



L'humour et ses multiples facettes

Heba Bezzaouia

► **To cite this version:**

Heba Bezzaouia. L'humour et ses multiples facettes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03103623

HAL Id: dumas-03103623

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03103623>

Submitted on 8 Jan 2021

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.

L'humour et ses multiples facettes



DU Soins Palliatifs et Accompagnement

Année Universitaire : 2019/2020

HEBA BEZZAOUIA

INFIRMIERE

Responsables D'enseignement :

Pr Francis Bonnet

Pr Emmanuel Fournier

Dr Laure Serresse

Mme Christelle Gelgon, infirmière

Mme Alexandra Planchin, psychologue

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I. NARRATION DE LA SITUATION	3
II. ANALYSE DE LA SITUATION	5
1. Problèmes posés par la situation	5
2. Problèmes que me posent la situation	5
3. Problématique	6
III. RECHERCHES DOCUMENTAIRES	6
1. Les soins palliatifs	6
2. L'infirmière	7
a) <i>La prise en charge infirmière</i>	7
b) <i>Les soins infirmiers</i>	7
c) <i>Le « prendre soin »</i>	8
3. Le patient	9
a) <i>Définition</i>	9
b) <i>Les différents besoins du patient</i>	9
4. La relation soignant / soigné	10
a) <i>Définition</i>	10
b) <i>Qu'en est-il de la relation d'aide ?</i>	10
c) <i>La communication verbale et non verbale</i>	11
5. L'humour et le rire	12
a) <i>Qu'est-ce que l'humour ?</i>	12
b) <i>Les différents styles d'humour</i>	13
c) <i>Le rire d'hier à aujourd'hui</i>	14
d) <i>Les bienfaits du rire et de l'humour</i>	15
e) <i>L'humour dans un contexte de soins</i>	16
f) <i>L'humour, mécanisme de défense et de coping</i>	17
6. La gélothérapie	18
a) <i>Définition</i>	18
b) <i>Des clowns auprès du grand âge et à la fin de vie</i>	19
IV. SYNTHESE ET CONCLUSION	20
1. Synthèse	20
2. Conclusion	21
BIBLIOGRAPHIE	22

INTRODUCTION

J'ai découvert la philosophie et l'art de soigner en unité de soins palliatifs lors de mon cursus en institut de formation en soins infirmiers, par la découverte de l'unité d'enseignement 4.7 « Soins palliatifs et de fin de vie ».

Par ailleurs, des stages pratiques en milieu intra et extra hospitalier m'ont permis de découvrir des aspects concrets, complétant les éléments théoriques.

De ce fait dès l'obtention de mon diplôme d'état infirmier en 2015, j'ai intégré un service d'unité de soins palliatifs.

Ce choix s'est fait au terme d'une réflexion sur les mourants et m'a donné envie de m'engager auprès de personnes en fin de vie. C'est au sein de ce service, que mon identité professionnelle se construit jour après jour grâce à une équipe pluridisciplinaire humaine et par le biais de confrontation à des situations parfois douloureuses et pénibles.

Mon évolution, mes expériences, mes réflexions éthiques, mes rencontres avec des patients atteints de maladies graves et incurables, ou ceux ayant un pronostic vital engagé m'ont permis d'avoir un regard plus large et plus approfondi du savoir-être soignant et des savoir-faire spécifiques de la profession infirmière.

Au décours de mon parcours professionnel, j'ai acquis le savoir-faire par la maîtrise des gestes techniques et de l'expérience, le savoir-être fait de moi une personne soucieuse du bien-être des patients.

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

I. NARRATION DE LA SITUATION

Mme P, âgée de 92ans, est admise dans le service le 18/10/2019 pour une prise en charge palliative dans un contexte d'un néoplasie de la glande sous mandibulaire gauche associée à plusieurs adénopathies des chaînes jugulo-carotidiennes et spinales. De plus, elle présente des métastases multiples responsables d'au moins de deux fractures : tassement pathologique des corps vertébraux de T7 et T9 et d'une fracture pathologique déplacée de la diaphyse fémorale droite. Sur le plan oncologique, la patiente est récusée pour une intervention chirurgicale en raison du contexte néoplasique et du pronostic vital estimé engagé à court terme.

Au niveau de ses antécédents médicaux, Mme P présente une hypertension artérielle, une arthropathie oblitérante des membres inférieurs et de l'arthrose digitale.

A son arrivée, Madame P est très douloureuse. Elle présente un visage crispé, crie à la mobilisation. Le médecin prescrit donc un traitement antalgique de palier trois à libération prolongée, des interdoses de morphine et du paracétamol trois fois par jour, en si besoin. Il est rajouté une injection en sous-cutanée d'une benzodiazépine (midazolam) afin de l'apaiser pendant les soins de nursing. Une attelle est posée pour contenir le membre inférieur droit.

Ancienne repasseuse dans des pressings, Mme P est veuve depuis 2016 et mère de deux enfants. Vivant seule en pavillon, elle ne sortait plus de son domicile. Son fils habitant près de chez elle, faisait les courses. Sa fille quant à elle, vivait à proximité aussi, passait la plupart de son temps

libre avec Mme P. Elle bénéficiait du passage d'une aide-ménagère deux fois par jour et d'une infirmière tous les jours pour les soins de nursing et la distribution des médicaments.

Elle aime boire du vin, fumer et tricoter.

Quelques jours après son admission, lors d'un bref échange avec elle, je découvre une patiente ayant un caractère affirmé, appréciant discuter.

C'est une femme souriante, qui aime rire et qui a beaucoup d'humour. Ses pointes d'humour, ses plaisanteries lui permettent de faire face à la maladie. Son tempérament jovial, humoristique, son désir de vivre amènent une gaîté dans le service. Je me souviens d'un jour où je suis entrée dans sa chambre toute décoiffée. Une longue mèche de cheveux recouvre mes yeux.

Mme P qui a l'habitude de me voir toujours les cheveux tirés en arrière me dit en souriant :

- « *Vous avez perdu le numéro de téléphone de votre coiffeur* » ?

Ou encore après sa séance avec le kinésithérapeute elle s'exclame :

- « *J'ai fait d'énormes progrès aujourd'hui je vais bientôt devenir une danseuse étoile* ».

Mais le souvenir qui reste gravé dans ma mémoire c'est cette parole :

- « *J'emporterai avec-moi ton sourire quand je partirai là-haut.* »

De jour en jour, Mme P semble soulagée par son traitement de fond. De ce fait, la nécessité des toilettes complètes au lit sous midazolam n'est plus d'actualité. Face à la motivation de se mouvoir et une envie de retrouver sa mobilité, des séances de kinésithérapie sont prescrites. Les exercices proposés lui ont permis de pratiquer seule ses transferts lit-fauteuil. Elle a appris à prendre appui sur une seule jambe. Elle est très contente de ses progrès. Les premiers transferts et la position assise au fauteuil nécessitent encore la prise d'antalgique mais au fur et à mesure du temps la douleur disparaît. De ce fait, Mme P bénéficie d'une installation plus longue au fauteuil.

Au retour de mon congé, J'ai en charge cinq patients dont Mme P. J'apprends au moment des transmissions du matin par l'aide-soignante que Mme P est triste depuis deux jours. Elle n'accepte ni la toilette ni ses séances de kinésithérapie, ni l'installation au fauteuil.

En ce qui concerne ses occupations journalières, Mme P ne tricote plus et ne demande plus à être accompagnée pour fumer.

Ce changement de situation me semble si étrange que je décide lui rendre visite.

Je frappe à la porte puis j'entre :

- « *Bonjour Mme P...* » Pas de réponse de sa part. Elle semble ne pas vouloir me parler. Habituellement Mme P m'accueille avec un sourire qui dessine ses petites lèvres ridées. En m'approchant d'elle, j'aperçois une larme coulant sur sa joue droite. A ce moment-là je me suis sentie démunie. Je me suis demandée « que vais-je faire ? ». Sachant qu'elle aime rire et plaisanter, je décide d'utiliser l'humour et lui dit :

- « *Dîtes-moi Mme P, il pleut ce matin sur votre visage ? Pourtant la météo a prévu une journée ensoleillée.* »

Avec la manche de son pyjama, elle essuie sa larme et me répond d'une voix douce :

- « *Le soleil a simplement du mal à se lever* ».

Mon objectif à ce moment précis est tout simplement d'instaurer une atmosphère chaleureuse et un climat de confiance. Néanmoins, je garde à l'esprit la raison de ma présence. Je souhaite tellement comprendre son opposition et cette baisse d'intérêt concernant ses loisirs.

Je prends sa main dans la mienne et lui sourit. Au bout de quelques secondes de silence Mme P m'avoue que depuis mon départ elle n'a pas trop le moral, qu'elle apprécie toute l'équipe mais que mon absence lui a pesé.

Elle éclate en sanglot, tend ses bras en me disant :

- « *approche, viens dans mes bras.* »

Je m'exécute sans me poser de question. Elle m'enlace, m'embrasse tendrement et d'une voix douce et chaleureuse me déclare :

- « *Je suis très heureuse que vous soyez rentrée de vacances. Votre joie de vivre, votre beau sourire et votre humour m'ont manqués. Cela me fait du bien de rigoler avec vous. Merci de me faire oublier parfois que je suis dans un lit d'hôpital loin de chez moi. Vous êtes vraiment un rayon de soleil.* »

Ayant un caractère jovial et utilisant souvent l'humour de façon spontanée et naturellement, je ne me suis jamais rendu compte des conséquences que cela pouvait avoir sur les patients. Émue par ses mots et par ce geste de tendresse je n'ai pu retenir mes larmes.

Prise d'envie de prolonger ce moment agréable pour toutes les deux, je me suis dirigée dans la salle de bain et j'ai maquillé mon nez avec un rouge à lèvres que j'avais mis dans ma poche. Je suis retournée auprès d'elle en lui disant :

- « *Je suis votre infirmière référente aujourd'hui et compte bien vous apporter joie et bonheur aujourd'hui.* »

Mme P s'est mise à rire en répliquant :

- « *Cela me rassure et je sens déjà que je vais mieux.* »

Je suis ensuite sortie de la chambre sans dire un mot. J'ai juste souri et avant de fermer la porte je lui ai fait un petit clin d'œil.

II. ANALYSE DE LA SITUATION

1. Problèmes posés par la situation

Dans cette situation Mme P exprime clairement un désintérêt pour ses activités de loisirs, son refus de soins, un sentiment d'impuissance.

- Comment l'humour permet d'entrer en relation ?
- Quels sont les bienfaits du rire et de l'humour sur la personne à soigner ?

2. Problèmes que me pose la situation

En vue des transmissions, j'ai appréhendé la rencontre avec Mme P avant d'entrer dans sa chambre. J'ai eu peur d'être dans l'incapacité de résoudre ce qui la perturbait. De plus, le fait de recevoir ce compliment m'a beaucoup sensibilisé. Je ne savais plus quoi penser, je passais par une multitude d'émotions à la fois.

J'éprouvais de la tristesse face à la détresse de la patiente, et à la fois de la joie en recevant ce compliment concernant mon humour.

Effectivement, dans cette situation, Mme P apprécie mon humour et d'ailleurs me remercie. Mais sa réaction aurait pu être différente et aggraver la relation.

De plus, avoir osé mettre du rouge sur mon nez en guise de nez d'un clown m'est apparu après réflexion être un geste enfantin et non professionnel.

- Existe-t-il des limites à pratiquer l'humour dans une relation ?
- L'humour a-t-il un effet bénéfique sur la relation soignant soigné ?
- Tout soignant est-il capable d'utiliser l'humour dans les soins ?
- Quels sont les atouts que doit avoir un soignant pour pratiquer l'humour ?
- Le soignant utilise-t-il l'humour comme mécanisme de défense afin de se protéger des situations complexes ?
- Faut-il une formation des professionnels de santé pour pratiquer l'humour ?

3. Problématique

L'humour peut-il être un outil relationnel et d'accompagnement dans la prise en charge d'un patient dans un contexte de soin palliatif ?

III. RECHERCHES DOCUMENTAIRES

1. Les soins palliatifs

Les soins palliatifs sont apparus dans les années 1960. Choquées par le sort réservé aux mourants, plusieurs personnalités du monde médical vont être solidaires dans l'implication visant à soulager la douleur dans ses dimensions physiques, psychiques et sociales.

Pour Le docteur Thérèse Vanier : « *Les soins palliatifs c'est tout ce qu'il reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire pour le malade et son entourage, non pas pour guérir, empêcher la mort ou prolonger la vie mais pour permettre au malade de mieux vivre le temps qu'il lui reste à vivre. C'est-à-dire la période qui s'élève entre l'annonce du diagnostic et le moment où il meurt* ».

Quant à l'organisation mondiale de la santé, elle propose cette définition : « *les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face à une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision ainsi que le traitement de la douleur et d'autres problèmes physiques, psychologique et spirituels* ».

Il s'agit donc de comprendre comment la personne ressent sa maladie, où elle se situe par rapport à celle-ci, que ce soit sur le plan de sa compréhension, de son acceptation voire de ses souffrances.

Cicely Saunders parle à ce propos de "Total Pain" ou "souffrance Totale". Dans ce concept elle souligne non seulement l'existence de la douleur physique mais également l'importance des souffrances psychologiques, sociales et spirituelles « *La douleur que le patient décrit est seulement la partie émergée de l'iceberg. Cette douleur dépasse un simple ressenti sensoriel* ». Elle fait appel à une souffrance qui ne peut pas être soulagée uniquement par la prescription de traitements médicamenteux.

Ces définitions décrivent que les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie « *considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel* ».

La maladie est devenue incurable, la fin de vie est inéluctable, et qu'aucun traitement ne peut inverser le processus de la mort. Par conséquent nous ne soignons pas une maladie mais une personne. Nous ne regardons pas un corps malade, âgé ou abîmé mais d'abord un être vivant, porteur de son histoire et de son vécu.

Les soins palliatifs offrent tout simplement une reconnaissance à ces personnes singulières, dans un contexte particulier en apportant une attention importante aux aspects psychiques, sociaux et spirituels. Prendre en compte ces dimensions nous engage à apaiser la souffrance de l'autre et à comprendre que ce n'est pas le « mourir » qui est au centre de notre préoccupation mais bien le « vivre pleinement » de la personne.

« Au moment où la bataille du curatif semble perdue, une nouvelle bataille s'engage : celle de la qualité de vie du malade. »

2. L'infirmière

Une infirmière est un professionnel de santé diplômé qui exerce dans un cadre légal. Ce métier exige des qualités humaines, relationnelles et de nombreuses autres compétences. La profession infirmière requiert donc de savoir communiquer avec l'autre, pouvoir établir une relation individualisée avec chaque patient en charge.

a) La prise en charge infirmière

La prise en charge infirmière est une notion assez vaste. Elle prend en compte les différentes dimensions de l'être humain. L'infirmier est le principal acteur entre le médecin et le patient. Il est à la fois celui qui dispense des soins, qui écoute, observe, rassure, surveille quotidiennement l'état de santé du patient. Il prend en charge le malade mais aussi sa famille, son entourage dans toutes ses dimensions. Il exerce de nombreuses missions, actions selon son décret de compétence et ses divers rôles établis dans le Code de la Santé Publique. Ce dernier définit l'infirmier comme un individu qui est formé à dispenser des soins infirmiers sur prescription médicale ou relevant de son rôle propre

b) Les soins infirmiers

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les soins infirmiers sont destinés à aider les patients, les familles, certains groupes tant sur le plan physique que mental en tenant compte de leur environnement professionnel social et familial.

D'après le Conseil International des Infirmiers, « *On entend par soins infirmiers, les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes* ».

Tout au long de la prise en charge du patient, et au-delà de la réalisation des multiples soins techniques, l'infirmière est au quotidien au plus près des patients, à l'écoute de leurs besoins, de leurs doutes, de leurs douleurs et de leurs souffrances.

Walter Hesbeen (1997) disait « *Dans sa réalité profonde, le soin infirmier est ainsi plus marqué par la subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition que par la science et le technique* ». Il est vrai que de nombreux patients m'ont confié qu'ils préfèrent une prise en charge par des infirmiers qui se détachent des soins techniques et apportent quelque chose de plus personnel, créant ainsi un lien, une alliance avec le patient. Cela sous-entend que chaque soignant est unique par sa personnalité, son caractère, son histoire de vie, ses valeurs professionnelles et personnelles.

Walter Hesbeen définit le soin infirmier comme : « *Une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de 'petites choses' qui offrent la possibilité de témoigner d'une 'grande attention' à la personne soignée et à ses proches, tout au long des vingt-quatre heures d'une journée (...) Ces 'petites choses' ne sont pas à confondre avec des 'petits actes', 'des petits comportements' ou des 'petits gestes-objets calculés', qui, à ce titre, pourraient peser pour 'presque rien' voire 'moins que rien'. Il s'agit bien de toutes ces 'petites choses' de la vie, celles qui, pour une personne donnée, en éclairent le sens et comptent pour elle* » « *Malheureusement, ces 'petites choses', non spectaculaires, peu observables ou mesurables, ne bénéficient pas ou peu de reconnaissance contrairement à la technique scientifique* ».

Il ne s'agit pas pour l'infirmière de prodiguer uniquement des soins techniques mais également, de mettre en pratique le côté humain du métier : "Le prendre soin".

c) Le « prendre soin »

Le concept du "prendre soin" est omniprésent et garde une place importante dans la dimension relationnelle. Walter Hesbeen définit « le prendre soin » comme l'intention de « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* ».

De plus, dans la philosophie de l'humanité, « *un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne (ou d'un groupe de personnes) ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. « La philosophie de l'humanité est une philosophie de soins qui permet de placer tous nos actes professionnels dans le cadre du prendre soin d'une personne singulière, qui permet de tenir compte du fait qu'une personne possède des besoins et des désirs liés, qu'elle vit différemment des autres personnes. Elle nous conduit à mettre au cœur du prendre-soin, non l'objectif de la réponse aux besoins ».*

En tant que soignant, les valeurs et les principes qui constituent notre cœur de métier, auquel s'ajoute le concept d'humanité, sont le socle de nos actions soignantes. Prendre soin de l'autre ne se résume pas à enchaîner des gestes médico-techniques mais consiste à reconnaître l'autre comme un être existant au-delà de sa maladie.

3. Le patient

a) définition

Étymologiquement, le terme patient vient du mot latin "*patients*" signifiant celui qui doit souffrir. Cela démontre bien l'aspect négatif considérant le patient comme objet de soin en ne prenant pas en compte la personne à soigner dans son unicité bio-psycho-social.

Dans le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, le terme « patient » signifie : « *Personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recourt aux soins* ».

Nous retrouvons dans cette définition l'aspect positif démontrant une approche humaniste et une reconnaissance des besoins en soin de l'individu.

b) Les différents besoins du patient

De l'annonce du diagnostic jusqu'à la phase terminale, le malade connaît des états d'âme variés, des peurs, des inquiétudes, des questionnements, des bouleversements majeurs et des émotions intenses.

Son corps se modifie avec la progression de la maladie, son énergie, son autonomie diminuent. De plus, il doit faire face à des modifications dans son mode de vie : la temporalité et les projets s'estompent, ses relations avec les êtres chers sont bouleversées ainsi que son rôle social. Ses réactions face à sa maladie et à sa mort inévitable reflètent sa personnalité et ses attitudes profondes devant la vie et la mort.

Le travail de Dame Cicely Saunders concernant le développement des soins palliatifs aboutit au concept "Total Pain" ou "Souffrance total".

Selon ce concept, Les patients en soins palliatifs doivent donc faire face de façon régulière à des modifications de leur état de santé. Ces changements sont souvent liés à des souffrances :

- **D'ordre physique** : douleurs, dyspnée, problèmes buccaux, vomissements, escarres...
- **D'ordre psychologique et moral** : l'annonce de la maladie provoquant un bouleversement psychique, la perte de l'image de soi, de son autonomie, l'idée de la mort qui engendre des troubles de sommeil, de l'anxiété même parfois des dépressions.
- **D'ordre spirituel** : le patient a besoin d'être regardé comme être vivant, un être estimé et respecté afin de palier sa dépendance.

Face aux différentes souffrances rencontrées, le patient ressent sans aucun doute le besoin d'être aimé, accueilli. Il a besoin que ses émotions, ses sentiments soient entendus, écoutés, et compris. Il ressent également le besoin de mettre des mots sur ce qu'il vit, de se mémoriser sa vie antérieure, de se libérer d'éventuels conflits et de tensions afin de se réconcilier avec lui-même ou avec ses proches. Il a également besoin de nous soignants, proches, bénévoles ainsi que d'autres intervenants (clowns thérapeutiques, sophrologue, réflexologue) pour pouvoir continuer à vivre cette épreuve qui amènera à la finitude. Il a besoin que nous le réconfortions par un geste chaleureux, d'un regard, d'une parole sécurisante et beaucoup de tendresse.

Petermann définit dans un de ses ouvrages « *La tendresse est une expérience intime partagée, celle d'une proximité physique et psychique de sécurité, en confiance, avec une tonalité de bien-être qui se vit à travers des contacts agréables et apaisant... Elle s'exprime aussi à distance par le regard, comme une acceptation à l'autre tel qu'il est, quelles que soient les imperfections..... Il y a une part de réciprocité dans la tendresse qui crée un partage émotionnel nécessaire impliquant.* ». Cette définition renvoie à la dimension affective dans la relation d'aide.

4. La relation soignant/soigné

a) Définition

Le travail réel d'un infirmier s'accomplit majoritairement dans la relation soignant-soigné. Selon le psychologue Manoukian : « *Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ».

Ainsi lorsque nous entrons en relation, celle-ci dépend de la personnalité de chaque individu, de ses représentations, de ses valeurs, de sa culture, de son âge, de sa posture et de la façon dont elle s'exprime. Tous ces facteurs sont déterminants pour rapprocher ou non le soignant et le soigné.

Puis il ajoute : « *au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens* ». Selon lui chaque relation est différente et dépend des caractéristiques de chaque protagoniste et du contexte dans lequel il naît. Nous pouvons comprendre alors que la relation est un élément présent dans notre vie quotidienne : que ce soit dans un contexte familial, amical mais aussi professionnel.

Walter Hesbeen, lui, donne une définition plus précise de la relation soignant/soigné. Il s'agit de la relation de confiance qu'il définit comme « *une rencontre entre une personne soignée et des personnes soignantes (...) qui permet d'accompagner et d'être accompagné par quelqu'un en qui on a une certaine espérance. (...) l'évènement ainsi vécu par la personne dans sa rencontre avec des soignants peut permettre au patient et à ses proches de mieux aborder leur santé et d'agir comme vecteur de santé dans leur environnement respectif* ».

Il juge que huit éléments sont nécessaires pour établir une relation entre la personne soignée et le soignant :

- La chaleur
- L'écoute
- La disponibilité
- La simplicité
- L'humilité
- L'authenticité
- L'humour
- La compassion

b) Qu'en est-il de la relation d'aide ?

Pour Carl Rogers la relation d'aide est : « *une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'autre ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus*

grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources. » ...Ce qui suppose le désir de créer un contact, et de rendre plus féconde la relation entre deux protagonistes. Il ajoute que la relation d'aide est favorisée par trois attitudes :

- *L'authenticité ou congruence : Ce concept et son application établissent la base d'une relation honnête, c'est-à-dire franche, sans mensonge ni artifice. « Être authentique, c'est tenter, car ce n'est pas toujours facile, d'être soi-même. [...] La parole suit la pensée et précède le geste manifestant un accord sincère ».*
- *L'acceptation positive inconditionnelle : « le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit. Cette prise en considération du patient est renforcée par son aspect positif or toute condition [...] Dans la relation d'aide, l'acceptation dans un cadre professionnel, est inconditionnelle. Ce que le soignant accepte et distingue, c'est la personne et non pas ses comportements, ses symptômes ou sa situation plus ou moins douloureuse... » ».*
- *La compréhension empathique : « l'empathie est le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre »*

Par ces définitions nous comprenons que la relation est primordiale. Elle sera influencée par nos valeurs personnelles, notre catégorie socio-professionnelle, notre âge etc...

Lorsque cette relation est établie, le patient délivre petit à petit son identité, ses envies, ses attentes, parle aussi avec aisance de sa pathologie, de ses angoisses, ses peurs, de sa douleur etc...

La relation va donc au-delà des soins techniques, elle permet de porter une attention particulière, singulière sur la personne à soigner.

Selon Margot Phaneuf, la relation d'aide est *« un échange à la fois verbal et non verbal qui dépasse le superficiel et favorise le climat qui permet d'apporter soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve (anxiété, deuil, douleur, inquiétude pour l'avenir ou encore l'approche de la mort) ».*

Par ces deux auteurs, nous comprenons que l'être humain a besoin d'échanger sur un mode verbal ou non verbal afin de partager ses idées, ses sentiments, ses expériences, de renforcer sa capacité à faire face à ses difficultés et enfin de développer un espoir à la mesure de sa situation. Ainsi, une relation ne pourrait être présente sans un élément indispensable à son élaboration : la communication.

c) La communication verbale et non verbale

A l'hôpital, la communication est donc une composante importante auprès des patients.

Il s'agit d'être le plus respectueux possible du désir de l'autre. Établir un lien, trouver les bons mots qui rassurent, dans des situations complexes avec des patients, nécessitent souvent de faire appel à la communication verbale.

Elle permet un échange quotidien entre le soignant et le soigné et met en avant les attentes et les besoins du patient. Ce langage semble souvent être le mode de communication le plus facile. Mais dans un contexte particulier, dans lequel on ne peut ignorer la mort, le soignant doit aborder parfois des sujets très sensibles. Prononcer certains mots tels que « mourir », « la

mort », « le dernier au revoir », sont difficiles à dire. Il me semble préférable et plus judicieux dans ces moments de s'abstenir et d'employer la communication non verbale.

De même lorsque le dialogue n'est plus possible. La parole se transforme alors en langage du corps (toucher, regard, un geste une mimique un sourire).

La communication paraverbale (le silence, le ton de la voix, la tessiture, la prosodie) est importante et a toute sa place en unité de soins palliatifs. Le silence des mourants est, sans contredit, une forme de communication qui semble être la plus difficile à maintenir dans la relation car il parle, questionne, provoque et gêne. Il met en évidence les limites des soignants, l'impuissance des vivants. Il appelle la simplicité, l'humilité, l'authenticité. Répondre à un silence par un silence, sans avoir peur du silence peut être évocateur de beaucoup de chose pendant ces espaces de temps.

Un (sou)rire, une pointe d'humour, une blague peuvent donc encore être source de joie, de bonheur de plaisir pour tisser une relation singulière et authentique, porteuse de chaleur humaine et d'un effet apaisant.

La communication employée influe donc la relation soignant/soigné.

Entrer en relation avec l'autre peut-être une source de difficulté pour certaines personnes.

Comme je l'ai dit en amont, selon notre personnalité, notre vécu, notre caractère nous allons, en tant que soignant, utiliser différents outils de communication. Nous sommes donc amenés à réfléchir, à évaluer et à développer différentes formes de communication dans notre pratique professionnelle.

5.L'humour et le rire

a) Qu'est-ce l'humour ?

L'humour est un phénomène qui s'est vu attribué de nombreuses interprétations depuis des générations. Sa signification varie selon les différents pays et cultures.

En France, l'humour est vécu comme un élément original, provoquant le rire, s'opposant à la raison et permettant une certaine liberté d'esprit.

Au contraire, dans d'autres pays, l'humour est considéré comme raciste, sexiste, bon enfant, absurde ou stupide.

Du point de vue de la littérature, de l'anthropologie, de la philosophie, de la psychanalyse, de la sociologie, je constate que peu d'auteur en donne une définition globale et claire. Par son caractère multiforme prédominant, ce concept ne peut être unique dans sa définition.

Il se décline sous différentes formes :

- Un langage gestuel,
- Un moyen d'expression,
- Un mode de communication,
- De pensée,
- Un trait de personnalité, une réaction physique (rire, sourire),
- Une thérapie complémentaire

Du point de vue étymologique, le terme « humour » vient du mot latin « humor » qui signifie humeur, fluide, liquides présents dans l'être humain. Selon la théorie des quatre humeurs d'HIPPOCRATE, chaque liquide (le sang, la lymphe, la bile jaune et noire) correspond à différents caractères (jovial, chaleureux/ calme et flegmatique/ caractère violent/ mélancolique, dépressif et anxieux).

Ces informations historiques montrent que l'humour a suscité de l'intérêt et ont fait l'objet d'étude chez un homme de science.

Malgré la difficulté à trouver une définition unique, l'humour est la forme de comique la plus étudiée.

Dans son ouvrage « Le rire », Henri BERGSON met en avant un éventail de formes et différents degrés du comique. Selon sa théorie, l'humour fait parti du degré le plus élevé, le plus spirituel. Il peut tirer du plaisir dans sa capacité à nous déconnecter des aspects oppressants, insupportables de la réalité tels que le malheur, la mort, la douleur.

Néanmoins, chaque discipline se rejoint sur le fait que l'humour procure du plaisir et a une place importante dans les rapports sociaux, provoque l'amusement et engendre le rire.

b) Les différents styles d'humour

Le psychologue Rod A MARTIN définit quatre styles d'humour me paraissant appropriés en milieu hospitalier :

➤ ***L'humour mobilisateur (« affiliative ») :***

Il est utilisé pour amuser les autres. Il est bienveillant. Les personnes qui utilisent ce style aiment rire avec les autres. Ainsi, ils facilitent les relations et minimisent les tensions interpersonnelles. Ce type d'humour est associé à des relations positives, dans divers registres y compris dans l'intimité, il contribue à la satisfaction de la relation, au soutien social, il enrichit les compétences relationnelles, il crée des liens sécurisants, favorise l'extraversion.

➤ ***L'humour auto-apaisant ou l'humour renforçant sur soi-même (« self-enhancing ») :***

Il est utilisé pour privilégier le bon côté lors de confrontation à des situations négatives. Il aide à maintenir une attitude positive. Il implique la capacité de rire de soi-même et des événements d'une façon constructive et non préjudiciable. Cet humour aide à faire face au stress et à réguler les émotions. Il favorise l'estime de soi.

Ces deux styles présentent un humour positif. Un humour honnête, sincère, naturel de la part de la personne qui l'emploie. Il se décrit comme un bonheur intense, une joie de vivre, une ambiance détendue. Il permet de dédramatiser des situations difficiles ou encore peut survenir lors de situations heureuses.

La particularité de l'humour d'affiliation est de permettre des interactions humaines agréables. Il augmente la bonne humeur. Il a pour but de détendre, d'amuser. Ces définitions me semblent appropriées au milieu hospitalier.

- ***L'humour agressif (« aggressive ») :***
Son emploi est potentiellement nuisible pour les autres. Il est caractérisé par l'utilisation de sarcasme, de dénigrement, de taquineries, de moqueries, de critiques...il s'exerce au détriment des autres. Ce type d'humour ignore ou néglige souvent l'impact qu'il peut avoir sur les autres. Il peut être utilisé pour rehausser les sentiments positifs envers soi-même et améliorer une faible estime de soi.
- ***L'humour autodestructeur ou l'humour rabaissant pour soi-même (« self-defeating»)***
L'humour rabaissant pour soi-même :C'est un humour qui s'appuie de manière excessive sur le dénigrement de soi-même. Il est utilisé pour gagner l'approbation et l'acceptation des autres et ainsi améliorer les relations mais à ses propres dépens négligeant les sentiments positifs envers soi-même.

J'en déduis que ces deux derniers styles ne sont donc pas adaptés à l'hôpital. Leur caractère agressif peut provoquer des conséquences néfastes sur autrui car son objectif est de vexer et de ridiculiser, offenser ou blesser. Ils risquent de porter atteinte aux patients et à ses valeurs.

c) *Le rire d'hier à aujourd'hui*

Depuis plus de 14 millions d'années le rire fait l'objet d'étude.

A la période antique, ARISTOTE et PLATON étudiaient déjà les effets du rire sur la santé. Pour ces auteurs, le rire témoigne d'un sentiment de supériorité qui implique la dégradation de l'objet du rire. Au Moyen-Âge, le rire interroge et inquiète. Il est considéré comme une manifestation horrible déformant le visage d'une personne.

Au regard de l'église, il est considéré comme diabolique et de ce fait rire est un péché. Vers la fin de cette époque, le peuple se libère de la censure imposée par l'Église. Les rires éclatent dans les rues de fête de "fou" et de carnavales.

C'est à la période de la renaissance que François RABELAIS, médecin, écrivain humaniste, recommandait à ses patients de rire. Pour lui: « *le rire est le propre de l'homme* ».

Au début du XXème siècle, Henri BERGSON, s'inspire de cette citation en insistant sur les bienfaits que le rire a sur la santé morale et mentale d'une personne.

Dans son ouvrage « *Le rire, Essai sur la signification du comique* », il déclare que :

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

d) Les bienfaits du rire et de l'humour

Depuis quelques années, plusieurs auteurs et chercheurs viennent renforcer cette affirmation. Ils ont tenté de démontrer scientifiquement que l'humour et le rire sont extrêmement bénéfiques pour la santé.

Le docteur Henry RUBINSTEIN, médecin spécialiste de l'exploration du système nerveux relate dans un de ses ouvrages l'effet du rire sur notre organisme en trois grands axes :

- *L'axe musculaire* : Le rire est une forme de gymnastique douce et qu'il nomme « jogging stationnaire » ;
- *L'axe respiratoire* : Cette manifestation provoque une respiration proche de celle du yoga. Ce qui provoque un effet de relaxation, de détente et un massage général du corps.
- *L'axe neurologique* : Le rire provoque sur notre cerveau la fabrication d'une hormone qu'est l'endorphine, apaisant les douleurs. Il sécrète aussi davantage de neuromédiateurs contrôlant les mouvements, régulant le sommeil, stimulant la mémoire et modifiant l'humeur.

En qualité de neurologue il s'interroge aussi sur « la nécessité de prendre certains médicaments, alors que notre organisme est tout à fait capable de les fabriquer. Autant les produire soi-même ».

L'histoire de Normand Cousins, journaliste américain, atteint de spondylarthrite ankylosante est régulièrement narrée pour démontrer que nous pouvons rire dans le but de lutter contre une maladie. Il s'agit d'ailleurs de la première personne à avoir expérimenté la gélothérapie, en 1964. En effet alors qu'il souffrait de cette grave maladie inflammatoire incurable, Normand guérit en visionnant les films des Marx Brothers et en prenant un peu de vitamine C.

Cousins a constaté une amélioration de son état après avoir ri aux éclats. Il a donc décidé de regarder pendant 2 heures des films de ce genre chaque jour. Ce qui correspondait pour lui à 2 heures de repos sans douleurs. Normand Cousins vaincra finalement sa maladie après quelques mois en suivant quotidiennement sa thérapie.

Le Docteur Adams PATCH reprend cette thérapie en 1980 en soignant, vêtu d'habits de clown, avec du rire et de l'humour. C'est après une tentative de suicide en 1969 que Adams PATCH, interné dans un hôpital psychiatrique a découvert qu'il parvenait à reconforter les autres patients par l'humour. Il comprit alors que le rire était beaucoup plus puissant qu'il n'en avait l'air...

Sa théorie est l'exemple probant du bien-être obtenu grâce au rire, à la bonne humeur. Elle permet de nous faire comprendre que l'humour est un moyen d'affronter les défis quotidiens, d'essayer de trouver le côté positif de chaque événement pour rester optimiste et se sentir mieux. Pour PATCH Adams, la santé ne passe pas que par des soins médicaux mais aussi par l'amour, la compassion, la joie, la créativité, l'estime de soi et l'humour.

Alors pourquoi se priver de toutes ces vertus que procure un éclat du rire ou un fou rire ? Pourquoi ne pas laisser notre cerveau produire des endorphines bénéfiques pour notre corps et notre esprit ? C'est ce que nous offre l'humour en suscitant le rire.

Le paradoxe c'est que le rire ne cesse de décroître dans nos sociétés modernes et qu'adulte nous rions beaucoup moins que dans l'enfance (300 fois par jour à cette période contre 10 à 15 fois à l'âge adulte). Il suffirait pourtant de 8 à 10 minutes de rire tous les jours pour ressentir les bénéfices concrets sur sa santé et son bien-être.

Néanmoins si le rire et l'humour sont intimement liés, ils ne sont pour autant pas synonymes. En effet, le rire peut être la conséquence de l'humour, mais il peut aussi se déclencher de manière réflexe. De la même manière, l'humour peut engendrer le rire, mais pas nécessairement. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'humour « noir », d'autodérision, de cynisme, de sarcasme, d'ironie il ne peut plus être considéré comme l'expression de la gaîté, mais il révèle plutôt des significations bien plus complexes.

D'après Vera ROBINSON, « *l'humour est une expérience cognitive, une forme de communication alors que le rire est un comportement, une expérience physique et physiologique* ».

Effectivement, il est facile de constater qu'un individu qui aime plaisanter mobilise ses capacités cognitives pour identifier la situation ou l'histoire qui nous fera rire d'une même voix. Un autre effort cognitif lui est aussi nécessaire lors de la restitution de la blague, afin qu'elle atteigne son but divertissant.

e) L'humour dans un contexte de soins

L'humour est généralement employé dans les soins pour faire rire, s'évader du monde réel, distraire face un geste invasif ou comme une technique de négociation face à un refus de soin ou de traitements par l'infirmière. Néanmoins, pour pouvoir intégrer l'humour de manière sécurisante dans les soins, certaines conditions sont primordiales.

Le soignant qui emploie l'humour doit faire preuve d'intuition, de sensibilité et de jugement. Il doit être en mesure de détecter certains indices qui lui permettent de savoir s'il peut ou non introduire l'humour dans sa relation avec le patient.

Son utilisation permet également pour certains patients, notamment en soins palliatifs, d'exprimer de manière plus aisée et plus libre, leurs émotions et permettre ainsi l'acceptation ou la reconnaissance de leur douleur, de leur souffrance, de leurs sentiments d'impuissance.

Dans les soins, l'humour se doit d'être subtil, il est à doser ! Cela signifie que le soignant ne peut se permettre de faire par exemple une blague de lui-même sur les symptômes en rapport avec la maladie sauf si c'est à l'initiative du patient. Alors son emploi est possible voire souhaitable ; car il permet de dédramatiser, de prendre du recul par rapport à un problème et d'engager la conversation sur un ton humoristique. Un exemple en témoigne :

Mme V était une patiente âgée de 46 ans atteinte d'un cancer pancréatique qui acceptait la maladie, mais devait subir les nombreux changements au niveau de son corps. Elle était coquette et se préoccupait tout particulièrement de sa beauté, et de l'image qu'elle renvoyait aux autres. Elle présentait un ictère très prononcé.

Un matin, lors de la toilette, elle me dit, en riant :

- « *j'ai mis tant d'année à trouver le fond de teint qui me convient* ».

Je me suis mise à rire en rajoutant :

- « *ben les grandes marques cosmétiques vont faire faillite avec vous* ».

A partir de ce moment-là, nous avons parlé de ses symptômes sereinement et petit à petit avec le soutien de la psychologue du service, Mme V a fini par intégrer son image corporelle. Cette femme si sensible à son image a pu aborder cette thématique, critiquer son investissement trop excessif et le remettre en cause.

De nombreuses études menées ont démontré l'importance de l'humour dans les soins palliatifs. Elles se sont intéressées dans différents secteurs d'activité auprès de patients atteints de cancer, de patients de tout âge confondu, de personnes en fin de vie et également auprès du professionnel médical et paramédical.

Majoritairement, ces recherches révèlent que l'humour des soignants se situe dans un "cocktail" de joie de vivre, d'affection, de bienveillance d'amusement, de compassion, de partage, de créativité mais aussi comme mécanisme de défense.

f) L'humour, mécanisme de défense et coping

Mécanisme de défense.

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV), l'humour fait partie des trente et un mécanisme de défense. Il est reconnu comme « *un processus psychologique qui protège l'individu de l'anxiété, de la perception des dangers ou de facteur du stress interne ou externe* ». De plus lors de situations complexes, il augmente l'impression de contrôle, de maîtrise sur celles-ci et accentue un bien-être.

Du point de vue analytique, Freud déclare que l'humour est un mode de communication entre l'inconscient de l'homme et son environnement « *L'humour est une des réactions intellectuelles les plus raffinées, un territoire libre où l'esprit de l'homme, de malgré les représentations extérieures, peut se libérer en paroles et en pensées* » (FREUD, 1988).

Pour lui l'humour s'exprime de diverses manières comme le double sens des mots, l'ironie, la caricature comme mécanisme de défense.

D'une manière générale, pour FREUD, « *l'humour est la manifestation la plus élevée de ces réactions de défenses, celui-ci est un moyen d'esquiver ce qui fait souffrir* ».

Dans bon nombre de services, les soignants souffrent face à des mauvaises conditions de travail, du harcèlement lié à l'exigence des institutions. De même leur souffrance est liée à la difficulté de ne pas pouvoir réaliser leur travail, comme ils le souhaiteraient, de la frustration provoquée par un temps insuffisant qui ne permet pas toujours d'offrir des soins de qualité. Rajoutons à ces constats communs à tous les services, des situations complexes comme fréquentes en soins palliatifs telles que :

- Des décès attendus ou soudains,
- L'agressivité des familles et des patients liés à l'angoisse de la mort.

De par notre profession et de notre engagement du choix d'être infirmière en soins palliatif nous voulons prendre soin des autres tous en gardant notre nature empathique. Néanmoins, certains d'entre nous s'effondrent ou parviennent à tenir mais pour combien de temps ?

Nous sommes donc confrontés au risque de déclarer un épuisement professionnel, un burnout. Pour remédier à ces conflits intrapsychiques, certains mécanismes de défense dits "matures" (sublimation, suppression, humour) vont nous permettre de nous défendre de manière efficace et ainsi « le moi » pourra lutter contre l'invasion d'idées et d'affects intolérables. En unité de soins palliatifs nous rions souvent pour ne pas pleurer.

Effectivement, plaisanter, rire, raconter une histoire drôle facilitent aussi les relations entre soignants et permettent de dédramatiser et d'affronter certaines situations délicates.

L'humour et le rire assurent donc une certaine cohésion dans les équipes face aux difficultés d'organisation et/ou à la fatigue liée au travail.

Nous pouvons donc qualifier l'humour comme un facteur contribuant à une alliance collective. De ce fait nous pouvons dire que l'humour présente aussi des fonctions sociales. En effet, les soignants qui rient pour les mêmes choses, avec le même humour s'unissent en général dans le même groupe d'appartenance.

L'action du groupe permet aussi de reprendre ensemble des moments d'agressivité ou de surcharge émotionnelle vécus avec les patients ou les familles ; d'en parler, de rejouer la scène, d'en rire permet d'évacuer toute la charge négative. Dans ce cas de figure, l'humour a permis de transformer ce vécu douloureux, et de s'en libérer.

Jacques Chalifour explique l'humour est une des manœuvres psychologiques inconscientes au service du « Moi » qui ont pour fonction de protéger la personne de son anxiété. Elles servent, en quelques sortes, d'écran pour falsifier la réalité en la cachant ou en la rendant davantage acceptable aux yeux de la personne. Certaines personnes y ont recours pour créer une sorte de masque qui évite de se dévoiler (comme la fuite en avant, la fausse réassurance, la rationalité, l'évitement, et le mensonge).

Ces solutions construisent des barrières vis-à-vis des autres et de soi-même et au final les sentiments ne sont pas exprimés. Néanmoins certains d'entre nous s'effondrent ou parviennent à tenir mais pour combien de temps ? Nous sommes donc confrontés au risque de déclarer un épuisement professionnel, un burnout.

Stratégie de "coping."

Ce terme appelé stratégie d'ajustement en français, vient du verbe « to cope with » en anglais qui signifie « faire face à ». Il représente les moyens qu'un individu va mettre en œuvre pour affronter et faire face aux nombreux bouleversements qu'il traverse, et à la façon dont il va pouvoir les gérer. L'humour comme mécanisme de coping, est considéré comme un moyen utile autant pour les soignants que pour les patients. Il permet par exemple aux patients à identifier ses émotions et faciliter ainsi son adaptation « *les patients se sentent supportées, encouragés par l'humour et ressentent une diminution de leur anxiété en distanciant des émotions négatives et en s'élevant par des émotions positives* ».

Lazarus et Folkman définissent 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* ». Il s'agit de stratégies élaborées pour permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Pour eux le coping regroupe donc des outils thérapeutiques tels que la relation d'aide ou la gélothérapie.

6. La Gélothérapie

a) Définition

La gélothérapie est la thérapie par le rire. Le terme « gélo » vient du grec « gélos » qui signifie illuminer, éclairer. Au cours de ces dernières années, Des associations d'artistes professionnels ou amateurs se sont formées afin d'apporter un certain réconfort dans les lieux de soins.

Par exemple, l'association « rire médecin » forme des clowns qui possèdent des compétences dans le monde artistique (comédien, jongleur, humoriste, conteur, musicien etc.).

Néanmoins il existe des clowns formés venant d'autres horizons professionnels.

La formation « *Devenir un ludo-soignant* » proposée par l'association *Le Rire médecin* s'adresse aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants dans le domaine de la santé. « *Nous leur donnons des outils pour les aider à mettre du jeu et de l'imaginaire dans leurs soins, à agrémenter la rencontre avec les patients pour la rendre plus vraie et plus facile* », explique Emmanuelle Bon, comédienne, clown et formatrice.

Pendant un ou deux jours, deux clowns-formateurs accompagnent les soignants pour qu'ils se reconnectent à leur imagination et à leur créativité, à leurs sensations et au langage non-verbal. Cette formation propose des ateliers de simulation à l'annonce de diagnostics difficiles en partenariat avec des hôpitaux et facultés de médecine. Ludo-soignant forme donc des clowns appelés « *clown Relationnel* ». Leur future mission consistera à pouvoir pratiquer l'art du soin dans une démarche relationnelle et non dans l'approche de l'art du spectacle. Les participants à cette formation travaillent autour de notions comme la confiance en soi et dans les autres, et sur l'humour également « *...qui permet de se sortir de bien des situations* ».

Il s'agit aussi « *de montrer que cela n'enfreint pas le sérieux du travail, au contraire* », ajoute Emmanuelle Bon.

Effectivement l'humour n'est pas synonyme de manque de sérieux. Le travail trouve dans l'humour une source de motivation, d'engagement, de créativité, de solidarité et un bien-être des soignants.

Témoignages :

Mme G : « *Avec cette formation, j'ai compris la nécessité d'une réflexion à mener sur sa propre personnalité pour arriver à aider autrui sur le long terme, sans « usure »*

Mr V : « *Très intéressant d'être formés et accompagnés par des non-soignants. Des échanges riches ! Qui plus est, c'est vraiment très plaisant de mettre en œuvre des techniques d'observation, d'écoute, d'improvisation à travers des jeux. Ça nous offre plein de possibilités* ».

Quels que soient les centres de formation tous les participants ressentent la nécessité de faire vivre le clown endormi en eux et de faire surgir leurs sentiments d'empathie et de compassion. L'art d'être clown s'exerce avec beaucoup de sérieux et de professionnalisme. Ce métier est tenu au secret médical, et possède un code de déontologie et une charte spécifique à chaque association. A Chaque intervention souvent menée en duo, ils innovent, inventent, s'adaptent en faisant preuve de beaucoup d'imagination face à des personnes atteintes de pathologies diverses.

b) Des clowns auprès du grand âge et à la fin de vie.

L'association « la vie en clowns » intervient tout particulièrement auprès de la personne âgée et en unités palliatifs.

Par cette approche clownesque, ces patients vulnérables, se sentent remplis d'espoir, vivant, considérés comme une personne et non comme un objet de soin.

L'intervention des clowns leur permet de se distraire, de quitter la réalité hospitalière et de retrouver de la légèreté et du rêve grâce à ce monde imaginaire.

Un lieu où l'angoisse, la peur n'ont plus d'existence.

Dans certaines situations où la communication verbale est altérée par des troubles cognitifs ou par une altération de l'état général, les clowns mettent en avant la musique, les chants et créent des stimuli par le toucher. Leur mission est loin de les infantiliser mais juste de leur donner un moment de bonheur dans l'ici et maintenant, en s'adaptant aux diverses pathologies des patients et à leur âge.

BONNEFOND-LEURS Isabelle a rédigé un article « *un clown dans une unité de soins palliatifs* ». Au travers de cet article, des patients adultes en fin de vie témoignent de leur rencontre avec un clown.

« En partant, il me dit avoir été très heureux d'expérimenter qu'il pouvait exister un monde sans émotion, sans attachement, un néant non pas angoissant mais plein de lumière ».

« Je me suis amusée comme une petite fille. Je suis retournée dans mon pays d'origine, un monde où la maladie n'a pas lieu ».

D'après ces différents témoignages, ce besoin d'évasion et de distraction est présent à tout âge. De même qu'une étude réalisée dans un centre de soins palliatifs a démontré dans quelle mesure une intervention de clown permet d'améliorer les conditions de vie en institutions de soins palliatifs.

Sur les seize patients à qui nous avons rendu visite, une seule personne, se sentant trop fatiguée, l'a refusée. Concernant les autres réactions des patients, il a été noté une véritable rencontre empreinte d'authenticité avec les clowns.

Les notions d'émerveillement, de plaisir et de bien-être ont été souvent exprimées.

L'ensemble des témoignages s'accorde à admettre que la présence des clowns a été profitable pour chacun d'une certaine manière. Ces clowns nommés « clown relationnel », « clown docteur », « clown d'accompagnement » ou encore « clown thérapeute » ont pour mission principale de briser la solitude de ces patients vulnérables, en tissant une relation complémentaire à celle dispensée par l'équipe soignante.

IV.SYNTHESE ET CONCLUSION

1. Synthèse

L'humour et le rire font partie de ma personnalité. J'aime rire, raconter des blagues et amuser mon entourage. Ayant un caractère jovial, j'utilise de façon spontanée et naturelle l'humour aussi bien entre amis que dans le monde professionnel.

Néanmoins j'ai pris conscience que sa pratique dans un cadre professionnel a ses limites et je dois les respecter.

Par exemple un humour blessant, ironique ou agressif ne peut pas être utilisé envers un patient fragile, vulnérable.

De plus, je me dois avant son utilisation de tenir en compte du contexte et du lieu.

Rire de tout et de n'importe quoi à n'importe quel moment peut être délétère dans une relation soignant/soigné.

De ce fait, un humour mal maîtrisé peut avoir des conséquences dramatiques chez un patient vulnérable ou qui ne comprend pas l'humour.

C'est pour cette raison que je pense qu'il est primordial de connaître le patient dans sa globalité et d'analyser la situation avant l'usage de l'humour.

Mes recherches m'ont permis de comprendre qu'il n'y a pas plus subjectif que l'humour.

C'est donc un outil à utiliser avec précaution.

J'ai aussi découvert que je peux employer l'humour avec différents patients et dans différentes situations à condition d'instaurer au préalable une relation de confiance.

Cette relation me permet de juger si le patient est susceptible de comprendre ou non l'humour en lien avec sa personnalité et son caractère car toute personne soignée n'a pas le même humour selon sa culture, ses origines, ses convictions religieuses.

Mon intervention clownesque que je jugeais infantile avant mes recherches, m'a fait comprendre l'importance de la gélothérapie comme discipline complémentaire de la médecine traditionnelle notamment dans un service palliatif.

Par cette action, j'ai senti que j'apportais une attention et un regard humanisant dans ma démarche soignante. Cet art de soigner aide à tisser des liens de confiance, de prendre soin de l'autre. Je pense que s'initier à l'humour permet de développer une compétence relationnelle spécifique.

J'ai compris que lorsqu'un événement suscite en moi un déséquilibre interne, l'humour peut me permettre de réguler cette tension qui risque sinon de se chroniciser et de devenir un facteur de stress, d'angoisse.

Alors, une blague, un fou rire, un éclat de rire un sourire faire le clown avec ou sans nez rouge entre collègues ou auprès des patients me procurent une sensation de bien-être en me libérant de tensions négatives. J'ai compris que lorsqu'un événement suscite en moi un déséquilibre interne.

Enfin ce travail de recherche m'a permis d'avoir une vision plus éclairée, un regard différent, plus réfléchi et plus professionnel sur l'emploi de l'humour et du rire en milieu hospitalier.

2. Conclusion

L'humour souvent utilisé pour amuser, détendre l'atmosphère, créer un lien social est aussi perçu comme mécanisme de défense pour se protéger de façon consciente ou inconsciente face à des situations complexes.

Considérer comme un moyen de communication, il prend naissance dans un contexte relationnel tout particulièrement dans une relation soignant/soigné.

La prise en charge infirmière, la relation, la communication sont des concepts étudiés dans les formations initiales ou professionnels mais en ce qui concerne le concept de l'humour il est peu enseigné. Proposer une formation sur la pratique de l'humour aux personnels soignants qui usent plus ou moins du comique ont certainement quelque chose de nouveau à apporter dans les unités de soins palliatifs.

En participant aux changements de mentalité de la part du grand public sur les soins palliatifs, cette thérapie trouvera sa place au même titre que la musicothérapie, l'hypnose, la sophrologie etc. Pour cela, il faut proposer et former des professionnels de santé en formation continues ou initiales.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

BERGSON, Henri. *Le rire, Essai sur la signification du comique.* Paris : Edition Alcan, 1924.

SFAP, COLLEGE DES ACTEURS EN SOINS INFIRMIERS. *L'infirmier(e) et les soins palliatifs.* 5^e édition : Elsevier Masson, Septembre 2013.

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

MANOUKIAN, Alexandre. *La relation soignant-soigné.* 4^e édition. Paris : Lamarre, 2014. ISBN 978-275730753.

BURGER, Laure. *Réflexion sur la relation pédagogique Humour et formation infirmière,* édition Seli Arslan, juillet 2005.

FREUD S. *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient.* Paris : Gallimard 1930.

ROBINSON, Vera. *L'humour et les professions de la santé,* Thorofare : Stack, 1991, 256 pages.

COUSINS, Norman. *Comment je me suis soigné par le Rire.* Edition Petite bibliothèque Payot, 2003.

ADAMS, Patch. *Quand l'humour se fait médecin.* Edition Stanké, 2000.

PELLISIER, J. ; GINESTE, Y. *Humanitude – comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux.* Edition : Armand Colin, 2007.

CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers.* Edition Lamarre.

Revues et articles :

FOUBERT, Audrey. « La place du rire dans la relation de soins ». *L'aide- soignante*, aout-septembre 2008, n°99.

RITZ, Amandine. « Le rire à l'hôpital, définir le rire et l'humour ». *L'aide- soignante*. Mai 2018, n°197.

LELIEVRE, Anne. « La thérapie par l'humour, le rire et l'intervention des clowns en gérontologie ». *Soins gérontologie*. Mars-avril 2018, n°130.

BEGNON, Julie. « Réflexion sur la place du rire en soins palliatifs ». *La revue de l'infirmière*. Mars 2015. n°209.

PHANEUF, Margot. « La créativité au service de l'infirmière ». Février 2008, révision Octobre 2012.

BONNEFOND, Isabelle. « Un clown dans une unité de soins palliatifs ». *La revue de l'infirmière*. Septembre 2009, n°153.

PATENAUDE, Hélène. ; HAMELIN BRABANT, Louise. « L'humour dans la relation infirmière-patient : Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2006. n°85.

BECK, Danielle ; FONTANA Michelle. « La place de l'humour dans le contexte des soins palliatifs. Mai 2009. Vol 23.

BIBLIOGRAPHIE (suite)

Sites internet :

www.cairn.info > [revue-recherche-en-soins-infirmiers-2..](#)

Mariage André, « Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture », <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2001-1-page-45.htm> consulté 03/03/2020.

Rire et médecin "*Formation Ludo- soignant.*" "<https://www.leriremedecin.org/nos-actualites/actualites-rire-medecin/institut-de-formation.html> consulté 03/01/2020.

Association la vie en clown <http://www.lavieenc clown.asso.fr/images/bandeau.gif> consulté le 23/02/2020.

Brigitte Bouquet, Jacques Riffault "*L'humour dans les diverses formes du rire.*" <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-2-page-13.htm>

Psycho media "*Quatre styles d'humour utilisés dans la vie de tous les jours.*" <http://www.psychomedia.qc.ca/psychologie-de-la-personnalite/test-questionnaire-styles-d-humour>. Consulté le 05/02/2020.

Mémoire :

SIMON VRIGNAUD Véronique, *L'humour dans la relation soignant-soigné*, Institut de formation CHU de Nantes 2017.

François BARDET, *L'humour dans la relation de soins* Institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier de Brive 2015-2016.

GUMBAU Rébecca, *Les bénéfices de la Gélothérapie en oncologie adulte*. Institut de formation en soins infirmier Nord Marseille.

Textes législatifs :

Code de la santé publique du 29 juillet 2009, partie 4 livre III : auxiliaires médicaux. Titre I : Profession d'infirmier et infirmière, consulté le 14/02/20.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do>

Conseil international des infirmiers Définition de soin infirmier, en ligne consulté le 14/02/2020. <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

Image :

https://references-bien-etre.ch/files/blocs/pos_2/6178_citation-proverbe-humour-rire.jpg

Résumé :

Auprès du grand public, les USP sont perçus comme des secteurs d'activités dans lesquels les soignants ne servent qu'à tenir la main des mourants et ne peuvent regarder le monde que de manière négative.

Rajoutons à cela les nombreux récits imaginaires, de fausses représentations comme la croyance que les USP accélèrent la mort ou encore que l'administration de la morphine annonce la fin de vie.

Ces circonstances font que certaines personnes de notre société ont du mal à concevoir que l'humour puisse avoir sa place dans les unités de soins palliatifs. Essayer de concilier l'humour et unité de soins palliatifs peut sembler étrange.

Ces deux mots nous renvoient dans des domaines si différents. L'un est le symbole du rire de la joie et de la bonne humeur et l'autre un lieu accueillant des personnes porteuses d'une maladie grave, incurable et inéluctable associé à la tristesse, la colère, la peur de l'inconnu voire de la mort.

Comme la stipule Danielle Beck et Michelle Fontana « *Pour le grand public, travailler en soins palliatifs c'est sérieux... Et pourtant ! Quand on travaille dans une unité de soins palliatifs, on s'occupe de la vie avant de s'occuper de la mort ! Et dans la vie il y a de l'humour, alors on peut s'en servir dans un service de soins palliatifs* ».

Titre : « *l'humour et ses multiples facettes* »

Mots clés : *Relation soignant/soigné. Humour. Soins palliatifs. Gélothérapie*