

Sommaire :

1	Introduction	1
1.1	Emergence du thème.....	1
1.1.1	Contexte et point de rupture.....	1
1.1.2	Définition du thème	1
1.2	Résonance du thème	3
1.3	Revue de littérature.....	4
1.3.1	Champs disciplinaires et bases de données.....	4
1.3.2	Equation de recherche	4
1.3.3	Résultats des bases de données	5
1.4	Analyse critique	5
1.4.1	Le lien entre santé mentale et humour.....	6
1.4.2	L'impact de l'humour sur la relation soignant-soigné.....	7
1.4.3	Les thérapeutiques à base d'humour.....	7
1.5	Problématisation	9
1.6	Enquête exploratoire	9
1.6.1	Les objectifs généraux	9
1.6.2	Les objectifs spécifiques.....	10
1.6.3	Population ciblée	10
1.6.4	Site d'exploration	11
1.6.5	Choix de l'outil de recueil des données.....	11
1.6.6	Biais et stratégies d'atténuation	11
1.6.7	Construction de l'outil de recueil de données	12
1.6.8	Etapas de déroulement de l'enquête	12
1.6.9	Test de l'outil de recueil des données.....	13
1.6.10	Traitement des données.....	13
1.6.11	Analyse des résultats.....	13
1.7	Cadre conceptuel	19
1.7.1	La posture professionnelle	19
1.7.2	L'humour	22
1.7.3	La relation soignant-soigné.....	25
1.7.4	Problématisation théorique	27
2	Matériel et Méthode.....	28
2.1	Choix de la méthode.....	28
2.2	Population ciblée pour la recherche	29
2.3	Site d'exploration pour la recherche.....	29
2.4	Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données.....	29
2.4.1	Choix de l'outil théorisé de recueil des données.....	29

2.4.2	Biais de l'outil théorisé de recueil des données.....	30
2.4.3	Construction de l'outil théorisé de recueil des données.....	31
2.5	Déroulement de la recherche	31
2.5.1	Tests du dispositif de recherche	31
2.5.2	Passation des entretiens	32
2.6	Choix des outils de traitement des données	32
3	Résultats.....	33
3.1	Présentation des personnes interrogées	33
3.2	Analyse verticale.....	34
3.3	Analyse horizontale	36
4	Discussion.....	38
4.1	Eléments de réponses à la question/l'objet de recherche.....	38
4.2	Interprétation des résultats	39
4.2.1	Interprétation en lien avec la revue de littérature.....	39
4.2.2	Interprétation en lien avec le cadre conceptuel	40
4.3	Discussion autour des résultats et critique du dispositif de recherche.....	41
4.4	Apports, intérêts et limites des résultats	42
4.5	Proposition de transférabilité pour la pratique professionnelle	42
4.6	Perspectives de recherche à partir des résultats et ouverture vers une nouvelle question de recherche.....	43
	Références bibliographiques.....	44
	Annexes	49

1 Introduction

1.1 Emergence du thème

1.1.1 Contexte et point de rupture

Durant mon stage en psychiatrie, j'ai pu observer que l'humour était employé par tous les soignants et que les patients y étaient réceptifs. Toutefois, son utilisation dépendait des situations. En effet, l'humour permettait d'aborder certains sujets intimes de manière plus légère et de permettre au patient d'être plus à l'aise. J'ai également remarqué que son utilisation permettait l'installation d'un lien solide entre le thérapeute et le patient.

De plus, l'humour est un outil de communication que j'utilise personnellement dans ma vie privée. J'ai pu observer que ce langage universel apportait de nombreux bienfaits biologiques (endorphines, dopamine) et psycho-sociaux (sentiment d'inclusion dans un groupe, développement de l'aspect relationnel). Pour moi, une relation thérapeutique de confiance et d'écoute passe par l'humour, et je ne perçois pas d'effets indésirables.

Cependant, cette idée est en contradiction avec mon expérience lors du précédent stage. En effet, j'utilisais de manière naturelle l'humour avec certains patients et cela m'a été reproché lors du bilan de fin de stage. Selon les ergothérapeutes, une juste relation soignant-soigné ne comprend pas l'humour. Cela m'a questionné et je n'ai pas compris pourquoi son utilisation était déconseillée. Jusqu'à présent, je considérais l'humour comme un élément important, qui pouvait favoriser la construction d'une relation thérapeutique.

Ces expériences contradictoires sur l'utilisation de l'humour dans la relation thérapeutique m'ont amenée à me questionner. Une première réflexion émerge concernant la relation thérapeutique : quelles sont ses caractéristiques ? Et comment la définir ? De plus, l'humour peut-il faire partie de la relation thérapeutique ? Si oui, comment impacte-t-il la posture professionnelle ? De plus, quel va être son impact sur l'interaction avec le patient ? Nous pouvons donc nous demander s'il existe des bénéfices ou inconvénients à utiliser l'humour dans la communication ? Concernant la pratique en santé mentale, l'utilisation de l'humour dans une situation de souffrance psychique peut-elle mettre en péril l'alliance thérapeutique ? De ce fait, quel degré d'humour utiliser avec une personne en souffrance ? Et de quelle manière pouvons-nous trouver un juste milieu ?

Suite à ce questionnement, une problématique professionnelle émerge :

En quoi l'humour peut-il influencer la relation soignant-soigné en santé mentale ?

1.1.2 Définition du thème

Nous pouvons définir comme thème : « l'influence de l'humour sur la relation soignant-soigné dans le milieu de la santé mentale »

Ce thème rentre dans différents champs disciplinaires : la santé, les sciences humaines et sociales, la médecine et la santé publique.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). Dans le thème choisi, il est question de la santé mentale des personnes atteintes de maladies psychiatriques. La santé mentale se définit alors comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté » (2). De plus, l'ARS la définit comme un « état d'équilibre individuel et collectif et qui permet aux personnes de se maintenir en bonne santé malgré les épreuves et les difficultés » (3). Des personnes accueillies dans une structure psychiatrique rencontrent donc des difficultés au niveau de la santé mentale, ce qui les empêchent de surmonter les tensions de la vie quotidienne ou bien d'accomplir un travail.

Les sciences humaines et sociales sont définies par « l'ensemble des disciplines scientifiques qui étudient les humains et la société. Ces sciences s'intéressent aux activités, aux comportements, à la pensée et aux intentions, aux modes de vie, à l'évolution de l'être humain, dans le passé ou dans le présent, qu'il soit seul ou en groupe » (4). Ici, nous nous intéressons à la relation entre les êtres humains dans la société ainsi qu'aux pensées et aux comportements de chacun en fonction de la posture de son interlocuteur.

La médecine se définit comme la « science qui a pour objet l'étude, le traitement, la prévention des maladies ; l'art de mettre, de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé » (5). Dans le thème défini, nous cherchons à rétablir une population à l'aide d'un élément relationnel encore peu évoqué.

Enfin, la santé publique se définit, selon l'OMS, comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif » (6). Au sein de notre thème, cela se traduit par l'humour. En effet, il représente un déterminant psychosocial et joue un rôle dans la santé mentale et physique des individus. Son effet peut être positif ou négatif et est susceptible d'influencer la santé mentale de l'individu.

Il paraît important de définir certains termes du thème pour mieux orienter les recherches.

L'humour se définit par « un 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 » selon la médecine (7). De plus, selon les sciences humaines et sociales, c'est une « forme d'esprit railleuse qui attire l'attention avec détachement sur les aspects plaisants ou insolites de la réalité » (8). Ainsi, de manière plus générale, l'humour permet de souligner avec plus de légèreté certains aspects de la réalité (le ridicule, le comique, l'insolite,...) (9).

La relation soignant-soigné correspond à « l'interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient » (10). En clair, dans la relation, ce qui est inconnu, complexe et imprévisible ce sont les modalités de celle-ci (affects, ambiguïté, potentiels conflits...).

1.2 Résonance du thème

En 2021, huit personnes sur mille âgées de 18 à 79 ans ont un trouble psychiatrique. De plus, la France compte plus de 550 structures psychiatriques accueillant près de 425 000 patients. Or, selon une majorité de professionnels, les patients accueillis en psychiatrie souffrent d'un manque de relation avec leur(s) soignants(s). Au cours de la vie, une personne sur trois est susceptible de présenter un trouble psychique et une personne sur six a actuellement un trouble psychique (11).

D'un point de vue de la santé publique, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^e siècle concernent la psychiatrie (12). Ces pathologies sont la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs.

La prise en charge adaptée de ces patients devient alors un enjeu majeur pour notre société. Des associations utilisent également certaines pratiques, dans le champ de la santé mentale, comme le yoga rire en France, en Belgique, Suisse, Luxembourg ou encore Canada (13). Cette pratique est donc connue au niveau mondial. De plus, les troubles psychiques peuvent diminuer jusqu'à 25 ans l'espérance de vie (3). La santé mentale est donc le premier problème de santé publique. C'est une préoccupation croissante car la santé mentale est associée à une souffrance émotionnelle substantielle et contribue majoritairement à la charge mondiale de morbidité (14).

D'un point de vue économique, « le coût des troubles psychiques est devenu le coût de santé le plus important pour la société française » (3). Il représente le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et maladies cardio-vasculaires, soit 19,3 milliards d'euros (15). Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an (15).

Concernant les enjeux sociaux, l'humour améliore la relation en s'imposant comme un moyen de communication (16). Cependant, peu de documentation existe sur l'utilisation de l'humour dans la pratique ergothérapique. Il serait donc intéressant de faire évoluer ces connaissances auprès d'un public en santé mentale. En effet, les médecins recommandent de rire au moins quinze minutes par jour pour se sentir bien (17). De plus, pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques, l'humour permet de développer des relations sociales plus rapidement et de pouvoir revenir dans la vie active plus simplement. Cela améliorerait également l'engagement des patients dans la thérapie (18).

Enfin, l'ergothérapeute contribue aux soins en santé mentale grâce à une relation favorisant son implication (12). Une des compétences de l'ergothérapeute porte sur la relation thérapeutique : « Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ». C'est donc un enjeu de notre posture professionnelle (19). En effet, il est attendu des soignants qu'ils sachent établir une

relation thérapeutique, c'est-à-dire une relation de collaboration dans le soin qui n'implique ni ambiguïté, ni affect (20). L'ergothérapeute doit être en capacité d'identifier les différents éléments qui y sont impliqués et ce qu'ils engendrent. De ce fait, il est intéressant de comprendre les différentes modalités de la relation et comment celles-ci peuvent être bénéfiques pour les usagers du secteur de la santé mentale »

Tous ces éléments montrent que le relationnel en santé mentale est un sujet pour lequel des associations et des professionnels s'investissent. Cet enjeu sociétal signale la nécessité pour les patients et les professionnels de prendre en compte et d'analyser la relation lors des prises en charge afin d'avoir une démarche centrée sur le patient, permettant au patient et au professionnel de s'investir dans celle-ci.

1.3 Revue de littérature

La revue de littérature permet d'établir un état des lieux de ce qui est fait, des connaissances et pratiques sur le thème prédéfini : l'influence de l'humour sur la relation soignant-soigné dans le milieu de la santé mentale et en ergothérapie.

1.3.1 Champs disciplinaires et bases de données

Les champs disciplinaires ont été identifiés précédemment et sont : la santé, les sciences humaines et sociales, la médecine et la santé publique.

Par la suite, certaines bases de données sont choisies en fonction de leur domaine de recherche, permettant de mettre en avant des articles pertinents en lien avec le thème. Les bases de données choisies sont : Cairn, Google Scholar, Summon, Pub Med et Semantic Scholar.

Le champ disciplinaire de la santé est représenté avec les bases de données Cairn (écrits professionnels et scientifiques) et Pub Med (articles). Les trois autres bases de données sont pluridisciplinaires : Google Scholar (extraits de livres, d'articles et écrits scientifiques), Summon (articles scientifiques) et Semantic Scholar (études scientifiques).

1.3.2 Equation de recherche

Par la suite, il est nécessaire de définir une équation de recherche en lien avec le thème afin de trouver des articles pertinents. Ce thème peut être étendu à l'international afin d'élargir le champ de recherche des études en lien avec le thème et de voir ce qui est réalisable ou non dans le monde. De ce fait, nous effectuons la recherche en anglais également. Il est donc nécessaire de créer une équation de recherche en anglais.

L'équation de recherche définie est alors la suivante :

(Humour) ET relation soignant-soigné ET (santé mentale OU psychiatrie)

Et

(Humor) AND therapeutic relationship AND (mental health OR psychiatry)

Afin de préciser les recherches et de permettre le choix des articles, certains critères d'inclusions et d'exclusions ont été définis :

- les articles sont inclus seulement s'ils sont gratuits dans leur intégralité. Il n'y a pas de limite de date pour les articles recueillis car dès l'Antiquité, l'humour était préconisé et a pu guérir dans certains cas des maladies. L'ergothérapie n'est pas incluse dans l'équation de recherche car les résultats peuvent être transférables dans différentes pratiques et trop peu d'articles existent sur l'humour en ergothérapie. Pour les articles avec des études, les participants doivent présenter une pathologie psychiatrique. Les études sont éligibles quel que soit le cadre de l'étude (c'est-à-dire patients hospitalisés, en ambulatoires, lieux de travail, maisons de soins ou autres milieux communautaires).
- Les articles exclus sont ceux traitant de la population pédiatrique ou en rééducation et les articles avec un échantillon trop faible car ils ne seraient probablement pas représentatif. Nous excluons également les articles dont nous n'avons pas l'accès. Enfin, sont exclus les articles dont la démarche n'était pas explicitée clairement, qui manquaient de rigueur et les articles avec un manque de transparence sur certains aspects ou pas assez clairement énoncés.

1.3.3 Résultats des bases de données

Le nombre d'articles retenus en fonction des bases de données sont regroupés dans le tableau ci-après. La modalité de sélection des articles est également présente.

Bases de données	Articles sélectionnés selon le texte	Articles sélectionnés selon le résumé	Articles sélectionnés selon le titre	Articles retenus
Cairn	60	13	4	1
Google Scholar	6 180	654	10	1
Summon	973	36	2	1
Semantic Scholar	2230	448	74	5
Pub Med	18	5	1	1

Tableau 1 : Résultats des articles retenus en fonction des bases de données

Ainsi le nombre d'articles à analyser est au nombre de neuf.

1.4 Analyse critique

Pour créer le contenu de cette analyse critique, plusieurs articles ont été analysés afin d'en ressortir une synthèse des résultats (cf. Annexe 1). Cette revue de littérature est composée de 9 articles scientifiques de la forme : Introduction, Méthode, Résultat et Discussion (IMRD). Ces écrits utilisent des méthodes mixtes (qualitative et quantitative), des méthodes qualitatives, des méthodes quantitatives et des revues de littérature. Quatre sources sont de type mixte, deux sources sont des revues de littératures, deux sources sont quantitatives et une source est qualitative.

Trois sous-thématiques ressortent de cette analyse :

- Le lien entre santé mentale et humour
- L'impact de l'humour sur la relation soignant-soigné
- Les thérapeutiques à base d'humour

1.4.1 Le lien entre santé mentale et humour

L'humour est en lien avec la santé mentale. En effet, il existe différents types d'humour et la santé mentale peut se traduire en quatre domaines. Les différents types d'humour sont l'humour affiliatif, l'humour auto-valorisant, l'humour agressif et l'humour autodestructeur. Les quatre domaines de la santé mentale sont l'amour propre, la satisfaction de la vie, l'optimisme et la dépression. L'utilisation structurée de ces types d'humour peut contribuer à la réduction des symptômes dans le contexte psychothérapeutique.

Parmi ces types d'humour, l'humour affiliatif et l'humour d'auto amélioration sont considérés comme positifs. Ils rapportent une plus grande satisfaction à l'égard de la vie et une santé mentale positive. Les personnes ayant des humeurs positives plus élevées sont donc plus susceptibles d'avoir un impact positif sur la santé mentale. A l'inverse, lors de l'emploi de l'humour agressif ou autodestructeur, la personne perçoit davantage d'impact négatif sur ses symptômes dépressifs. Les personnes utilisant ces deux types d'humour sont donc plus susceptibles d'avoir des symptômes dépressifs et il y a alors plus d'impact négatif sur la satisfaction de vivre. La santé mentale positive du patient est alors inférieure (21–23).

L'humour aide à soulager les émotions négatives, en particulier la colère et la tristesse, qui provoquent généralement des tendances isolantes. Il réduit l'intensité des réactions émotionnelles dans les moments stressants de la vie, favorisant ainsi les comportements adaptatifs (23).

La compréhension de l'humour en santé mentale pour les personnes schizophrènes est favorisée par l'existence d'un support vidéo, permettant de retranscrire les émotions des acteurs. Lors de l'utilisation de simple image, la personne atteinte de schizophrénie ne perçoit pas l'humour de la manière attendue (24).

L'utilisation en santé mentale de l'humour est une compétence thérapeutique promue en thérapie pour renforcer la conscience de soi et l'attitude humoristique du patient sans être offensé. Son utilisation, si elle respecte les enjeux de chaque type d'humour est un outil thérapeutique efficace qui permet au thérapeute de développer une meilleure compréhension des sentiments, des perceptions et des états émotionnels du patient. En revanche, il faut réfléchir au type d'utilisation de l'humour du thérapeute et du patient afin de n'offenser aucun parti (21–23).

En revanche, selon Tariq Q. et Khan N., il n'y a pas de relation entre le sens de l'humour et la santé mentale. Le contenu de l'humour diffère selon les cultures, les sexes et la personnalité. En effet, chaque culture a ses règles, ses normes et ses valeurs déterminant le type d'humour approprié. Par exemple, les hommes américains préfèrent les blagues à contenu sexuel ou agressif alors que les chinois préfèrent l'humour retenu ou caché. Mais les femmes américaines préfèrent l'humour retenu ou caché plutôt que l'humour des américains (25).

1.4.2 L'impact de l'humour sur la relation soignant-soigné

La relation thérapeutique est complexe. Les bases de la relation sont fondées sur une attitude bienveillante (en montrant de l'intérêt pour ce que dit le patient), sur l'empathie qu'exprime le soignant, sur la prise de décision du soignant et en valorisant le patient. Les soignants réinterrogent régulièrement leur pratique lorsque la relation n'aboutit pas à l'adhésion du patient et, parfois, du soignant. La relation n'est pas une notion acquise, elle se travaille en continu.

Pour développer une relation soignant-soigné, les soignants travaillent leur communication en informant le patient sur les séances ou bien sur l'avancée de la prise en charge et en luttant contre la verticalité en restant eux-mêmes.

Seulement, en santé mentale, la construction de la relation avec le patient est plus complexe. Elle dépend de l'âge, de l'impact des troubles psychiques et leur retentissement sur la vie quotidienne mais aussi de l'incertitude sur l'évolution des troubles qui rend les projections dans le temps plus complexes (26).

L'humour améliore la relation soignant-soigné et la prise en charge des patients. L'intégration de l'humour dans la relation apparaît comme un mécanisme de défense de la part du patient face au stress, comme un moyen de lutter contre la dépression, comme une technique de distraction, pour dissiper la peur de l'inconnu ou bien pour contribuer à notre bien-être. Les patients utilisant l'humour le perçoivent comme un outil thérapeutique nécessaire pour adopter une attitude positive et améliorer la capacité de résilience. Pour les soignants, l'humour rend le soin davantage humain, porté sur la personne, et bien moins protocolaire.

L'importance de l'humour est prouvée mais il paraît complexe de mettre en place une formation 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 (16).

1.4.3 Les thérapeutiques à base d'humour

Les programmes d'intervention basés sur l'humour sont importants dans la réduction de la gravité des symptômes des patients atteints de schizophrénie. Ils doivent toutefois être intégrés à la prise en charge comme une intervention en conjonction avec une thérapie pharmacologique sans contre-indication.

L'intervention de l'humour dans la prise en charge est une méthode non invasive et non pharmacologique pour traiter les symptômes de l'humeur, elle régule le niveau de stress et fournit un soutien social. L'humour est considéré comme un traitement alternatif et complémentaire pour la réhabilitation des personnes atteintes de schizophrénie.

Les effets des thérapeutiques basées sur l'humour sont la réduction de la psychopathologie, de l'hostilité verbale, de l'agressivité et des symptômes d'anxiété, de la solitude et de l'augmentation de la compétence sociale. L'utilisation de l'humour a un effet également sur la pensée déformée et les symptômes dépressifs. De plus, le rire est une composante de l'humour et a des effets physiologiques et psychologiques qui ont un résultat direct sur l'état d'humeur et le bien-être. L'humour et le rire

ont un effet direct sur les perceptions, les attitudes, les jugements et les émotions, ce qui est potentiellement bénéfique pour l'état physique et psychologique du patient (27).

Une étude évoque l'amélioration significative des symptômes négatifs lors de la mise en œuvre du programme de thérapie par l'activité de groupe.

Une des thérapies basées sur l'intervention de l'humour est le yoga du rire. L'effet le plus prometteur du yoga du rire est l'amélioration des symptômes dépressifs. Le yoga du rire réduit le stress chez les patients. En revanche, son utilisation ayant pour but de baisser l'anxiété est controversée. Certains témoignent d'une diminution et d'autres d'une augmentation de l'anxiété (28).

Une autre thérapeutique importante à base d'humour est l'activité de clown hospitalier (soin de clown). Les intervenants sont des professionnels du milieu de la santé (médecin, psychologue, cadre de santé...) et du milieu artistique (artiste, clown, marionnettiste, ...) ou des deux à la fois dans le cas des comédiens-clowns formateurs. Le but de cet atelier est de fournir une médecine complémentaire visant à apporter de la gaieté aux patients, à leur famille et aux personnels (22).

Ces ateliers sont des preuves empiriques qu'il existe une association entre humour et santé mentale.

Au cours des thérapies basées sur l'humour en santé mentale, les expressions humoristiques sont souvent plutôt faites par les patients que par les thérapeutes (22).

❖ Synthèse de la revue de littérature :

L'analyse des différents articles met en évidence le lien qui existe entre l'humour et la santé mentale. Les quatre composantes de l'humour (l'humour affiliatif, l'humour auto-valorisant, l'humour agressif et l'humour autodestructeur) sont en corrélation avec les quatre domaines de la santé mentale (l'amour propre, la satisfaction de la vie, l'optimisme et la dépression). De plus, l'utilisation en santé mentale de l'humour est une compétence thérapeutique à laquelle il faut faire attention pour ne pas offenser le patient ou le thérapeute. La question du lien entre l'humour et les cultures, les sexes et la personnalité est traitée.

Ensuite, la relation thérapeutique est complexe et n'est pas une notion acquise, elle se travaille en continu. En santé mentale, l'utilisation de l'humour dans la relation dépend de l'âge, de l'impact des troubles psychiques et leur retentissement sur la vie quotidienne mais aussi de l'incertitude sur l'évolution des troubles qui rend les projections dans le temps plus complexes. L'importance de l'humour dans la relation est prouvée mais il paraît compliqué de mettre en place une formation à l'humour.

Enfin, il existe des thérapeutiques à base d'humour permettant de diminuer les symptômes de maladie mentale. Ces thérapeutiques, intégrées en conjonction avec une thérapie pharmacologique, fournissent des bénéfices pour l'état physique et psychologique du patient, notamment sur leurs perceptions, leurs attitudes, leurs jugements et leurs émotions. A la suite de ces thérapies, les patients sont tout à fait capables de prendre en compte l'humour.

Certaines questions persistent malgré cette recherche documentaire :

- L'humour est-il davantage dépendant du soignant ou du patient ?

- La réceptivité des patients à l'humour est-elle en lien avec leur pathologie, leur sexe, leur culture ?
- La relation soignant-soigné est-elle forcément améliorée avec l'utilisation de l'humour ?
- Quelles peuvent être les conséquences négatives d'utilisation de l'humour ?
- Dans quelle mesure l'alliance thérapeutique est-elle impactée par l'humour ?
- Faut-il adapter sa posture professionnelle en fonction du type d'humour que l'on utilise ?
- Dans la pratique, les patients emploient-ils l'humour avec les soignants ?
- Le fait d'utiliser l'humour au sein de l'équipe pluridisciplinaire peut-il être mal vu par les patients ?

1.5 Problématisation

A la suite de l'analyse des différents articles de la revue de littérature, un questionnement a émergé. Cette analyse a permis de mettre en avant que la relation en santé mentale est complexe et qu'il existe un lien entre l'humour et la santé mentale. Mais également que l'utilisation de thérapeutiques à base d'humour pouvait être employée, permettant d'améliorer la relation et de dynamiser la prise en charge.

Après avoir réalisé la problématique pratique, une problématique de recherche émerge :

En quoi l'utilisation de thérapeutiques à base d'humour lors de séance d'ergothérapie avec des personnes présentant une maladie mentale pourrait-elle impacter la relation thérapeutique ?

Cette nouvelle problématique de recherche précise le thème de ce mémoire de recherche :

L'impact de l'utilisation de thérapeutiques à base d'humour sur la relation thérapeutique en ergothérapie avec des personnes présentant une maladie mentale

La revue de littérature vient alimenter les enjeux de ce thème de mémoire grâce aux thérapeutiques observées qui potentiellement peuvent être appliquées, amenant des effets positifs sur la santé mentale. Mais également car la relation thérapeutique est complexe en santé mentale et l'utilisation de l'humour pourrait permettre de diminuer cette difficulté.

1.6 Enquête exploratoire

A la suite de cette nouvelle problématique de recherche, une enquête exploratoire est réalisée afin d'affirmer ou d'infirmer les propos observés dans les articles de la revue de littérature.

1.6.1 Les objectifs généraux

Cette enquête exploratoire est réalisée pour différents objectifs. Ces objectifs ne sont pas spécifiques à la problématique de recherche et peuvent être transférables dans d'autres travaux du même type.

Premièrement, elle cherche à comprendre un phénomène. De plus, elle cherche à confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux de la pratique. Elle vise également à s'intéresser davantage à la pratique en ergothérapie. En effet, la revue de littérature n'était pas spécifique à l'ergothérapie et peu d'articles s'intéressaient à cette pratique professionnelle en lien avec le thème de ce mémoire. Cette enquête va également se heurter à la faisabilité ou non de la recherche et définir la pertinence de la question de recherche. Enfin, elle permettra de comparer les résultats apportés dans la revue de littérature à l'enquête exploratoire.

1.6.2 Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de ce travail de recherche sont des objectifs spécifiques à la problématique de recherche actuelle et ne sont pas transférables dans d'autres travaux du même type. Ces objectifs présentent le but précis de la recherche. Le premier objectif spécifique est de vérifier si l'utilisation de l'humour varie en fonction des déterminants personnels du soignant. De plus, cette enquête permet de savoir si les soignants seraient prêts à intégrer l'humour dans la prise en soin. Nous allons chercher à connaître si le lien entre l'humour et la relation soignant-soigné se fait à l'aide de l'humour. Elle va également décrire la population des patients présents en santé mentale et évaluer l'importance de la pathologie et de la nationalité au regard du sujet. L'enquête exploratoire définira : la vision des soignants et des patients sur l'humour, les facteurs influençant la relation et les facteurs influençant l'utilisation de l'humour. Enfin, elle va permettre de savoir si l'hypothèse d'inclure l'humour dans la prise en charge des patients peut se vérifier.

1.6.3 Population ciblée

Cette enquête exploratoire s'adresse à deux populations ciblées : les ergothérapeutes travaillant en santé mentale avec une population de plus de 18 ans et les personnes atteintes de pathologies psychiatriques reçues en ergothérapie et étant stabilisées au moment de la mise en place de l'outil de recueil de données.

Les populations exclues sont les ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation, avec les enfants, en libéral, ou en lieux de vie. Concernant les patients, les exclus sont ceux non stabilisés, les enfants et ceux qui n'ont pas été reçus dans les sites d'explorations que nous allons exposer en dessous.

Le choix de traiter deux populations est fait dans ce mémoire de recherche car les professionnels ergothérapeutes vont apporter leur savoir quant à la possibilité ou non d'intégrer à leur pratique l'humour. Ils vont pouvoir témoigner de ce qui se passe au sein de la relation avec les patients. La limite à interroger seulement les ergothérapeutes intervient dès lors que l'impact de l'utilisation de l'humour sur le patient est un ressenti que seul le patient peut avoir. Cela intervient davantage en psychiatrie puisque malgré que nous connaissions les pathologies psychiatriques sur le plan théorique et parfois pratique, ce qu'ils ressentent face à une nouvelle pratique ou méthode est propre à chacun. L'enquête sur les patients va donc permettre de recueillir les ressentis envisageables et de savoir si l'utilisation de l'humour en ergothérapie est à bannir ou si cette idée reste possible.

1.6.4 Site d'exploration

Nous nous intéressons aux ergothérapeutes travaillant en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpital de jour (HDJ), Hospitalisation complète (HC), Centre médico-psychologique (CMP), Maison d'accueil Spécialisée psychiatrique (MAS), ambulatoire et USP (unité de soins en psychiatrie). Les ergothérapeutes interrogés exercent sur le territoire français.

Pour contacter les deux populations, l'usage de mails et des réseaux sociaux est privilégié. Les ergothérapeutes pourraient répondre directement par retour du mail et les patients pourraient faire de même ou bien s'aider de proches les aidant à répondre au questionnaire. Certaines bases de données recensant les ergothérapeutes travaillant en psychiatrie peuvent également être utilisées.

1.6.5 Choix de l'outil de recueil des données

L'outil de recueil de données choisi pour les deux populations est un questionnaire en ligne. Celui-ci va permettre de répondre aux objectifs fixés plus haut. Ce questionnaire sera à visée qualitative et quantitative.

De plus, nous avons choisi un questionnaire car il a de nombreux avantages. En effet, il va nous permettre de toucher un large public peu importe leur lieu de vie ou d'exercice de leur profession du fait qu'on le partage sur les réseaux sociaux et par mail. Ensuite, le questionnaire permet de respecter l'anonymat des enquêtés, ce qui peut favoriser leur participation. De plus, le questionnaire est rapide à compléter et la personne peut s'y consacrer dès qu'elle a du temps et donc peut réfléchir aux différentes questions.

Malgré tous les avantages que comporte le questionnaire, celui-ci ne permet pas aux participants d'être spontanés. De plus, un risque de mauvaise compréhension des questions est présent.

1.6.6 Biais et stratégies d'atténuation

Les biais potentiels lors de la réalisation de ce questionnaire sont :

- Un biais de désirabilité sociale peut apparaître lors de l'enquête, c'est-à-dire que l'enquête répond pour montrer une facette positive de lui-même, le fait que le questionnaire soit anonyme permet de limiter cela.
- Un biais méthodologique concernant les questions fermées car il est possible que les répondants soient frustrés dans le cas où ils voudraient justifier leurs réponses et que le questionnaire ne leur permet pas du fait de type de réponse attendue (29). Afin de compenser ce biais, les questionnaires seront testés sur une petite population de deux personnes afin de recueillir leurs avis sur le questionnaire.
- Un biais de sélection peut apparaître car certaines personnes peuvent ne pas entrer dans les critères d'inclusion et d'exclusion. Pour cela, deux questions en début de questionnaire seront posées (30).
- Un biais de confirmation pouvant apparaître à cause de l'implication de l'enquêteur. Pour cela, l'enquêteur analysera en plusieurs fois les réponses en essayant de mettre de côté au maximum son état émotionnel.
- Nous avons limité les biais cognitifs en posant des questions simples.

Enfin, avant que l'outil ne soit créé et mis en forme sur *Google Forms*®, une matrice du questionnaire est réalisée sur *Word*® pour éviter d'ajouter de nouveaux biais (cf. Annexe 2 et 3).

1.6.7 Construction de l'outil de recueil de données

Les deux questionnaires en ligne sont construits à partir d'une matrice puis réalisés sur le site *Google Forms*®.

Une première partie est réalisée afin d'exclure les personnes ne répondant pas aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête définis précédemment. Par la suite, une partie est réalisée pour connaître les personnes participantes aux questionnaires, afin de définir une population type. Une autre partie est réalisée afin de recueillir le type de public pris en soin. Puis une autre partie sur la relation thérapeutique est faite afin de connaître les modalités d'entrer en relation de chaque professionnel mais également les facteurs influents comme la nationalité ou la pathologie. Ensuite une partie sur l'humour dans la prise en soin en ergothérapie afin de connaître leur vision de l'humour, leur fréquence d'utilisation et le type d'emploi qu'ils en font. Enfin, une partie sur l'importance de la relation et de l'humour est faite puis une partie sur les perspectives d'utilisation de l'humour dans la prise en soin est réalisée afin de savoir si les professionnels seraient prêts à intégrer l'humour dans la relation en ergothérapie.

Chaque question ne comporte qu'une seule idée et peu de négation afin de ne pas perdre les participants par un souci de compréhension. Les questions sont articulées autour des objectifs spécifiques de l'enquête.

Les questionnaires sont réalisés de manière à respecter une certaine neutralité. De plus les questions sont construites avec un vocabulaire abordable et ne sont pas trop longues. Les questions sont de trois types : ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Les questions sont courtes pour que les participants répondent jusqu'à la fin. Dans le mail envoyé aux deux populations, une date de fin de l'enquête est donnée.

Pour apprécier l'utilité de chacune des questions, deux matrices de questionnement sont réalisées (cf. Annexe 2 et 3).

1.6.8 Etapes de déroulement de l'enquête

A ce stade-là, les matrices de questionnements sont élaborées puis validées par la référente professionnelle et la directrice de mémoire. Les questionnaires sont créés en ligne puis relus par la référente professionnelle, la directrice de mémoire, ainsi que des proches afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions.

Une fois les questionnaires prêts à être envoyés, il faut effectuer une recherche des différents participants par le biais de mails ou de réseaux sociaux comme cité plus haut mais aussi par connaissance des ergothérapeutes. Pour n'oublier personne, un tableur est créé regroupant les différents contacts des deux populations.

Par la suite, les questionnaires étant validés, ils sont envoyés par mail et diffusés sur les réseaux sociaux. Au bout de sept jours, les questionnaires sont relancés auprès des potentiels participants afin d'éviter que certains passent à côté de l'enquête et puissent les renvoyer.

Après 15 jours, les questionnaires sont fermés et les réponses sont ensuite analysées (cf. Annexe 4).

1.6.9 Test de l'outil de recueil des données

Afin de tester les outils de recueils de données, les questionnaires sont envoyés à deux ergothérapeutes et à deux patients au hasard dans la base de données des potentiels participants. Grâce à ce test, les outils vont pouvoir être modifiés au besoin en fonction des incompréhensions, des éléments pas clairs ou bien des fautes de langages. De plus, les participants pourront faire un retour en fin de questionnaire sur leurs avis et leurs propositions d'amélioration concernant l'outil.

Pour donner suite aux différents retours, des modifications sont apportées une dernière fois aux questionnaires. En effet, certaines questions sont reformulées et d'autres sont déplacées (changement d'ordre). En revanche, les participants interrogés ne pourront pas contribuer à l'enquête et leurs réponses sont effacées avant d'envoyer les questionnaires à grande échelle (cf. Annexe 5 et 6).

1.6.10 Traitement des données

Afin de traiter les données de manière plus simple, les réponses présentent sur *Google Forms*® sont retranscrites sur deux documents *Excel*® (un document pour chaque questionnaire). Grâce à cela, les données quantitatives peuvent être analysées mais les résultats des données qualitatives sont peu visibles.

1.6.11 Analyse des résultats

Maintenant que les données sont traitées, une analyse des réponses des deux questionnaires va être présentée et mise en relation avec la revue de littérature faite en amont. L'objectif des questionnaires était de recueillir des informations quant à l'utilisation de l'humour et de l'impact de cette utilisation dans la relation thérapeutique. Les deux questionnaires étaient destinés aux ergothérapeutes pour le premier et aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques pour le second. Comme dit précédemment, toutes les réponses sont traitées de manière anonyme et chaque participant a donné son accord pour collaborer à l'enquête.

❖ Présentation des populations et du public pris en soin :

25 personnes ont répondu au questionnaire en ligne destiné aux ergothérapeutes. 23 personnes entrent dans les critères d'inclusion et d'exclusion de la population ciblée et sont donc retenues pour participer à l'étude. La moyenne d'âge des participants est de 42,9 ans. Cette information va enrichir la collecte d'informations d'un point de vue de l'évolution des pratiques.

22 personnes sur 23 sont des femmes. Parmi les ergothérapeutes interrogés, 8 travaillent en HDJ, 12 travaillent en HC, 6 travaillent en CATTP, 2 travaillent en CMP, 1 travaille en service d'ateliers thérapeutiques médiatisés à destination des patients en intra et extra hospitalier, 1 travaille en MAS, 1 travaille en ambulatoire, 2 travaillent en Unité de soins psychiatriques (USP) et 1 travaille en centre de formation. Les structures les plus représentées lors des réponses sont l'hospitalisation complète (12/23), l'hôpital de jour (8/23) et le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (6/23). Parmi

les ergothérapeutes interrogés, 13 travaillent dans une seule structure, 9 travaillent dans deux structures et 1 travaille dans trois structures.

Cela permet d'enrichir la revue de littérature qui ne parlait pas forcément de toutes ces structures d'accueil. La pratique sur le terrain montre que l'âge n'influe pas sur l'utilisation de l'humour puisque des personnes de tout âge ont pu répondre des choses similaires, ce qui est également expliqué dans la revue de littérature.

Concernant maintenant le second questionnaire, 3 personnes ont répondu. Une seule personne entre dans les critères d'inclusion et d'exclusion de la population ciblée et est donc retenue pour participer à l'étude. Les deux autres personnes sont exclues de l'enquête car elles n'ont pas eu recours à des séances d'ergothérapie.

Ce faible nombre de résultat pourrait entraver la qualité de l'enquête exploratoire, mais les réponses de cette personne sont conservées car elles fournissent des indications précieuses quant à l'utilisation de l'humour dans la prise en charge en ergothérapie. La personne ayant répondu au questionnaire est un homme âgé de 31 ans.

Selon lui, les objectifs principaux de sa prise en charge sont « de s'occuper les mains », de « se changer les idées » et de « forcer les participants à dévoiler leurs corps d'adolescents en clinique psychiatrique ».

La verbalisation des objectifs de prise en charge par la personne interrogée dénonce un mal-être de la personne dans certains de ses soins en ergothérapie.

Dans la revue de littérature, il n'y a pas d'article concernant les patients et leur vision de l'humour en ergothérapie. Le témoignage de cette personne nous permettra donc d'apprécier la vision d'un patient.

Concernant maintenant le public pris en soin, les pathologies évoquées par les ergothérapeutes sont la psychose, la schizophrénie, la dépression, la bipolarité, les addictions, les troubles anxieux, autisme infantile, troubles de la personnalité ou du comportement et état limite.

La revue de littérature met moins de pathologies en avant car il est question d'humour et de relation soignant-soigné alors qu'ici nous interrogeons directement les pathologies. La revue de littérature mettait davantage en avant la schizophrénie et la psychose alors que l'enquête exploratoire met en avant également la dépression à plusieurs reprises. De plus, la revue de littérature mentionnait l'importance du sexe, de la culture et du retentissement des symptômes sur la vie quotidienne, alors que l'enquête exploratoire met en avant davantage l'importance de la pathologie.

❖ Relation soignant-soigné :

Le premier contact avec les patients, initiant la relation, se fait pour 20 ergothérapeutes sur 23 dans un temps formel (dans un temps prévu sur la fiche de poste du thérapeute) c'est-à-dire lors d'activités, d'entretiens d'entrée ou bien par prescription médicale. Pour les 3 autres ergothérapeutes, l'entrée en relation se fait de manière informelle (se croiser dans les couloirs, discuter lorsque cela n'est pas forcément prévu). Pour tous, il s'agit de se présenter les activités et rassurer la personne sur la suite de la prise en soin.

Par conséquent, nous pouvons nous demander si le temps nécessaire pour bâtir une relation pourrait être uniquement lors de la thérapie ou si cela peut être étendu à d'autres temps ? En effet, pour bâtir une relation, cela doit-il se faire à un moment précis ?

En revanche, lors du premier contact, seulement 7 ergothérapeutes disent posséder des techniques pour entrer en relation. Les 16 autres affirment ne pas avoir de techniques. Pour les 7 professionnels ayant des techniques d'entrée en relation, il s'agit principalement de mettre en confiance la personne, échanger, se mettre au même niveau, utiliser leur prénom, expliquer ce qui va être fait et sourire. La revue de littérature n'émet pas d'idée concernant des techniques pour entrer en relation.

Cependant, nous pouvons nous questionner sur l'importance de ces techniques relationnelles ? Certains affirment ne pas avoir de techniques permettant d'entrer en relation. Pour quelles raisons ? Ont-ils par conséquent des difficultés pour entrer en relation avec les patients ou au contraire réussissent-ils très simplement cela ? D'autres évoquent des techniques relationnelles. Sont-elles utilisées à chaque fois ? Amènent-elles forcément au type de relation souhaitée ?

Pour tous les ergothérapeutes, le fait de connaître l'ergothérapie en amont, d'avoir accès au langage oral et à l'expression de ses sentiments facilite l'entrée en relation. De plus, l'initiation à la relation est plus simple avec des personnes présentant certaines pathologies comme la dépression, l'addiction ou les névroses pour 12 ergothérapeutes sur 23. Pour 3 ergothérapeutes sur 23, la pathologie joue un rôle mais n'est pas la seule cause et dépend aussi de l'histoire de la personne, de l'entretien d'accueil, des disponibilités de l'équipe ou bien du déni des troubles de la personne. Pour 8 ergothérapeutes sur 23, la pathologie n'est pas un facteur impactant l'entrée en relation. La revue de littérature met davantage en avant l'idée que le soignant et le soigné doivent avoir envie, tous les deux, de créer une relation.

Nous pouvons donc nous questionner sur la relation et notamment comment permettre aux patients avec des capacités amoindries d'entrer en relation avec les professionnels ?

Les patients accueillis par les ergothérapeutes interrogés sont pour la plupart de nationalité française (10/23) ou d'Afrique du nord (13/23). 12 personnes affirment faire des différences en fonction de la nationalité du patient, 8 affirment le contraire, 2 personnes disent que cela dépend et une personne émet l'idée que la barrière est celle de la langue et non pas de la nationalité. Parmi les personnes n'accueillant que des français, certaines déclarent faire des différences dans la relation avec des personnes non françaises. Dans la revue de littérature, certains articles relataient le fait que la relation pouvait être différente selon les nationalités. Dans l'enquête exploratoire, 55% pensent que la nationalité influe et 45% pensent qu'elle n'influe pas.

De ce fait, nous pouvons nous demander en quoi la nationalité impacte-elle la relation. De plus, concernant les ergothérapeutes n'accueillant que des français, comment peuvent-ils faire des différences dans la prise en charge en fonction de la nationalité ?

Pour tous les ergothérapeutes, la relation est presque indispensable puisque la moyenne de l'importance pour les ergothérapeutes s'élève à 9.7/10. 17/23 ergothérapeutes évaluent l'importance à 10/10. 5/23 ergothérapeutes notent 9/10 et un ergothérapeute répond 8/10. La revue de littérature amène cette même idée d'importance de la relation.

Par conséquent, la relation étant presque indispensable, que provoquerait-elle si cette relation était mise à mal ? Quels enjeux cela aurait-il ?

Pour le patient interrogé, la relation qu'il entretenait avec les trois ergothérapeutes qu'il a eus était différente. Pour la première, il dit aimer les séances malgré le fait qu'elle l'oblige à réaliser certaines choses dont il n'a pas l'envie. Pour le second le patient était amoureux de l'ergothérapeute et dit que ce dernier était davantage en retrait que la première. Le patient dit haïr le dernier ergothérapeute qu'il a rencontré car il avait l'impression qu'il voulait que « les patients acceptent leur corps » malgré les complexes de chacun. Du fait de cela, le patient interrogé dit être peu satisfait de cette relation (3/10).

En revanche pour lui, la relation est très importante puisqu'il l'évalue à 8/10. L'humour n'était pas présent lors de ces relations. Les ergothérapeutes et le patient sont donc en accord quant à l'importance de la relation mais pas sur les effets que chacun perçoit.

❖ *L'utilisation de l'humour dans la relation thérapeutique :*

Pour 20 ergothérapeutes sur 23, l'humour est considéré comme étant de l'occupationnel, faisant rire les sujets. C'est-à-dire l'humour permettrait de faire passer le temps, par le biais du rire, pour occuper les patients. L'humour permettrait de dédramatiser certaines situations, fait rire, amener le sourire, permettre de prendre du recul, amorcer des sujets sérieux de manière plus légère, ... Pour 2 ergothérapeutes, l'humour est vu comme un moyen simple d'entrée en relation. Enfin, un ergothérapeute axe sa définition sur l'aspect négatif que peut avoir l'humour. La seule personne soulevant les aspects négatifs de l'enquête est le seul homme ayant répondu à l'enquête. En effet, il évoque l'idée que l'humour peut être mal perçu par le patient et qu'il n'est pas nécessaire d'intégrer l'humour dans la prise en charge car il apporterait plus facilement du négatif.

Parmi les définitions de l'humour données, ce sont les termes de rire, sourire, dédramatisation, second degré, prise de recul et positionnement qui ressortent majoritairement. La revue de littérature avance l'idée que l'humour peut aider dans le processus de guérison et qu'il peut avoir sa place au sein d'une relation thérapeutique.

La vision des ergothérapeutes vis-à-vis de l'humour peut-elle impacter l'utilisation qu'ils en font ? La posture professionnelle peut-elle être plus difficile à poser en utilisant l'humour ?

La majorité des ergothérapeutes affirment utiliser l'humour avec les patients (20/23). Un ergothérapeute dit ne pas employer l'humour avec les patients et 2 ergothérapeutes disent l'utiliser avec parcimonie, lorsque les patients sont en capacité de le comprendre. Pour ceux qui l'emploient, la majorité l'utilise de manière régulière.

La revue de littérature soumet l'idée que l'humour n'est pas inné et que son utilisation doit prendre en compte la personne à laquelle on s'adresse. De même, son utilisation doit être réfléchie pour ne pas vexer ou braquer la personne à laquelle on s'adresse. La revue de littérature a révélé qu'il y avait des différences dans l'utilisation de l'humour et dans la relation selon les personnalités et la personne que nous avons en face de nous. De ce fait, nous pouvons nous demander, pour les ergothérapeutes utilisant l'humour, comment évolue leur relation au fil du temps ? Est-elle impactée du fait d'intégrer

l'humour ? De plus, concernant ceux qui ne l'utilisent pas ou peu, ont-ils perçu des effets néfastes à cette utilisation ?

La majorité des ergothérapeutes pense que l'humour est bénéfique dans la relation avec le patient car il permet de dédramatiser des situations et parfois de rentrer plus simplement en contact avec les patients. Un ergothérapeute juge que c'est un outil d'évaluation et deux ergothérapeutes considèrent que non. En revanche, dans la revue de littérature, certains auteurs évaluent l'humour comme étant un complément d'évaluation, diagnostic, pour développer l'alliance thérapeutique, pour le processus thérapeutique mais cela n'est pas abordé dans l'enquête exploratoire. De ce fait, nous pouvons nous demander si les ergothérapeutes perçoivent les enjeux négatifs et positifs d'utilisation de l'humour ? Comment évaluent-ils les bénéfices de cette utilisation ? Enfin, cette utilisation mettrait-elle à mal l'alliance thérapeutique ?

Les inconvénients de l'utilisation de l'humour corroborent pour certains avec la revue de littérature comme par exemple le non-accès au second degré (22/23) amenant des possibilités d'interprétations ou de relations n'étant plus professionnelles mais plutôt amicales. Pour certains, les inconvénients de l'humour peuvent être de l'employer avec des personnes présentant des pathologies qui favorisent la non-compréhension de l'humour.

Dans un seul cas, il ressort qu'il n'y a aucun inconvénient à utiliser l'humour tant que l'ergothérapeute semble maîtriser l'utilisation de l'humour. Nous pouvons nous demander ce que "maîtriser l'utilisation de l'humour" veut dire dans la relation ergothérapique.

Selon 20 ergothérapeutes, l'humour n'a pas de place à proprement parler dans la thérapie, il peut aussi bien être employé dans les soins comme à l'arrivée du patient. Pour deux ergothérapeutes, l'humour se place dans le temps informel et pour un ergothérapeute, l'humour ne se place dans aucun des deux. La revue de littérature ne se prononce pas sur ce sujet. Nous pouvons donc nous demander si l'humour manque de cadre afin d'être employé. En effet, sa place n'est pas clairement définie.

Pour 18 ergothérapeutes, les patients emploient l'humour avec eux. Pour 4 ergothérapeutes, les patients l'utilisent régulièrement et pour 1 ergothérapeute, les patients ne l'emploient jamais. Dans la revue de littérature il est plutôt mis en avant le fait que l'humour doit être utilisé avec parcimonie.

Le patient interrogé qualifie l'humour de moyen de communication entraînant une réaction agréable chez l'autre en utilisant des outils comme le corps, les mots ou autre. Il émet la possibilité de la présence d'humour « grinçant ou cassant ». Pour lui, l'humour peut être soit négatif soit positif. Il pense d'ailleurs que l'utilisation de l'humour en psychiatrie doit dépendre de plusieurs paramètres.

Pour lui, il pourrait être bénéfique s'il est bienveillant, pour permettre une atmosphère apaisée et donner envie de venir. Il ne doit pas être lourd ou à sens unique. Ce moyen de communication doit permettre une relation horizontale et non verticale selon le patient. L'humour peut être utilisé lorsqu'il y a une difficulté de communication, de relation ou pour créer du lien mais aussi lorsque l'équipe a jugé que le patient était réceptif à cela. En revanche, si l'humour est utilisé à des fins non sincères, avec des personnes souffrant psychologiquement, avec des personnes ayant un syndrome d'atta-

chement in sécuritaire ou bien demandant une relation allant plus loin que le soin (amicale voire amoureuse), il n'est pas approprié de l'utiliser. Au vu de cette ambivalence, le patient place l'importance de l'humour dans la relation à 4/10. Les ergothérapeutes parlent beaucoup de l'aspect positif de l'humour et très peu de l'aspect négatif, à l'inverse du patient interrogé et de la revue de littérature.

❖ Les limites de l'humour :

Pour 11/23 ergothérapeutes, l'humour ne peut pas devenir une technique d'entrer en relation car cela dépend des patients, il faudrait les connaître un minimum avant. Il ne doit pas constituer le principal de notre relation selon certains. En revanche pour 10/23, l'humour peut devenir une technique à part entière d'entrer en relation. En effet, pour eux il peut être une aide lors de moments difficiles à gérer, permet d'instaurer une relation égalitaire, et permet de dédramatiser certaines situations. Seulement, le cadre thérapeutique resterait à définir. Pour les deux autres, cela dépendrait d'autres facteurs comme l'interaction entre l'ergothérapeute et la personne accompagnée en prenant en compte les différentes personnalités ou bien savoir si la personne y est réceptive. Pour eux, cela pourrait biaiser la relation soignant/soigné et le rôle de chacun.

De manière plus globale l'ergothérapeute, pour intervenir auprès de personnes atteintes de pathologies psychiatriques, a besoin de ressources, de compétences telles que des savoirs théoriques, des savoir-être relationnels, des savoir-faire techniques, des savoir-faire méthodologiques et d'autres ressources comme la créativité. Cela peut se regrouper sous le terme de posture ou bien de relation. Cela se retrouve dans l'enquête exploratoire qui met en avant l'importance de la relation soignant-soigné. De même, cela corrobore avec la revue de littérature.

Par la suite, les ergothérapeutes interrogés ont émis diverses propositions quant aux pistes de réflexion de cette recherche. Pour eux, un temps d'évaluation relationnelle est indispensable pour mesurer les degrés de compréhension des patients ou bien leur finesse de langage. De plus, les différentes sortes d'humour seraient à interroger ainsi que les sujets cibles abordés avec humour. Certains ont émis leur réserve quant à l'utilisation de l'humour pouvant être vécu comme de la désinvolture et mettant en jeu la juste distance.

Un questionnement pratique ressort de cette enquête exploratoire venant enrichir les questions suscitées par l'analyse critique. D'une part, comment adopter sa posture face à un patient lors de l'utilisation de l'humour ? De plus, par quels moyens enrichir la relation thérapeutique ? Et comment l'humour pourrait s'intégrer à la pratique en ergothérapie ? De ce fait, y-a-t-il des formes d'humour à employer de préférence ? Si oui, lesquelles ? Enfin, comment l'alliance thérapeutique peut-elle évoluer lors de l'utilisation de l'humour ?

❖ Synthèse de l'enquête exploratoire :

Cette enquête exploratoire a permis de mettre en avant que la relation est un critère complexe pour les thérapeutes mais aussi pour les patients. De plus, la relation dépend des déterminants personnels de la personne comme la langue parlée, la connaissance du métier du thérapeute ou encore de la pathologie des personnes accueillies. En revanche, pour tous il est clair que la relation est indispensable dans la prise en soin.

Ensuite, l'humour est un concept considéré par les thérapeutes comme faisant rire le patient. Certains ergothérapeutes n'envisagent pas le côté thérapeutique de l'humour. D'autres l'envisagent si celui-ci ne modifie pas la posture professionnelle de l'ergothérapeute ni la vision du métier que s'en font les patients. En effet, la profession d'ergothérapeute étant peu connue, il ne faudrait pas que ce métier se fasse connaître avec un aspect de « clown ». De plus, les réactions provoquées par l'humour sont considérées comme positives par le patient interrogé tant que le thérapeute s'en sert dans des perspectives thérapeutiques et non personnelles.

Enfin pour les ergothérapeutes, l'humour a des limites et ne doit pas être utilisé comme un outil relationnel mais davantage comme une aide lors de moments difficiles ou pour permettre de débloquent certaines situations. De même, il faudrait installer un temps d'évaluation relationnelle en début de prise en soin afin d'apprécier les capacités des patients quant à l'utilisation de l'humour.

A la suite de cette enquête exploratoire, une question initiale de recherche apparaît :

La posture professionnelle de l'ergothérapeute est-elle plus complexe à mettre en place dans la cadre de l'utilisation de l'humour dans la relation soignant-soigné ?

1.7 Cadre conceptuel

Afin d'éclaircir le phénomène mis en avant lors de la question initiale de recherche, nous allons étudier trois concepts clés. Dans un premier temps, nous étudierons le concept de posture professionnelle puis celui d'humour et enfin nous terminerons par le concept de relation thérapeutique.

Les différents apports conceptuels seront synthétisés et réunis au sein d'une matrice conceptuelle (Cf. annexe 9)

A travers ces trois concepts, les champs disciplinaires de la sociologie, de la santé, de l'éducation et de l'anthropologie seront évoqués.

La sociologie est l'étude scientifique des sociétés humaines et des faits sociaux (31).

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (32).

L'éducation est le développement d'une faculté particulière ou d'une aptitude particulière de l'être humain. C'est aussi la connaissance et la pratique des usages d'une société (33).

L'anthropologie est la théorie philosophique qui met l'homme au centre de ses préoccupations. C'est l'étude de l'homme et des groupes humains (34).

1.7.1 La posture professionnelle

Afin d'éclaircir le thème de la posture professionnelle, nous utiliserons le champ disciplinaire de l'éducation car la posture met en jeu le physique et le psychique, celui de la santé car la posture professionnelle intervient lors de soins et celui de la sociologie car la posture professionnelle a un enjeu social.

➤ Définitions de la posture professionnelle :

L'étude terminologique du mot « posture » nous permet d'apprendre qu'il tire son origine du latin signifiant « posé », « être posé », « action de se donner comme ». Cette signification met en avant le caractère mutuel de la posture. Dès lors, nous pouvons nous pencher plus précisément sur la notion de « posture professionnelle ». Selon la définition donnée par le dictionnaire Larousse, la posture professionnelle est « une attitude particulière du corps adaptée à une situation donnée » (35), (36).

Par la suite, le dictionnaire des concepts en sciences infirmières définit la posture professionnelle comme « La place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en action (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus » (10).

Enfin, selon Paul et Jouffray, la posture professionnelle est « un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini » (37). A cela, Jouffray précise que la posture professionnelle « permet de dire notre position (où nous sommes dans l'espace et dans l'environnement) par rapport à quelque chose ou quelqu'un. La posture quant à elle, définit une manière d'habiter un positionnement. La posture c'est la manière dont le positionnement agit dans l'interaction avec d'autres. A ce moment-là, on ne se situe plus par rapport à qui ou à quoi mais plutôt avec qui, avec quoi, dans l'interaction » (37), (38).

Ces différentes définitions nous amènent à regrouper le terme de posture professionnelle en trois parties : les savoirs professionnels (connaissances, concepts, valeurs, expériences...), les pratiques professionnelles (comportements, rôles...) et la posture (attitude, opinions...). Ces trois parties représentent respectivement le savoir (connaissance), le savoir-faire (compétence opérationnelle) et le savoir-être (compétence comportementale, attitudes) (39).

➤ Les savoirs professionnels :

Dans un premier temps, les savoirs professionnels peuvent se scinder en cinq parties :

- Maîtriser la situation (développer des compétences, initier une réflexion face à un problème ou questionnement éthique).
- Identifier les connaissances (nécessaires face à des situations complexes, savoir rechercher les informations manquantes).
- Agir avec réflexion (respecter les valeurs universelles, agir dans l'intérêt de soigner le patient).
- Garder son sang-froid (éviter le jugement de valeur, être précis et rigoureux, faire preuve d'organisation en respectant les priorités).
- Repérer (par l'observation, l'écoute, les enjeux, les risques, les problèmes identifiés) (40).

Ces savoirs représentent les prérequis à avoir afin d'adapter notre posture professionnelle. Le savoir professionnel est l'acquis que tout individu peut acquérir grâce à de la documentation, à des cours ou bien des expériences (41).

➤ Le savoir-faire :

Par la suite les savoirs faire correspondent aux compétences techniques. Ils vont s'appuyer sur les savoirs professionnels (vu précédemment) et en découler la mise en pratique de ceux-ci (41). Le savoir-faire est la « qualité d'une personne qui manifeste de l'habileté à réussir ce qu'elle entreprend, dans divers domaines, surtout pratiques : affaires, relations, vie sociale. Pratique aisée d'un art, d'une discipline, d'une profession, d'une activité suivie ; habileté manuelle et/ou intellectuelle acquise par l'expérience, par l'apprentissage, dans un domaine déterminé » (42). Le savoir-faire est donc une « compétence technique particulière qui nécessite de l'expérience et de l'habileté » (43).

➤ Le savoir-être :

Enfin, le savoir-être représente les attitudes, les qualités personnelles et comportementales que chacun utilise dans le domaine professionnel (créativité, autonomie, écoute...). Ce savoir-être est dépendant de chacun et peut être amené à changer dans le temps. Dans le domaine de la santé, le savoir-être englobe :

- L'écoute : le soignant est disponible pour être à l'écoute du soigné mais aussi doit être attentif aux transmissions et informations transmises par son équipe.
- L'observation : cela ne consiste pas seulement à regarder ce qui se passe mais exige une posture du professionnel qui permet de regarder la personne sans jugement ni attente particulière, sans objectivité. C'est un savoir être qui permet de saisir le réel à travers soi dans le respect de la réalité.
- La bientraitance : posture professionnelle active et dynamique, individuelle et collective du soin, qui prend racine dans un système de valeurs humanistes. Les valeurs de soins sont la tolérance, le respect et l'autonomie. Et dans l'attitude professionnelle, l'écoute et la compassion.
- L'éthique : les postures de certaines personnes nous dérangent car elles sont différentes de ce que nous aurions voulu.
- La déontologie : nous sommes régis par des codes qui nous donnent le droit de faire telle ou telle chose et inversement.
- L'alliance thérapeutique : elle est essentielle pour avoir la confiance du soigné notamment lors de soins plus intimes, comme la toilette (44).

Le savoir-être est le fruit d'une appropriation des valeurs de la discipline, préalable à l'engagement personnel et professionnel.

Selon Guy la posture professionnelle est une « attitude générale ou positionnement (type de comportement, type de gestuelle, type de relation, type de démarche, type de compétences, type de langage...) adaptée pour exercer un métier, tenir un rôle professionnel, exercer une fonction, remplir une mission » (45). Il ajoute que la posture professionnelle met en jeu notamment la posture physique et donc la distance à l'autre.

En lien avec cela, le dictionnaire des concepts en sciences infirmières évoque le terme de distance thérapeutique afin d'éclaircir un aspect de la posture professionnelle.

➤ La distance professionnelle :

Ainsi selon Pascal, la notion de distance rattachée à la posture professionnelle vise à « la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable » (46), (47). La distance thérapeutique est une distance professionnelle interpersonnelle visant à réajuster un équilibre relationnel en vue de l'accompagnement d'une personne soignée vers un projet donné. Afin de maintenir cette distance thérapeutique, Roland propose des conseils pour comprendre la distance professionnelle comme :

- Éviter des familiarités avec les patients.
- Vouvoyer le patient.
- Savoir que la blouse ne crée pas la distance thérapeutique car pour lui c'est l'attitude du soignant face aux patients qui crée la distance.
- Se rappeler que le patient est un être singulier avec une histoire afin d'éviter toute identification de soi ou d'autrui au patient.
- Le soignant est garant d'un cadre au regard de l'institution (10).

➤ Synthèse du concept de posture professionnelle :

Ainsi, nous avons pu identifier que la posture professionnelle correspond à l'acquisition de nombreuses valeurs, associant savoir, savoir-être et savoir-faire qui vont être amenées à évoluer au cours du temps. Le soignant est donc dans un processus de changement constant et ininterrompu qui lui permet de se construire et de progresser dans sa relation avec la personne soignée (48).

Des questions ressortent suite à l'apport théorique de la posture professionnelle : Peut-elle être maîtrisée/réfléchie à chaque instant ? Comment réussir à faire perdurer dans le temps une posture professionnelle ? De même, comment évaluer sa propre posture professionnelle ? Et ainsi, quelles sont ses limites ? Que peut-elle provoquer chez le patient ? Si la distance professionnelle n'est pas respectée, quel impact peut-elle avoir sur la posture professionnelle ?

Afin d'apporter des éléments de compréhension au phénomène mis en avant par la question de recherche, le concept d'humour va également être étudié.

1.7.2 L'humour

Nous allons analyser le concept d'humour à travers le champ disciplinaire de l'anthropologie et celui de la santé. En effet, l'humour est utilisé par la personne dans ses relations humaines et permet de maintenir un lien social. De plus, l'humour est considéré comme un élément thérapeutique, ce qui nous amène à le traiter également du point de vue de la santé.

➤ Origine et définitions :

Premièrement le terme humour est emprunté au mot français « humeur » (49). L'humeur désignait initialement les fluides corporels (sang, bile...) pensés comme influençant le comportement. Pendant longtemps, ce concept est associé à la théorie des humeurs puis est relié à l'histoire de la subjectivité à l'âge moderne et contemporain.

Selon le dictionnaire Larousse, c'est « une forme d'esprit qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité ; marque de cet esprit dans un discours, un texte, un dessin,... » (9)

Le terme d'humour se définit, selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, comme la faculté de présenter la réalité avec un aspect plaisant, insolite ou amusant. Ainsi, elle permet de garder une distance avec ce qui est dit afin de ne pas être blessé. L'humour pourrait être perçu différemment selon le contexte (lieu d'exercice), le processus interne de l'individu et la culture. Il pourrait également être un moyen thérapeutique pour faciliter le soin, tout en gardant une relation de confiance avec le patient (10).

Selon Phaneuf, en relation d'aide, l'humour a différents buts comme permettre de créer un climat de légèreté et de plaisir afin d'aider le patient à voir la vie de manière plus acceptable et plus détendue.

Pour Guyard, l'humour sert à mettre une « distance » entre l'émotion véritablement éprouvée et la manière dont celle-ci s'exprime.

➤ Aspects psychologiques :

L'humour touche alors l'aspect psychologique de la personne avec laquelle nous l'employons. En effet, il peut avoir un impact bénéfique et un impact potentiellement néfaste sur le patient. Concernant les aspects bénéfiques, l'humour est l'un des trente-et-un mécanismes de défenses recensés dans le DSM IV en tant que « processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de facteurs de stress internes ou externes ».

L'humour aurait une valeur diagnostic dans l'appréciation des capacités mentales de chaque patient. De même, l'humour facilite les relations et le soutien social. Il permet, selon son utilisation, d'entrer en relation avec le patient. Il peut permettre aussi de constituer un rituel d'appartenance. Concernant son utilisation potentiellement néfaste, l'humour peut être utilisé comme mécanisme d'évitement. En effet, il permet de ne pas affronter les problèmes et de nier la réalité. De même, l'humour peut être utilisé comme moyen de distraire l'intervenant. Il permet de détourner certaine conversation. Pour l'intervenant en psychiatrie, ce mécanisme de distraction a une valeur diagnostique pour l'intervenant, permettant de déterminer les thèmes conflictuels. Il peut également être utilisé pour minimiser une situation, comme autodépréciation ou bien comme une agression de l'autre (50).

➤ Les buts :

L'humour est ainsi utilisé dans certains buts par le thérapeute. Dans un premier temps, il peut être utilisé dans une visée de diagnostic afin de ne pas augmenter la souffrance ou bien le mal-être d'un patient comme les présentent les relations avec des patients atteints de dépression et d'anxiété. Il peut également être utilisé pour développer l'alliance thérapeutique ou bien dans le processus thérapeutique. En effet, l'importance de créer l'étonnement et la surprise chez le patient est l'élément central de l'humour. On retrouve d'autres objectifs dans l'utilisation de l'humour : faire baisser la tension (en hospitalisation psychiatrique ou en situation psychothérapeutique) ou bien pour attribuer d'autres significations aux situations vécues par les patients (50,51).

➤ Type de situations :

Nous pouvons donc dès à présent analyser dans quels types de situations l'humour peut être utilisé. De nos jours, l'humour peut être employé dans de nombreux films dits comiques. Il peut également être présent lors de scènes de théâtres, de sketches, de textes mais également lors d'évènements de la vie quotidienne (51).

➤ Nationalités :

Chaque situation peut prêter à rire mais selon les nationalités, les formes d'humour ne sont pas les mêmes. En effet, en France l'ironie est à l'honneur (humour critique et cynique envers la société, l'humour situationnel, ...), en Angleterre c'est plutôt l'humour noir et la tendance à l'absurde qui séduit les anglais (autodérision). En revanche aux Etats-Unis, il est préférable d'éviter l'ironie autant que possible et de rester sur du premier degré mais ils sont très adeptes de clichés (« french kiss » ou encore un mexicain avec un sombrero). Les chinois, quant à eux, jouent sur les homophones, les jeux de mots, les caractères ancestraux, les métaphores et les chiffres symboliques. Au Brésil il est préférable d'éviter les sujets tabous et l'Afrique du Sud témoigne d'un humour thérapeutique (52,53).

➤ Procédés comiques :

De ce fait, il peut donc y avoir différents procédés comiques mis en place dans l'humour. Ceux-ci sont :

- le comique de caractère qui permet de mettre en avant ses défauts et ses vices par la caricature.
- le comique de genre qui permet de parodier des choses préexistantes en imitant des thèmes, personnages ou procédés d'écriture
- le comique conceptuel qui met en exergue le sens profond et le sens littéral d'un mot. Il consiste à affirmer l'inverse de ce que l'on croit
- le comique verbal vise à parodier par le biais de répétitions, de jeux de mots ou bien d'accents
- le comique gestuel basé sur le physique permet de faire rire par la gestualité présentée.
- le comique de situation se caractérise par l'impossibilité d'une situation de se réaliser, sur des quiproquos (54,55).

➤ Approche :

Enfin, l'humour peut être utilisé sous différentes approches. Premièrement, comme vu plus haut, il peut être utilisé sous le versant psychologique. Par la suite, il peut également être utilisé sous le versant social. En effet, « le travail social est animé d'une volonté positive et inépuisable de « faire le bien » autour de soi, pour une société qui s'épanouit ... dans la gaîté et la bonne humeur ». L'humour a donc une composante sociale qui permet de mettre en relation des individus par le biais d'une communication. Enfin, l'humour comporte une composante littéraire. Elle peut se retrouver dans le type narratif, descriptif, argumentatif et poétique (56-58).

➤ Synthèse du concept d'humour :

En définitive, l'humour peut comprendre des aspects bénéfiques ou néfastes selon le moment, la personne ou le type d'humour que nous utilisons. Il est utilisé dans un but précis déterminé par la personne qui l'emploie et s'appuie sur des théories. De même, nous avons pu remarquer que certaines situations s'adonnent plus simplement à l'humour que d'autres et que selon la nationalité de la personne que nous avons en face, nous n'utilisons pas le même type d'humour. Enfin, nous avons pu voir que l'humour se base sur des procédés comiques et des approches permettant de s'adapter au public ciblé. Les recherches ont permis de faire émerger un questionnement. Notre sens de l'humour reflète-t-il notre capacité à comprendre les autres ? L'humour est-il un signe de bonne santé ? Et ainsi, comment le stimuler ? De plus, comment faire de l'humour un outil de soin ?

Afin d'analyser l'ensemble des termes présents dans la question de recherche, nous allons finir par analyser le concept de relation thérapeutique pour apporter de nouveaux éléments de compréhension.

1.7.3 La relation soignant-soigné

Afin d'éclaircir le concept de relation soignant-soigné, nous l'analyserons à travers les champs disciplinaires de la santé. En effet, le concept de relation soignant-soigné s'inscrit dans le cadre de la prise en soin de patients en santé.

➤ Définitions de la relation soignant-soigné :

Dans un premier temps, la relation soignant-soigné se définit selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières comme une « activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre la personne soignée et le soignant, dans le cadre d'une communication verbale ou non verbale » (59). Manoukian ajoute à cela qu'il s'agit de l'œuvre d'une rencontre entre deux personnes, deux personnalités, deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. Cette relation est intime et peut générer des situations complexes par les enjeux relationnels de l'institution, des membres de la famille, des malades et des membres de l'équipe. La relation soignant-soigné nécessite au minimum deux personnes car la communication nécessite d'avoir un interlocuteur (59,60).

De même, cette relation est dite asymétrique car le patient a besoin de la compétence du professionnel de santé. Il demeure une démarche éthique fondée sur le non-jugement du patient qui permet de développer des attitudes d'écoute, d'empathie et d'authenticité (61).

➤ Les facteurs :

Dans un premier temps, certains facteurs interviennent dans la construction de la relation soignant-soigné. En effet, il y a :

- Le facteur personnel qui met en avant la personne dans sa totalité, c'est-à-dire sa culture son histoire, sa nationalité, son âge, sa psychologie, ses désirs, ses perceptions et ses rôles sociaux. Ce facteur nous permet d'apprécier comment nous allons entrer en relation avec cette personne et par quels moyens.
- Les facteurs sociaux qui mettent en avant l'appartenance à une catégorie professionnelle ou à une classe d'âge de la personne. Ce paramètre nous permet de comprendre quel type de relation nous allons pouvoir entreprendre avec le patient et donc de s'adapter à cela.

- Les facteurs psychologiques de la personne rentrent en compte. En effet, ils sont représentés par les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs et les enjeux de la communication. Ils permettent de comprendre la complexité de la relation.
- Les facteurs physiques permettent également de mettre en avant la complexité de la relation soignant-soigné. Ils mettent en exergue les perceptions propres à chacun, le langage corporel et l'aspect physique (comprenant par exemple la tenue vestimentaire) (60-62).

➤ L'entrée en relation :

En lien avec l'explication des facteurs personnels, l'entrée en relation est également une composante de la relation soignant-soigné. Elle peut se faire par la parole comme le débute généralement la plupart des relations que nous engageons. Mais également par l'affectivité. En effet, nous pouvons parfois entrer en relation, par exemple, par le biais d'une personne commune avec qui nous avons antérieurement créé de l'affect. Cette personne nous permettra de communiquer avec une nouvelle personne et nous amènera à créer du lien. Cette affectivité pourrait également apparaître lorsque nous devons entrer en relation avec une personne déjà connue comme un membre de la famille ou un ami. Enfin, le langage du corps peut également permettre d'entrer en relation avec un patient. En effet, le langage du corps peut nous permettre de comprendre la réalité des choses. Que cela soit du côté du patient ou du soignant, il peut y avoir une différence plus ou moins significative entre la parole et le langage du corps (60-62).

➤ Les supports :

De même, la relation soignant-soigné s'appuie sur de nombreux supports comme les mots ou les attitudes des personnes. Ces supports peuvent être divers et permettent d'échanger des informations en permanence. En effet, les mots sont les supports de base de la relation dite verbale. Ils permettent de décrire ce que chacun ressent et donc de développer la relation par l'implication de chacun des intervenants. De même, les attitudes sont des supports de la relation, permettant de comprendre de manière non-verbale ce que veulent réellement dire les mots du patient. Ils peuvent se présenter sous formes de gestes, mimiques ou encore par la position du corps (60-62).

➤ La communication :

En lien avec cela, la communication est la clé de la relation soignant-soigné. Elle est inhérente à l'être humain et sa pratique fluctue en fonction des situations, des personnes présentes ainsi que des objectifs assignés. Elle peut se présenter sous deux formes qui sont la communication verbale et la communication non verbale. La communication verbale utilise tout ce qui est dit avec des mots, la parole. Elle suggère une attitude d'écoute. La communication non-verbale, elle, utilise le sourire, les regards, les grimaces, les cris, les exclamations, les froncements de sourcils et bien d'autres qui n'utilisent ni les mots ni la parole. Elle suggère une attitude d'observation. En définitive la communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale, utilise des attitudes de communication telles que l'observation ou l'écoute comme citées plus haut mais également l'empathie ou bien la congruence (60-62).

➤ Types de relation :

Enfin, il existe trois types de relation amenant différentes émotions et différentes interprétations. Ces types de relation sont établis par le soignant. La première est la relation dominant-dominé suggérant que le soignant domine le patient. Ce type de relation amène de la part du patient un sentiment craintif ou soumis. Le deuxième type de relation est la relation dominé-dominant qui suggère que le patient domine le soignant. Ce type de relation amène de la part du soignant de l'agressivité et potentiellement de l'opposition à certains soins. Enfin, il existe la relation d'égal à égal, aussi appelée relation horizontale. Cette relation suggère que le soignant et le patient sont traités de la même manière et qu'il n'existe pas une question de supériorité. Cette relation amène la collaboration et l'acceptation de la part du patient (60-62).

➤ Synthèse du concept de relation soignant-soigné :

En définitive, la relation soignant-soigné est un échange asymétrique entre deux personnes. Elle est impactée par les facteurs personnels, sociaux, psychologiques et physiques de la personne. La mise en place de cette relation se fait dès le premier contact soit par la parole, par l'affectivité ou bien par le langage du corps. Pour se faire, la relation soignant-soigné s'appuie sur des supports comme les mots ou bien les attitudes. Nous avons également pu voir que la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale est la clé de la relation soignant-soigné. Enfin, la relation soignant-soigné peut être de type dominant-dominé, dominé-dominant ou d'égal à égal. Ces différents types de relation amènent différentes émotions et interprétations de la part des personnes.

L'analyse de ce concept a fait émerger certaines questions. Comment les émotions peuvent-elles impacter la relation soignant-soigné ? Quelles pourraient être les conséquences d'une attitude non adaptée de la part du soignant, pour le patient ? Quelles sont les attitudes à adopter et les moyens à mettre en place pour gérer des situations stressantes ou difficiles ? Quels facteurs jouent en faveur d'une relation de qualité ? Peut-on entretenir avec la personne une relation non horizontale pérenne ? Et donc, quels sont les bénéfices à l'utilisation d'une relation horizontale ? De même, quels peuvent être les impacts ?

Nous allons finir cette partie en faisant le lien entre les différents concepts étudiés et en les mettant en lien avec les résultats trouvés lors de l'enquête exploratoire.

1.7.4 Problématisation théorique

Nous avons vu que la posture professionnelle, l'humour et la relation soignant-soigné sont des concepts complexes qui peuvent être mis en liens. L'apport théorique de ces trois concepts nous amène à nous questionner. Nous pouvons premièrement nous demander s'il existe une posture professionnelle particulière à adopter lorsque nous entrons en relation avec des personnes ? De ce fait, comment la modifier dans le temps ? De même nous avons vu qu'il existe différents types de postures professionnelles, de ce fait, quel type de relation est-il possible de mettre en place lorsque la posture professionnelle n'est pas appropriée ? Si la relation soignant-soigné et la posture professionnelle s'appuient sur des savoir-être, comment peuvent-elles être adaptables ? Nous avons vu que l'affect pouvait être présent dans la relation, de ce fait, comment l'affectivité mise en place dans la relation peut-elle remettre en cause la distance thérapeutique exigée dans la posture professionnelle ? Et

donc, comment maintenir une posture professionnelle satisfaisante lorsqu'il existe une relation d'affectivité dans la relation soignant-soigné ? D'autre part, nous avons vu que l'humour peut être bénéfique. De ce fait, nous pouvons nous demander si l'humour n'entrerait pas en contradiction avec la distance thérapeutique imposée par la posture professionnelle ? Si la distance thérapeutique est trop importante, l'humour est-il plus complexe à mettre en place ? A l'inverse, si la distance n'est pas assez présente, y a-t-il la possibilité que l'humour devienne trop intrusif ? De même, l'humour serait-il aidant lors de la relation soignant-soigné ? Permet-il de prendre en compte les facteurs inhérents à la relation soignants-soigné ?

Ainsi cette problématisation théorique vient enrichir les questions suscitées par l'enquête exploratoire.

Dans un premier temps, au vu des différents types de relations évoquées, il est possible de se demander quel type de relation est mis en place entre l'ergothérapeute et la personne prise en soin ? Cette relation bénéficie-t-elle de l'humour ? Et cela impacte-t-il le bon déroulé de la séance ? De plus, la posture professionnelle de l'ergothérapeute est-elle adaptée au type de relation utilisée ? Et la posture professionnelle entreprise permet-elle de garder une distance nécessaire avec la personne soignée malgré l'utilisation de l'humour ? Quels sont donc les enjeux de la distance thérapeutique ? De plus, quelle place est accordée à l'humour au sein des séances en ergothérapie ? Comment la mise en place de l'humour entre l'ergothérapeute et la personne soignée permet-elle d'apaiser les tensions et d'amener le patient à certaines réflexions plus simplement ?

Suite à ces questionnements, la question de recherche est plus précise :

Comment les ergothérapeutes perçoivent-ils leur posture professionnelle en séance lors de l'utilisation de l'humour auprès des personnes présentant une pathologie psychiatrique ?

Un objet de recherche est donc défini :

Etude de la perception des ergothérapeutes sur leur posture professionnelle en séance lors de l'utilisation de l'humour auprès des personnes présentant une pathologie psychiatrique.

2 Matériel et Méthode

2.1 Choix de la méthode

Après avoir défini l'objet de recherche, une méthode de recherche est choisie.

L'objet de recherche s'intéresse à la perception des ergothérapeutes sur leur posture professionnelle en séance lors de l'utilisation de l'humour auprès des personnes présentant une pathologie psychiatrique. De ce fait, la méthode clinique semble être la plus adaptée. En effet, cette méthode vise la

découverte des savoirs par l'analyse du contenu. Elle permet de proposer une régulation de la théorie ou des théories qui ont fondé l'attendu par rapport au phénomène étudié. Enfin, elle cherche à questionner le vécu des professionnels, leurs perceptions et les incitent à partager leurs expériences (63).

Cette méthode semble donc être la plus adaptée.

2.2 Population ciblée pour la recherche

Pour étudier la perception des ergothérapeutes sur leur posture professionnelle en séance lors de l'utilisation de l'humour auprès des personnes présentant une pathologie psychiatrique, le public interrogé est celui des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie. Il est choisi d'interroger cette population dans le but de recueillir la manière dont ils perçoivent leur posture professionnelle lors de l'utilisation de l'humour dans leur pratique.

Des critères d'inclusions sont définis. Les ergothérapeutes doivent être diplômés depuis plus de trois ans afin qu'ils aient eu du temps pour vivre et expérimenter certaines situations. Enfin, nous interrogerons les ergothérapeutes volontaires après sollicitation de notre part.

Des critères d'exclusions sont définis. Les ergothérapeutes diplômés depuis moins de trois ans ne sont pas interrogés. De même, les ergothérapeutes n'exerçant pas en psychiatrie ne sont pas interrogés.

2.3 Site d'exploration pour la recherche

Il est choisi de réaliser cette recherche avec des ergothérapeutes exerçant dans toute la France. Nous contacterons les ergothérapeutes par le biais de mails (liste d'ergothérapeutes fournie par la directrice de l'IFE) mais également sur les réseaux sociaux via des groupes spécialisés pour les ergothérapeutes.

2.4 Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données

2.4.1 Choix de l'outil théorisé de recueil des données

En lien avec la méthode sélectionnée, un outil de recueil de données est choisi. Au vu de l'objet de recherche, il est nécessaire de recueillir les vécus, les expériences des personnes interrogées, sur un sujet donné, dans lequel la personne interviewée peut s'exprimer librement. Pour cela, le questionnaire et l'observation sont mis de côté. L'outil de recherche sélectionné est alors un entretien. Seulement, notre objet de recherche ne contient qu'un seul thème à aborder, celui de la perception des ergothérapeutes sur leur posture professionnelle lors de l'utilisation de l'humour en séance avec des personnes présentant une pathologie psychiatrique. L'outil de recueil de données est alors un entretien non-directif. Cet entretien non-directif ne s'intéresse pas à des actions mais à des perceptions, des ressentis. Il en résulte alors que l'entretien est un outil de recueil de données subjectives s'appuyant sur le discours d'une personne, ce qui correspond à la méthode clinique choisie plus haut.

L'entretien non-directif permet à la personne de s'exprimer librement sur un sujet sans être orienté par des questions du chercheur qui adopte une posture d'écoute active envers la personne interrogée. La posture d'écoute est régie par un cadre d'écoute qui nécessite d'avoir une posture neutre, sans jugement. Il est important d'écouter la personne et que la personne se sente écoutée. De même, il faut recueillir ses propos tels qu'ils sont, sans à priori. Ainsi, pour limiter les biais potentiels,

il faut travailler sa posture et son attitude lors de l'entretien, afin d'être le plus neutre possible. De plus, l'entretien non-directif permettra de pouvoir relancer au besoin les personnes si l'explication donnée reste floue ou incomprise.

L'entretien présente des avantages et des inconvénients. Il permet, comme dit précédemment, de laisser la personne interviewée s'exprimer librement, permettant de faire émerger de nouvelles thématiques auxquelles le chercheur n'aurait pas pensé. De plus, l'entretien n'étant pas structuré, la personne peut approfondir certains sujets qui lui semblent importants. En revanche, elle peut s'éloigner du sujet et de la question de recherche car l'entretien n'est pas structuré. Pour cela, le chercheur doit pouvoir recentrer l'entretien sur la thématique initiale. De plus, d'une personne à l'autre, il peut être complexe de faire le lien entre les différents éléments évoqués (64) et (65).

2.4.2 Biais de l'outil théorisé de recueil des données

Lors des entretiens de type non-directifs, plusieurs biais peuvent apparaître. L'objectif est de les identifier en amont afin d'essayer de mettre en place des stratégies d'atténuation.

Dans un premier temps, il peut exister un biais méthodologique dû au recueil d'information incomplet, insuffisant ou difficile. Pour cela, il est important de prendre du temps et de mobiliser des moyens pour organiser le travail de collecte, d'analyse et de traitement de l'information.

Par la suite, un biais affectif peut entrer en cause dû à une déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation. Les émotions interfèrent avec le jugement moral. Par exemple, être d'humeur positive ou négative peut influencer un recueil d'information. De même, il peut y avoir un impact sur l'écoute dû à une séduction, ou bien un transfert par exemple. Cela peut être atténué grâce à une prise de conscience de nos états d'âme du moment pouvant interférer sur la qualité du recueil de l'information ou bien en tentant de prendre du recul afin d'avoir une vision la plus objective possible.

De plus, un biais de désirabilité sociale peut apparaître dû à l'envie de la personne interrogée de se montrer sous sa meilleure facette ou bien dû à une mise en confiance excessive provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt. Cela peut être atténué en multipliant les entretiens avec des personnes différentes pour avoir des points de vue variés.

Ensuite, il peut exister un biais de similarité ou de différence permettant de considérer plus favorablement ou défavorablement une personne qui nous ressemble ou non. Cela peut être atténué en ne considérant pas une personne seulement parce qu'elle nous ressemble ou qu'elle est différente.

L'effet de halo peut être présent lors des entretiens. L'enquêteur peut être influencé, positivement ou négativement, par une caractéristique du sujet interrogé. Pour limiter ce biais, l'enquêteur doit se focaliser sur les propos de la personne en restant dans l'écoute.

Enfin, il peut exister un biais de sélection dû au long processus de recherche des participants et au fait que l'entretien ne demande d'interroger que quelques personnes car il n'y a aucune statistique à réaliser. Il faut donc bien définir la population, cible de la recherche, afin d'avoir des participants répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion (66).

2.4.3 Construction de l'outil théorisé de recueil des données

Après avoir déterminé l'outil de recueil de données et identifié les potentiels biais, une matrice d'entretien est construite. La matrice est adaptée au profil des personnes interrogées grâce à l'utilisation d'un vocabulaire approprié aux ergothérapeutes. Dans cette matrice sont présents : l'introduction à l'entretien comprenant la présentation du chercheur, l'objectif de la recherche et un rappel sur l'humour (sujet principal). De plus, la durée approximative de l'entretien est donnée permettant de savoir si l'ergothérapeute avait un horaire à respecter, l'information sur l'anonymat est donnée et le chercheur demande ensuite si l'ergothérapeute est en accord pour que nous enregistrons l'entretien. Par la suite, il est demandé à la personne de se présenter ainsi que son type de structure, puis l'objet de recherche est présenté, amenant à la question inaugurale : « Selon vous, comment l'utilisation de l'humour lors de vos séances influence-t-il votre posture professionnelle ? ». Enfin, le chercheur remercie en fin d'entretien l'ergothérapeute pour sa participation.

Cette matrice est disponible en annexe (Cf. Annexe 10).

De plus, une fiche de renseignements sur la personne interrogée est distribuée à la fin de l'entretien permettant de recueillir : le sexe, l'âge, l'année d'obtention du diplôme d'ergothérapie, le lieu d'exercice, le nombre d'années d'exercice au sein de la structure actuelle, l'utilisation de l'humour dans la vie privée et professionnelle, le rapport personnel à l'humour et la posture de la personne au sein de la structure.

Cette fiche est disponible en annexe (Cf. Annexe 11).

Enfin, pour permettre d'appréhender au mieux les entretiens et pour poser un cadre de recherche à ces derniers, une matrice des profils types d'ergothérapeutes est réalisée. Cette matrice est réalisée grâce au cadre conceptuel et à l'objet d'étude, permettant de regrouper tous les éléments importants à percevoir dans le discours de l'ergothérapeute.

Ils sont disponibles en annexe (Cf. Annexe 12).

2.5 Déroulement de la recherche

Le test réalisé et la passation des entretiens vont être explicités lors de cette partie.

2.5.1 Tests du dispositif de recherche

Afin de vérifier la possibilité de réaliser des entretiens à partir de la matrice d'entretien et de la fiche de renseignements réalisées, nous allons tester notre outil avec un ergothérapeute. Ses réponses ne seront pas prises en compte pour la suite de la recherche.

En fonction de la disponibilité des ergothérapeutes et de leur localisation, les entretiens se dérouleront en présentiel, en visio-conférence ou, à défaut, par téléphone. La communication par téléphone ou en visio-conférence peut être un frein pour la personne interrogée car elle n'aperçoit pas l'enquêteur et la relation de confiance peut, de ce fait, être plus complexe à mettre en place. Mais cela peut également être un frein pour l'enquêteur car il risque de moins bien percevoir les émotions et les ressentis de la personne. En revanche, les entretiens qui ne se déroulent pas en présentiel peuvent permettre à l'ergothérapeute de se rendre disponible plus simplement dans la journée, ce qui est un avantage majeur.

L'entretien test a permis de mettre en avant un point à améliorer dans la posture de l'enquêteur. En effet, l'enquêteur doit rester neutre afin de percevoir au mieux le vécu de l'ergothérapeute. De plus, cet entretien test a permis à l'enquêteur d'être davantage à l'aise avec la méthode de l'entretien et surtout avec l'écoute active. Cet entretien s'est déroulé en visio-conférence et cela n'a absolument pas interféré avec la qualité de l'échange. Enfin, les phrases de relances ont pu être retravaillées et l'introduction améliorée. A la suite de la passation de cet entretien test, l'enquêteur peut réaliser les trois entretiens.

2.5.2 Passation des entretiens

A la suite de la réalisation de l'entretien test, des entretiens retenus pour l'objet de recherche sont planifiés.

Plusieurs mails provenant d'une liste fournie par la directrice d'établissement sont envoyés à des ergothérapeutes et un message est posté sur les réseaux sociaux demandant à tout ergothérapeute répondant aux critères de m'envoyer un message afin que je prenne contact avec eux. Après avoir échangé par mail ou par message avec les différents participants, une date et un horaire d'entretien sont définis pour chacun.

En lien avec la loi Jardé, l'étude a pour but d'analyser la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et non pas de développer des connaissances biologiques et médicales. Cette recherche ne nécessite donc pas de solliciter le code de procédure pénale. En revanche, une fiche d'information et une feuille de consentement sont données à chaque participant afin de les avertir des modalités de l'entretien et de leur donner les coordonnées des investigateurs. La feuille de consentement est retournée signée par les trois ergothérapeutes.

Concernant l'entretien même, l'enquêteur le débute avec une introduction permettant de rappeler à la personne interviewée le cadre éthique de la réalisation du mémoire, mais aussi le cadre temporel, l'objet de recherche et l'objectif de l'entretien. Le respect de l'anonymat, la confidentialité des données, et le non-jugement de valeurs sont rappelés au participant, tout comme le fait que l'entretien est enregistré, et qu'il ne sera pas utilisé à des fins personnelles. Il est également expliqué au participant qu'il peut refuser de répondre à certaines questions et qu'il peut arrêter l'entretien à tout moment (68). Concernant la forme, l'entretien débute grâce à la question d'amorce et la question inaugurale. Il se termine en complétant avec la personne interviewée la fiche de renseignements.

Les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone et sont par la suite retranscrits verbatim (au mot près).

Plusieurs ergothérapeutes ont répondu favorablement à la passation de ces entretiens et trois d'entre eux sont sélectionnés. Ces ergothérapeutes seront présentés dans la partie trois nommée « Résultats ».

2.6 Choix des outils de traitement des données

Une fois les entretiens réalisés et retranscrits à l'écrit, ils sont analysés en plusieurs étapes. Dans un premier temps, après plusieurs lectures, des thèmes ressortent. Par la suite, les phrases des entretiens sont placées dans chacune des catégories. Enfin, une analyse horizontale et verticale sont réalisés permettant d'analyser tous les entretiens par catégorie en même temps pour l'un et un

entretien à la fois pour l'autre. L'enquêteur va mettre en avant les idées qui s'opposent, se corroborent ou se complètent (69).

3 Résultats

Dès à présent, nous allons analyser les résultats issus des entretiens grâce à une analyse verticale et horizontale (décrite ci-dessous). Afin de respecter l'anonymat des ergothérapeutes interrogés et de les identifier clairement, nous nommerons les ergothérapeutes « E1 », « E2 » et « E3 ».

Une analyse thématique est effectuée.

3.1 Présentation des personnes interrogées

Les personnes interrogées sont présentées dans un tableau.

	« E1 »	« E2 »	« E3 »
Age/sexe	44 ans / femme	43 ans / femme	40 ans / femme
Année d'obtention du diplôme	1998	2000	2005
Lieu d'exercice	Centre de réhabilitation psychosociale	Hôpital de jour psychiatrique	Centre de réhabilitation psychosociale
Nombre d'année dans la structure actuelle	10 ans	17 ans	13 ans
Rôle de l'ergothérapeute	accompagner au niveau cognitif et social par différents ateliers. La majorité des ateliers se font en groupe et seulement quelques-uns se font en individuelles.	Accompagner les personnes dans l'autonomie, la sociabilité. Leur permettre d'être plus enracinés dans la vie de tous les jours. La majorité des ateliers se font en groupe et seulement quelques-uns se font en individuelles.	surtout coordinateur de parcours mais son but est aussi d'autonomiser au maximum les personnes. Les ateliers se font en individuelle ou en groupe mais sont axés sur les besoins des personnes. Il n'y a aucune activité prédéfinie.
Utilisation de l'humour (privée et professionnelle)	utilise l'humour de manière naturelle aussi bien dans la sphère personnelle que professionnelle.	Idem	Idem L'humour fait partie intégrante de l'ergothérapeute,
Posture professionnelle	posture affirmée qui lui permet de faire ce	l'ergothérapeute collabore avec 4 infirmiers	les ergothérapeutes (au nombre de 6) sont

	qu'elle veut et d'être comprise par le reste de l'équipe.	qui lui laissent l'ergothérapie s'implanter au sein de la structure.	mis en avant et peuvent faire ce dont ils ont envie.
--	---	--	--

Tableau 2 : tableau démographique de présentation des ergothérapeutes participants aux entretiens.

Les trois ergothérapeutes sont donc des femmes, elles n'ont pas été diplômées dans la même ville et aucune ne travaille dans le même département.

3.2 Analyse verticale

Après plusieurs écoutes et plusieurs lectures des entretiens passés, trois thèmes principaux ressortent des trois entretiens. Dès à présent, une analyse verticale va être faite, permettant d'étudier les données issues des entretiens de chacun des participants selon les trois thèmes suivants :

- L'humour
- La relation
- L'ergothérapeute. (70)

⇒ L'humour :

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que l'humour a beaucoup de bénéfices. En effet, l'humour permettrait de se décaler, d'enlever un côté assez protocolaire à la relation, de renforcer la relation soignant-soigné, d'amener de la détente et donc un lâcher-prise. Cela entraînerait également une plus grande confiance en soi et une dédramatisation de certaines situations, amenant des sujets pouvant initialement être tabous de manière naturelle. De plus, le premier ergothérapeute nous évoque le fait que l'humour serait un moyen de faire passer des messages simplement, sans blesser la personne ; qu'il permettrait aux patients de se remettre en question et de se connecter à la réalité, mais aussi que l'humour donne de la considération à ce qu'est le patient et cela lui permettrait de s'investir de manière davantage authentique dans la relation. Enfin, deux ergothérapeutes s'accordent à dire que l'humour aurait des risques comme le fait qu'il soit mal interprété par le patient et que en conséquence, il se renferme. La dernière ergothérapeute n'est pas en accord avec cela et nous explique qu'il n'y a aucun risque à utiliser l'humour car c'est une manière d'être. Il en ressort que l'humour comporte beaucoup d'avantages et peu de risques.

Pour les ergothérapeutes interrogés, l'humour est une partie d'être humain, une manière de communiquer. Pour deux ergothérapeutes, l'humour apporte toujours quelque chose de bénéfique, ce que ne mentionne pas la dernière ergothérapeute. De plus, pour deux autres ergothérapeutes, l'humour est un outil relationnel. Ces mêmes ergothérapeutes mentionnent le fait que l'autodérision est un type d'humour qui fonctionne très bien car il a peu de chance de blesser l'autre. Par la suite, selon la première ergothérapeute, l'humour fait partie de la relation thérapeutique. La seconde ergothérapeute, quant à elle, explique que l'humour doit être utilisé uniquement si on sait recadrer la personne par la suite, mais qu'il doit être utilisé dès lors que nous en ressentons le besoin. Elle nous informe que l'humour est souvent vu comme amenant de l'ambiguïté, ce qui n'est pas de l'avis d'une ergothérapeute.

La majorité des ergothérapeutes (« E1 » et « E2 ») pensent que la pathologie influence l'utilisation de l'humour au même titre que l'âge. En revanche, l'autre ergothérapeute expose que l'humour ne dépend pas de l'âge mais que ce sont les sujets sur lesquels on fait de l'humour qui dépendent de l'âge. De plus, selon « E3 » l'humour dépendrait de la personnalité et de la connaissance de la personne. Enfin, « E2 » s'accorde à dire que le sexe n'influence pas l'utilisation de l'humour mais que l'activité proposée ainsi que le bien-être du thérapeute influent sur l'utilisation de l'humour. Cela n'est pas évoqué par les autres ergothérapeutes.

⇒ La relation :

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que la relation se fait de manière détendue avec ce qu'on est, ce qu'on a, qu'elle n'est pas préparée, elle se fait au cas par cas. La majorité des ergothérapeutes (« E1 » et « E2 ») évoquent qu'en psychiatrie, la relation doit être horizontale mais qu'elle doit tout de même garder un cadre et une distance thérapeutique pour utiliser l'humour. Il y a donc une intention de considérer le patient d'égal à égal, tout en gardant une posture de soignant et de patient. A l'inverse, la troisième ergothérapeute évoque que la relation est basée sur l'humour. Elle évoque également le fait que la relation permet de valoriser les valeurs de chacun et qu'une bonne relation est une relation où les thérapeutes sont transparents avec les patients. A l'inverse des autres ergothérapeutes, ce n'est pas de l'ordre de l'intention mais du faire que « E3 » considère les patients d'égal à égal. Elle met en place un partenariat avec eux amenant un échange égal.

Les débuts de relation se font de manière non protocolaire grâce à l'humour mais sont plus « soft » que la relation qui vient après car on ne connaît pas le patient. Cela entre en désaccord avec une ergothérapeute qui pense qu'il ne faut pas utiliser l'humour dès le début pour ne pas faire peur au patient et qu'il faut être assez protocolaire dans les débuts de relation.

⇒ L'ergothérapeute :

Selon « E1 », les qualités principales sont : utiliser l'humour, savoir se détacher des situations, avoir la capacité de se décaler, être sympathique et non pas empathique, savoir s'adapter et être à l'écoute. Cela n'est pas évoqué par les autres ergothérapeutes. En revanche « E2 » et « E3 » sont en accord pour dire qu'il faut être soit même et qu'il faut avoir confiance en soi. « E3 » ajoute à cela que l'ergothérapeute doit renvoyer de la sécurité, être rigoureux dans son travail et ne pas se mettre de limite. Les qualités ne sont pas identiques pour chacune mais elles favorisent toutes un cadre contenant pour le patient.

Au fil des années, les ergothérapeutes se sont fait plus confiance, ont appris à ne plus faire de certains sujets des sujets tabous, ont su s'adapter aux patients et ont su faire parler leurs émotions pour le bienfait des patients. En effet, au début de leurs carrières, elles se faisaient moins confiance et essayaient de respecter à la lettre ce qui leur avait été enseigné, laissant de côté l'humour un certain temps au dépend de la vision de l'ergothérapeute « carré », qui doit savoir tenir une distance thérapeutique stricte... Cette croyance a été gommée notamment grâce à l'étiquette du soignant qui impose déjà un cadre. Les ergothérapeutes gagnent donc en compétences, amenant de la confiance en soi, leur permettant ensuite d'utiliser l'humour. De plus, les ergothérapeutes travaillant en centre médico-psychologiques s'accordent à dire que le thérapeute et le patient sont des partenaires, des collaborateurs et que le travail se fait en pluridisciplinarité, ce qu'évoque à l'inverse l'ergothérapeute

travaillant en hôpital de jour qui nous dit travailler en transdisciplinarité. Enfin, la dernière ergothérapeute pense que l'utilisation de l'humour au sein de la structure est un critère pour y entrer et qu'elle a refusé certains postes car ils bannissaient l'humour. Selon elle, être dans une structure qui reconnaît bien le métier d'ergothérapeute et où chacun apporte quelque chose de différent est un plus pour l'équipe.

3.3 Analyse horizontale

Une analyse horizontale va être faite, permettant d'étudier les données de chaque participant un à un, puis de faire une synthèse des résultats (71). Cette analyse va nous permettre de rapprocher les participants aux profils établis en amont de l'étude (Cf. Annexe 12).

⇒ Profil du premier ergothérapeute « E1 » : « le confiant »

La première ergothérapeute se rapproche du profil attendu « le confiant ». En effet, elle utilise l'humour au travail et dans sa vie privée de manière régulière. Elle pense que l'humour a beaucoup plus d'effets bénéfiques que de risques. Elle ne verrait qu'un seul risque potentiel qui est que le patient peut se renfermer sur lui-même. Pour elle, l'humour améliorerait dans la majorité des cas la relation et permettrait aux patients de se décaler, d'être ouvert aux discussions et de dédramatiser certaines situations. Elle voit l'humour comme un outil majeur et faisant partie de la relation. Elle pense que l'âge et la pathologie peuvent influencer l'utilisation de l'humour.

De plus, la relation est pour elle horizontale avec les patients et ce qui est intéressant c'est de faire avec ce que les patients amènent et leurs envies du jour. Elle pense que la relation doit être plaisante. Elle garde toutefois un cadre strict incluant l'humour. Pour entrer en relation avec de nouveaux patients, elle utilise l'humour.

Enfin, « E1 » est au clair avec sa position d'ergothérapeute. En effet, elle identifie bon nombre de qualités que doit posséder un ergothérapeute en psychiatrie pour utiliser l'humour et a conscience que sa posture professionnelle a évolué au fil des années. Selon elle, en début de carrière on est moins confiant et on veut « trop » bien faire. Avec les années, elle arrive à comprendre ce qui est important pour le patient et à lâcher prise pour certaines choses.

Ainsi, à travers sa perception, son vécu, nous pouvons rapprocher le profil de « E1 » à l'ergothérapeute « confiant » puisque son utilisation de l'humour est fréquente. Elle identifie les bénéfices de l'humour, elle est au clair avec sa posture professionnelle et elle a conscience de la distance thérapeutique et du cadre qu'elle doit garder.

⇒ Profil du second ergothérapeute « E2 » : « le confiant »

Le profil du second ergothérapeute semble également se rapprocher du profil « le confiant ». En effet, comme le premier ergothérapeute, « E2 » utilise l'humour de manière naturelle au domicile comme au travail. Elle voit les bénéfices de l'humour largement supérieurs aux risques. En effet, pour elle, l'humour permet de détendre l'atmosphère, de renforcer la relation-soignant-soigné, de créer une détente chez l'autre amenant de la confiance en soi et une ouverture sur des sujets divers. Elle identifie, comme « E1 », un risque à l'utilisation de l'humour qui est que l'humour peut être mal interprété et donc mal pris. Concernant sa vision de l'humour, elle dit que cela fait partie de l'être

humain et qu'il faut l'utiliser quand on le sent. Elle détruit des préjugés sur l'humour comme l'ambiguïté que cela pourrait amener ou certaines situations embêtantes causées par l'humour. Selon elle, tout cela pourrait se passer aussi sans l'humour. L'âge (du thérapeute et du patient), et la personnalité du patient influent sur l'utilisation de l'humour au même titre que l'activité réalisée. En revanche elle déclare que le sexe n'y change rien.

Par la suite, « E2 » utilise le recadrage dans ses relations avec les patients mais dit que celles-ci se font au « feeling ». De plus, la distance thérapeutique est toujours présente malgré une proximité physique parfois. Selon elle, les débuts de relation ne doivent pas contenir l'humour de sorte à ne pas faire peur au patient et doivent plutôt être protocolaires.

Enfin, elle identifie plusieurs qualités de l'ergothérapeute en psychiatrie utilisant l'humour comme être soi-même et avoir confiance en soi. Au niveau de sa posture professionnelle, « E2 » dit s'adapter aux personnes et être à l'aise avec elle-même et sa posture professionnelle. Elle a tout de même conscience que cela s'acquiert avec les années et que dans les débuts elle n'utilisait pas l'humour car elle avait l'image d'un ergothérapeute plus strict.

Ainsi, une nouvelle fois nous pouvons voir qu'avec la perception et l'expérience professionnelle de « E2 », son profil se rapproche de celui du « confiant » pour les mêmes raisons que « E1 ».

⇒ Profil du troisième ergothérapeute « E3 » : « le confiant »

La dernière ergothérapeute interrogée « E3 » semble se rapprocher également du profil « le confiant » et paraît d'ailleurs être celle qui s'en rapproche le plus. En effet, en plus d'identifier comme les autres ergothérapeutes les bénéfices de l'humour, elle ajoute que c'est une manière d'être et elle n'identifie aucun risque à l'utilisation de l'humour car elle pense qu'il ne peut être que positif. Elle a une vision de l'humour très positive. Selon elle, l'humour est une manière de communiquer comme une autre et est surtout un outil permettant d'identifier le bien-être du patient. Elle identifie la pathologie et la personnalité de la personne comme influant l'utilisation de l'humour mais pense que l'âge n'influe pas sur son utilisation.

De plus, elle se confie sur la relation en expliquant qu'elle est basée sur l'humour et que cela amène une relation plus détendue et moins sérieuse. Elle crée une relation horizontale avec les patients en partant du principe qu'ils ont des choses à nous apporter autant qu'on a à leur apporter. Pour elle, dans la relation il faut être transparent avec les patients. Concernant l'entrée en relation, elle se fait avec de l'humour et en expliquant directement au patient qu'elle fonctionne comme ça.

Enfin, elle identifie des qualités d'un ergothérapeute en psychiatrie, utiliser l'humour comme ne devant pas se mettre de limite, renvoyer de la sécurité, avoir confiance en soi et être soit même. Elle sait ce qu'elle veut et est au clair avec sa posture professionnelle puisqu'elle irait jusqu'à refuser un poste dans une structure qui ne la laisserait pas utiliser l'humour. Grâce à des expériences passées et à son expérience actuelle, elle sait identifier qu'avec les années elle a évolué et qu'elle est dorénavant plus à l'aise avec sa posture et se fait davantage confiance.

Ainsi, pour les mêmes raisons que les ergothérapeutes précédents, « E3 » se rapproche du profil « le confiant ».

⇒ Synthèse de l'analyse horizontale :

Les entretiens effectués mettent en avant que l'humour est de manière générale bénéfique, et qu'il est un outil de la relation. Il serait influencé par l'âge des patients et des thérapeutes, mais également par la pathologie et la personnalité de chacun. De plus, il ferait partie de la relation et amènerait une relation horizontale. Pour l'utiliser, certaines qualités sont les bienvenues comme la confiance en soi, et être soi-même. Enfin, l'humour est plutôt utilisé en milieu et fin de carrière, lorsque l'ergothérapeute est au clair avec sa posture professionnelle, se fait confiance et que l'image de l'ergothérapeute « carré » est changée/modifiée.

4 Discussion

Cette dernière partie vient clôturer ce mémoire de recherche. Elle va nous permettre de donner des éléments de réponse à la question de recherche et d'interpréter les résultats en lien avec la revue de littérature, le cadre conceptuel et l'enquête exploratoire. Cette partie sera également l'occasion de critiquer le dispositif de recherche utilisé, d'apporter des éléments concernant les apports, les intérêts et les limites de la recherche, et de proposer une transférabilité des acquis à la pratique professionnelle. Enfin, nous ouvrirons ce thème vers une perspective de recherche et pourquoi pas, une ouverture vers une nouvelle question de recherche.

4.1 Éléments de réponses à la question/l'objet de recherche

Les entretiens visaient à recueillir la perception des ergothérapeutes concernant leur utilisation de l'humour en séance et le retentissement sur leur posture professionnelle.

Cet objectif interroge la posture professionnelle du thérapeute en psychiatrie, lors de l'utilisation de l'humour avec des patients. De ce fait, les trois ergothérapeutes interrogés réalisent des séances avec des patients dans le cadre d'une intervention en psychiatrie. A ce stade-là, il ne reste qu'à analyser la posture professionnelle et l'utilisation de l'humour par les thérapeutes.

Dans un premier temps, concernant la posture professionnelle, l'ensemble des ergothérapeutes perçoivent qu'elle évolue au cours de l'exercice professionnelle. En effet, dans les débuts, les ergothérapeutes distinguaient un manque de confiance en elles et avaient une image plus stricte de l'ergothérapie. Peu à peu, avec les années, elles perçoivent davantage de confiance en elles et sont en accord avec leur posture professionnelle d'ergothérapeute. De plus, elles sont maintenant capables d'entretenir une relation horizontale avec le patient et le considèrent comme un partenaire.

Par la suite, lorsqu'elles évoquent l'humour, elles le relient directement à la posture professionnelle. Elles expliquent que dans les premières années d'exercices, ce n'est pas évident d'employer l'humour car il faut se faire confiance, être au clair avec sa distance thérapeutique, savoir poser le cadre et cela peut être mal vu. En revanche avec les années, l'expérience favorise l'utilisation de l'humour.

Les ergothérapeutes perçoivent beaucoup de bénéfices à l'humour, notamment au niveau de la relation et de ce que cela apporte au quotidien des patients et des thérapeutes.

En définitive, la posture professionnelle évolue avec l'expérience acquise. L'utilisation de l'humour vient s'ajouter à cela plus tard dans la pratique, amenant des bénéfices et une relation horizontale permettant un partenariat avec le patient.

4.2 Interprétation des résultats

Dès à présent, nous allons interpréter les résultats issus des entretiens en lien avec la revue de littérature et le cadre conceptuel réalisés lors de l'introduction.

4.2.1 Interprétation en lien avec la revue de littérature

Dans un premier temps concernant l'humour, la revue de littérature identifie quatre types d'humour (l'humour affiliatif, l'humour auto-valorisant, l'humour agressif et l'humour autodestructeur) alors que les entretiens réalisés identifient seulement l'humour bénéfique et néfaste. De même, les ergothérapeutes interrogés identifient comme importants l'exagération et l'autodérision, ce que ne mentionne pas la revue de littérature. Par la suite, la revue de littérature identifie quatre domaines inhérents à la santé mentale (satisfaction de vie, amour propre, optimisme et dépression), ce que les ergothérapeutes interrogés identifient par des exemples vécus lors de leurs expériences professionnelles. De plus, la revue de littérature identifie clairement l'existence de l'humour négatif alors que les ergothérapeutes interrogés ne l'identifient pas ou très peu. Par la suite, la revue de littérature fait l'état des lieux des bénéfices de l'humour (similaires aux entretiens) et il ressort que l'humour aiderait à soulager les émotions négatives. Les entretiens permettent de préciser cela en expliquant que ce n'est pas seulement un soulagement mais plutôt que l'humour va permettre une prise de conscience enlevant les émotions négatives. D'autres divergences apparaissent entre la revue de littérature et les entretiens réalisés comme :

- La présence de thérapies à base d'humour étant importante alors que les ergothérapeutes interrogés n'en parlent absolument pas.
- Une relation fondée sur l'empathie alors que lors des entretiens il nous est confié que celle-ci est basée sur la sympathie
- Différence de compréhension de l'humour en fonction de la pathologie, de la personnalité, du sexe et de la culture alors que les entretiens montrent une différence avec l'âge du thérapeute et du patient, la personnalité ainsi que la pathologie.

Enfin, la revue de littérature et les entretiens réalisés s'accordent sur quelques points à savoir :

- L'utilisation de l'humour est une compétence, un outil
- La lutte contre une relation verticale d'un côté et la présence d'une relation horizontale de l'autre
- L'humour fait partie de l'être humain, c'est inné

La relation soignant-soigné et la posture professionnelle ne sont pas ou très peu abordés dans la revue de littérature, ce qui est l'inverse dans l'analyse des entretiens.

En définitive, il y a donc davantage de divergences que de similitudes entre la revue de littérature et les entretiens réalisés. Cela peut être dû à la différence de types de données par exemple. En effet, les données issues de la revue de littérature sont des données transmises par écrit alors que les données recueillies à la suite des entretiens sont des données du terrain, transmises à l'oral. De même, la revue de littérature a été réalisée alors même que la recherche débutait, les connaissances étaient donc moindres et le chercheur n'était peut-être pas dans la même perspective de recherche dans les débuts, se laissant porter par cette dernière.

4.2.2 Interprétation en lien avec le cadre conceptuel

Contrairement à la revue de littérature, le cadre conceptuel balaye les trois domaines identifiés lors des entretiens.

Dans un premier temps, concernant le concept de posture professionnelle, il met en avant le caractère mutuel de la posture professionnelle et le côté physique de celle-ci. Les entretiens réalisés sont en accord avec le côté mutuel de la posture puisqu'ils l'évoquent comme un partenariat. En revanche, le côté physique n'est pas abordé par les ergothérapeutes. De même, l'analyse conceptuelle démontre trois domaines dans la posture professionnelle (savoirs professionnels, savoir-faire et savoir-être. Les ergothérapeutes interrogés ne les définissent pas en tant que tels mais les illustrent. Pour eux, le savoir professionnel est ce qu'a acquis le thérapeute comme expérience tout au long de son exercice, le savoir-faire est une compétence qu'a acquis l'ergothérapeute au niveau relationnel et au niveau de ses habiletés et enfin, le savoir être est représenté par les qualités et les attitudes essentielles identifiées lors des entretiens. Enfin, la distance thérapeutique est évoquée lors de l'analyse conceptuelle expliquant qu'elle doit être physique et psychique et présenter le vouvoiement. Cela entre en contradiction avec les entretiens mettant en avant la distance psychique mais pas de vouvoiement ni de distance physique.

Par la suite, le concept d'humour est analysé. L'analyse conceptuelle identifie l'humour comme influençant le comportement, comme étant une valeur diagnostique et ayant des bénéfices largement identifiés. Cela est en total accord avec les entretiens réalisés. En revanche, l'analyse conceptuelle évoque une différence d'utilisation de l'humour en fonction de la culture, du processus interne de l'individu, du lieu d'exercice et des nationalités, alors que les entretiens démontrent une différence en fonction de l'âge, de la pathologie et de la personnalité. Une ergothérapeute évoque faire une différence en fonction de la structure. Enfin, il y aurait beaucoup de procédés comiques selon l'analyse conceptuelle alors que les entretiens ne voient que l'autodérision et l'exagération.

Enfin, concernant la relation soignant-soigné, l'analyse conceptuelle et l'analyse des entretiens entrent en totale divergence comme peut le montrer le tableau ci-dessous.

<u>Analyse conceptuelle de la relation soignant-soigné</u>	<u>Analyse thématique de la relation soignant-soigné</u>
La relation est asymétrique, elle ne va que dans un sens. Elle est verticale.	La relation est un partenariat entre le thérapeute et le patient, chacun apporte à l'autre. La relation est horizontale
L'entrée en relation se base sur l'affectivité	L'entrée en relation se base sur l'humour et dépend de la réceptivité des patients
Il existe trois types de relation : la relation dominant-dominé, la relation dominé-dominant et la relation d'égal à égal.	Conscience des trois types de relation mais n'emploient que la relation d'égal à égal.

Tableau 3 : Représentation des divergences entre l'analyse thématique et conceptuelle du concept de relation soignant-soigné.

Comme l'indique le tableau, le concept de relation soignant-soigné impose une relation asymétrique amenant un sentiment de domination de la part du thérapeute et de dominé de la part du patient. En pratique, ce n'est pas du tout le cas puisque les ergothérapeutes témoignent d'un partage entre les deux personnes. De même, l'entrée en relation est basée sur l'affectivité en théorie, alors qu'en pratique la relation serait basée sur l'humour et dépendrait de la réceptivité du patient. Enfin, en théorie il existe trois types de relation (la relation dominant-dominé, la relation dominé-dominant et la relation d'égal à égal) alors qu'en pratique, seul la relation d'égal à égal est mise en place.

4.3 Discussion autour des résultats et critique du dispositif de recherche

Les résultats obtenus vont être discutés et le dispositif de recherche critiqué afin de comprendre/d'expliquer certains phénomènes liés à la recherche.

Concernant les résultats, chacune des ergothérapeutes interrogées perçoit l'humour comme étant naturelle et faisant partie intégrante d'elle-même. En revanche, elles ont toutes mis de côté l'humour durant leurs premières années d'exercice et l'ont intégré à leur pratique plus tard. Cela peut certainement être lié à leur âge, à leur expérience ou bien, comme dit plus haut, à leur posture professionnelle affirmée.

De même, les trois ergothérapeutes ont le même profil « le confiant ». Cela peut être assimilé à leur nombre d'années d'expérience, forgeant leur confiance, mais également à leur âge. En effet, les trois ergothérapeutes sont de la même génération.

Par la suite, nous pouvons remarquer que les trois ergothérapeutes ont répondu des choses similaires lors de l'entretien. Cela peut s'expliquer par leur âge proche, mais également car ce ne sont que des femmes, et aussi car deux ergothérapeutes sur trois travaillent dans le même type de structure. Cela peut peut-être donner lieu à une interprétation de notre part expliquant que leurs réponses similaires sont en lien avec le type de structure.

Enfin, concernant le dispositif de recherche, la méthode de l'entretien directif n'est pas évidente et demande une maîtrise avancée de l'outil. En effet, à plusieurs moments, nous avons eu besoin de questions de relance pour permettre la continuité du discours. Malgré les tests réalisés, la passation des entretiens n'était pas encore totalement maîtrisée. Il y a une différence de qualité entre les premiers et les derniers entretiens passés.

De même, il peut y avoir la présence d'un biais de subjectivité car une seule personne s'est chargée d'analyser les résultats. Cela peut introduire un manque d'approfondissement dans l'analyse des résultats et des parties moins traitées que d'autres. Cela peut également s'expliquer par la réalisation d'un cadre conceptuel en amont, pouvant amener au dépend du chercheur, des notions en lien avec les concepts étudiés.

De plus, les entretiens se sont déroulés pour deux d'entre eux en visio-conférence et le dernier s'est déroulé par appel téléphonique simple. Une différence est à noter entre les entretiens en visioconférence et celui en appel téléphonique car la relation développée au fil de l'entretien n'était pas la même. Ainsi, le chercheur n'a pas pu bénéficier de la communication non-verbale, pouvant apporter de nouveaux éléments de réponses.

Enfin lors des entretiens, il est à noter que seulement des ergothérapeutes utilisant souvent l'humour se sont rendus disponibles pour répondre au questionnaire. Pourtant, lors du message adressé à un panel large d'ergothérapeute il était bien spécifié que même des ergothérapeutes n'utilisant pas l'humour pourraient répondre à l'entretien. Cela peut s'expliquer par les motivations qui ont poussé les ergothérapeutes à répondre. En effet, si on n'utilise pas l'humour, les motivations pour répondre à un entretien sur le sujet risquent d'être faibles. Tandis qu'à l'inverse si on utilise l'humour régulièrement, les motivations sont sensiblement plus grandes.

Une dernière critique est à noter concernant le faible nombre d'entretiens réalisés, trois au total. Cela amène une étude peu généralisable.

4.4 Apports, intérêts et limites des résultats

Concernant les apports de l'étude réalisée, ils ont permis de mettre en avant l'intérêt de l'humour auprès d'un public atteint de pathologie psychiatrique et d'amener certains ergothérapeutes à une réflexion sur leur propre pratique professionnelle. Cette étude a également mis en avant les bénéfices et les risques de l'humour lors de son utilisation, pouvant permettre aux ergothérapeutes en psychiatrie d'appréhender un nouvel outil, un nouveau type de relation. Enfin, ce travail a permis d'identifier l'utilisation de l'humour actuel des ergothérapeutes et son potentiel devenir mais également l'importance de se faire confiance en tant que thérapeute.

Cette étude suscite l'intérêt de bon nombre d'ergothérapeutes. En effet, dans un premier temps, lors de l'envoi du questionnaire réalisé lors de l'enquête exploratoire, certains ergothérapeutes ont laissé en commentaire leur adresse mail afin que nous leur transférions le mémoire une fois finalisé. Par la suite, lors des entretiens réalisés, les trois ergothérapeutes interrogés voyaient l'intérêt de ce sujet et expliquent qu'il est « actuel et intéressant » (fin du discours de « E1 »). Enfin, lors de la réalisation de ce travail, trois mails anonymes ont été adressés au chercheur afin de connaître la date du rendu de ce travail pour pouvoir le récupérer soit à des fins personnelles soit pour le présenter au sein de leur structure. De même, le questionnaire réalisé et les entretiens menés ont permis d'interroger différents ergothérapeutes sur tout le territoire français, montrant l'intérêt national de ce thème atypique.

Enfin comme cité plus haut, plusieurs limites se posent dans cette étude comme :

- Le faible nombre de participants.
- La présence uniquement de femmes ne laissant pas paraître un avis masculin pouvant influencer les résultats.
- L'analyse réalisée par une seule personne amenant potentiellement une étude non approfondie en totalité.

4.5 Proposition de transférabilité pour la pratique professionnelle

Ce travail de recherche a mis en avant l'intérêt de l'utilisation de l'humour en psychiatrie mais cette recherche peut être aisément transférable à d'autres domaines comme la pédiatrie, la gériatrie ou encore la rééducation. En effet, l'humour est inter-âge et s'il apporte des bienfaits en psychiatrie, pourquoi ne serait-ce pas le cas dans d'autres domaines ? De même, la recherche est effectuée à destination des ergothérapeutes, mais des soignants non ergothérapeutes pourraient bénéficier des

connaissances apportées par ce travail de recherche afin de l'intégrer à leur pratique professionnelle. L'humour n'est pas une particularité de l'ergothérapeute.

De plus, ce travail permet de mettre en avant l'importance de la distance thérapeutique et du cadre thérapeutique en psychiatrie afin de ne pas entrer dans une relation non thérapeutique et de faire comprendre aux patients que nous sommes présents dans un cadre médical même si nos émotions sont parfois impliquées. Ces connaissances peuvent être transférables à la pratique du chercheur comme des ergothérapeutes diplômés.

De même, cette année une loi de modernisation du système de santé est discutée afin de permettre, entre autre, le bien-être du patient et la prise en compte de celui-ci dans sa globalité. De ce fait, il pourrait être intéressant d'intégrer l'humour à la pratique en ergothérapie, permettant d'augmenter le bien-être du patient mais aussi du thérapeute.

Ainsi, nous pouvons retenir que la posture professionnelle du chercheur est en constante évolution et que le thérapeute peut entreprendre les choses d'une certaine manière dans les débuts de son exercice et différemment par la suite. De plus, notre posture professionnelle s'articule également en fonction de la structure, de notre âge, et de l'équipe avec laquelle on travaille.

Pour finir, la méthode de travail acquise nous a permis de nous former à différents outils qualitatifs (les entretiens) et quantitatifs (les questionnaires) ainsi qu'à différentes méthodes que le travail de recherche peut nécessiter. Cela pourra être formateur pour la suite de notre vie. En effet, nous pouvons être amenés à réaliser un nouveau travail de recherche et les bases acquises lors de cette recherche nous seront bénéfiques par la suite.

4.6 Perspectives de recherche à partir des résultats et ouverture vers une nouvelle question de recherche

Ce travail de recherche nous a donné des pistes de réflexion et d'analyses concernant l'utilisation de l'humour, son impact sur la relation soignant-soigné et sur la posture professionnelle. Nous avons vu que les ergothérapeutes interrogés avaient le même profil concernant ces trois concepts.

Cependant, de nombreux points restent en suspens. En effet, lors de la revue de littérature effectuée en début de recherche, la composante des thérapeutiques à base d'humour était présente. En revanche par la suite, elle a été laissée de côté.

Nous pouvons donc nous demander ce que pensent les ergothérapeutes de cela ? Quelles sont les différentes thérapeutiques à bases d'humour qui existent ? Pouvons-nous l'intégrer dans la pratique en ergothérapie ? Et de ce fait, quels peuvent être les bénéfices de ces thérapies ? De plus, nous pouvons nous demander si les ergothérapeutes seraient prêts à intégrer des thérapeutiques à base d'humour à leur pratique ?

De plus, nous aurions pu nous informer sur les sensations provoquées par l'humour sur le corps et leurs bienfaits pour le patient au niveau émotionnel. Au-delà de la confiance en soi, l'humour permet-il à notre corps de développer des émotions positives ?

Enfin, nous avons vu que la posture professionnelle du thérapeute évolue au fil des années grâce à son expérience et à un gain de confiance en soi. Nous avons vu aussi que l'humour, faisant partie

intégrante des ergothérapeutes interrogés, était laissé de côté lors des premières années d'expérience par manque de confiance en soi et par peur de ne pas adapter une bonne distance professionnelle. Par conséquent, nous pouvons relier le questionnement fait en amont pour nous demander si les thérapeutiques à base d'humour permettraient aux ergothérapeutes d'être plus en confiance dès le départ ? Permettraient-elles aux ergothérapeutes d'incorporer l'humour, partie intégrante de l'être humain selon eux, à leur pratique professionnelle plus tôt ? Cela leur permettrait-il d'être plus à l'aise avec leur posture professionnelle dès le départ ?

Ainsi, ces différents aspects nous amènent à une nouvelle question de recherche plus large :

« Les thérapeutiques à base d'humour peuvent-elles permettre aux ergothérapeutes d'affirmer leur posture professionnelle plus tôt dans leur carrière ? »

Références bibliographiques

1. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
2. Durand B. Psychiatrie et santé mentale. Perspectives Psy. 6 août 2019;58(1):7-10.
3. Santé mentale : définition et enjeux [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux>
4. Définition : Sciences humaines et sociales [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.toupie.org/Dictionnaire/Sciences_humaines_sociales.htm
5. MEDECINE : Définition de MEDECINE [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/medecine>
6. Snapshot [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publique/90008
7. Panichelli C. Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage. Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux. 2007;n° 39(2):39-56.
8. HUMOURS : Définition de HUMOURS [Internet]. [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/humours>
9. Larousse É. Définitions : humour - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668>
10. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dictionnaire-des-soins-infirmiers-et-de-la-profession-infirmiere-9782294017605.html>

11. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Les droits des patients en psychiatrie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>
12. Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf
13. Clubs de yoga du rire et de rigologie francophones : Annuaire des Clubs du Yoga du Rire [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.clubs-de-yoga-du-rire.com/>
14. Santé mentale des adolescents [Internet]. [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
15. 180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
16. Cordier É. La place de l'humour dans la relation soignant-soigné. In: d'électroradiologie (AFPPE) A française du personnel paramédical, éditeur. 57èmes Journées Scientifiques des manipulateurs d'électroradiologie médicale [Internet]. Brest, France: Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE); 2016 [cité 11 mars 2021]. p. 16. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01351554>
17. La thérapie par le rire : comment ça marche ? [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2012 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=zoom-therapie-par-le-rire>
18. L'humour, une vraie thérapie | Psychologies.com [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://www.psychologies.com/Therapies/Developpement-personnel/Epanouissement/Articles-et-Dossiers/L-humour-une-vraie-therapie>
19. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
20. Tremblay M. L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave [Internet] [M.A.]. [Ann Arbor, United States]; 2015 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.proquest.com/docview/1766592695/abstract/CE438AC2911E4FFCPQ/1>
21. Chuang SP, Wu JYW, Wang CS. Humor Styles Moderate the Relationship Between Rumination and Mental Health in Community Residents. SAGE Open. 1 oct 2021;11(4):21582440211054476.
22. Schneider M, Voracek M, Tran US. "A joke a day keeps the doctor away?" Meta-analytical evidence of differential associations of habitual humor styles with mental health. Scandinavian Journal of Psychology. 2018;59(3):289-300.
23. Karłyk-Ćwik A. Humor and Expression of Anger in Socially Maladapted Youth. Social Education Research. 2021;
24. Regat S, Étienne E, Braha S, Bouaziz N, Moulier V, Benadhira R, et al. Évaluation de la compréhension et appréciation de l'humour chez les sujets schizophrènes comparés à une population témoin : étude pilote. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mars 2015;173(3):214-9.
25. Tariq Q, Khan NA. RELATIONSHIP OF SENSE OF HUMOR AND MENTAL HEALTH: A COORELATIONAL STUDY. 2013;2(1):7.
26. Blaine V de, Morvillers JM. De la relation à l'alliance thérapeutique auprès d'adolescents et jeunes adultes présentant un risque de transition psychotique : le point de vue de professionnels de

- santé mentale. Une étude exploratoire. Recherche en soins infirmiers. 13 juill 2021;145(2):122-31.
27. Mohamed EA, Gaber NM. The Effect of Humor Intervention Program on Positive and Negative Symptoms among Schizophrenic Patients. :8.
 28. Bressington D, Yu C, Wong W, Ng TC, Chien WT. The effects of group-based Laughter Yoga interventions on mental health in adults: A systematic review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2018;25(8):517-27.
 29. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
 30. Coron C. Outil 11. Le questionnaire : les biais. BaO La Boite a Outils. 2020;38-41.
 31. Larousse É. Définitions : sociologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sociologie/73173>
 32. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
 33. éducation : Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. [cité 7 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/education/>
 34. Larousse É. Définitions : anthropologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anthropologie/3893>
 35. POSTURE : Définition de POSTURE [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://cnrtl.fr/definition/academie9/posture>
 36. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posture%20professionnelle>
 37. Blaevet JP. PAUL Maela (2004). L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. Recherche et formation. 1 juin 2006;(52):155-7.
 38. A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale - Réseau Prisme [Internet]. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.documentation-sociale.org/base-prisme/69976/>
 39. Dictionnaire des compétence — Plateforme open data (données ouvertes) [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: https://data.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pages/dictionnaire_competences/
 40. Séverine S, Pauline S, Daryl C, Aurélie B, Laëtitia M. La posture professionnelle. :18.
 41. Valoriser vos compétences : savoir, savoir-être et savoir-faire [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://missionhandicap.com/article-handicap/Valoriser-vos-competences-savoir-savoir-etre-et-savoir-faire>
 42. Pratique VG. Quelles sont les habiletés, savoir-faire ou qualités requis pour effectuer cette activité ? [Internet]. VAE Guide Pratique. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.vae-guidepratique.fr/vae-questionnaire-29-savoir-faire.php>
 43. Savoir-faire : Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/savoir-faire/>
 44. Brigitte Feuillebois-Martinez [Internet]. Cairn.info. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/publications-de-Brigitte-Feuillebois-Martinez--109352.htm>

45. Phaneuf M. Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers. :23.
46. 3.2La distance professionnelle - La distance professionnelle dans les soins infirmiers en service de psychiatrie [Internet]. [cité 10 févr 2022]. Disponible sur: <https://m.20-bal.com/istoriya/18790/index.html?page=3>
47. Prayez P. Distance professionnelle et qualité du soin: gestion des ressources humaines distance et affectivité, distance et déshumanisation, enjeux individuels et collectifs. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2003. (Fonction cadre de santé).
48. Memoire Online - La qualité du réveil en salle de surveillance post-interventionnelle - Christelle CORCELLE [Internet]. Memoire Online. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: https://www.memoireonline.com/05/13/7173/m_La-qualite-du-reveil-en-salle-de-surveillance-post-interventionnelle5.html
49. Humeur, humour | Académie française [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-francaise.fr/humeur-humour>
50. Panichelli C. Abstract. Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux. 2007;39(2):39-56.
51. Bouquet B, Riffault J. Humour in the various forms of jokes. Vie sociale. 2010;2(2):13-22.
52. Tour du monde de l'humour en soixante-dix pays, par Macha Séry. Le Monde.fr [Internet]. 8 août 2009 [cité 10 mars 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2009/08/08/tour-du-monde-de-l-humour-en-soixante-dix-pays-par-macha-sery_1226760_3232.html
53. À chaque pays son sens de l'humour! 9 exemples [Internet]. Learnlight. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.learnlight.com/fr/articles/a-chaque-pays-son-sens-de-lhumour-9-exemples/>
54. ► Les procédés comiques et humoristiques - théâtre stand up radio télévision [Internet]. STORY&DRAMA.2014[cité 10 mars 2022].Disponible sur: <https://fr.storyanddrama.com/petite-typologie-des-procedes-comiques/>
55. La comédie [Internet]. Alloprof. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.alloprof.qc.ca/fr/eleves/bv/francais/la-comedie-f1433>
56. Perret C. Quand l'humour est un impératif du travail social. Le Sociographe. 2010;33(3):97-105.
57. Hurley MM, Dennett DC, Adams RBJ. Phénoménologie de l'humour. Terrain Anthropologie & sciences humaines. 4 sept 2013;(61):16-39.
58. Moura JM. L'humour littéraire. Hors collection. 2010;69-110.
59. www.unitheque.com. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières [Internet]. Unithèque. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/dictionnaire-des-concepts-sciences-infirmieres/setes/Livre/351776>
60. Manoukian A, Massebeuf A, Daydé MC. La relation soignant-soigné. 4e édition. Rueil-Malmaison: Éditions Lamarre; 2014. (Exercice professionnel infirmier).
61. Naudin D, Salomon-Legrand C, Margat A, Heuzé C. Bien débiter: la relation soignant-soigné. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2020. (Bonnes pratiques infirmières en fiches).
62. Bioy A, Bourgeois F. La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Editions Bréal; 2003. 148 p.
63. Eymard-Simonian C, Moncet MC. Initiation à la recherche en soins et santé: formation. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre; 2003. (Fonction cadre de santé).

64. Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>
65. Magioglou T. Resumos. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2008;78(2):51-65.
66. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
67. Masson E. La loi Jardé, un nouvel encadrement législatif pour une simplification de la recherche clinique ? [Internet]. EM-Consulte. [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1121696>
68. La Commission nationale des recherches impliquant la personne humaine (CNRI PH) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/article/la-commission-nationale-des-recherches-impliquant-la-personne-humaine-cnriph>
69. Lannoy P. L'ANALYSE THEMATIQUE. :11.
70. enquetes-cirad: Enquête qualitative (Cirad-Iamm-SupAgro) [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: <http://entretiens.iamm.fr/course/index.php?categoryid=1>
71. DO_8_TXT_premieres_observations_fr_avril13.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur: http://entretiens.iamm.fr/pluginfile.php/311/mod_resource/content/2/D-Traiter_DONnees/DO_8_TXT_premieres_observations_fr_avril13.pdf

Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature	50
Annexe2: Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire destinée aux ergothérapeutes.....	60
Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire destinée aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques	65
Annexe 4 : Etape du déroulement de l'enquête exploratoire	6969
Annexe 5 : Questionnaire en ligne de l'enquête exploratoire auprès des ergothérapeutes	7070
Annexe 6 : Questionnaire en ligne de l'enquête exploratoire auprès des personnes atteintes de pathologies psychiatriques	8181
Annexe 7: Matrice du cadre conceptuel.....	8989
Annexe 8 : Matrice d'entretien de l'objet de recherche.....	9292
Annexe 9 : Fiche de renseignements à fournir aux ergothérapeutes à l'issue de l'entretien	9393
Annexe 10 : Types de profils attendus	9494

Annexe 1 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Tableau récapitulatif de la revue de littérature

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique privilégiée	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
1. L'évaluation de la compréhension du patient schizophrénique et leur appréciation de l'humour par rapport à une population contrôlée : Une étude pilote (24). (Google Scholar)	***	La compréhension et l'appréciation de l'humour des patients schizophréniques en comparaison à des sujets volontaires sans pathologies.	Personnes atteintes de schizophrénie et stabilisées depuis plus de trois mois et personnes volontaires saines.	Mixte	Les patients atteints de schizophrénie ont un déficit de compréhension de l'humour. Cette étude vérifie cela.	Différence de compréhension de l'humour entre les sujets sains et atteints de schizophrénie uniquement lorsqu'il y a un support image. Pas de différence lors de l'utilisation de support vidéo. Le support est important dans la compréhension de l'humour pour les patients atteints de schizophrénies.	Certaines évaluations n'étaient pas les mêmes dans les deux populations, cela a-t-il pu biaiser le résultat ? Depuis combien de temps les patients sont atteints de schizophrénie ?
2. "A joke a day keeps the doctor away?" Meta-analytical	**	Association des différents styles d'humour à la santé mentale	Etudes qui ont rapporté des corrélations entre les échelles HSQ et les	Revue de littérature (méta-analyse)	L'humour et la santé mentale sont liés comme en témoignent	Certains types d'humour sont à employer préférentiellement. L'humour n'a d'effet	Toutes les études incluses dans cette méta-

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique privilégiée	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
evidence of differential associations of habitual humor styles with mental health (22). (Semantic scholar)			quatre domaines de la santé mentale		un grand nombre d'études. Cependant, les associations ne sont que petites et incohérentes car l'opérationnalisation de l'humour pose un défi méthodologique.	que lorsqu'il est considéré comme bienveillant par les deux parties (la perspective du thérapeute et celle du patient). L'observation du style d'humour du patient peut être un moyen pour les thérapeutes de développer une meilleure compréhension des sentiments, des perceptions et des états émotionnels du patient	analyse étaient transversales; par conséquent, aucune conclusion sur les effets à long terme ne peut être tirée. La taille de l'échantillon est faible ce qui a pu affecter l'estimation de la taille de l'effet observé.
3. De la relation à l'alliance thérapeutique auprès d'adolescents et jeunes	***	Difficultés qui existent au cours de la construction de l'alliance thérapeutique dans un contexte de	Professionnels de santé ayant une expérience de prise en soin d'adolescents et jeunes adultes présentant	Qualitative	En phase prodromique, les premiers symptômes sont dits atténués. Il est essentiel de les	La relation thérapeutique est complexe. Il a été observé que certains soignants réinterrogent leur pratique quand la relation n'aboutit pas à	L'article traite une partie sur les ados qui ne sont pas inclus dans notre thème

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique privilégiée	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
adultes présentant un risque de transition psychotique : le point de vue de professionnels de santé mentale. une étude exploratoire (26). (CAIRN)		phase prodromique.	un risque de psychose émergente : médecin psychiatre, psychologue ou infirmière.		repérer et d'initier un suivi le plus précoce-ment possible pour limiter la sévérité des symptômes. Il reste néanmoins une incertitude sur leur évolution.	l'adhésion du patient. La construction de l'alliance thérapeutique auprès d'adolescents et jeunes adultes avec un risque de transition psychotique présente des spécificités. Celles-ci sont relatives à l'âge, au retentissement des troubles psychiques sur le quotidien et à l'incertitude de l'évolution des troubles.	de mémoire. De plus, le vécu des patients n'est pas recueilli afin de connaître leur perception sur l'alliance thérapeutique. De même, le fonctionnement de l'équipe soignante n'est pas développé.
4. Humor and Expression of Anger in Socially Maladapted Youth	***	Impact de l'humour sur les émotions comme la colère	Résidents d'institutions de réinsertion sociale pour mineurs.	Mixte	Identifier les types d'expression de la colère chez les adoles-	Il existe un lien entre santé mentale et humour. L'humour aide à soulager les émotions négatives, en particulier la colère et la tristesse,	Outil non standardisé, population qui n'est pas exactement

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique pri- vilégiée	Principaux résultats	Question, di- mension non abordée
(23). (Semantic scholar)					cents sociale- ment inadaptés et à déterminer s'il existe des différences si- gnificatives dans l'utilisation de l'humour	qui provoquent généra- lement des tendances isolantes. L'humour ne différencie pas l'activité entreprise par l'individu pour faire face à la co- lère vécue il accom- pagne à la fois : l'ex- pression incontrôlée de la colère et l'expression contrôlée de la colère. Lorsqu'on considère l'humour comme une compétence sociale et de communication, l'hu- mour peut être une technique efficace pour exprimer et gérer des émotions difficiles, y compris la colère. L'en- seignement des tech- niques de communica- tion basées sur l'hu- mour devrait être un élément important de	celle du thème de re- cherche, es- sentiellement des données subjectives et non objec- tives

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique pri- vilégiée	Principaux résultats	Question, di- mension non abordée
						prévention et de réin- sertion sociale.	
5. Humor Styles Moderate the Relationship Be- tween Rumina- tion and Mental Health in Com- munity Resi- dents (21). (Se- mantic scholar)	***	Impact des styles d'humour sur la santé mentale	Toutes personnes ne prenant pas de médicaments psy- chiatriques ou ne souffrant pas d'une maladie physique	quantitative	La santé men- tale peut être modérée par différents types d'humour. Cette analyse cherche à prouver cette hypothèse.	Les styles d'humour po- sitifs (humour affiliatif ou humour auto-amélio- rant) rapportent une plus grande satisfaction à l'égard de la vie et une santé mentale positive, les personnes ayant des humeurs positives plus élevées sont donc plus susceptibles d'avoir un impact positif sur la santé mentale En revanche, les styles d'humour négatif rap- portent une mauvaise satisfaction à l'égard de la vie et une santé men- tale négative.	L'auto-ques- tionnaire a-t-il pu donner lieu à un biais de désirabilité sociale ?

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique privilégiée	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
6. La place de l'humour dans la relation soignant-soigné (16). (Summon)	***	Connaitre la place de l'humour dans la relation soignant-soigné.	Etudiants et soignants manipulateurs en électroradiologie.	Mixte	L'humour est un mécanisme de défense face au stress et a beaucoup d'autres facteurs. Bien que la majorité des participants favorisent une ambiance chaleureuse au travail, tous ne se déclarent pas favorables à un apprentissage de l'humour.	L'importance de l'humour dans les soins est prouvée mais il paraît complexe de se mettre en accord sur la formation d'humour à donner. L'intérêt d'une telle formation est prouvé mais la mise en place n'est pas favorable pour tous. L'humour améliorerait la relation soignant-soigné.	Qu'en est-il pour les autres formations ? Ces connaissances sont-elles transférables en ergothérapie ?
7. Relationship of sense of humor and mental health: a correlational study	**	Etude la relation entre humour et santé mentale	Etudiant de 15 à 25 ans dans différentes filières	Quantitative	Supposition que : Il y aurait une forte relation entre le	Pas de relation entre le sens de l'humour et la santé mentale. Il n'y a pas de différence entre	Cette étude traite de l'humour chez les étudiants et de l'idée qu'ils

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique privilégiée	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
(25). (Semantic scholar)					sens de l'humour et la santé mentale, Il y aurait une différence entre les sexes par rapport à la relation avec l'utilisation du sens de l'humour pour faire face au stress et qu'il y aurait une différence dans l'utilisation efficace du sens de l'humour pour faire face au stress entre l'école et l'université.	les sexes en ce qui concerne le sens de l'humour et la santé mentale. Le contenu de l'humour diffère selon les cultures et les sexes.	s'en font dans les soins. La population n'est pas celle recherchée.

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique privilégiée	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
8. The effects of group-based Laughter Yoga interventions on mental health in adults: A systematic review (28). (PubMed)	***	L'utilité du yoga du rire avec des personnes atteintes de maladies mentales.	Adultes atteints de maladies mentales.	Revue de littérature	Effets négatifs et positifs du yoga du rire sur la santé mentale	Effets sur la maladie (humeur négative) : le yoga du rire réduirait le stress chez les patients cancéreux, les personnes âgées, les femmes, les étudiants masculins déprimés mais cela n'aurait pas d'effets chez les personnes en insuffisance rénale. Au niveau de l'anxiété : controversé (certains témoignent d'une diminution et d'autres d'une augmentation de l'anxiété).	Qu'en est-il pour les maladies comme la psychose, névrose ou bipolarité ?
9. The Effect of Humor Intervention Program on Posi-	***	Analyse de l'effet d'un programme d'intervention basé sur l'humour chez des patients	Personnes adultes atteintes de schizophrénie	Mixte	La schizophrénie est une maladie chronique caractérisée par des distorsions	. Les interventions humoristiques peuvent réduire les symptômes négatifs et positifs chez les patients atteints de	/

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique pri- vilégiée	Principaux résultats	Question, di- mension non abordée
tive and Nega- tive Symptoms among Schizo- phrenic Patients (27). (Semantic scholar)		atteints de schi- zophrénie			de la pensée, de la percep- tion, des émo- tions, du lan- gage, de la per- ception de soi et du comporte- ment. Par con- séquent, l'hu- mour dans ce cadre de référé- nce pourrait être utilisé comme une al- ternative au traitement con- ventionnel dans le but d'aider les patients at- teints de schi- zophrénie à faire face aux symptômes, à	schizophrénie. Une dif- férence statistiquement significative a été éta- blie entre le score total de PANSS et MSHS pour les groupes d'étude et de contrôle après l'inter- vention. La présente étude met l'accent sur l'importance du pro- gramme d'intervention d'humour dans la réduc- tion de la gravité des symptômes des patients atteints de schizophré- nie.	

	Niveau de scientificité	Thème/Objet traité	Population	Méthode utilisée	Approche théorique pri- vilégiée	Principaux résultats	Question, di- mension non abordée
					améliorer le ré- tablissement grâce à ses ef- fets émotion- nels, cognitifs, sociaux et phy- siologiques.		

Annexe 2 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire destinée aux ergothérapeutes

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
Consentement	/	/	Etes-vous d'accord pour participer à cette enquête ? (<i>Obligatoire</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non 	Obtenir le consentement de chaque participant
Critère d'inclusion majeure	/	/	Etes-vous ergothérapeute en santé mentale ? (<i>Obligatoire</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non 	Sélectionner les participants inclus dans l'enquête
Présentation générale	Profil	Age Sexe	Quel âge avez-vous ? Quel est votre sexe ?	Question ouverte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Féminin ▪ Masculin ▪ Autre ▪ Je ne souhaite pas le préciser 	Permettre de connaître le potentiel impact de l'utilisation de l'humour en fonction de l'âge et du sexe
	Lieu d'exercice	/	Dans quel type de structure exercez-vous ? (<i>Obligatoire</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hôpital de jour ▪ Hospitalisation complète ▪ CATTP ▪ CMP ▪ MAS ▪ Ambulatoire ▪ Autres 	Recenser les structures les plus présentes dans l'enquête

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
Le public pris en soin	Pathologies	/	Quelles sont les pathologies psychiatriques que vous rencontrez le plus souvent ? (Obligatoire)	Question ouverte	Confronter les pathologies analysées dans l'enquête aux pathologies analysées dans les articles
	Nationalités	/	De quelles nationalités sont les patients que vous accueillez en général ? (Obligatoire)	Question ouverte	Connaitre les nationalités des patients en vue de faire le lien avec les données recueillies dans les articles.
La relation	Entrer en relation	Déroulement	Comment se fait le premier contact avec les patients ? (Obligatoire)	Question ouverte	Identifier les méthodes actuelles d'entrée en relation
		Technique	Avez-vous des techniques pour entrer en relation avec les patients ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non (<i>saut de la question suivante</i>) 	
		Facilité d'entrer en relation	Si oui, lesquelles ? L'entrer en relation avec les patients atteints de pathologies	Question ouverte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui 	Connaitre les pathologies permettant plus facilement d'entrer en

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
L'humour			psychiatriques est-elle plus simple avec certaines pathologies que d'autres ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> Non (<i>saut de la question suivante</i>) 	relation avec les personnes
			Si oui, lesquelles ? La relation est-elle différente en fonction des nationalités des patients ? (Obligatoire)	Question ouverte <ul style="list-style-type: none"> Oui Non Autre 	Confronter les résultats des articles avec ceux de la pratique sur le terrain
	Définition	/	Qu'est-ce que l'humour selon vous ? (Obligatoire)	Question ouverte	Connaitre la vision de l'humour des ergothérapeutes
	Emploi de l'humour	Les ergothérapeutes	Employez-vous l'humour avec les patients ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> Oui Non Autre 	Identifier l'emploi de l'humour actuel sur le terrain
			Si oui, à quelle fréquence ?	Echelle de fréquence : <ul style="list-style-type: none"> Pas du tout Rarement Régulièrement Tout le temps 	

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
	Impact	Les patients	Les patients emploient-ils l'humour avec vous ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non ▪ Autre 	Connaitre l'avis des ergothérapeutes sur l'impact de l'utilisation de l'humour
		Bénéfices	Pensez-vous que l'humour soit bénéfique dans votre relation avec le patient ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non ▪ Autre 	
		Inconvénients	Quels inconvénients voyez-vous à l'utilisation de l'humour avec des patients atteints de pathologies psychiatriques ? (Obligatoire)	Question ouverte	
	Place dans l'institution	/	Placez-vous l'humour dans un temps formel ou informel ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans un temps formel ▪ Dans un temps informel ▪ Les deux ▪ Autre 	Identifier la place de l'humour dans la pratique ergothérapique
Importance des termes pour les ergothérapeutes	Relation	/	A quel niveau placez-vous l'importance de la relation soignant-	Echelle numérique de 0 à 10 :	Connaitre l'importance des termes pour les ergothérapeutes

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
	Humour	/	soigné avec vos patients ? (Obligatoire) A quel niveau placez-vous l'importance de l'humour dans la prise en charge en ergothérapie ? (Obligatoire)	0 = « pas du tout important » 10 = « très important » Echelle numérique de 0 à 10 : 0 = « pas du tout important » 10 = « très important »	
Poursuite de l'étude	Devenir de l'humour	/	Pensez-vous que l'humour pourrait devenir une technique à part entière pour entrer en relation avec les patients ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non ▪ Autre 	Connaitre la vision des ergothérapeutes sur une potentielle utilisation de l'humour
	Potentiel utilisation de l'humour	/	Comment l'utiliserez-vous ?	Question ouverte	

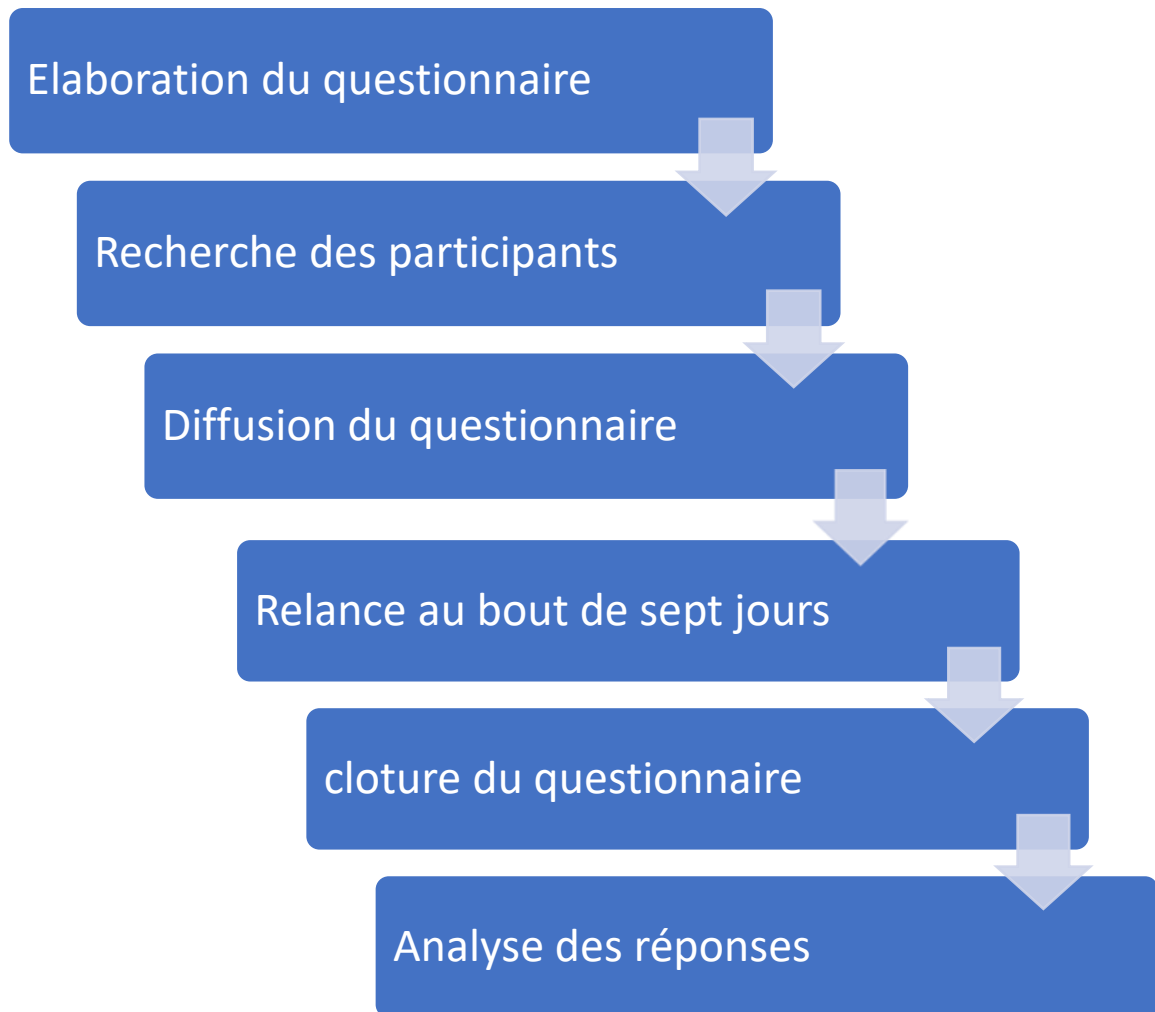
Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire destinée aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
Consentement	/	/	Etes-vous d'accord pour participer à cette enquête ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non 	Obtenir le consentement de chaque participant
Critère d'inclusion majeur	/	/	Dans le cadre de votre prise en charge en psychiatrie, avez-vous eu recours à des séances d'ergothérapie ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non 	Sélectionner les participants inclus dans l'enquête
Présentation générale	Profil	Age Sexe	Quel âge avez-vous ? Quel est votre sexe ?	Question ouverte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Féminin ▪ Masculin ▪ Je ne souhaite pas le préciser 	Permettre de connaître le potentiel impact de l'utilisation de l'humour en fonction de l'âge et du sexe
	Objectif de prise en charge	/	Pouvez-vous citer la (ou les) objectif(s) principaux de votre prise en charge en ergothérapie ? (Obligatoire)	Question ouverte	Connaitre les objectifs de prise en charge des patients afin de mieux appréhender le type de pathologie qu'a le patient.

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
La relation	Définition	/	Si vous deviez décrire la relation entre vous et votre ergothérapeute, comment la définiriez-vous ? (Obligatoire)	Question ouverte	Savoir si la proximité patients-soignants joue un rôle dans la relation et l'utilisation de l'humour
	Satisfaction	/	Etiez-vous satisfait de cette relation ? (Obligatoire)	Echelle numérique : 0 = « pas du tout satisfait » 10 = « absolument satisfait »	Comprendre ce qu'attendent les patients de la relation
	Présence de l'humour	/	L'humour était-il présent dans cette relation ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non ▪ Je ne me souviens plus 	Savoir si l'humour est employé pour mener à bien la relation
L'humour	Définition	/	Qu'est-ce que l'humour selon vous ? (Obligatoire)	Question ouverte	Comparer la définition de l'humour entre les soignants et les patients afin de voir les attentes de chacun
	Bénéfices	/	Selon vous, est-ce bénéfique d'utiliser l'humour dans la prise en charge en ergothérapie en santé mentale ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non ▪ Cela dépend 	Connaitre la réceptivité des patients quant à l'utilisation de l'humour

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
Importance des termes pour les patients	Moments d'utilisation	Moment approprié	(Obligatoire) Si oui, quels sont pour vous les bénéfices ?	Question ouverte	Connaitre la réceptivité des patients quant à l'utilisation de l'humour
			Pour vous, quels sont les moments où l'humour est approprié ?	Question ouverte	
		Moment non approprié	(Obligatoire) Pour vous, quels sont les moments où l'humour n'est pas approprié ?	Question ouverte	
	Relation	/	(Obligatoire) A quel niveau placez-vous l'importance de la relation soignant-soigné avec votre ergothérapeute ?	Echelle numérique : 0 = « pas du tout important » 10= « indispensable »	Connaitre l'importance des termes pour les patients
	Humour	/	A quel niveau placez-vous l'importance de l'humour dans la prise en charge en ergothérapie ? (Obligatoire)	Echelle numérique : 0 = « pas du tout important » 10= « indispensable »	

Variable étudiée	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
Poursuite de l'étude	L'humour comme / moyen de communication		Pensez-vous que l'humour devrait être connu à grande échelle comme un moyen de communication à part entière ? (Obligatoire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non ▪ Autre 	Repérer la considération des patients envers l'humour
		/	Pourquoi ?	Question ouverte	

Annexe 4 : Etape du déroulement de l'enquête exploratoire

Annexe 5 : Questionnaire en ligne de l'enquête exploratoire auprès des ergothérapeutes

Rubrique 1 sur 17

(Ergothérapeute) Enquête exploratoire : la place de l'humour dans la relation soignant-soigné en milieu psychiatrique

Bonjour,

Etant étudiante en 3e année d'ergothérapie, je réalise mon mémoire sur le thème de la place de l'humour dans la relation soignant-soigné en ergothérapie. Dans l'objectif d'en savoir d'avantage sur ce sujet, j'ai réalisé un questionnaire à destination des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie.

Si tel est votre cas, voici mon questionnaire.

Je vous informe que l'analyse des résultats se fera dans le respect de l'anonymat. Vous êtes libre de vous retirez à tout moment de la recherche.

Vous pouvez me contact par mail : maelys.hebrard@etu.univ-amu.fr

Merci d'avance.

HEBRARD Maëlys

Après la section 1 Passer à la section suivante

Rubrique 2 sur 17

Consentement



Description (facultative)

1/ Etes-vous d'accord pour participer à cette enquête ? *

☐ Oui

☐ Non

Après la section 2 Passer à la section suivante



Rubrique 3 sur 17

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

2/ Etes-vous ergothérapeute en santé mentale ? *

☐ Oui

☐ Non

Après la section 3 Passer à la section suivante



Déterminants personnels



Description (facultative)

3/ Quel âge avez-vous ?

Réponse courte

4/ Quel est votre sexe ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser
- ☐ Autre...

5/ Dans quelle type de structure exercez-vous ? *

S'il y en a plusieurs, cochez les différentes structures dans lesquelles vous travaillez

- ☐ Hopital de jour
- ☐ Hospitalisation complète
- ☐ CATTP
- ☐ CMP
- ☐ Autre...



Rubrique 5 sur 17

Le public pris en soin dans le cadre d'une intervention en ergothérapie



Description (facultative)

6/ Quels sont les pathologies psychiatriques que vous rencontrez le plus souvent ? *

Réponse longue

Titre

Dans cette partie, j'aborde le thème de la nationalité.

En effet, la nationalité est une composante souvent étudiée dans le thème de l'humour. L'humour serait employé de manière différente voir pas du tout employé en fonction de la nationalité de la personne accompagnée.

C'est pour cela que je vous questionne sur votre ressenti.

7/ De quelles nationalités sont les patients que vous accueillez en général ? *

Réponse longue

Après la section 5 Passer à la section suivante



Rubrique 6 sur 17

La relation dans la prise en soin en ergothérapie



Description (facultative)

8/ Comment se fait le premier contact avec les patients ? *

Réponse longue

9/Avez-vous des techniques pour entrer en relation avec les patients ? *

☐ Oui

☐ Non

Après la section 6 Passer à la section suivante



Rubrique 7 sur 17

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

10/ Si oui, lesquelles?

Réponse longue

Après la section 7 Passer à la section suivante



Rubrique 8 sur 17

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

11/ L'entrer en relation avec les patients atteints de pathologies psychiatriques est-elle plus simple avec certaines pathologies que d'autres ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre...

Après la section 8 Passer à la section suivante



Rubrique 9 sur 17

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

12/ Si oui, lesquelles ?

Réponse longue

Après la section 9 Passer à la section suivante



Rubrique 10 sur 17

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

13/ La relation est-elle différente en fonction des nationalités des patients ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre...

Après la section 10 Passer à la section suivante



Rubrique 11 sur 17

L'humour dans la prise en soin en ergothérapie



Dans cette partie, j'aborde les termes formel et informel que je vous défini dès à présent:
 Un temps informel est un temps qui n'est pas soumis aux règles officielles de l'institution. Par exemple, lorsque l'on croise un patient dans le couloir et qu'il requiert notre aide.
 Au contraire, un temps formel est un temps qui est officiel, institutionnalisé. Par exemple, avoir une séance de groupe à 9h.



14/ Qu'est-ce que l'humour selon-vous ? *



Réponse longue

15/ Employez-vous l'humour avec les patients ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre...

Après la section 11 Passer à la section suivante



Rubrique 12 sur 17

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

16/ Si oui, à quelle fréquence ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Rarement
- ☐ Régulièrement
- ☐ Tout le temps

Après la section 12 Passer à la section suivante



Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

17/ Pensez-vous que l'humour soit bénéfique dans votre relation avec le patient ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre...

18/ Placez-vous l'humour dans un temps formel ou informel ? *

- ☐ Dans un temps formel
- ☐ Dans un temps informel
- ☐ Les deux
- ☐ Autre...

19/ Quels inconvénients voyez-vous à l'utilisation de l'humour avec des patients atteints de pathologies psychiatriques ? *

Réponse longue

20/ Les patients emploient-ils l'humour avec vous ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre...



Rubrique 14 sur 17

L'importance des termes dans la pratique en ergothérapie



Description (facultative)

21/ A quel niveau placeriez-vous l'importance de la relation soignant-soigné avec vos patients ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout important

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Indispensable

22/ A quel niveau placeriez-vous l'importance de l'humour dans la prise en charge en ergothérapie ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout important

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Indispensable

Après la section 14 Passer à la section suivante



Rubrique 15 sur 17

Pour aller plus loin



Description (facultative)

23/ Pensez-vous que l'humour pourrait devenir une technique à part entière pour entrer en relation avec les patients ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre...

24/ Comment l'utiliserez-vous?



Réponse longue

Après la section 15 Passer à la section suivante



Rubrique 16 sur 16

Merci de votre engagement dans ce questionnaire



Description (facultative)

Annexe 6 : Questionnaire en ligne de l'enquête exploratoire auprès des personnes atteintes de pathologies psychiatriques



Rubrique 1 sur 11

(Patients) Enquête exploratoire : la place de l'humour dans la relation soignant-soigné en milieu psychiatrique

Bonjour,

Etant étudiante en 3e année d'ergothérapie, je réalise mon mémoire sur le thème de la place de l'humour dans la relation soignant-soigné en ergothérapie. Dans l'objectif d'en savoir d'avantage sur ce sujet, j'ai réalisé un questionnaire à destination des personnes ayant déjà eu des troubles ou des pathologies de type psychiatrique et n'étant plus atteintes par celle-ci.

Si tel est votre cas, voici mon questionnaire.

Je vous informe que l'analyse des résultats se fera dans le respect de l'anonymat. Vous êtes libre de vous retirer à tout moment de la recherche.

Vous pouvez me contacter par mail : maelys.hebrard@etu.univ-amu.fr

Merci d'avance.

HEBRARD Maëlys

Après la section 1 Passer à la section suivante

Rubrique 2 sur 11

Consentement



Description (facultative)

1/ Etes-vous d'accord pour participer à cette enquête ? *

☐ Oui☐ Non

Après la section 2 Passer à la section suivante



Rubrique 3 sur 11

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)



2/ Dans le cadre de votre prise en charge en psychiatrie, avez-vous eu recours à des séances d'ergothérapie ? *

☐ Oui☐ Non

Après la section 3 Passer à la section suivante



Rubrique 4 sur 11

Déterminants personnels



Description (facultative)

3/ Quel âge avez-vous ?

Réponse courte

4/ Quel est votre sexe ?

☐ Féminin☐ Masculin☐ Je ne souhaite pas le préciser

5/ Pouvez-vous citer la (ou les) objectif(s) principaux de votre prise en charge en ergothérapie ? *

Réponse longue

Après la section 4 Passer à la section suivante



Rubrique 5 sur 11

La relation dans la prise en soin en ergothérapie



Description (facultative)

6/ Si vous deviez décrire la relation entre vous et votre ergothérapeute, comment la définiriez-vous ? *

Réponse longue

7/ Etiez-vous satisfait de cette relation ? *



Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Absolument

8/ L'humour était-il présent dans cette relation ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne me souviens plus

Après la section 5 Passer à la section suivante



Rubrique 6 sur 11

L'humour dans la prise en soin en ergothérapie



Description (facultative)

9/ Qu'est-ce que l'humour selon vous ? *

Réponse longue

10/ Selon vous, est-ce bénéfique d'utiliser l'humour dans la prise en charge en ergothérapie en santé mentale ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Cela dépend

Après la section 6 Passer à la section suivante

Rubrique 7 sur 11

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

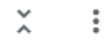
11/ Si oui, quels sont pour vous les bénéfices ?

Réponse longue

Après la section 7 Passer à la section suivante

Rubrique 8 sur 11

Titre de la section (facultatif)



Description (facultative)

12/ Pour vous, quels sont les moments où l'humour est approprié ? *

Réponse longue

13/ Pour vous, quels sont les moments où l'humour n'est pas approprié ? *

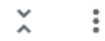
Réponse longue

Après la section 8 Passer à la section suivante



Rubrique 9 sur 11

Importance des termes employés



Description (facultative)

:::

14/ A quel niveau placeriez-vous l'importance de la relation soignant-soigné avec votre ergothérapeute? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout important

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indispensable

15/ A quel niveau placeriez-vous l'importance de l'humour dans la prise en charge en ergothérapie? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout important

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indispensable

Après la section 9 Passer à la section suivante



Rubrique 10 sur 11

Pour aller plus loin



Description (facultative)



16/ Pensez-vous que l'humour devrait être connu à grande échelle comme un moyen de communication à part entière ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre...

17/ Pourquoi ?

Réponse longue

.....

Après la section 10 Passer à la section suivante



Rubrique 11 sur 11

Merci de votre engagement dans ce questionnaire



Description (facultative)

Annexe 7 : Matrice du cadre conceptuel

<i>Concepts</i>	<i>Variables</i>		<i>Indicateurs</i>
Posture professionnelle	Savoirs-professionnels		Maîtriser une situation Identifier les connaissances Agir avec réflexion Garder son sang-froid Repérer
	Savoir-faire		Mise en pratique des savoirs-professionnels Habiletés
	Savoir-être		Attitudes Qualités personnelles Qualités comportementales Valeurs
	Distance professionnelle		Eviter les familiarités avec les personnes prises en soin Vouvoyer le patient Prendre conscience que c'est l'attitude du thérapeute qui crée ou non la distance
Humour	Aspect psychologique	Impact bénéfique	Mécanisme de défense Facilite les relations sociales et le soutien social Permet l'appréciation des capacités mentales des personnes soignées Entrer en relation avec le patient Peut constituer un rituel d'appartenance

Concepts	Variables		Indicateurs
		Impact néfaste	Mécanisme d'évitement Distraction de l'intervenant Minimiser les situations potentiellement graves Autodépréciation Agression de l'autre
	But		Diagnostic Développer l'alliance thérapeutique Faire baisser les tensions internes Attribuer d'autres significations aux situations vécues par le patient
	Théorie		Relâchement Supériorité Incongruité/résolution
	Situations amenant l'humour		Comique (films) Scènes de théâtre Sketch Texte Evènements de la vie quotidienne
	Nationalités		France Angleterre Etats-Unis Chine Brésil Afrique du sud
	Procédés comiques		Caractère Genre

<i>Concepts</i>	<i>Variables</i>	<i>Indicateurs</i>
		Conceptuel Verbal Gestuel Situation
	Approches	Psychologique Social Littéraire
Relation soignant-soigné	Facteurs	Personnels Sociaux Psychologiques Physiques
	Entrer en relation	Parole Affectivité Langage du corps
	Supports de la relation	Mots Attitudes
	Communication	Verbale Non-verbale Attitudes de communication
	Type de relation	Dominant-dominé Dominé-dominant Egal à égal

Annexe 8 : Matrice d'entretien de l'objet de recherche

⇒ Introduction de l'entretien

Dans le cadre de ma recherche pour réaliser mon mémoire de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès d'ergothérapeutes travaillant en psychiatrie.

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre perception concernant l'utilisation de l'humour en séance et son retentissement sur votre posture professionnelle.

Pour rappel, l'humour est une forme d'esprit qui s'attache à souligner le caractère comique, ridicule, absurde ou insolite de certains aspects de la réalité. L'humour permet de présenter la réalité avec un air plaisant, insolite ou amusant

La durée de cet entretien est d'environ 45 minutes. Avez-vous un horaire spécifique à respecter au-delà duquel je devrais arrêter l'entretien ?

Je vous informe que cet entretien est anonyme et que les données resteront confidentielles. De plus, il n'y aura aucun jugement de valeur durant cet entretien, l'objectif est que vous puissiez partager librement vos ressentis et votre vécu.

Vous êtes libre de vous abstenir de répondre à certaines questions et vous pouvez mettre fin à cet entretien à tout moment si vous le souhaitez.

Etes-vous d'accord pour que j'enregistre l'entretien afin de retranscrire au mieux vos propos ? Il sera confidentiel au même titre que tout le contenu de cet entretien.

Avez-vous des questions avant de débiter ?

⇒ Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN
<u>Objet de recherche</u> : Etude de la perception des ergothérapeutes sur leur posture professionnelle en séance lors de l'utilisation de l'humour auprès des personnes présentant une pathologie psychiatrique.
<u>Question d'amorce</u> : Pouvez-vous présenter le type de structure dans laquelle vous travaillez, le public accueilli, vos missions et votre utilisation de l'humour ?
<u>Question inaugurale</u> : Selon vous, comment l'utilisation de l'humour lors de vos séances influence-t-elle votre posture professionnelle ?
<u>Question finale</u> : Avez-vous d'autres choses à ajouter à cet entretien ?

⇒ Sortie de l'entretien

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien. Si vous le souhaitez je pourrais vous transmettre le mémoire lorsqu'il sera finalisé.

Annexe 9 : Fiche de renseignements à fournir aux ergothérapeutes à l'issue de l'entretienFiche de renseignements

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre ☐ Je ne souhaite pas le préciser

Age :

Année d'obtention du diplôme d'ergothérapie :

Lieu d'exercice :

Nombre d'années d'exercice au sein de la structure actuelle :

Utilisation de l'humour : ☐ Oui ☐ Non ☐ De temps en temps ☐ Autre :

Rapport personnel à l'humour :

Posture de l'ergothérapeute au sein de la structure :

Annexe 10 : Types de profils attendus

Profil 1 : l'inquiet

- L'ergothérapeute pense que l'humour a des effets néfastes sur la relation. Il a peur de ce que cela peut engendrer et que ses propos soient mal perçus.
- Il essaye d'employer l'humour le moins possible car il a conscience de ce que cela pourrait provoquer.
- Il ne veut pas mettre en péril sa posture professionnelle.
- La distance thérapeutique est très cadrée.

Profil 2 : Le confiant

- L'ergothérapeute pense que l'humour n'a aucun effet néfaste et qu'il ne pourrait qu'améliorer la relation.
- Il utilise l'humour de manière régulière et en voit son intérêt.
- Il est au clair avec sa posture professionnelle.
- Il a une distance thérapeutique proche du patient tout en sachant garder le cadre thérapeutique

Profil 3 : l'indifférent

- L'ergothérapeute ne s'est jamais penché sur la question de l'utilisation de l'humour, il n'a pas d'avis tranché quant à ses aspects bénéfiques et néfastes.
- Il utilise l'humour de temps à autre mais ce n'est pas figé dans le temps.
- Il réalise son travail d'ergothérapeute sans se soucier de sa posture professionnelle.
- Il a une distance adaptée de manière continue

Résumé en Français :

Le lien entre la santé mentale et l'humour est encore peu démontré. L'utilisation de l'humour est considérée comme une compétence thérapeutique amenant de la confiance en soi. En revanche, son impact sur la relation est vécu négativement pour la plupart des chercheurs et peu de thérapeutes se verraient l'introduire dans leur pratique professionnelle. De plus, les thérapies à base d'humour semblent bénéfiques pour les patients. Seulement, la place de l'ergothérapeute lors de l'utilisation de l'humour est encore compliquée à mettre en place. L'objectif de cette recherche est d'étudier : comment les ergothérapeutes perçoivent-ils leur posture professionnelle en séance lors de l'utilisation de l'humour auprès des personnes présentant une pathologie psychiatrique ? Une étude qualitative est menée à l'aide d'entretiens non-directifs auprès de trois ergothérapeutes exerçant en psychiatrie. Les résultats sont analysés à l'aide d'une analyse thématique. Les résultats montrent que la posture professionnelle évolue continuellement vers un sentiment de compétence et de confiance en soi, permettant aux ergothérapeutes d'utiliser l'humour. De plus, ils indiquent que l'humour a davantage de bénéfices que de risques et que son emploi varie en fonction de facteurs internes et externes à la personne. Enfin, la relation se fait pour la plupart grâce à l'humour. En définitive, les ergothérapeutes ont conscience de l'évolution de leur posture professionnelle en fonction de leur expérience. L'humour, intégré à la pratique une fois la confiance en soi professionnellement acquise, amène des bénéfices et une relation horizontale permettant un partenariat avec le patient.

Mots clefs en français : Ergothérapie, Santé mentale, Humour, Relation soignant-soigné, Posture professionnelle

Abstract in English:

The link between mental health and humor is not yet well established. The use of humor is seen as a therapeutic skill that builds self-confidence. On the other hand, its impact on the relationship is experienced negatively by most researchers and few therapists would consider introducing it into their professional practice. Finally, humor-based therapies seem to be beneficial for patients. However, the role of the occupational therapist in the use of humor is still complex to conceive. The aim of this research is to investigate how do occupational therapists perceive using humor with people in psychiatric settings? A qualitative study was conducted using non-directional interviews with three occupational therapists working in psychiatry. A thematic analysis was performed to analyse the data. The findings show that the professional posture continuously evolves towards a sense of competence and self-confidence, allowing them to use humor. Furthermore, they indicate that humor has more benefits than risks and that its use varies according to factors internal and external to the person. Finally, the relationship is mostly made through humor. Finally, occupational therapists are aware of the evolution of their professional posture as a result of their experience. Humor, integrated into the practice once professional self-confidence has been acquired, brings benefits and a horizontal relationship allowing a partnership with the patient.

Key words in English: Occupational therapy, Mental health, Humor, Caregiver-patient relationship, Professional posture

Nombre de pages: 100