier avec précaution et subtilité, et à adapter en fonction du patient et de la situation (Patenaude, 2006).

En abordant l'humour comme technique de distraction à court terme, nous posons le problème de l'humour en tant que mécanisme d'évitement à long terme. Il survient alors un déni de la réalité qui consiste à déprécier l'importance d'une situation pourtant capitale (Panichelli, 2007).

Suite à l'analyse de nos données qualitatives, nous avons remarqué que seul un faible nombre de soignants a pu être confronté à un effet négatif de l'humour dans leur pratique. Ce dernier résulte le plus souvent de la personnalité du patient qui réceptionne mal le message humoristique soit parce que le sujet n'est pas en « humeur de jeu » (Eastman, 1958), soit parce que l'humour est source d'incompréhension. Le risque principal étant de rire à un moment inapproprié et face à des propos qui font ressurgir une situation de vie émotive, voire douloureuse, au soigné.

B. MANIPULATEURS, DIPLÔMÉS ET FUTURS DIPLÔMÉS, SONT FAVORABLES À L'APPRENTISSAGE DE L'HUMOUR DANS LEUR PRATIQUE SOIGNANTE

Notre seconde hypothèse de recherche est partiellement validée. Certes, l'intérêt de former professionnels et étudiants à l'humour semble indiscutable, du fait des nombreux bénéfices apportés à la fois dans la vie personnelle et dans la pratique soignante.

Si la perspective d'une formation séduit, pour autant tous les professionnels ne se déclarent pas favorables à sa mise en place. Entre inné et acquis, les positions demeurent divisées. Abordons désormais point par point les réponses aux questions énoncées lors de notre seconde partie.

B.1. L'ASPECT CLIVANT DE L'HUMOUR : FACULTÉ INNÉE OU ACQUISE DE L'HOMME

Quelle fameuse controverse que l'opposition entre inné et acquis ! Cependant, ces deux termes sont-ils nécessairement à confronter ? Lors de la partie théorique, nous avons mis en évidence le soignant comme facteur d'expression, et le soigné comme facteur d'adhésion, à l'humour. En d'autres termes, la personnalité de l'individu influe sur la facilité ou non à employer l'humour dans les soins (Freud, 1927).

Si la singularité de chaque personne nous fait concevoir l'humour en tant que prédisposition naturelle, pour autant, l'expérience acquise au fil des années dans notre métier affûte notre démarche soignante et nous aide à identifier quels contextes paraissent favorables à l'usage de l'humour.

Notre étude exploratoire illustre des avis plutôt partagés quant à cette question. Certains soignants se montrent catégoriques : l'humour ne s'apprend pas, on naît avec la faculté de rire et de faire rire. D'autres se montrent plus conciliants : nous apprenons à parfaire notre sens de l'humour au travers des épreuves de la vie et de notre pratique, à force de côtoyer des situations diverses et variées.

B.2. LE CONCEPT DE FORMER À L'HUMOUR SÉDUIT LES MANIPULATEURS

Au cours de notre première partie, la rigologie a été définie comme contribuant au bien-être des individus en instaurant un bonheur personnel et social, particulièrement adapté aux professionnels de santé (Cosseron, 2010).

Nous avons pu énumérer de multiples thérapies par le rire – ou gélothérapies – demeurant au sein de la rigologie (Cosseron et Leclerc, 2011). Qu'il s'agisse du yoga du rire, de la méditation par le rire, de la sophrologie ou psychologie ludique, du clown hospitalier, du coaching au rire, ou de l'humour en entreprise, ces différentes techniques s'adressent à tout le monde. Jeunes enfants, adolescents ou adultes peuvent choisir la gélothérapie leur correspondant du mieux possible, en fonction de leur personnalité ou de leurs objectifs : apporter un peu de gaieté dans leur vie personnelle ou professionnelle.

La majorité des soignants et des étudiants se disent intéressés pour suivre une formation à l'humour dans leur travail. Néanmoins, en considérant l'humour comme un instinct naturel de l'Homme, envisager une telle formation paraît compliqué. Quant aux personnes qui se déclarent favorables au concept d'apprentissage à l'humour, ces dernières perçoivent de nombreux bénéfices dans leur vie privée ou dans leur pratique quotidienne auprès des patients ou entre collègues.

B.3. UNE FORMATION S'AVÈRE BÉNÉFIQUE AU REGARD DES SPÉCIFICITÉS DU MÉTIER

En identifiant les spécificités du travail du manipulateur en électroradiologie médicale au cours de notre cadre théorique, nous avons pu voir que l'emploi de l'humour est fonction des services de soins et des patients. L'humour n'est pas le même selon la modalité où l'on exerce, car les contraintes – le temps accordé au patient, les moyens de radioprotection nécessaires, les conditions de stérilité à mettre en place, *etc.* – sont différentes.

L'humour diffère également selon qu'il s'opère auprès des nourrissons et des enfants, où nous nous attacherons davantage à un humour physique, ou bien auprès des adolescents et des adultes, où

l'humour est plus subtil et raffiné, jouant sur le sens des mots et leur portée comique (Proulx, 2007). Bref, employer l'humour n'est pas chose aisée car recouvrant de nombreux aspects, rendant l'intérêt d'une formation continue manifeste.

Les soignants ayant participé au complément d'enquête ont évoqué à la fois des bénéfices dans leur vie professionnelle en vue de se perfectionner dans leur travail, d'échanger leur expérience, d'améliorer la prise en charge des patients ; et des bénéfices dans leur vie personnelle pour vaincre leur timidité ou par simple curiosité.

B.4. INSTAURER UN ENSEIGNEMENT À L'HUMOUR DÈS LE CURSUS ÉTUDIANT DIVISE

Si la pertinence de former à l'humour les manipulateurs déjà en exercice ne semble pas remise en cause par la plupart des soignants, une formation auprès des étudiants divise davantage. Même pour les individus acceptant l'aspect acquis de l'humour, son enseignement dès le cursus étudiant peut poser problème.

Pour certains, on apprend à faire rire autrui par la pratique professionnelle, et la faculté à user de l'humour dans les soins se forge avec l'expérience. Pour d'autres, il est inutile de charger le programme d'études inutilement par une matière « mineure » qui sera dévalorisée par la plupart des étudiants au profit des enseignements techniques et propres au métier de manipulateur.

Dans tous les cas, à la suite de notre première phase de recherche, nous pouvons affirmer que la majorité des soignants, et plus encore les étudiants, s'accordent à dire qu'une formation initiale serait susceptible d'optimiser la prise en charge thérapeutique actuelle du patient.

B.5. LES CONDITIONS DE MISE EN PLACE D'UN APPRENTISSAGE RESTENT INDÉCISES

En posant la question de l'inné et de l'acquis, nous rendons difficile l'idée de mettre en place une formation adressée à n'importe quel soignant ou étudiant, peu importe sa personnalité. Lors de notre analyse de données quantitatives, nous avons pu voir que la plupart des participants s'attachent à reconnaître un apprentissage possible en fonction de l'individu.

L'analyse de données qualitatives nous a permis d'expliciter ce cas de figure en rendant cette formation optionnelle, selon le caractère de la personne et sa motivation à se parfaire quant à l'usage de l'humour dans sa pratique.

Malgré tout, certains professionnels maintiennent une position radicale, revendiquant une formation obligatoire adressée à tous les étudiants pour ne pas discriminer certains d'entre eux, et ainsi affiner leur technique relationnelle. Un moyen pour les élèves manipulateurs d'éviter de se renfermer derrière des soins techniques, et d'apprendre à affronter la vie réelle, une vie parfois pesante et

difficile à supporter, où la présence d'une touche humoristique permet de l'alléger considérablement. Libre à chacun d'adopter l'humour dans son quotidien par la suite.

C. RÉPONSE À LA PROBLÉMATIQUE

Au cours de notre étude, nous avons pris le temps d'étudier la place de l'humour dans la relation soignant/soigné. Nous avons donc défini dans un premier temps le terme de relation, où nous avons mis en évidence l'humour en tant que mode de communication et *a fortiori* comme facteur relationnel. Dès lors, nous avons défini l'humour et ses apports dans la démarche de soins, mais aussi les prédispositions et limites à son utilisation. Enfin, nous avons étudié les particularités à employer l'humour dans le métier de manipulateur, pour ensuite envisager l'intérêt à former les professionnels à l'humour.

Notre questionnement nous a conduit à interroger les manipulateurs en électroradiologie médicale diplômés et non diplômés. À travers deux phases de recherche exploratoire, nous avons pu recueillir à la fois des données quantitatives et qualitatives en vue d'affiner notre réflexion.

Rappelons la problématique de notre travail d'étude :

L'humour, inné ou acquis : vers une formation des manipulateurs en électroradiologie médicale ?

Au vu de nos deux hypothèses de recherche, si l'importance de l'humour dans les soins n'est plus à prouver et l'intérêt à l'égard d'une formation tangible, son institution semble néanmoins complexe à mettre en œuvre.

D'une part, il se pose la question de former à l'humour soit les soignants au travers d'une formation continue, soit les étudiants par une formation initiale, soit les deux. D'autre part, la modalité d'une telle formation reste en suspens : adressée à tous ou seulement à quelques individus dotés d'une personnalité humoristique et prêts à prendre part à cette aventure inaccoutumée.

Pourrons-nous un jour envisager une pause de rire et de bien-être au travail ? Ou un coaching par le rire pour décupler notre motivation et nous détacher de la routine quotidienne ? Ou bien des séances de yoga du rire pour nous libérer de nos tensions internes ? Ou encore des stages d'humour pour apprendre à manier cet outil sans risque de heurter les valeurs morales d'autrui ?

De même, est-il envisageable d'instaurer un module « humour » dans l'unité d'enseignement de psychologie dès le cursus étudiant ? Voire même des ateliers de théâtre, comme a pu l'évoquer un participant lors de la seconde phase de recherche, pour décomplexer les futurs soignants face à un métier qui à première vue ne prête pas forcément à rire ?

L'impulsion de la médecine holistique et de la psycho-neuro-immunologie met en corrélation l'humour avec la santé mentale et physique (Schaller, 2010). Lorsque nous rions, la perception que nous avons du monde qui nous entoure change et s'embellit.

Le déclenchement du rire se fait par l'intermédiaire du système neuro-végétatif au moyen de neuromédiateurs assurant la transmission de la réponse émotionnelle d'un neurone à un autre au niveau des synapses (Abrezol, 2007). De multiples neurotransmetteurs sont impliqués dans l'action du rire : la dopamine favorise l'émotion plaisante, la sérotonine combat la dépression, l'acétylcholine déclenche la contraction musculaire, le GABA (acide gamma-aminobutyrique) inhibe les mouvements non coordonnés et participe à la relaxation, tandis que la noradrénaline maintient un état d'éveil cérébral. De cette approche psychosomatique découle une sensation de bien-être, même éphémère, qui nous pousse à surmonter une situation parfois difficile.

Aborder la psychothérapie humoristique revient donc à concevoir un équilibre harmonieux entre la quiétude psychologique et le corps biologique, formant un seul et unique organisme indivisible biopsychosocial (Engel, 1977). L'esprit joyeux dialogue avec le corps pathologique, pour l'aider à recouvrir sa santé.

Le rire, semblable à un virus, est sans aucun doute contagieux. Il paraît impossible de ne pas succomber à l'envie de rire – ou du moins sourire – quand une personne s'y adonne sous nos yeux. Dans ce cas précis, pour le bonheur de chacun, nous ne saurions que trop vous recommander de tomber malade. N'hésitez pas à propager sans relâche cette épidémie humoristique !

CHAPITRE 2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Abordons dès à présent les limites de notre étude. La question qui se pose est la suivante : comment améliorer la pertinence de nos résultats ? Trois points principaux sont à distinguer : les limites de la recherche au niveau théorique, au niveau méthodologique, et au niveau exploratoire.

Du point de vue théorique, il aurait été intéressant de mettre en avant des études scientifiques relatives à l'humour auprès des manipulateurs en électroradiologie médicale. Nous aurions alors pu dégager d'autres concepts relatifs à notre métier qui ne sont pas apparus au cours de notre revue de littérature. Cependant, aucune étude, ni en langue française ni en langue anglaise, ne semble avoir traité des apports de l'humour dans cette profession, en fonction des différentes modalités.

Du point de vue méthodologique, peut-être aurait-il été pertinent d'adresser un questionnaire auprès des professeurs ou formateurs de chaque école ? En effet, ces derniers font partie des premiers concernés et recueillir leurs avis quant à la mise en place d'une formation à l'humour auprès des étudiants peut sembler judicieux.

De la même manière, afin de mettre en exergue les bénéfices de l'humour sur le soigné, il aurait été opportun de questionner les patients directement. Les répercussions du moral sur le physique sont-elles réellement admises par tous ? Les patients considèrent-ils l'usage de l'humour par le soignant comme un manque de professionnalisme, ou a contrario, comme un moyen d'ouvrir à davantage de gaieté l'environnement aseptisé de l'hôpital, à l'ambiance plutôt morose ?

Enfin, si la réalisation d'entretiens a été envisagée, le risque du faible taux de réponses nous en a rapidement dissuadés. Pour autant, il se serait avéré rationnel d'échanger personnellement sur le sujet, face à face, pour mentionner un outil de communication favorisant le lien social entre deux individus. En primant l'aspect pratique du numérique sur l'aspect relationnel des entretiens, cela peut sembler inapproprié au regard de notre sujet d'étude, humain et empathique avant tout.

Du point de vue exploratoire, nous avons été contraints de traiter nos données quantitatives sous la forme de statistiques descriptives. Ainsi, nous nous sommes limités à une simple description de notre échantillon au travers de données chiffrées. Si le nombre de participants (641 soignants et 411 étudiants) semble déjà important compte tenu de la portée de notre travail, il n'en reste pas moins que l'utilisation de statistiques inférentielles constitue un avantage non négligeable dans le traitement de nos données.

Cette méthode mathématique s'attache à poser une conclusion auprès de la population globale à partir de son observation sur une partie restreinte de cette population. Il s'agit d'induire un cas général à partir du cas particulier. Les statistiques inférentielles auraient donc pu nous permettre

d'extrapoler notre analyse de résultats à l'ensemble des manipulateurs en électroradiologie médicale de France métropolitaine et d'outre-mer.

Quant à l'exploitation de nos données qualitatives, nous avons envisagé d'utiliser un logiciel d'analyse sémantique de textes tel que le logiciel TROPES. Ce dernier est particulièrement adapté pour analyser le contenu d'un entretien. Il permet d'analyser les divers styles de discours ou de niveaux de langage utilisés, ou de catégoriser des mots outils pour ensuite les classifier à travers une arborescence, comme nous l'avons fait lors de notre cartographie conceptuelle sur l'humour. Nous réalisons ainsi une analyse quantitative à partir de données qualitatives.

Néanmoins, son usage nous a semblé d'autant plus compliqué que nos résultats qualitatifs provenaient de questions ouvertes et non d'entretiens à proprement parler. Dès lors, il paraît difficilement envisageable d'appliquer une telle méthode d'analyse discursive face à des réponses concises, parfois uniquement portées par de simples mots et non par des phrases.

Ce travail de fin d'études a débuté à la fin de notre deuxième année. Nous devions alors réfléchir à une problématique sur le thème de la relation soignant/soigné. Cette vaste thématique nous a permis d'aborder de multiples sujets de recherche possibles, aussi classiques qu'originaux.

Notre problématique a été validée en octobre 2015, lors du commencement de notre troisième et dernière année du cursus de manipulateur. Le recueil de données devait être prévu pour mi-janvier, en vue de finir de traiter nos résultats en février 2016. Un premier jet de rédaction de ce mémoire a dû être remis courant mars, pour une finalisation fixée au 15 avril 2016.

Au vu de ces délais relativement courts, la principale limite de notre étude a été le manque de temps. Bien naturellement, cela a influé sur la possibilité d'étendre notre recherche sur la population globale, et ainsi affiner la réponse apportée à notre problématique de départ.

CONCLUSION

Pourquoi former à l'humour ? Quels bénéfices à tirer d'une telle formation ? Peut-être est-ce pour optimiser son approche relationnelle. Ou bien pour perfectionner la prise en charge thérapeutique actuelle des patients. Ou tout simplement pour promouvoir l'humour à la fois en tant que valeur personnelle et professionnelle soignante. Quelque soit la réponse – chacun disposant de sa propre interprétation – la mise en place d'une formation à l'humour séduit la grande majorité des manipulateurs en électroradiologie médicale.

Un tel enseignement captive, passionne, enthousiasme, révolte, intrigue. Tout est à nuancer. Formation continue auprès des soignants, formation initiale dès le cursus étudiant, obligatoire ou optionnelle, destinée à tous ou seulement aux individus prêts à effectuer un travail sur eux-mêmes. Les possibilités sont nombreuses. Une formation à l'humour recèle sans aucun doute autant de combinaisons possibles que de personnalités.

S'il existe un lien entre le rire et la santé, c'est peut-être davantage une affaire de relations sociales entre un soignant et un soigné qui partagent un instant de convivialité, que de rire proprement dit. Après tout, un rire sincère n'est guère un rire isolé. L'humour est un mode de communication qui rassemble, et conforte le sujet dans l'extériorisation de son humanité.

Introduire l'humour dans sa pratique professionnelle représente avant tout l'expression d'une satisfaction personnelle : animer le patient de multiples émotions positives, jusqu'à lui apporter une sensation de mieux-être, pour obtenir en gage de remerciement un sourire sincère et reconnaissant.

L'Homme a besoin de reconnaissance. L'humour est un de ces plaisirs altruistes qui apportent au soignant tout autant qu'ils confèrent au soigné. Être soignant, c'est apprécier de contribuer au recouvrement de la santé d'autrui, ou du moins au rassemblement de ses forces psychiques.

Au final, voilà l'enjeu de ce mémoire de fin d'études. Faire connaître l'opinion des manipulateurs sur la pertinence à apporter davantage d'humanisme via l'humour et le rire à la fois pour le bien-être du patient et du soignant. L'amélioration des pratiques professionnelles ne pourra s'envisager sans prendre en compte l'importance du moral du manipulateur en termes de motivation, productivité et aptitudes relationnelles.

Étudier l'humour comme un système de dynamique mentale à la fois côté soignant et côté soigné, nous a donc semblé fondamental pour en dégager la nécessité de former les manipulateurs à l'humour. Malgré tout, il convient de se méfier de son apparente simplicité. Alors que certains y découvriront un apport non négligeable, d'autres trouveront son intérêt limité. Une éducation au comique avec pour objectif principal de développer ce que nous avons au plus profond de nous dès la naissance. Quant à ceux qui ne seraient pas réceptifs à l'humour… rien n'est jamais perdu d'avance !

Dans le fond comme dans la forme, cette problématique de recherche m'est apparue originale, drolatique, et profitable à mon futur exercice professionnel. Tout au long de ce travail, vous aurez peut-être décelé un sujet qui m'intéresse intimement et témoigne d'une certaine authenticité dans ces écrits. Une volonté de mettre en avant un bonheur de vivre certain, une nécessité d'exprimer son véritable caractère dans notre métier futur, et le besoin de rester fidèle à soi-même.

D'ailleurs, l'attachement porté à ce thème de recherche est semble-t-il communicatif. Par l'intermédiaire de nos formateurs, j'ai eu l'occasion de présenter ce mémoire aux 57èmes Journées Scientifiques des manipulateurs d'électroradiologie médicale organisées les 31 mars, 1er et 2 avril 2016, par l'Association Française du Personnel Paramédical d'Électroradiologie (AFPPE).

Une expérience enrichissante poursuivie par la coécriture d'une publication sur notre sujet de recherche avec l'aide de ma référente de mémoire, Mme SOPHIE LANTHEAUME, Docteure en Psychologie de la Santé. L'enjeu étant de combler les limites à cette étude, à savoir d'extrapoler nos données à la population globale par l'intermédiaire de statistiques inférentielles, et ainsi déployer notre ambition de former les professionnels à l'humour dans un avenir proche.

Une formation à l'humour ne semble en aucun cas futile. Au fil de ce mémoire, nous avons pu émettre plusieurs hypothèses quant à la mise en place d'un tel apprentissage pour le moins atypique. Cependant, comment l'instaurer concrètement ? Quels intervenants à l'humour – rigologues, psychologues, manipulateurs expérimentés, ou autres spécialistes – afin d'assurer des améliorations substantielles dans les services actuels d'imagerie médicale et de radiologie thérapeutique ?

Voilà autant de questions susceptibles de nourrir une réflexion en profondeur sur la manière de bâtir ce nouveau module de formation, fantasque et vivifiant.

BIBLIOGRAPHIE

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CLASSÉES PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE
SELON LES NORMES DE L'AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA)

- Abrezol, R. (2007). *Le rire, une source inépuisable de santé. Le rire améliore la digestion, entraîne une détente musculaire et renforce les défenses immunitaires.* Paris : Lanore Fernand Éditions.

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre.* Récupéré du site de l'auteur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Issy-les-Moulineaux : Masson. Récupéré à : https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf

- Bagros, P., Le Faou, A.-L., Lemoine, M., Rousset, H., De Toffol, B., Pain, B., Cauli, M. et Bégué-Simon, A.-M. (2004). *ABCDaire des sciences humaines en médecine.* Paris : Ellipses.

- Barclay, R. (1676). *Apologie de la véritable théologie chrétienne.* Amsterdam.

- Baudelaire, C. (1855). *De l'essence du rire et généralement du comique dans les arts plastiques.* Paris : Éditions Sillage.

- Bedos, G. (1998). *Pointes, piques et répliques.* Paris : Le Cherche Midi.

- Bennett, M. P. and Lengacher, C. (2006). Humor and Laughter may Influence Health. II. Complementary therapies and humor in a clinical population. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine (eCAM), 3* (2), 187-190. Oxford University Press. Doi : 10.1093/ecam/ne1014. Retrieved from : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1475938/pdf/nel014.pdf

- Bergson, H. (1900). *Le rire. Essai sur la signification du comique.* Paris : Éditions Alcan.

- Beton, J. (2013). *Un mémoire en Beton. L'humour dans la relation de soin* (travail de fin d'études). Institut de formation en soins infirmiers, Valence.

- Bonah, C., Haxaire, C., Mouillie, J.-M., Penchaud, A.-L. et Visier, L. Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé. *Médecine, santé et sciences humaines. Manuel.* Paris : Les Belles Lettres.

- Borge, V. (1991). International Humor Treasure. *Humor Matters, 7* (4), 127-139.

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, (67), 68-83. Récupéré à : http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf

- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique.* Paris : Presses Universitaires de France.

- Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique : Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide* (vol.1). Montréal : Gaëtan Morin.

- Charaudeau, P. (2006). Des catégories pour l'humour ? *Revue Questions de communication* (10), 19-41. Nancy : Presses Universitaires de Nancy. Récupéré à : http://www.patrick-charaudeau.com/IMG/pdf/____2006_b_Humour_Q-_de_Com.pdf

- Comité hospitalier de la Communauté Économique Européenne (CEE). (1979). *Charte européenne du malade usager de l'hôpital.* Luxembourg.

- Cosseron, C. et Leclerc, L. (2011). *Le yoga du rire. Hasya yoga et clubs de rire du Dr Madan Kataria.* Paris : Guy Trédaniel Éditeur.

- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient. Reflections on Healing and Regeneration.* États-Unis : W. W. Norton. (Traduit de l'anglais par R. Coryell. *Comment je me suis soigné par le rire*, Paris : Éditions Payot & Rivages. 2003.)

- Déchanoz, G. (1986). *Les besoins en soins infirmiers des personnes soignées.* Paris : Le Centurion.

- Descartes, R. (1637). *Discours de la méthode.* Leyde. Récupéré de J.-M. Tremblay, 2002, édition électronique : http://classiques.uqac.ca/classiques/Descartes/discours_methode/Discours_methode.pdf

- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2015). *Autres professions de santé. Synthèse des effectifs au 1er janvier 2015.* Récupéré du site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/autres_professions_de_sante._synthese_des_effectifs_au_1er_janvier_2015.pdf

- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2016). *La formation aux professions de la santé en 2014.* Récupéré du site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-198.pdf

- Douguet, F. (2000). *Pour une approche sociologique de la maladie.* Objectif Soins, 82.

- Dumarsais, C.-C. et Fontanier, P. (1967). *Les tropes.* Genève : Slatkine Reprints.

- Eastman, M. (1958). *Plaisir du rire.* Paris : Société d'édition d'enseignement supérieur.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196* (08), 129-136. doi : 10.1126/science.847460. Récupéré du site de la revue : http://science.sciencemag.org/content/196/4286/129

- Foubert, A. (2008). *La place du rire dans la relation de soins.* L'aide-soignante, 22 (99), 26-27. doi : AIDSOI-09-2008-22-99-1166-3413-101019-200808757.

- Fortin, B. (2004). L'humour et la santé : une relation drôlement complexe. *Psychologie Québec, 21* (5), 35-38. Récupéré à : http://www.psychologue.levillage.org/04_Fortin_opq.pdf

- Freud, S. (1927). *L'humour.* Paris : Presses Universitaires de France.

- Groddeck, G. W. (1922). *La Compulsion de symbolisation.* Dans *La Maladie, l'art et le symbole.* Paris : Gallimard, 1969.

- Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care.* Geneva: International Council of Nurses.

- Hesbeen, W. (2008). *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital. La place des proches dans la relation de soin*, cité par Wanquet-Thibault, P. *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital.* Issy-les-Moulineaux : Masson.

- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.* France : InterÉditions-Masson.

- Horace. (23 av. J.-C.). *Carmina.* (Traduit du latin par F. Villeneuve. *Odes,* I, 11. Paris : Les Belles Lettres. 1929.)

- Humour. (n.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne.* Repéré à : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668

- Institut national du cancer (INCa). (2008). *Traitements. Qu'est-ce que la radiothérapie ?* Récupéré du site de l'auteur : http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Radiotherapie/Qu-est-ce-que-la-radiotherapie

- Ionescu, S., Jacquet, M.-M. et Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique.* Paris : Nathan.

- Jakobson, R. (1960). *Closing Statement: Linguistics and Poetics.* New York : T.A. Sebeok. (Nicolas Ruwet, trad. *Essais de linguistique générale, Les fondations du langage.* Paris : Éditions de Minuit. 1963.)

- Jouanna, J. (2005). La théorie des quatre humeurs et des quatre tempéraments dans la tradition latine (Vindicien, Pseudo-Soranos) et une source grecque retrouvée. *Revue des Études Grecques, 118* (1), 138-167. Récupéré de : http://www.persee.fr/doc/reg_0035-2039_2005_num_118_1_4609

- Journal Officiel de la République Française. (1953, version consolidée au 1 avril 2016). *Code de la santé publique.* France. Récupéré sur Légifrance.

- Journal Officiel de la République Française. (1997). *Décret n°97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale.* France. Récupéré sur Légifrance.

- Journal Officiel de la République Française. (2002, version consolidée au 5 avril 2016). *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.* France. Récupéré sur Légifrance.

- Journal Officiel de la République Française. (2005). *Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.* France. Récupéré sur Légifrance.

- Journal Officiel de la République Française. (2009). *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. France. Récupéré sur Légifrance.

- Kant, E. (1792). *Fondements de la métaphysique des moeurs* (V. Delbos, trad.). (Ouvrage original publié en 1785 sous le titre *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*). Récupéré de P. Folliot, 2006, édition électronique : http://classiques.uqac.ca/classiques/kant_emmanuel/fondements_meta_moeurs/fondem_meta_moeurs.pdf

- Kataria, M. (2004). *Rire sans raison.* Mumbai, Inde : Madhuri International.

- Kurtz, J.-P. (2013). Humour. Dans *Dictionnaire étymologique des anglicismes et des américanismes, Tome 3.* Paris : Books On Demand.

- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

- Lepez, E. (2009). *L'humour et le rire, des outils éducatifs à part entière* (travail de fin d'études). Enseignement Supérieur Socio-éducatif. Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, Tournai.

- Littré, E. (1863). *Dictionnaire de la langue française.* Paris.

- Magnon, R., Déchanoz, G. et Bec, J. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière* (éd. 3). Paris : Elsevier Masson.

- Marenco, G. (2013). *L'humour, humeur soignante !* (travail de fin d'études). Institut de formation en soins infirmiers de la Croix-Rouge Française, Ollioules.

- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50* (4), 370-396. doi :10.1037/h0054346. Récupéré du site Classics in the History of Psychology, C. D. Green, York University, Toronto, Ontario : http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm

- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2012). *Les fiches-métiers : Manipulateur en électroradiologie médicale.* France. Récupéré du site de l'auteur : http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/manipulateur-en-electroradiologie-medicale

- Nadot, M. (2005). Au commencement était le prendre soin. *La revue de référence infirmière, Soins, 700*, 37-40. Paris : Masson.

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (1990). *Nursing Diagnosis, the official journal of the North American Nursing Diagnosis Association.* Philadelphie : J.-B. Lippincott.

- Organisation des Nations Unies (ONU). (1948). *Déclaration universelle des droits de l'Homme.* Paris. Récupéré à : http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.* Récupéré du site de l'auteur : http://www.who.int/about/definition/fr/print.html

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1986). *Première Conférence internationale sur la promotion de la santé*. Charte d'Ottawa, Canada. Récupéré du site de l'auteur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship.* New York: Putman Publishing Group.

- Ostensen, H. (2005). *L'imagerie diagnostique : Qu'est-ce que c'est ? Quand et comment l'utiliser en situation de ressources limitées ?* Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Récupéré à : http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21379fr/s21379fr.pdf

- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné. 2ème édition.* Noisy-le-grand : SETES Éditions.

- Panichelli, C. (2007). Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (39), 39-56. doi : 10.3917/ctf.039.0039. Récupéré à : http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2007-2-page-39.htm

- Patenaude, H. et Hamelin Brabant, L. (2006). L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature. *Association de recherche en soins infirmiers*, (85), 36-45. doi : 10.3917/rsi.085.0036. Récupéré à : http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-36.htm

- Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : Dictionnaire à l'usage des étudiants et professionnels infirmiers.* Reuil-Malmaison : Lamarre.

- Proulx, S. (2007). L'humour chez les enfants. *Métiers de la petite enfance*, (127). doi : 2007#10003.

- Rabelais, F. (1534). *La vie très horrifique du grand Gargantua, père de Pantagruel, jadis composée par M. Alcofribas abstracteur de quintessence. Livre plein de Pantagruélisme.* Paris : Éditions du Monde Moderne.

- Raynal, F. et Rieunier, A. (1997). *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés : Apprentissage, formation, psychologie cognitive*. Issy-les-Moulineaux : ESF.

- Rispail, D. (2002). *Mieux se connaître pour mieux soigner. Une approche du développement personnel en soins infirmiers.* Paris : Masson.

- Robinson, V. (1991). *Humor and the Health Professions.* Thorofare, New Jersey: Slack.
- Rogers, C. R. (1966). *Le développement de la personne.* France : Dunod-InterÉditions. (Ouvrage original publié en 1961 sous le titre *On Becoming a Person.* USA : Houghton Mifflin Company).
- Rogers, M. E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing.* Philadelphie : F.A. Davis Company.
- Rubinstein, H. (1983). *Psychosomatique du rire : rire pour guérir.* Paris : Robert Laffont.
- Schaller, C. T., Cosseron, C. et Kinou Le Clown. (2010). *Le rire, une formidable thérapie.* Paris : Lanore Fernand Éditions.
- Schuhl, C. (2007). Quand le rire apparaît-il ? *Métiers de la petite enfance*, (127). doi : 2007#10008
- Seaward, B. L. (1992). Humor's healing potential. *Health progress, 73* (3), 66-70.
- Seznec, J.-B. et Ouvrier-Buffet, E. (2014). *Pratiquer l'ACT par le clown : la thérapie d'acceptation et d'engagement.* Paris : Dunod.
- Siksou, M. (2008). George Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le journal des psychologues*, (260), 52-55. doi : 10.3917/jdp.260.0052. Récupéré à : http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-52.htm
- Svandra, P. (2009). *Éloge du soin, une éthique au coeur de la vie.* Paris : Seli Arslan.
- Titze, M. (1995). *La force thérapeutique du rire. Guérir de la pudeur issue de l'enfance avec l'humour thérapeutique.* (Ouvrage original publié sous le titre *Die heilende Kraft des Lachens. Mit therapeutischem humor heilen frühe beschämungen*. München : Kösel).
- Tremayne, P. (2014). Using humour to enhance the nurse-patient relationship. *Nursing Standard, 28* (30), 37-40. doi : 10.7748/ns2014.03.28.30.37.e8412. Retrieved from : http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2014.03.28.30.37.e8412
- Zimerman, D. (2005). L'humour dans nos groupes thérapeutiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (44), 87-95. doi : 10.3917/rppg.044.0087. Récupéré à : http://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2005-1-page-87.htm

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I. LES DIFFÉRENTES FORMES D'HUMOUR (NON EXHAUSTIF) 22

TABLEAU II. LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU RIRE..... 25

TABLEAU III. LES PRINCIPALES GÉLOTHÉRAPIES (NON EXHAUSTIF)..... 39

TABLEAU IV. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE..... 45

TABLEAU V. LES PARTICIPANTS 46

TABLEAU VI. LES OUTILS 47

LISTE DES FIGURES

FIGURE I. L'HUMOUR, VALEUR PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE 52

FIGURE II. HUMOUR ET TRANCHE D'ÂGE 53

FIGURE III. HUMOUR ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE 54

FIGURE IV. HUMOUR ET MODALITÉS 55

FIGURE V. UNE FORMATION CONTINUE À L'HUMOUR ? 59

FIGURE VI. UNE FORMATION INITIALE À L'HUMOUR ? 60

TABLE DES MATIÈRES

NOTE AUX LECTEURS **2**

REMERCIEMENTS **4**

SOMMAIRE **5**

INTRODUCTION **6**

PARTIE I. CADRE THÉORIQUE **9**

CHAPITRE 1. LE SOIN OU L'HISTOIRE D'UNE RELATION 9

A. Le soin *9*

A.1. Le concept du soin 9

A.1.1. La santé 9

A.1.2. La maladie 10

A.1.3. Les besoins fondamentaux 11

A.1.4. De faire soin à prendre soin 12

A.2. Le patient, un être singulier 13

A.2.1. Les droits du patient 13

A.2.2. Individualité et unicité 14

B. La relation soignant/soigné *15*

B.1. Le concept de relation 15

B.1.1. Le jugement clinique 15

B.1.2. Le modèle de communication 16

B.2. Le manipulateur en électroradiologie médicale 17

B.2.1. Son domaine de compétence 17

B.2.2. Dichotomie entre humanité et technicité 18

B.2.3. Une relation d'aide empreinte de confiance 19

C. En résumé *20*

CHAPITRE 2. L'HUMOUR COMME MODE DE COMMUNICATION 21

A. L'humour *21*

A.1. La complexité de l'humour 21

A.1.1. Origine et étymologie 21

A.1.2. Les différentes formes d'humour 22

A.1.3. Le rire, entre gaieté et moquerie 23

A.1.4. Les effets physiologiques du rire 24

A.2. Les apports de l'humour 26

A.2.1. Un créateur de relation 26

A.2.2. Un mécanisme de défense 27

A.2.3. Une preuve d'humanité 28

A.2.4. Une technique de distraction 29

A.2.5. Un outil thérapeutique 29

B. Prédispositions, limites et contraintes *30*

B.1. Les prédispositions à son utilisation 30
B.1.1. Le contexte des soins 30
B.1.2. Le soignant, facteur d'expression de l'humour 31
B.1.3. Le soigné, facteur d'adhésion à l'humour 32
B.2. Limites et contraintes : des rires aux larmes 33
B.2.1. La systématisation de l'humour 33
B.2.2. Le déni de la réalité 33
C. En résumé 34
CHAPITRE 3. L'EMPLOI DE L'HUMOUR DANS LE TRAVAIL DU M.E.R. 35
A. En fonction des services de soins 35
A.1. En service d'imagerie diagnostique 35
A.2. En service de radiothérapie 36
B. En fonction des patients 36
B.1. Chez le nourrisson et l'enfant 36
B.2. Chez l'adolescent et l'adulte 37
C. Vers un apprentissage du rire 38
C.1. La gélothérapie ou « thérapie par le rire » 38
C.2. Former à l'humour, un intérêt porté à la profession 40
D. En résumé 41

PARTIE II. CADRE EMPIRIQUE 42

CHAPITRE 1. RECHERCHE EXPLORATOIRE 42
A. Contexte et présentation de la recherche 42
B. Les objectifs de l'étude 43
CHAPITRE 2. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES 44
A. Problématique 44
B. Hypothèses générales 44
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 45
A. Les participants de la recherche 45
B. Les outils de recherche 47
C. Procédure de recherche 48

PARTIE III. RÉSULTATS 50

CHAPITRE 1. ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES 50
A. Les caractéristiques sociodémographiques 50
B. L'humour, valeur personnelle et professionnelle 51
C. Âge, expérience et secteur d'activité 53
D. Les apports de l'humour 55
E. Entre formation initiale et continue 58
CHAPITRE 2. ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES 61
A. Les caractéristiques sociodémographiques 61
B. La signification de l'humour 62
C. L'humour auprès des patients 63
D. L'humour auprès des soignants 66
E. Former à l'humour professionnels et étudiants 67

PARTIE IV. DISCUSSION **70**

CHAPITRE 1. MISE À L'ÉPREUVE DES HYPOTHÈSES 70

A. L'humour, par ses bienfaits physiques et psychologiques, permet d'instaurer une relation de confiance entre soignant et soigné *70*

A.1. Les manipulateurs adoptent fréquemment l'humour auprès du patient 70

A.2. Le choix d'employer l'humour relève du contexte des soins 71

A.3. Les professionnels perçoivent l'humour comme un outil thérapeutique 71

A.4. L'humour procure des effets positifs au soigné et au soignant 72

A.5. L'humour peut aussi engendrer des effets négatifs 73

B. Manipulateurs, diplômés et futurs diplômés, sont favorables à l'apprentissage de l'humour dans leur pratique soignante *73*

B.1. L'aspect clivant de l'humour : faculté innée ou acquise de l'Homme 73

B.2. Le concept de former à l'humour séduit les manipulateurs 74

B.3. Une formation s'avère bénéfique au regard des spécificités du métier 74

B.4. Instaurer un enseignement à l'humour dès le cursus étudiant divise 75

B.5. Les conditions de mise en place d'un apprentissage restent indécises 75

C. Réponse à la problématique *76*

CHAPITRE 2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE 78

CONCLUSION **80**

BIBLIOGRAPHIE **82**

LISTE DES TABLEAUX **88**

LISTE DES FIGURES **89**

TABLE DES MATIÈRES **90**

TABLE DES ANNEXES **93**

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTÉ [SOIGNANT] I

ANNEXE 2. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTÉ [ÉTUDIANT] II

ANNEXE 3. L'HUMOUR AU TRAVAIL III

ANNEXE 4. VERS UNE FORMATION À L'HUMOUR VIII

ANNEXE 5. COMPLÉMENT D'ENQUÊTE X

ANNEXE 6. CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE XII

ANNEXE 7. HUMOUR SPONTANÉ OU RÉFLÉCHI XIII

ANNEXE 8. HUMOUR ET RELATION DE CONFIANCE XIV

ANNEXE 9. L'HUMOUR ET LES CATÉGORIES D'ÂGE XV

ANNEXE 10. UNE PSYCHOTHÉRAPIE HUMORISTIQUE ? XVI

ANNEXE 11. LES BARRIÈRES À L'HUMOUR XVII

ANNEXE 12. LES BÉNÉFICES DE L'HUMOUR XVIII

ANNEXE 13. L'HUMOUR SELON LA MODALITÉ XIX

ANNEXE 14. L'HUMOUR, INNÉ OU ACQUIS ? XX

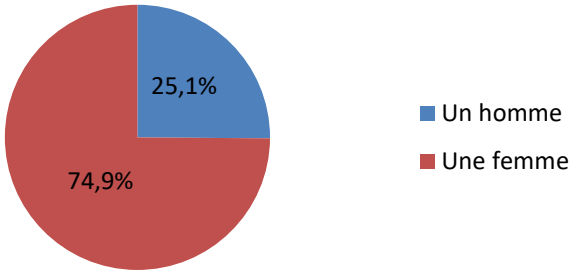
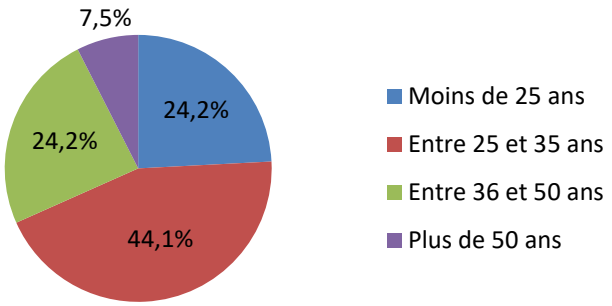
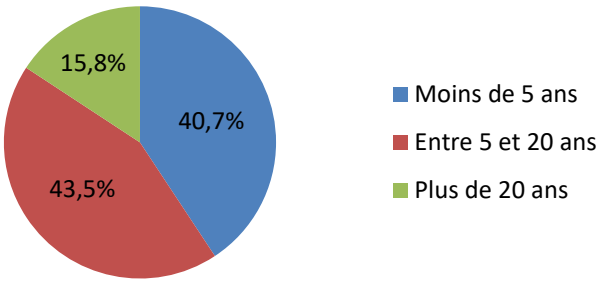
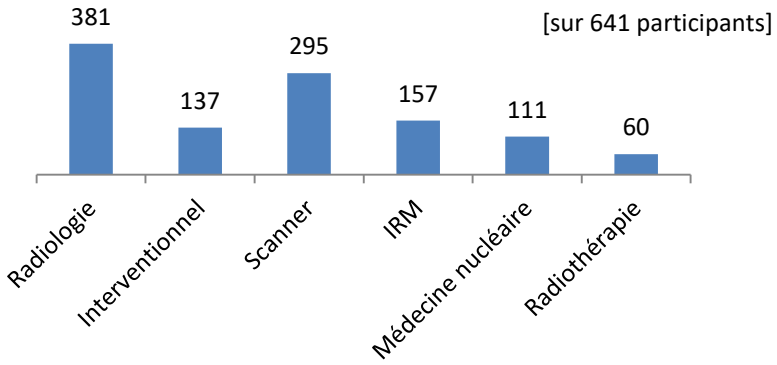
ANNEXE 15. LES INTÉRÊTS D'UNE FORMATION CONTINUE XXI

ANNEXE 16. PEUT-ON FORMER LES ÉTUDIANTS ? NON ! XXII

ANNEXE 17. PEUT-ON FORMER LES ÉTUDIANTS ? OUI ! XXIII

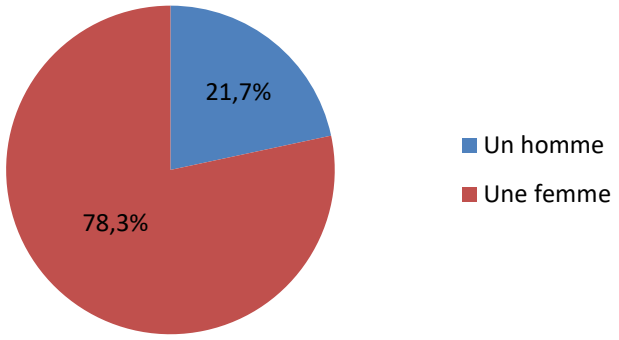
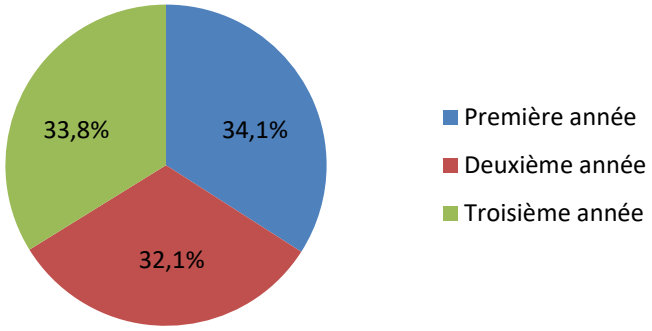
ANNEXE 1. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTÉ [SOIGNANT]

Enquête menée auprès de 641 soignants

Question 1 : Êtes-vous ?	
Question 2 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?	
Question 3 : Depuis combien de temps exercez-vous le métier de manipulateur ?	
Question 4 : Dans quel(s) service(s) travaillez-vous actuellement ?	

Source : L'auteur

ANNEXE 2. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTÉ [ÉTUDIANT]

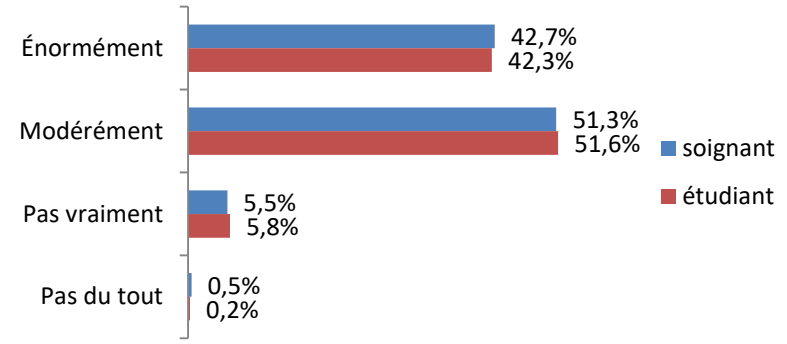
Enquête menée auprès de 411 étudiants	
Question 1 : Êtes-vous ?	
Question 2 : Quel est votre niveau d'études dans le cursus de manipulateur ?	

Source : L'auteur

ANNEXE 3. L'HUMOUR AU TRAVAIL

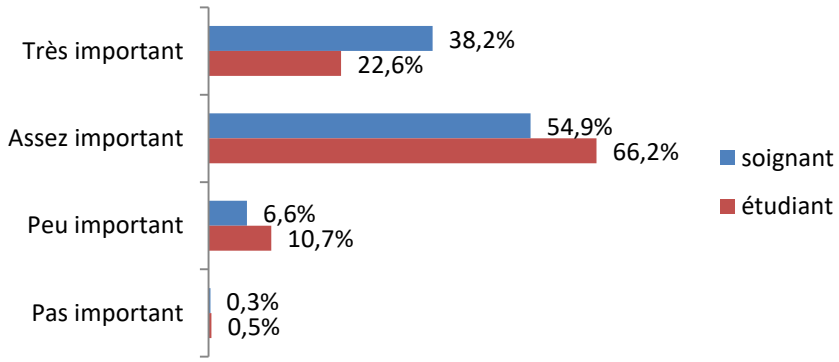
<u>Question 1 :</u>

Décririez-vous l'humour comme une caractéristique majeure de votre personnalité ?



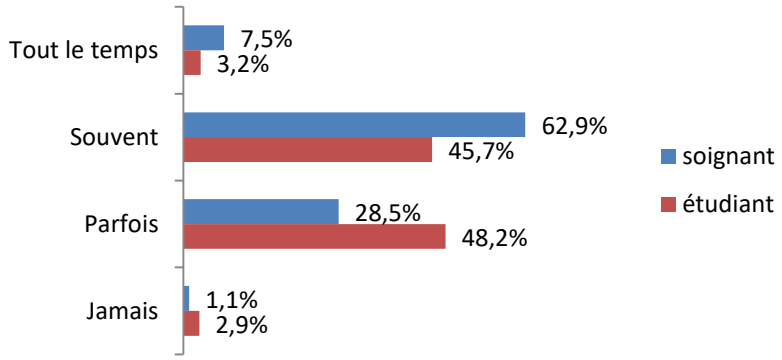
<u>Question 2 :</u>

Pour vous, l'usage de l'humour dans votre profession est :



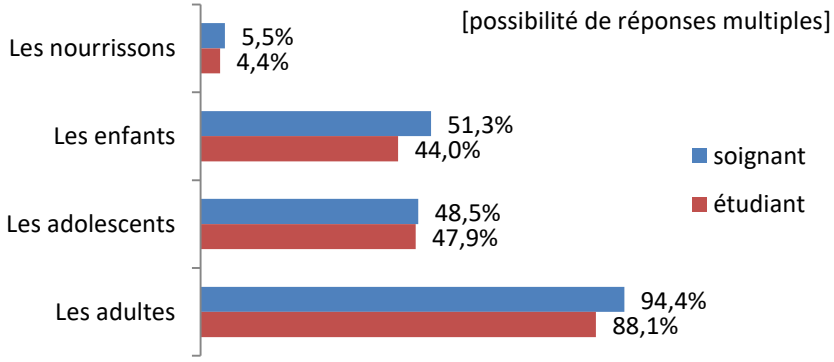
<u>Question 3 :</u>

Vous arrive-t-il de pratiquer l'humour avec les patients ?

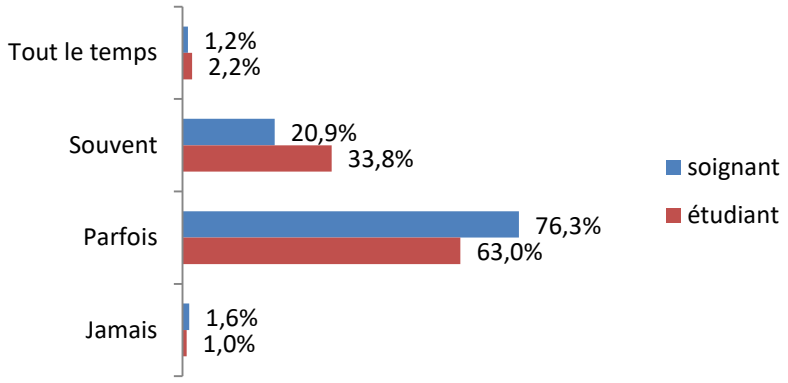


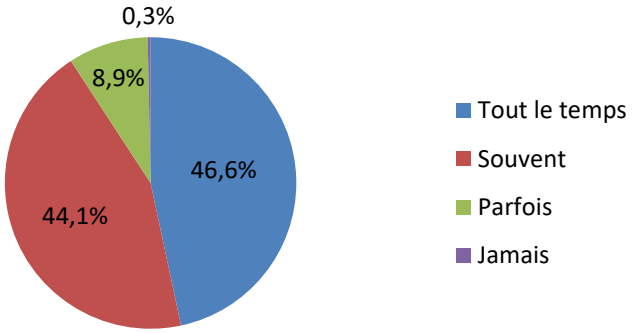
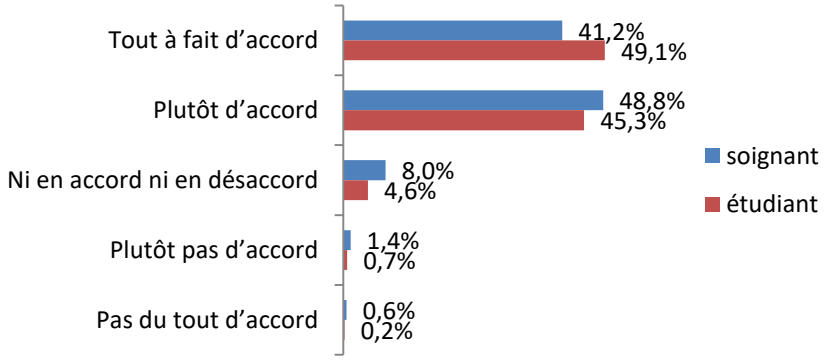
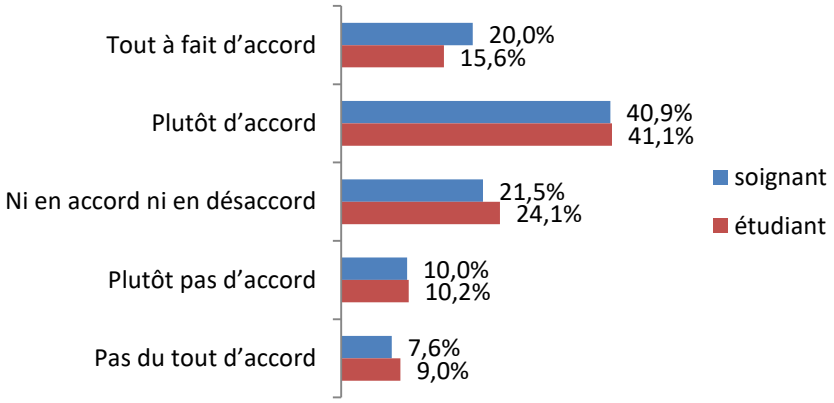
<u>Question 4 :</u>

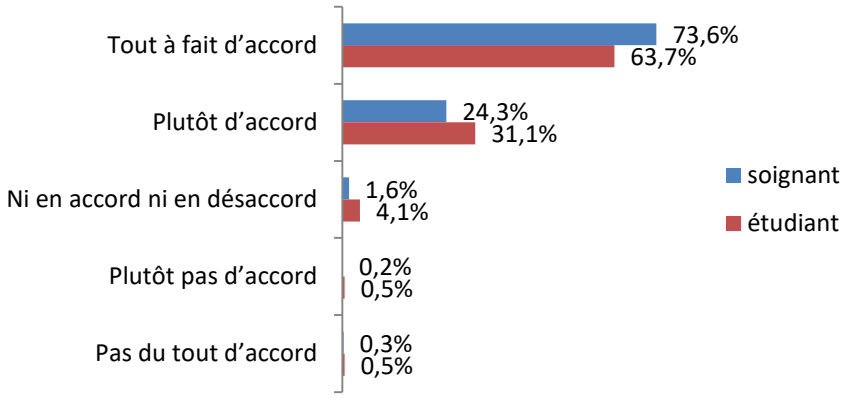
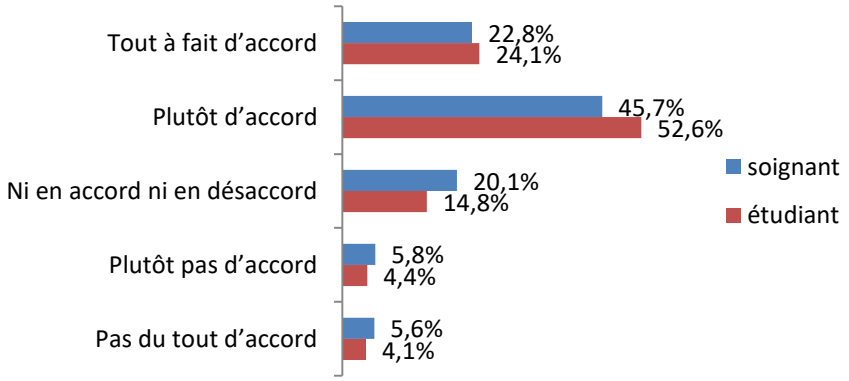
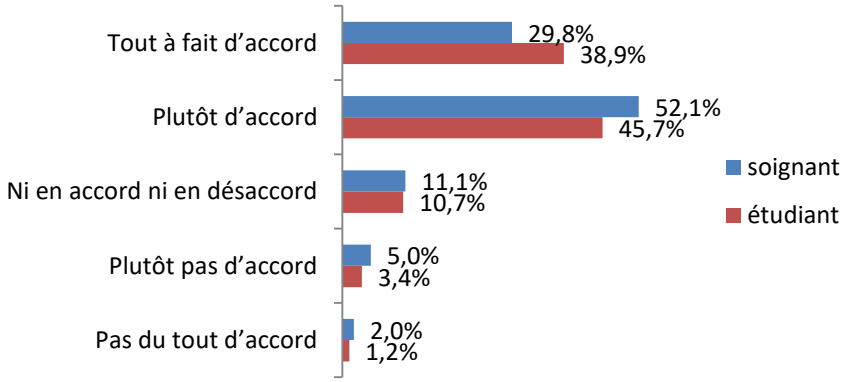
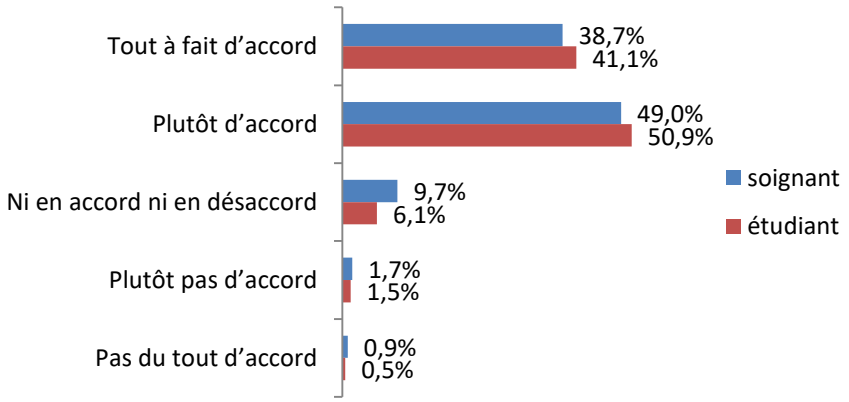
Selon vous, les patients principalement concernés par l'humour sont :

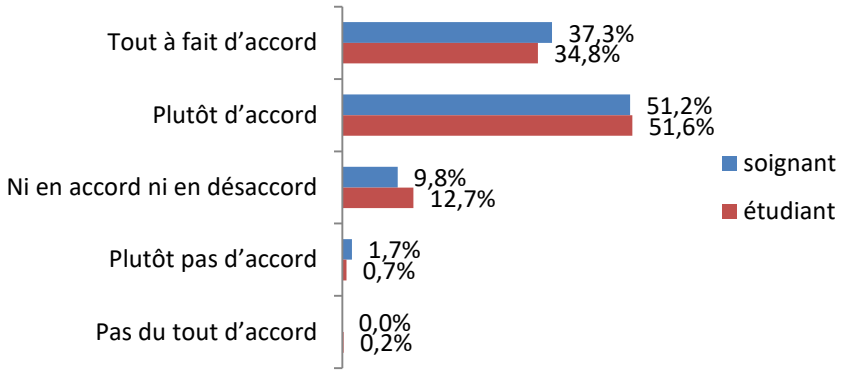
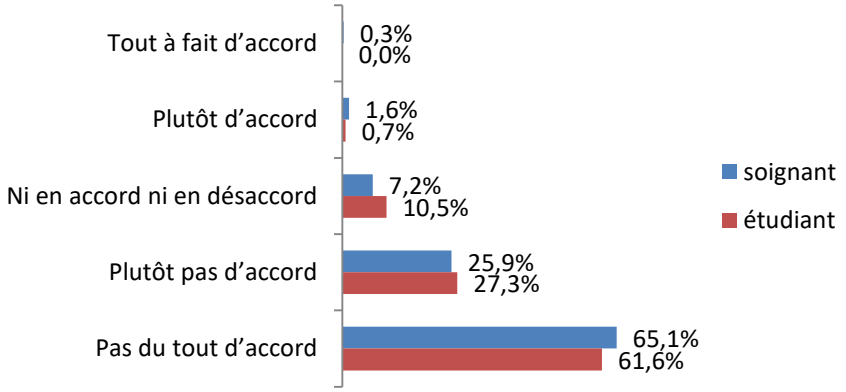
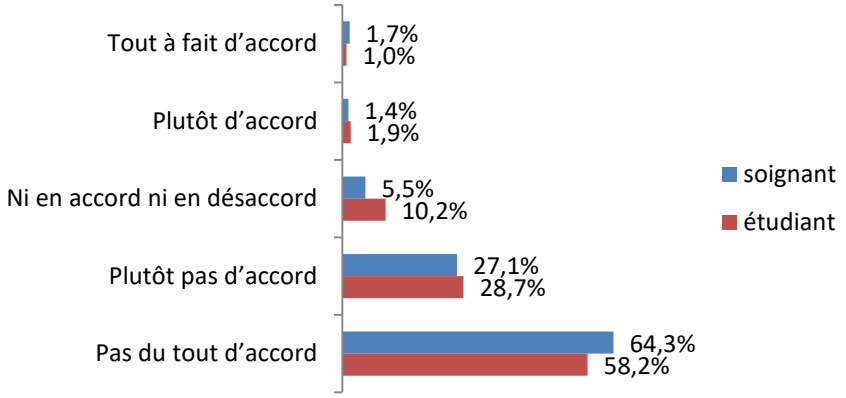
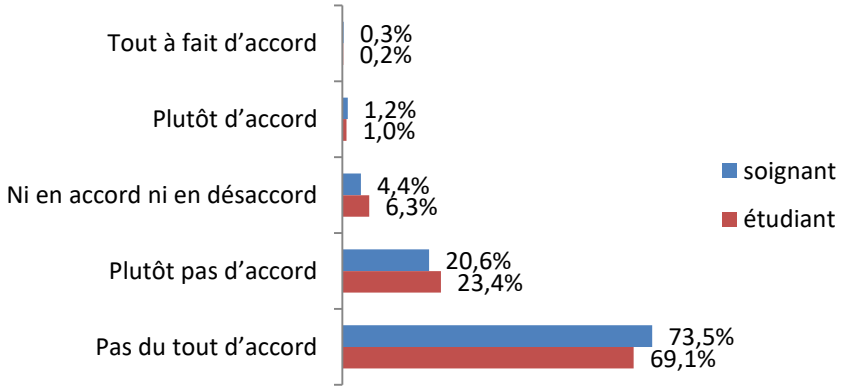


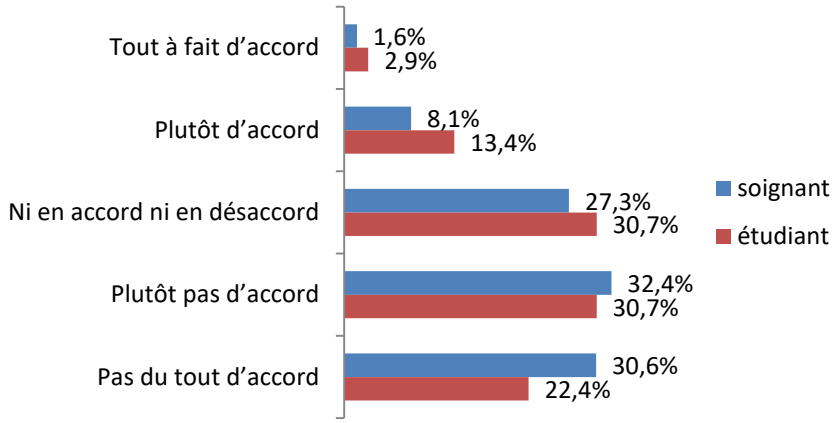
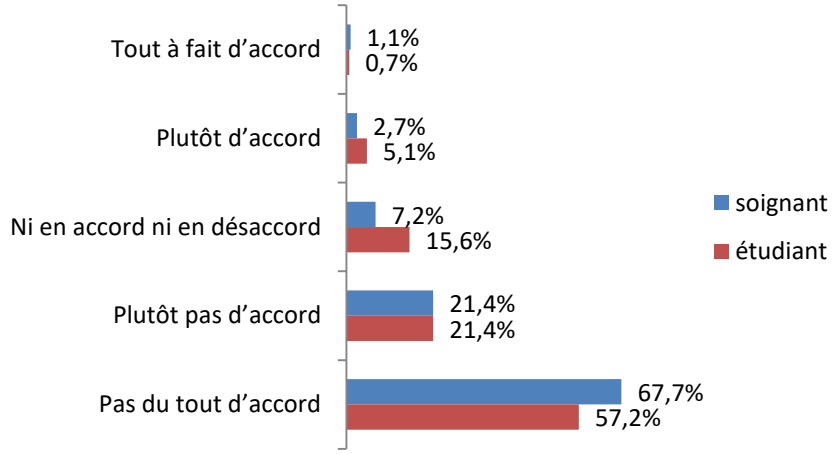
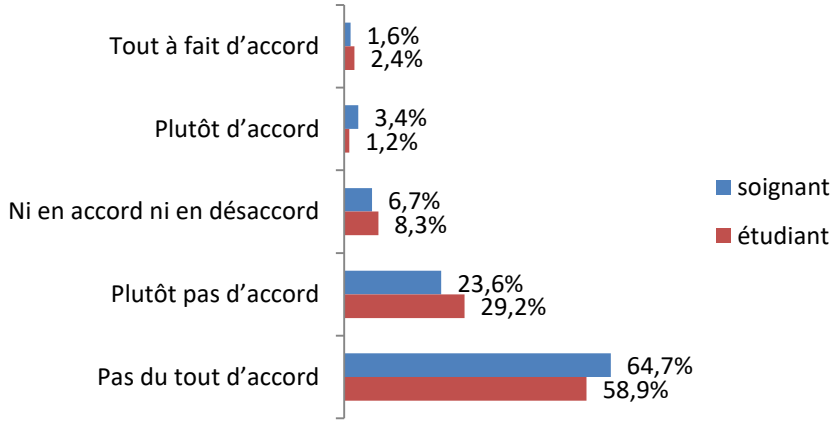
<table>
<tr><td><u>Question 5 :</u>

Lors d'une relation soignant/soigné, l'humour est initié par le patient lui-même :</td><td> 
</td></tr>
<tr><td><u>Question 6 :</u>
(soignant uniquement)

Vous arrive-t-il de pratiquer l'humour avec vos collègues de travail ?</td><td> 
</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>Question 7 :</u> Pour vous, la pratique de l'humour dans votre travail évoque :</td></tr>
<tr><td>Un moyen d'établir une relation de confiance avec le patient</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>Un mécanisme de défense face au stress du travail</td><td> 
</td></tr>
</table>

Une bonne ambiance entre collègues et professionnels de santé	
Un moyen d'aplanir la hiérarchie entre le soignant et le soigné	
Une technique de distraction du patient lors d'actes de soins intimes ou invasifs	
Une manière de mieux appréhender l'examen pour le patient	

Un outil thérapeutique contribuant à la santé physique et psychologique	
Un manque de respect au regard du patient	
Un outil inapproprié dans une prise en charge soignante	
Un manque de professionnalisme de la part du soignant	

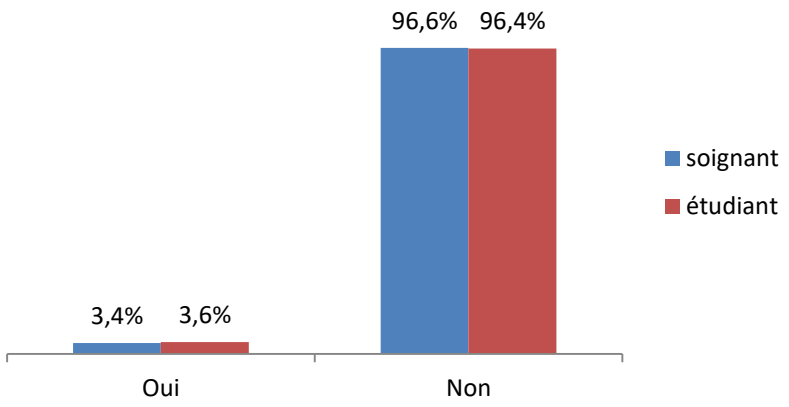
Un risque de heurter la personne et de nuire à sa dignité	
Un déni total des souffrances du patient et de ses besoins en santé	
Une moins bonne productivité au travail	

Source : L'auteur

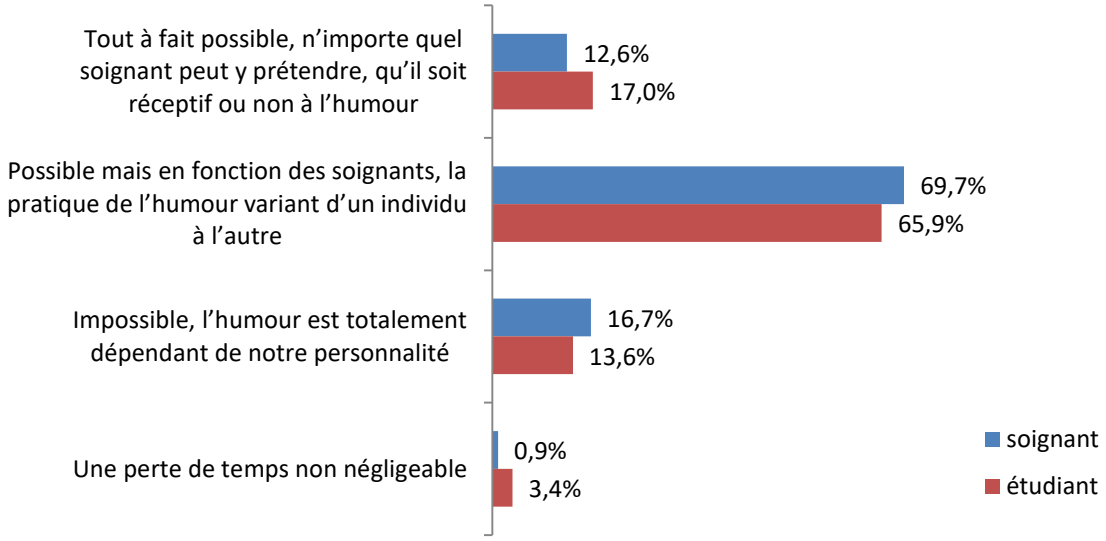
ANNEXE 4. VERS UNE FORMATION À L'HUMOUR

Question 1 :

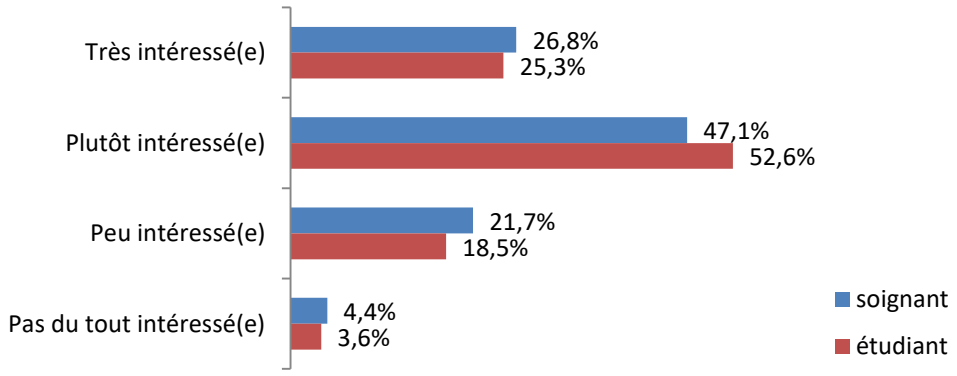
Connaissez-vous la « gélothérapie » ?



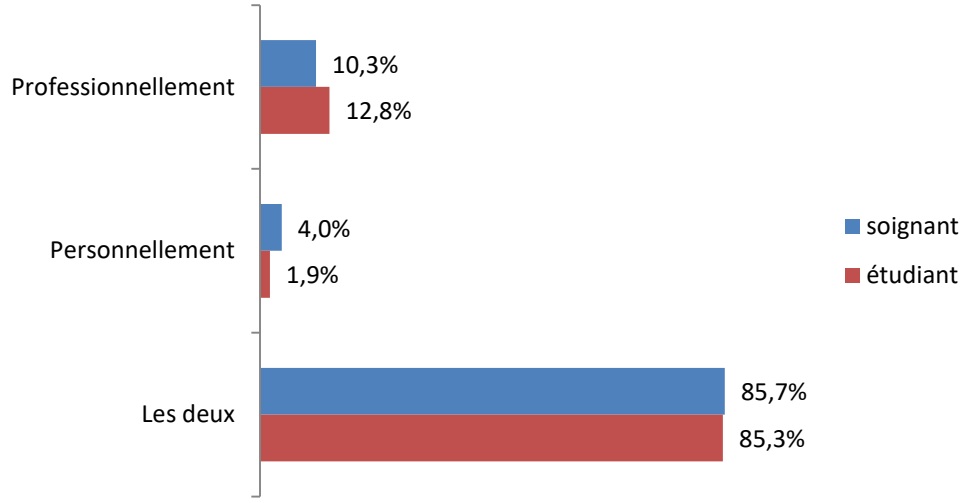
Question 2 : Selon vous, la mise en place d'un apprentissage du rire chez les soignants est :



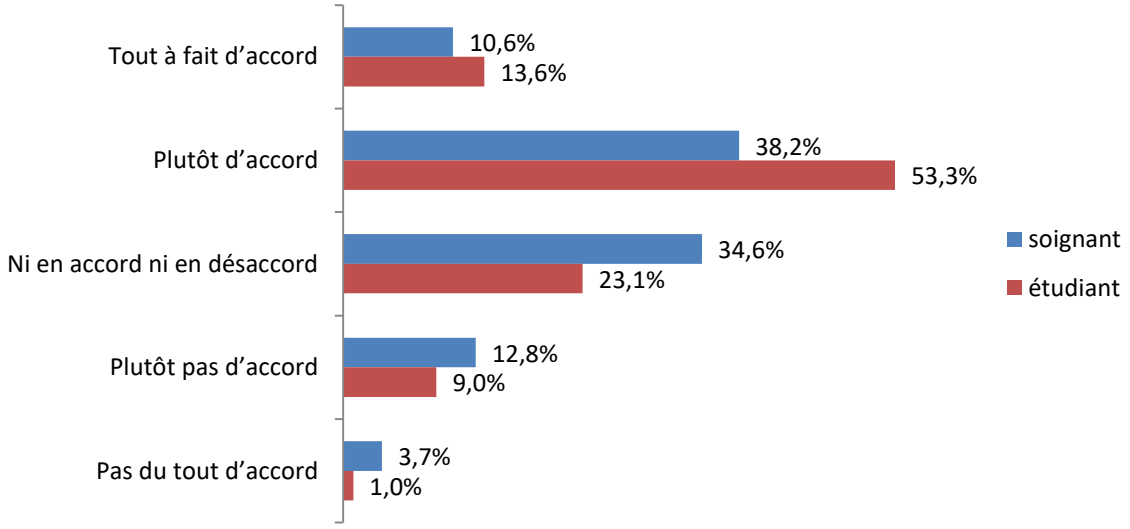
Question 3 : Si nous vous proposions de suivre une formation sur la pratique de l'humour et du rire dans votre travail, vous seriez :



Question 3bis : Vous avez choisi « très intéressé(e) » ou « plutôt intéressé(e) ».
Pour vous, cette formation serait bénéfique :



Question 4 : Une formation à l'humour au sein même du cursus de manipulateur serait pertinente dans le cadre d'une meilleure prise en charge du patient :



Source : L'auteur

ANNEXE 5. COMPLÉMENT D'ENQUÊTE

Enquête menée auprès de 91 soignants

PARTIE I – Présentation de l'enquêté

- Q1 : Êtes-vous ? *(homme/femme)*
- Q2 : Quel âge avez-vous ?
- Q3 : Quel est votre lieu de travail ? *(nom et situation géographique)*
- Q4 : Dans quel(s) service(s) travaillez-vous actuellement ?

PARTIE II – Votre rapport avec l'humour

- Q5 : Qu'est-ce que le terme « humour » vous évoque-t-il ? *(joie, gaieté, moquerie, rire, etc.)*
- Q6 : L'humour fait-il partie de votre personnalité ? L'utilisez-vous au quotidien dans votre vie personnelle ?

PARTIE III – L'humour auprès des patients

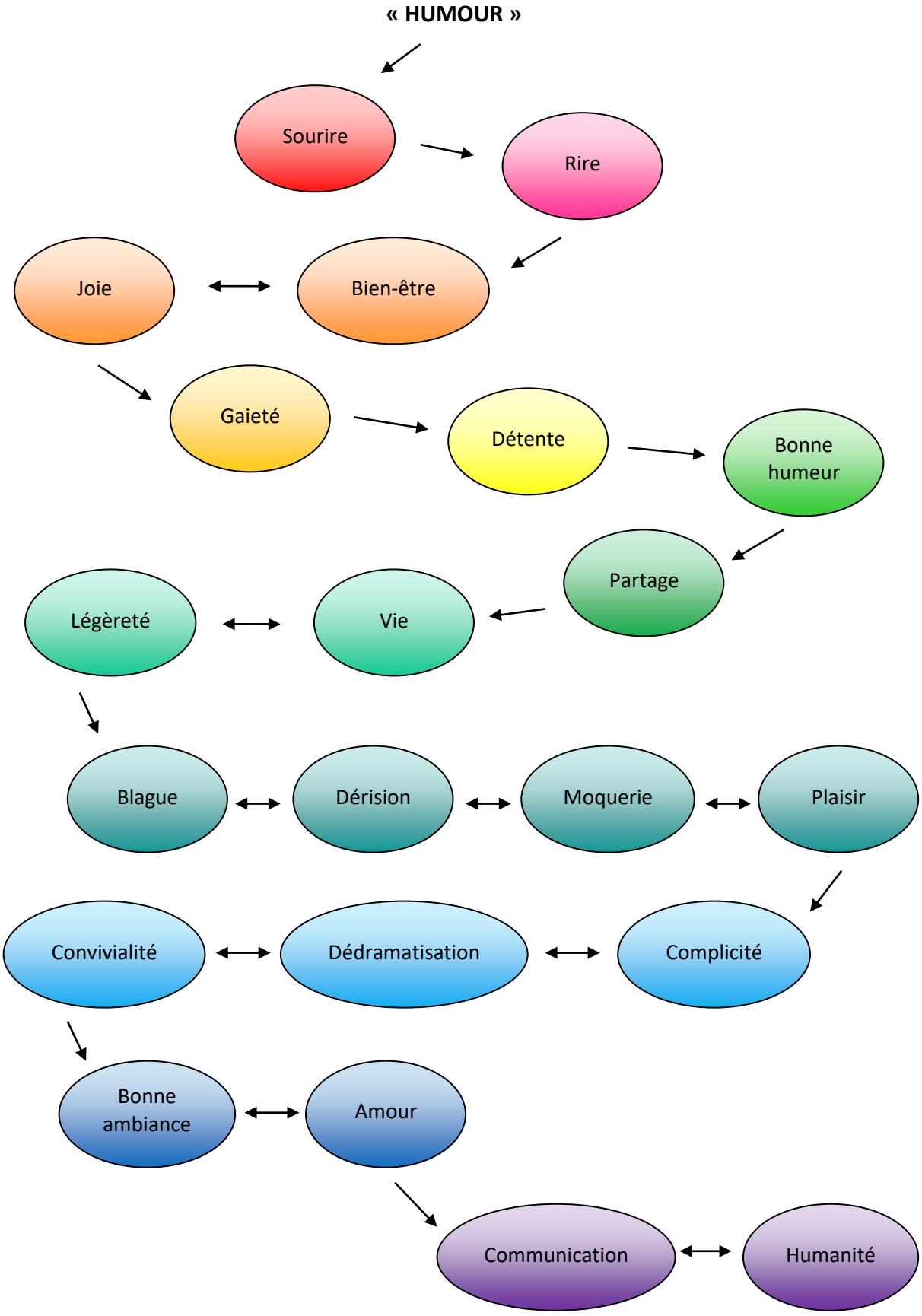
- Q7 : Employez-vous l'humour auprès des patients ? Si oui, dans quel(s) but(s) ? Est-ce spontané ou davantage réfléchi ?
- Q8 : Percevez-vous l'humour comme un moyen de favoriser ou de défavoriser une relation de confiance avec le patient ? Pourquoi ?
- Q9 : Certaines catégories d'âge sont-elles plus réceptives à l'humour que d'autres ? Selon vous, pour quelle(s) raison(s) ? *(nourrissons, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, etc.)*
- Q10 : Quels sont les indices vous permettant de savoir si un patient est réceptif ou non à l'humour ? En général, attendez-vous que l'humour soit initié par le patient lui-même ? Si oui, pourquoi ?
- Q11 : Pensez-vous que l'humour et le rire puissent avoir un effet thérapeutique sur le patient ? *(au niveau physique ? biologique ? psychologique ? social ?)*
- Q12 : Selon vous, quelles sont les conditions de travail du MER susceptibles de desservir l'usage de l'humour dans la relation de soin ?
  (manque de temps, surcharge de travail, radioprotection, technicité du métier, etc.)
- Q13 : Rencontrez-vous des limites dans l'utilisation de l'humour avec les patients ? Dans quel(s) cas vous parait-il proscrit d'employer l'humour ? *(urgences, patients atteints de maladies graves, polytraumatisés, malentendants, barrière linguistique, culturelle, etc.)*
- Q14 : Avez-vous connu une situation où l'humour a provoqué des effets négatifs sur le patient ou sur vous-même ? Si oui, lesquels ?

PARTIE IV – L'humour auprès des soignants
➢ Q15 : Employez-vous l'humour auprès de vos collègues ? Si oui, dans quel(s) but(s) ? ➢ Q16 : Pensez-vous que l'humour et le rire puissent avoir un effet bénéfique sur vous-même ? Sur votre productivité dans le travail ? ➢ Q17 : Avez-vous déjà travaillé dans un autre service que celui actuel ? Pensez-vous que l'emploi que vous faites de l'humour dans le soin varie selon les services ? Si oui, pourquoi ? *(les différents services étant la radiologie, l'interventionnel, le scanner, l'IRM, la médecine nucléaire et la radiothérapie)* ➢ Q18 : Selon vous, l'usage de l'humour dans le soin varie-t-il d'un soignant à un autre ? Considérez-vous l'humour comme une prédisposition naturelle propre à chaque individu ?
PARTIE V – Vers une formation à l'humour
➢ Q19 : Si nous vous proposions de suivre une formation initiative au cours de votre travail, de quelques jours environ, sur la pratique de l'humour dans les soins, seriez-vous intéressé(e) ? Pour quelle(s) raison(s) ? ➢ Q20 : Pensez-vous qu'une formation à l'humour au sein même du cursus de MER serait pertinente dans le cadre d'une meilleure prise en charge du patient ? Si oui, une telle formation serait-elle envisageable pour TOUS les étudiants ? Pourquoi ?

Source : L'auteur

ANNEXE 6. CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE

Source : L'auteur



ANNEXE 7. HUMOUR SPONTANÉ OU RÉFLÉCHI

Humour spontané	➢ *« Dans l'ensemble c'est spontané mais faut toujours faire attention à la psychologie et aux spécificités de chaque patient »* ➢ *« C'est toujours spontané. La plupart aiment ça et me relancent la balle. Un sourire, une blague, un compliment, peuvent égayer la journée d'un malade »* ➢ *« J'utilise l'humour de manière totalement instinctive… C'est mon ressenti qui fait que je vais aller sur le terrain de l'humour ou si je reste sérieuse... »* ➢ *« L'humour est par définition quelque chose de spontané, je ne me vois pas réfléchir pour faire sourire quelqu'un, ça me semble prémédité et donc machiavélique. Je trouve triste de vouloir faire de l'humour une façon de réfléchir le soin… »*
Humour réfléchi	➢ *« C'est souvent eux qui commencent et je continue dans leur lancée. Ce n'est pas spontané pour moi, peut-être un peu plus avec les enfants »* ➢ *« Oui, pour les détendre, les mettre à l'aise mais je réfléchis beaucoup plus à ce que je vais dire pour ne pas être trop familier avec le patient »* ➢ *« J'emploie l'humour dans mon job, de manière réfléchie et appropriée ; pour dédramatiser, détendre l'atmosphère, générer de la confiance, améliorer le rapport professionnel/patient »* ➢ *« Oui cela arrive, afin de les détendre et d'amener un climat de confiance entre nous. Mais j'observe d'abord le patient, je ne le fais pas spontanément »*

Source : L'auteur

ANNEXE 8. HUMOUR ET RELATION DE CONFIANCE

Thème	L'humour
Sous-thème	La relation de confiance entre soignant et soigné
Éléments d'analyse	Exemples de citation
En favorisant une relation de confiance avec le patient, l'humour assure la coopération du patient aux soins qui lui sont prodigués.	➢ *« La gaieté est pour moi essentielle pour la coopération du patient »* ➢ *« Cela favorise la confiance : un professionnel qui sait te faire rire dans un moment sombre de ta vie gagne ! Car le lendemain, ce patient vient un peu moins à reculons… »*
L'humour est aussi une preuve de notre humanité, dans un environnement oppressé par les multiples machines qui nous entourent.	➢ *« J'emploie très souvent l'humour auprès des patients dans le but de les rassurer et de leur montrer que même si l'on porte la blouse blanche, on est des êtres humains comme eux »* ➢ *« Cela permet de détendre la personne et de lui montrer qu'on est aussi une personne et non pas juste un automate qui fait des photos dans un but diagnostique »* ➢ *« Ce n'est pas tant la confiance mais plus de prendre le temps de partager quelque chose avec quelqu'un. C'est un moyen de dire 'tu m'intéresses' ou 'je prends du temps pour toi' »*
Synonyme de rire, de gaieté, de bonne humeur, pour autant cet outil n'est pas à prendre à la légère ! Son usage dépend avant tout de la situation et du soigné.	➢ *« Cela dépend. En général, l'humour favorise une relation. Cependant si le patient n'est pas réceptif, cela peut tout dégrader car il ne se sent plus à l'aise du tout et le manipulateur non plus, donc il n'y a plus d'échanges réellement possibles… »* ➢ *« Cela la favorise si le patient est réceptif à l'humour, il faut 'tester' le patient avant de se lancer de plain-pied dans l'humour car un patient non réceptif peut vite se braquer »*
Un humour trop systématique peut être perçu en tant que manque de sérieux et de professionnalisme.	➢ *« Favorise en rendant moins austère la blouse blanche, défavorise si on exagère… Garder son professionnalisme sinon on perd toute crédibilité »* ➢ *« Il faut savoir bien le doser. C'est sûr qu'un personnel soignant qui n'arrête pas de 'déconner' ; c'est difficile de le prendre au sérieux. Tout est une question d'équilibre et de ressenti »*

Source : L'auteur

ANNEXE 9. L'HUMOUR ET LES CATÉGORIES D'ÂGE

Thème	L'humour
Sous-thème	L'âge des patients
Éléments d'analyse	Exemples de citation
Un nourrisson ne comprendra pas les mots d'esprit, mais sera diverti par la manifestation physique de l'humour.	➢ *« Les nourrissons ne répondent pas à l'humour mais aux sourires »* ➢ *« Chez les nourrissons un sourire ne coûte rien et l'intonation de la voix peut aider à les apaiser »*
Les enfants pénètrent dans un monde qui leur est inconnu. Il ne s'agit pas de les amener dans notre monde, mais plutôt d'adhérer à l'univers enfantin, pour parvenir à leur décrocher un sourire.	➢ *« Disons que les nourrissons et les enfants ne connaissent pas ou très peu l'humour en général et surtout ils ont assez peur de ce qu'ils ne connaissent pas comme le monde médical »* ➢ *« Les enfants sont très réceptifs, ils ont un monde de l'imaginaire très développé, un rien les fera sourire, rire »* ➢ *« Les enfants et jeunes adolescents s'amusent plus d'une situation drôle que d'un langage humoriste »*
La période charnière de l'adolescent rebelle rend l'usage de l'humour difficile. Ces derniers ont le plus souvent une faible capacité d'autodérision.	➢ *« En général ils n'écoutent pas trop ce qu'on leur dit, même pas les consignes pour se déshabiller »* ➢ *« Je crois que l'humour avec les ados est très délicat car ils sont dans une phase d'opposition où ils veulent s'affirmer »*
L'expérience de vie des adultes, et plus particulièrement des personnes âgées, les rendent davantage réceptifs à l'humour.	➢ *« Je dirais que les adultes sont plus réceptifs car ils arrivent peut-être à avoir plus de recul sur l'examen »* ➢ *« Les personnes âgées sont plus aptes à rire que les personnes jeunes, car elles ne ressentent pas les choses de la même manière, arrivent à relativiser peut-être plus facilement »* ➢ *« Chez les personnes âgées, je pense que l'humour est possible quand il est perceptible par la personne. Il est évident qu'une personne atteinte de troubles cognitifs sera plus difficilement touchée par l'humour de manière positive... »*

Source : L'auteur

ANNEXE 10. UNE PSYCHOTHÉRAPIE HUMORISTIQUE ?

Thème	L'humour
Sous-thème	Un outil thérapeutique biologique, psychologique et social
Éléments d'analyse	Exemples de citation
L'humour est admis par la majorité des soignants en tant qu'outil contribuant à la santé psychologique et sociale du sujet.	➢ *« Au premier plan, je vois le côté psychologique. Le rire est une façon de lâcher prise sur les tracas de la vie en pensant à autre chose ou à relativiser ce qui nous arrive. Il est aussi une réaction nerveuse quand on a peur ou qu'on angoisse. Il est positif »* ➢ *« Au niveau physique et biologique je ne sais pas mais psychologique oui, pour gérer le stress, la douleur, la peur des examens »* ➢ *« Sans aller jusqu'à la guérison on peut décompresser, relativiser, s'évader… »*
Les bénéfices biologiques et physiologiques proviendraient de la répercussion des effets de l'esprit sur le corps de l'individu. En d'autres termes, l'humour ne permet pas de guérir de la maladie. Il aide le patient à la combattre grâce à un meilleur moral et une vision positive de sa situation de malade.	➢ *« Je pense que l'humour est un bon 'dérivatif' sur les plans psychologique et social puisqu'il fait oublier par un sourire les soucis, ce qui devrait entrainer une amélioration au niveau physique et biologique »* ➢ *« Un médecin m'a dit un jour : 'tant qu'on ne va pas bien dans sa tête, le corps n'ira pas non plus'. Tout est relié. Je ne dis pas que l'humour et le rire soignent tous les maux, mais il peut y contribuer »* ➢ *« Assurément oui ! Psychologique c'est certain et physiologique : le rire fait partie des sensations de plaisir, donc le cerveau libère des hormones qui donnent une sensation de bien-être »* ➢ *« Oui je pense, tout d'abord sur le psychologique et social, puis par effet boule de neige sur le physique et biologique »* ➢ *« Le rire médecin n'existe pas pour rien… Quoiqu'il arrive de mon expérience, les personnes préfèrent qu'on leur annonce les bonnes comme les mauvaises nouvelles avec le sourire ! Toujours voir le côté positif, ne pas s'arrêter de vivre… Le mental a une grande force sur le physique, donc un effet thérapeutique certain »*

Source : L'auteur

ANNEXE 11. LES BARRIÈRES À L'HUMOUR

Thème	L'humour
Sous-thème	Les limites et contraintes à son utilisation dans les soins
Éléments d'analyse	Exemples de citation
Par rapport au métier, la surcharge de travail et le manque de temps sont le plus souvent facteurs de stress pour le manipulateur, diminuant l'expression de l'humour auprès du patient. La technicité du métier, le manque d'expérience, et la radioprotection peuvent parfois compromettre une relation humaine et à proprement parler soignante.	➢ *« La surcharge de travail peut nuire à la relation avec le patient ; si le MER a peu de temps, il va à l'essentiel et ne prend pas le temps de faire de l'humour. Le manque d'expérience aussi, un MER qui débute se concentrera plus sur la technicité que sur le relationnel avec le patient »* ➢ *« Là où je travaille on a un très gros roulement. On voit environ 350 patients par jour, parfois plus. On a souvent l'impression de manquer de temps auprès de certains patients. Je fais toutefois de mon mieux pour prendre le temps nécessaire avec le patient et d'être souriante »* ➢ *« Le travail à la chaîne a tendance à nous faire oublier la valeur sociale de notre métier »* ➢ *« Travaillant en médecine nucléaire, la radioprotection peut être un frein car il faut quand même rester à une certaine distance du patient. Cela n'empêche pas forcément de parler mais certains patients ont besoin d'un contact plus proche et plus intime que nous ne pouvons pas forcément leur donner »*
Pour d'autres, il n'existe pas d'excuses ! Employer l'humour auprès du patient dépend uniquement de facteurs humains et non de causes latentes. Ces facteurs humains reposent à la fois sur la personnalité du soignant et du soigné.	➢ *« Rien ne peut desservir l'usage de l'humour, une parole humoristique ne prendra jamais plus de temps qu'une prise en charge standard, le seul frein à l'humour est le patient »* ➢ *« Aucune excuse ne peut interdire l'humour à part l'état du patient et sa non réceptivité. L'humour, même débordé, ne prend pas plus de temps »* ➢ *« 'quand on veut, on peut' et 'quand on peut, on fait' »* ➢ *« Rien n'est un frein à l'humour, si ce n'est notre propre morosité »*
L'humour est fonction de la situation. En cas d'urgence ou face à des patients inconscients, l'humour n'a pas forcément sa place. Néanmoins, certains patients atteints de pathologies graves initient eux-mêmes l'humour : à nous, soignants, de l'entretenir ! De même, la barrière culturelle ou linguistique peut parfois marquer un certain détachement avec le sujet.	➢ *« Il est en effet difficile en cas d'urgence, sinon la seule limite est le respect du patient ou de ses croyances/convictions »* ➢ *« Chez les patients gravement malades, ce n'est pas toujours aisé d'utiliser l'humour mais parfois à mon grand étonnement ce sont eux qui instaurent ce type de contact, peut-être par dérision, ils ont un recul sur la vie »* ➢ *« La barrière linguistique est un élément où l'humour est difficile, encore que par la gestuelle, on peut aussi. Pour ma part, je pense que c'est l'état d'esprit du patient qui fait que l'usage de l'humour n'est pas permis »* ➢ *« Il est évident que l'état de conscience altérée ne permet pas d'utiliser l'humour... Mais je pense que tous les autres cas sont potentiellement des situations où on peut l'utiliser... Même avec un polytraumatisé à partir du moment où il est utilisé avec parcimonie et à bon escient. La barrière de la langue est très délicate mais pas insurmontable. Nous avons des mains et le regard permet de transmettre beaucoup de choses… »*

Source : L'auteur

ANNEXE 12. LES BÉNÉFICES DE L'HUMOUR

Thème	L'humour
Sous-thème	Auprès du soignant lui-même, de ses collègues et dans son travail
Éléments d'analyse	Exemples de citation
Rire avec ses collègues est un élément essentiel dans le travail. Peut-être pour diminuer les tensions. Ou pour favoriser une bonne ambiance. Ou pour améliorer notre productivité et notre motivation. C'est l'équivalent d'un petit rayon de soleil de bonne humeur qui réchauffe notre moral.	➢ *« Pour oublier les problèmes du travail et se rendre compte qu'on est plus que juste une équipe mais une famille »* ➢ *« Une bonne ambiance au travail est primordiale et ça sert aussi à amener de la légèreté dans cet environnement parfois lourd et pesant qu'est celui de la santé »* ➢ *« J'aime charrier les gens que j'apprécie. Ça leur apporte de la joie et ça brise la routine car malgré la diversité du travail de MER, dans chaque métier il y a une certaine routine »* ➢ *« Pour se détendre, se détacher de ce que l'on peut voir, des pathologies rencontrées, ainsi que pour unir l'équipe, consolider les relations »* ➢ *« C'est aussi mon moyen de communication quand je veux faire passer un message sans qu'on me prenne pour une moralisatrice. Et puis, côtoyer la maladie ce n'est pas drôle, alors si on peut soulager cela en rigolant sur tout et n'importe quoi, on est preneur »* ➢ *« Quelqu'un d'heureux rayonne… et rend heureux les personnes qui l'entourent »*
Rire est aussi bénéfique pour soi. Une ambiance chaleureuse au travail a nécessairement des répercussions positives sur notre état d'esprit et notre manière de travailler. Pour la plupart des soignants, exercer dans la joie et la bonne humeur, c'est être davantage productif et efficace. Apporter un certain bien-être dans sa pratique, c'est répondre aux besoins en santé du patient.	➢ *« Ça redonne le moral, ça donne des ailes, on a le baume au cœur pour travailler »* ➢ *« Quand je vois les effets de mon humour cela m'apporte également un bien-être. Les personnes qui se sentent bien dans leur travail sont certainement plus productives que celles qui s'ennuient et trainent les pieds »* ➢ *« Cela permet de se décharger, de dédramatiser certaines situations difficiles au niveau psychologique »* ➢ *« Ça me met de meilleur humeur, les contrariétés s'effacent et les problèmes rencontrés sont abordés avec beaucoup moins d'agressivité »* ➢ *« Le patient le ressent, indéniablement, il appréciera une équipe qui aime bosser ensemble dans la bonne humeur plutôt que de voir une bande de chien en train de s'aboyer dessus toute la journée »*

Source : L'auteur

ANNEXE 13. L'HUMOUR SELON LA MODALITÉ

Thème	L'humour
Sous-thème	Modalités de travail et lieu d'exercice
Éléments d'analyse	Exemples de citation
En imagerie diagnostique, le manque de temps est le principal frein à l'humour. L'aspect stérile et urgent de l'interventionnel semble aussi rendre difficile la pratique de l'humour avec le patient. Si une bonne ambiance dans l'équipe soignante semble favoriser la jovialité dans les soins, le temps accordé à son patient joue aussi un rôle. Il s'agit de mettre en place un lien de confiance avec son patient en un temps très court, pour le rassurer et dissiper ses angoisses.	➢ *« J'ai toujours travaillé en cabinet de radiologie. Il est vrai que c'est plus de la bobologie que l'ont fait ce qui facilite l'humour. En cabinet on connait les patients qui reviennent pour leur contrôle, il y a un climat de confiance qui s'installe au fur et à mesure des visites du patient »* ➢ *« Je pense qu'il est plus difficile de faire de l'humour en service de radiologie car le temps passé avec le patient est souvent court et ne permet donc pas de cerner le patient »* ➢ *« En interventionnel, l'aspect bloc opératoire peut être anxiogène mais du coup l'humour a un impact encore plus fort »* ➢ *« C'est peut être plus au niveau de l'interventionnel que l'échange sur le ton de l'humour est le plus difficile car je pense que les patients sont très stressés et moins réceptifs »* ➢ *« Les services comme le scanner ou l'IRM avec une forte activité et qui emploient une infirmière pour perfuser les patients, laissent peu de temps au manipulateur pour discuter avec le patient. Son rôle est surtout centré sur l'imagerie »* ➢ *« Ayant travaillé en médecine nucléaire où les examens sont plus longs, il est plus facile d'échanger avec les patients et faire de l'humour »*
En radiothérapie, si le fait de côtoyer des patients atteints de lourdes pathologies aurait pu constituer une entrave à la pratique de l'humour, les séances de traitement régulières assurent un climat relationnel stable et favorisent la complicité entre soignant et soigné.	➢ *« En thérapie cela est plus facile car le lien soignant/soigné se créé au fil des semaines et permet donc de cerner le patient, on est alors sûr que le patient appréciera ou non l'humour »* ➢ *« En radiothérapie les traitements étant longs et quotidiens cela nous permet d'établir une relation de confiance avec le patient, de le connaître et de savoir où sont ses limites »* ➢ *« J'ai commencé en radiothérapie, et l'ambiance générale est peu propice à l'humour, quoique je garde un bon souvenir de relation détendue avec quelques patients »*

Source : L'auteur

ANNEXE 14. L'HUMOUR, INNÉ OU ACQUIS ?

Thème	L'humour
Sous-thème	Entre faculté innée et/ou acquise de l'Homme

Éléments d'analyse	Exemples de citation
L'humour est inné : sa pratique ne s'apprend pas. Le soignant met en place l'humour auprès du patient par son instinct naturel. On ne peut pas apprendre à rire si cela ne fait pas partie de notre personnalité. Chaque soignant a sa propre définition de l'humour et tous ne sont pas aptes à l'employer, sans risque de heurter le patient et ses valeurs.	➢ *« Oui l'humour est une prédisposition naturelle. Je connais beaucoup de MER qui ne l'utilisent pas ni dans leur vie personnelle, ni dans leur vie professionnelle. Tout est une question de personnalité : si dans la vie personnelle on ne l'utilise pas on ne l'utilisera pas dans la vie professionnelle »* ➢ *« Je crois que l'humour est propre à chacun, qu'il ne peut pas s'apprendre et que parfois, il vaut mieux s'en priver que de faire de grosses catastrophes en pensant en avoir »* ➢ *« L'humour ne s'apprend pas. Il faut avoir envie, être endurant et désespéré ! »* ➢ *« On est tous différents, donc tout autant de possibilités que de situations, donc les combinaisons sont immenses ! Après, certains sont naturellement réceptifs, d'autres pas. Être heureux soi-même est déjà un début car comment apporter aux autres si l'on est déjà bancal ? »*
L'humour est aussi acquis : un apprentissage est envisageable. On s'applique à faire rire grâce à l'ensemble des informations, des apprentissages, et des expériences acquises au cours de la vie, et qui influencent nos comportements. Ensuite, libre au soignant de mettre en place ou non l'humour avec le patient. Si certains sont certes plus naturellement disposés à avoir une approche humoristique dans les soins, l'humour apparaît en tant que technique relationnelle à adopter dans sa pratique… par le biais d'une formation ?	➢ *« L'humour est chez toutes les personnes, la différence est dans la manière avec laquelle on en joue »* ➢ *« Cela varie beaucoup, l'approche de l'humour de chacun est différente, je pense qu'il y a une partie d'innée et de notre éducation également »* ➢ *« Prédisposition naturelle ? Oui et non... Oui parce qu'indéniablement, certains sont nés en ayant mangé un clown ; mais non je pense que tout le monde peut avoir sa part d'humour. Celui-ci est plus ou moins subtile, plus ou moins mis en avant selon certaines situations, ou l'humeur de la personne... Mais on n'est pas dépourvu d'humour »* ➢ *« Bien sûr que l'humour varie d'un soignant à l'autre. Il y a autant d'utilisations de l'humour différentes qu'il y a de soignants, selon moi. Et oui, même si je pense que tout peut s'apprendre, il y a une spontanéité et une ouverture d'esprit nécessaire pour utiliser l'humour au mieux dans certaines situations »* ➢ *« Je ne crois pas que cela soit une prédisposition mais plutôt une technique relationnelle que l'on apprécie ou pas et qui se met en place à tâtons. Certains sont plus à l'aise pour manier l'humour que d'autres »*

Source : L'auteur

ANNEXE 15. LES INTÉRÊTS D'UNE FORMATION CONTINUE

Se perfectionner	➢ *« On a toujours à apprendre, savoir se perfectionner, trouver de nouvelles méthodes, savoir l'amener plus facilement »* ➢ *« Oh oui, pour manipuler l'humour à la perfection, pour devenir meilleur accompagnant ! »* ➢ *« Cela pourrait être intéressant, pour avoir une ligne de conduite, des choses qui peuvent se dire et des blagues à éviter ! »* ➢ *« Pour savoir oser l'emploi de l'humour avec beaucoup plus de patients »* ➢ *« Cela permettrait peut-être d'utiliser l'humour avec plus de patients que ce que je fais actuellement »* ➢ *« Énormément intéressée, cela pourrait permettre de donner des pistes et de voir jusqu'où on peut aller dans l'humour sans oublier le rôle de soignant »* ➢ *« Pourquoi pas. Pour avoir des pistes non connues mais attention à ce qu'elle n'altère pas la spontanéité des personnes. La formation doit être considérée comme une sorte de boîte à outils »* ➢ *« Pourquoi pas afin de savoir comment l'aborder avec les patients moins réceptifs »* ➢ *« Étant référente du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) dans mon service et étant convaincue que l'humour est un moyen non médicamenteux de lutter contre la douleur, je suis preneuse pour mettre en pratique et améliorer mes façons de travailler »*
Échanger notre expérience	➢ *« Je serais intéressée car toutes les formations ne peuvent être que bénéfiques rien que pour l'échange d'expérience avec les autres soignants puisque venus d'autres services avec d'autres façons de faire les choses… »* ➢ *« Il est toujours intéressant de voir l'approche de personnes habituées et d'échanger sur ce thème. Également, cela pourrait me convaincre de l'utiliser plus et à bon escient »*
Vaincre la timidité	➢ *« Étant discrète, je n'ose pas souvent employer l'humour avec les patients sauf ceux que je connais bien »*
Par curiosité	➢ *« Pour voir ce que propose la formation, par curiosité »*
Améliorer la prise en charge des patients	➢ *« Je pense que c'est plutôt une nécessité car l'utilisation de l'humour rend les patients plus perceptibles au traitement, plus coopérants et le plus important : heureux pour un certain moment »* ➢ *« Pourquoi pas, toute formation est bonne à faire du moment que cela peut améliorer le quotidien et la prise en charge des patients… »* ➢ *« Absolument, l'amélioration continue des compétences fait partie de l'éthique professionnelle »* ➢ *« Très intéressée. Cela permettrait d'aider nos patients à passer un examen en étant moins stressés et qu'ils soient plus à l'aise »* ➢ *« Je suis ouverte à tout ce qui peut favoriser la relation privilégiée avec le patient »* ➢ *« Pour gérer le stress, créer un lien de confiance, optimiser les procédures de soins »* ➢ *« Je suis très intéressée par tout ce qui touche l'amélioration de la prise en charge du patient et je suis sûre que l'humour joue une grande part dans le bon déroulement de celle-ci »* ➢ *« Avoir des idées pour détendre l'ambiance avec certains patients ne serait pas de refus »*

Source : L'auteur

ANNEXE 16. PEUT-ON FORMER LES ÉTUDIANTS ? NON !

NON, certainement pas. L'humour est inné ! On ne peut apprendre à rire ou à faire rire.	➢ *« On ne peut pas changer la personnalité des MER. Si la personne qu'elle soit soignante ou patiente n'aime pas rire, ça ne sert à rien »* ➢ *« Non car je pense que nous sommes tous différents et l'humour est naturellement en chacun, nous savons évaluer le degré et la limite à utiliser l'humour dans nos relations »* ➢ *« Non, c'est tellement propre à chacun, ça doit être inné, pas besoin de formation »* ➢ *« Quand on est étudiant, si ce n'est pas inné, dans notre nature, on n'a pas assez de recul pour employer l'humour sur les lieux de stages, donc la formation ne serait pas bénéfique. Je ne suis pas sûr qu'il en resterait beaucoup à la sortie de l'école… »*
NON, l'humour s'acquiert par l'expérience, la pratique professionnelle. Il est encore trop tôt pour envisager une telle formation.	➢ *« C'est avec le temps que l'humour vient. Il faut d'abord être professionnel puis, si l'on est à l'aise, on peut se permettre de faire de l'humour »* ➢ *« Je trouverais ce cours trop vague à l'école, puisqu'il y a plusieurs domaines en imagerie médicale »* ➢ *« Je ne pense pas qu'une formation à l'humour doit être intégrée à la formation initiale car je pense que c'est la sensibilité, combinée surtout à l'expérience acquise au cours des années, qui fait que l'humour se développera de façon positive ou non »* ➢ *« C'est la limite de l'humour. Pouvoir le pratiquer dans un cadre professionnel demande de la compétence. Un étudiant doit se consacrer aux bases pour pouvoir ensuite intégrer de nouveaux outils comme l'humour »*
NON, le programme est assez chargé. Une unité d'enseignement supplémentaire ne serait ni pertinente, ni efficace.	➢ *« Encore une unité d'enseignement de plus… non merci ! »* ➢ *« Dans le cursus MER, je pense que ce n'est pas pertinent. Il y a déjà beaucoup à faire pendant cette formation »* ➢ *« Cela serait difficile à mettre en place. Les étudiants ont déjà beaucoup de choses à apprendre avant de faire de l humour avec les patients »* ➢ *« Il y a, à l'heure actuelle, déjà bien assez de choses à assimiler en seulement trois ans d'études »*

Source : L'auteur

ANNEXE 17. PEUT-ON FORMER LES ÉTUDIANTS ? OUI !

OUI, à condition de rendre cette formation optionnelle. Tous ne détiennent pas une personnalité humoristique.	➢ *« Oui mais en tant qu'option, l'humour est délicat et ne peut être fait par quelqu'un qui se force, il faut qu'il est envie de l'utiliser sinon cela ne fonctionne pas »* ➢ *« Elle pourrait être proposée mais certainement pas imposée. Tout comme tout le monde n'est pas réceptif à l'humour, tout le monde n'est pas susceptible ou même capable de l'utiliser »* ➢ *« Oui mais certains sont plus à l'aise que d'autres, cela ne doit pas être pris en compte et noté »*
OUI, absolument. Cette formation doit se faire pour tous les étudiants, en vue d'améliorer leur relationnel et la prise en charge des patients lors de leur pratique future.	➢ *« Oui pour nous mettre à l'aise avec notre métier, nous donner une certaine confiance vis-à-vis de nous et des patients. Maîtriser l'humour permet de montrer qu'on sait bien faire notre métier aussi car on arrive à faire autre chose que tirer des clichés »* ➢ *« C'est envisageable je pense et plutôt intelligent. Certains élèves sont timides, renfermés, l'humour ouvre des portes, ouvre au monde »* ➢ *« Oui ! Cela doit faire partie de la formation dans le cadre de la psychologie. Malheureusement on insiste sur des grands principes théoriques sans intérêt (à notre échelle) plutôt que de parler simplement des situations réelles »* ➢ *« Cela me semble pertinent et envisageable pour tous. Libre à chacun de l'adopter dans son métier futur »* ➢ *« Oui, car on ne forme pas des machines mais des êtres humains. Certaines écoles devraient réfléchir à cela »* ➢ *« Tous les étudiants pourraient la suivre et après à chacun de voir s'il se sent ou pas de la mettre en pratique, en fonction de son caractère »* ➢ *« Il faudrait envisager des ateliers théâtre pour un peu 'décomplexer' les étudiants avant d'entrer dans le monde du travail. Cela leur sera bénéfique dans leur relation avec les patients mais aussi avec leurs collègues »* ➢ *« Pourquoi pas. Après tout, tout est envisageable pour une bonne prise en charge des patients. Et bien sûr à tous les étudiants car tous les MER doivent avoir le même cursus »*

Source : L'auteur

RÉSUMÉ

Contexte : Au travers de nombreux aspects, l'humour se pose comme un outil de communication à part entière. Classiquement, l'humour vise à mettre en valeur avec drôlerie certains aspects de la réalité ; rire et sourire en sont la manifestation physique. Qu'il soit verbal ou non, l'humour revêt de multiples formes, rendant son usage possible dans la plupart des situations. Il représente un véritable langage universel, bâtisseur de relations humaines, basé sur la confiance et l'authenticité.

Objectifs : Diverses formes d'humour peuvent être adaptées en fonction du contexte ou de la personne. Employer l'humour au sein de la relation soignant/soigné semble parfaitement justifié. Rire apporte d'ailleurs de nombreux bienfaits biologiques, psychologiques et sociaux au corps. En tant que possible outil thérapeutique, peut-on envisager de former les manipulateurs ou les étudiants à l'humour ?

Méthode : L'étude s'est déroulée de novembre 2015 à février 2016. Dans la première phase de recherche, un questionnaire à questions fermées a été adressé aux soignants (641 réponses) et aux étudiants (411 réponses). Puis, dans le cadre de notre seconde phase de recherche, un questionnaire à questions ouvertes cette fois destiné uniquement aux professionnels (91 réponses). Manipulateurs diplômés ou non ont accepté d'évaluer les bénéfices de l'humour sur la santé à travers ces enquêtes, et aussi faire part de leur ressenti quant à la mise en place d'une formation à l'humour.

Résultats : Faire usage de l'humour dans les soins apparaît comme un mécanisme de défense face au stress, un moyen de lutter contre la dépression, une technique de distraction, ou pour dissiper la peur de l'inconnu – voire même la peur de la mort – et contribuer à notre bien-être. Selon les participants, l'humour rend le soin davantage humain, porté sur la personne, et bien moins protocolaire. La plupart perçoivent l'humour en tant qu'outil thérapeutique nécessaire pour adopter une attitude positive et améliorer la capacité de résilience. Si pour la majorité des répondants il semble indiscutable de favoriser une ambiance chaleureuse au travail, tous ne se déclarent pas favorables à un apprentissage à l'humour. Certains considèrent l'humour comme une prédisposition naturelle innée de l'Homme, tandis que d'autres envisagent la possibilité d'instaurer une formation continue dans la pratique professionnelle, ou initiale dès le cursus étudiant.

Conclusion : Il convient de mettre en place l'humour au cœur de la relation de soin, dans l'optique soignante d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients. Si la question d'une formation peut sembler difficile à mettre en œuvre pour tous les professionnels ou étudiants, n'oublions jamais que le *« sourire est le plus court chemin entre deux personnes »* (Borge, 1991).

Mots-clés : humour ; relation soignant/soigné ; manipulateur en électroradiologie ; étudiant ; formation.

ABSTRACT

Background: In many ways, humour is a mode of communication. Traditionally, it is the quality of being funny or appreciating funny things, manifesting in smiling or laughing. Using verbal or unverbal forms, humour has many styles and can be found in almost any situation, on any occasion. This is a universal language which can help to create a natural connection during patient interactions based on confidence and authenticity.

Objectives: Various forms of humour may be relevant in different contexts and to different people. Humour is currently being employed in the nurse-patient relationship. Moreover, laughter has many clinical benefits, promoting beneficial biological, psychological and social changes. As a possible therapeutic tool, can humour be taught to the radiographer or the student?

Methods: The study took place between November 2015 and February 2016. In the first phase, quantitative questions were addressed to radiographers (641 answers) and students (411 answers). Then, a qualitative research was only done for professionals working in the field of diagnostic and therapeutic radiology (91 answers). Nursing staff and radiographers apprentices evaluated the utility of laughter on health and their interest in learning humour.

Results: In healthcare, humour therapy can help to relieve stress, to deal with depression, to serve as a diversionary tactic, to dispel fear of the unknown – even fear of the death – and to give an overall sense of well-being. For the participants, humour provides a more subtle and much less formal relationship with the patient. Most of them used humour as a therapeutic tool to turn negative emotions into positive thoughts, which improve the capacity of resilience. If it seems important for the majority to balance the workday with a human behavior that adds joy to life, there is a lack of consensus to get a professional training on humour. Some people judge humour as a natural predisposition; whereas others think it is necessary to learn it as a skill during professional training, or higher education.

Conclusions: This study reveals that humour at the heart of the nurse-patient relationship can enhance current healthcare. If it seems relatively complicated to teach humour for all the professional radiographers or students, we must never forget that *"a smile is the shortest distance between two people"* (Borge, 1991).

Keywords: humour ; nurse-patient relationship ; radiographer ; student ; training.