Document généré le 26 avr. 2024 13:22

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

L'humour macabre : un mécanisme de défense acceptable en soins critiques?

Alexandra Fortin et Charles Dupras

Volume 1, numéro 2, 2018

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1058268ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1058268ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Fortin, A. & Dupras, C. (2018). L'humour macabre : un mécanisme de défense acceptable en soins critiques? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *1*(2), 69–75. https://doi.org/10.7202/1058268ar

Résumé de l'article

Les professionnels de la santé affectés aux soins critiques (urgence, soins intensifs, réanimation et soins coronariens) sont confrontés au quotidien à des situations particulièrement éprouvantes sur le plan émotionnel. Leurs conditions de travail difficiles peuvent devenir anxiogènes, se répercuter sur leur condition physique et/ou psychologique, diminuer leur performance et augmenter leur taux d'absentéisme au travail. Pour faire face à ce contexte stressant et parfois même déprimant, certains professionnels ont recours à l'humour macabre (ou « gallows humour »), une forme d'humour noir à connotation morbide, dont le contenu est susceptible de choquer certaines personnes. Bien que très répandue, l'utilisation de l'humour macabre en soins critiques est extrêmement controversée et la plupart du temps réprimandée par les ordres professionnels. Prenant appui sur les codes déontologiques qui les régissent, les ordres professionnels supposent que l'humour macabre enfreint les devoirs et les responsabilités de leurs membres envers leurs patients, rejetant alors son utilisation d'emblée. Dans cet article, nous contestons le rejet catégorique de l'humour macabre en soins critiques. Nous adoptons une perspective conséquentialiste, axée sur l'étude de la littérature scientifique portant sur les bienfaits de l'utilisation de l'humour en milieu de travail, pour défendre son acceptabilité éthique. En permettant d'être mieux disposés à prodiguer des soins malgré les événements tragiques vécus par les professionnels, nous verrons comment l'utilisation de l'humour macabre peut ultimement avoir des retombées positives sur les patients. L'éthique conséquentialiste n'est pas intéressée seulement par la maximisation des bienfaits de l'humour macabre, mais également par la réduction des risques de préjudices à autrui associés à son utilisation. Ce critère important nous conduira donc à définir les termes et à proposer certaines conditions devant être respectées pour une utilisation éthique de ce mécanisme de défense important par les professionnels de la santé en soins critiques.

All Rights Reserved © Alexandra Fortin, Charles Dupras, 2018

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

L'humour macabre : un mécanisme de défense acceptable en soins critiques?

Alexandra Fortin[1], Charles Dupras[2]

Résumé
Les professionnels de la santé affectés aux soins critiques (urgence, soins intensifs, réanimation et soins coronariens) sont confrontés au quotidien à des situations particulièrement éprouvantes sur le plan émotionnel. Leurs conditions de travail difficiles peuvent devenir anxiogènes, se répercuter sur leur condition physique et/ou psychologique, diminuer leur performance et augmenter leur taux d'absentéisme au travail. Pour faire face à ce contexte stressant et parfois même déprimant, certains professionnels ont recours à l'*humour macabre* (ou « gallows humour »), une forme d'humour noir à connotation morbide, dont le contenu est susceptible de choquer certaines personnes. Bien que très répandue, l'utilisation de l'humour macabre en soins critiques est extrêmement controversée et la plupart du temps réprimandée par les ordres professionnels. Prenant appui sur les codes déontologiques qui les régissent, les ordres professionnels supposent que l'humour macabre enfreint les devoirs et les responsabilités de leurs membres envers leurs patients, rejetant alors son utilisation d'emblée. Dans cet article, nous contestons le rejet catégorique de l'humour macabre en soins critiques. Nous adoptons une perspective conséquentialiste, axée sur l'étude de la littérature scientifique portant sur les bienfaits de l'utilisation de l'humour en milieu de travail, pour défendre son acceptabilité éthique. En permettant d'être mieux disposés à prodiguer des soins malgré les événements tragiques vécus par les professionnels, nous verrons comment l'utilisation de l'humour macabre peut ultimement avoir des retombées positives sur les patients. L'éthique conséquentialiste n'est pas intéressée seulement par la maximisation des bienfaits de l'humour macabre, mais également par la réduction des risques de préjudices à autrui associés à son utilisation. Ce critère important nous conduira donc à définir les termes et à proposer certaines conditions devant être respectées pour une utilisation éthique de ce mécanisme de défense important par les professionnels de la santé en soins critiques.

Mots clés
humour macabre, soins critiques, professionnels de la santé, mécanisme de défense, éthique

Abstract
Health care professionals assigned to critical care (emergency, intensive care, reanimation) are confronted on a daily basis with particularly trying situations. Their hard work conditions can become anxiety-provoking, affect their physical and/or psychological condition, decrease their performance and increase their absenteeism rate at work. To face this particularly stressful and sometimes depressing context, some professionals fall back on "gallows humour", a sort of black humour with a morbid overtone, which is likely to shock certain people. Although gallows humour is very widespread, its use in critical care is extremely controversial and most of the time reprimanded by professional orders. Based on the codes of ethics that govern them, professional orders assume that gallows humour violates the duties and responsibilities of their members towards their patients, rejecting its use straightaway. In this article, we contest the categorical rejection of gallows humour in critical care. We adopt a consequentialist perspective based on the study of scientific literature on the benefits of using humour in the workplace, to defend its ethical acceptability. By enabling us to be better prepared to provide care despite the tragic events experienced by professionals, we will see how the use of gallows humour can ultimately have a positive effect on patients. A consequentialist ethics is not only interested in maximizing the benefits of gallows humour but also in reducing the risk of harm to others related to its use. This important criterion will therefore lead us to define the terms and suggest certain conditions that must be respected for an ethical use of this important defense mechanism by health care professionals in critical care.

Keywords
gallows humour, critical care, health professionals, defense mechanism, ethics

Introduction

Les infirmières et les médecins travaillant en soins critiques sont constamment confrontés à des situations stressantes. Plusieurs patients s'y présentent avec un pronostic sérieux, parfois même vital. La souffrance et la mort font donc partie intégrante du travail de ces professionnels de la santé. Dans un tel contexte de travail, souvent exténuant et potentiellement déprimant, certains collègues font appel à l'humour pour détendre l'atmosphère dans les moments les plus tendus. Ils espèrent ainsi améliorer le climat et l'état d'esprit dans l'équipe soignante et optimiser l'aptitude à prodiguer des soins dans des conditions de travail non idéales.

La pratique de l'humour en soins critiques est toutefois controversée. Certains la perçoivent comme un manque de professionnalisme, voire une atteinte à la déontologie médicale. Dans la littérature anglophone, aux États-Unis principalement, ce sujet sensible a été abordé de façon constructive sous l'appellation « gallows humor » (humour de la potence). Ces analyses ont permis de faire la lumière sur un phénomène répandu et complexe, puis de proposer quelques pistes de réflexion pour faire face aux enjeux éthiques qu'il soulève et aux conflits moraux qu'il peut générer chez certains travailleurs.

Jusqu'à présent la contribution de la littérature francophone à ce débat important est demeurée très modeste, si bien qu'il n'existe pas, à ce jour, de traduction française satisfaisante pour décrire cette pratique et ses implications. Dans cet article, nous nous pencherons donc sur les enjeux éthiques associés à l'utilisation de ce que nous appellerons l'*humour macabre*, c'est-à-dire l'humour à connotation morbide pratiquée à l'égard d'un patient en fin de vie, dans un état de santé critique ou décédé. L'objectif est de rapporter les discussions en cours à propos de l'humour macabre en bioéthique, puis de proposer quelques critères et conditions pouvant favoriser son utilisation éthique.

Selon nous, les approches éthiques qui refusent de façon catégorique tout appel à l'humour macabre, comme l'approche déontologique, ne prennent pas suffisamment en considération les conséquences positives qu'elle peut avoir sur la santé

2018 A Fortin, C Dupras. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

mentale et la productivité des professionnels, et de façon indirecte, sur le bien-être des patients admis sur l'unité de soins. En réponse aux lacunes de cadres éthiques trop intransigeants, axés de façon prioritaire sur les devoirs et obligations des codes professionnels, nous offrirons une perspective conséquentialiste sur la question, ayant pour axiome principal la *maximisation du bien-être général.*

En nous appuyant sur plusieurs études scientifiques démontrant les nombreux avantages de l'humour en milieu de travail, nous défendrons l'idée d'une pratique consciencieuse et responsable de l'humour macabre en soins critiques. Ainsi, nous concevrons l'humour macabre, non pas comme un manque de respect envers la dignité du patient, mais comme un mécanisme de défense mature utile aux professionnels de la santé confrontés à un milieu de travail anxiogène dans nos institutions de soins.

Soins critiques : un terreau fertile pour l'humour macabre

Un patient de 78 ans, souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, se présente à l'urgence en pleine détresse respiratoire. La dyspnée dont il souffre est connue pour provoquer un sentiment de perte de contrôle, qui se manifeste la plupart du temps par un niveau d'anxiété élevé chez le patient [1]. Elle requiert une prise en charge immédiate, le plus souvent en réanimation par les infirmières, les inhalothérapeutes et les médecins, dont la présence et le soutien favorisent un climat de confiance envers l'intervention et permettent de réduire l'anxiété du patient. Une fois son état respiratoire stabilisé, le patient est transféré dans un autre secteur de l'urgence.

Quelques heures plus tard, le patient demande à une infirmière de l'aider à se rendre à la salle de bain. N'ayant plus besoin d'oxygène et ne présentant aucun signe de dyspnée, l'infirmière accompagne celui-ci jusqu'à la salle de bain et lui montre la cloche d'appel à utiliser si un besoin d'assistance est ressenti. Dix minutes passent. L'infirmière frappe à la porte pour s'assurer que tout va bien. N'obtenant malheureusement aucune réponse de la part du patient, elle décide alors d'ouvrir la porte, pour y retrouver son patient gisant sans vie. Aucune tentative de réanimation n'est entamée puisqu'une consigne claire à son dossier le proscrit en cas d'arrêt cardiorespiratoire. Cette scène morbide inattendue bouleverse, non seulement l'infirmière responsable, mais toute l'équipe soignante.

Une fois avisé, le médecin se rend au chevet du patient afin de constater le décès. À son arrivée, il demande à voix haute et d'un air sérieux : « Où est donc le coupable? » D'abord déstabilisés par la question, les membres de l'équipe soignante comprennent, lorsque le médecin se penche vers la cuvette de la toilette et répète « où est donc le coupable? », que le médecin ne s'adresse pas véritablement à eux, mais bien aux fèces de la victime, principal suspect, ayant de toute évidence pris la fuite par le réseau d'aqueduc… Malgré le caractère pour le moins audacieux, sur le plan éthique, de l'utilisation de l'humour dans une situation si accablante, les fous rires éclatent et crèvent aussitôt la tension palpable qui s'était installée au sein de l'équipe. Par le biais d'un humour discutable, la responsabilité de la mort du patient est déplacée, d'une certaine façon, du personnel en charge au cours naturel des choses. Les infirmières retournent à leur poste respectif, le sourire en coin et l'âme plus légère, prêtes à prodiguer les meilleurs soins possible au prochain arrivant.

Être émotionnellement, intellectuellement et physiquement disposé à prodiguer à tout moment des soins rapides et adéquats aux patients est crucial pour les professionnels de la santé en soins critiques. Au sein de ces départements, que ce soit à l'urgence ou aux soins intensifs, les travailleurs sont particulièrement à risque de vivre des expériences traumatisantes menant à une détresse psychologique en raison de l'état physique, de la souffrance et du pronostic souvent peu encourageant des patients qui y sont pris en charge [2].

L'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) observe depuis déjà plusieurs années que les soignants se sentent trop souvent dépassés par la multiplication de leurs tâches et de leurs responsabilités, ainsi que par la complexité croissante des cas cliniques admis à l'urgence. L'instabilité des équipes et le manque de personnel d'expérience contribueraient aussi, selon l'AMUQ, à créer un contexte de travail extrêmement difficile dans ces unités, où la rapidité d'exécution et la précision des interventions sont parfois déterminantes pour la survie des patients [3]. En médecine d'urgence, les professionnels de la santé sont aussi régulièrement victimes de violence physique et verbale [4]. En janvier 2016, un documentaire intitulé « Des soins aux poings », réalisé par la journaliste Karina Marceau, mit en lumière la problématique de la violence dans le réseau de santé québécois. On y rapportait que plus de 40% des demandes relatives à un arrêt de travail reçues par la *Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail* (CNESST) découlaient d'une agression dans le réseau de la santé [5]. Côtoyer la violence au quotidien peut avoir pour effet de miner l'enthousiasme, la motivation et le courage de professionnels au départ dévoués pour leur fonction. Plusieurs d'entre eux vont même jusqu'à quitter leur emploi de façon définitive.

La pratique du « gallows humour » dans le contexte de soins critiques, ou *humour macabre*, consiste en l'utilisation d'un humour noir et satirique entourant ou s'inspirant de situations éprouvantes et/ou de sujets délicats [6]. La détresse psychiatrique du patient, les pathologies associées aux mauvaises habitudes de vie et la mortalité sont des exemples de sujets fréquemment abordés par l'humour macabre [7]. Si l'humour permet de détendre l'atmosphère et devient du même coup un remède efficace contre la détresse psychologique au travail, nous croyons que son usage est défendable sur le plan éthique. Même s'il semble parfois inacceptable, par exemple lorsqu'accessible aux oreilles de la famille en deuil, nous avançons qu'il peut être légitime – voire même globalement bénéfique – lorsqu'il respecte certains critères et conditions. Afin de poser les

assises de l'analyse éthique que nous proposons, il importe de souligner, tout d'abord, quelques distinctions fondamentales entre les théories déontologiques et conséquentialistes, pouvant toutes deux inspirer la réflexion critique et stimuler la discussion sur la pratique des professionnels de la santé.

L'éthique déontologique : gardienne de la dignité humaine

Les approches éthiques de type déontologique sont pour la plupart dérivées de la philosophie d'Emmanuel Kant (1724-1804). Elles accordent une place prépondérante à l'aspect universalisable de l'action moralement bonne, peu importent les circonstances, ainsi qu'au respect de la dignité humaine [8]. Le terme « déontologie » provient du grec « deon-deontos », qui signifie *devoir* [9]. La morale déontologique fait donc référence à un ensemble d'obligations strictes, parfois qualifiées de « catégoriques ». De ces obligations, comme dire la vérité ou encore ne pas tuer, nous ne devrions, sous aucun prétexte et en aucune circonstance, être dispensés.

Inspirés en partie par la conception du devoir moral de la philosophie kantienne, les *codes de déontologie* élaborés par les ordres professionnels ont pour objectif de faire respecter un certain nombre de principes et de normes que les travailleurs doivent respecter pour répondre aux exigences de la bonne pratique de leurs professions respectives [10]. Ces codes offrent des balises formelles permettant de guider l'action. Bien que les codes déontologiques laissent de l'espace pour le jugement du praticien dans les situations complexes, ils prescrivent la plupart du temps des règles claires qui dictent les devoirs éthiques et la conduite responsable des professionnels de la santé de manière à protéger à la fois le public et la profession, un peu comme le faisait le Serment d'Hippocrate dans la Grèce Antique.

Selon l'éthique déontologique, il n'est pas acceptable de manquer de respect envers la dignité d'autrui. Pour les professionnels de la santé, protéger la dignité des patients est un devoir fondamental. Ce devoir est d'ailleurs inscrit de façon explicite dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec* (CIIQ) à l'article 3.1 : « L'infirmière ou l'infirmier doit prendre les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client » [11]. Il en est de même à l'article 4 du *Code de déontologie de médecins*, mais aussi à l'article 58, qui, de façon plus spécifique, souligne que: « Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité » [12]. La protection de la dignité humaine implique donc le respect du corps inanimé et la protection de la réputation de la personne décédée. Pour les partisans de l'éthique déontologique, qui accordent préséance à la dignité, l'utilisation de l'humour macabre en soins critiques peut paraître moralement inacceptable. Pour ceux-ci, le médecin qui, comme dans l'exemple présenté plus haut, formule une plaisanterie à l'égard de son patient, faillit à ses obligations morales, et du même coup, trahit la confiance du public et l'ensemble de sa profession.

L'interdiction catégorique et absolue d'employer l'humour macabre sous prétexte de protection de la dignité humaine exclut toute possibilité de gestion bien pesée des bénéfices et des risques associés à une pratique répandue. Ainsi, une approche exclusivement déontologique préconisant l'*arrêt* de toute forme d'humour macabre en contexte de soins critiques priverait les professionnels des effets bénéfiques que l'humour peut apporter en situation tendue. Selon ce cadre strict, aucune amélioration de l'utilisation ne serait envisageable. Par contre, une approche conséquentialiste permettrait d'admettre que l'humour macabre peut être bénéfique et autoriserait la proposition de repères pour guider les professionnels de la santé à *mieux utiliser* l'humour dans leur pratique quotidienne. Selon nous, une approche conséquentialiste axée sur la préservation de la vie, la minimisation des souffrances et la maximisation du bien-être pourrait être mise à profit pour améliorer l'impact positif global de l'utilisation de l'humour macabre en soins critiques. Dans la section qui suit, nous suggèrerons que proscrire, condamner ou punir toute utilisation de l'humour macabre en soins critiques n'est ni raisonnable ni souhaitable.

L'éthique conséquentialiste au secours de l'humour macabre

Le conséquentialisme est un courant de la philosophie morale qui émerge au cours du XIXe siècle, grâce aux travaux de John Stuart Mill et Jeremy Bentham. Cette approche de l'éthique s'intéresse avant tout aux conséquences avérées ou probables d'une action sur le bien-être générale, dans le but de déterminer si celle-ci est moralement acceptable. Les conséquentialistes considèrent une action bonne et souhaitable lorsqu'elle *maximise le bonheur et minimise les répercussions indésirables pour le plus grand nombre de personnes* [13]. Ce courant se distingue de l'approche déontologique, notamment, parce qu'il prête une attention toute spéciale aux circonstances entourant l'action. Alors que Kant définissait la bonne action comme étant *celle qui l'est toujours*, peu importe la situation (critère d'universalité), Bentham et Mill désiraient mettre en lumière l'importance de prendre en considération *les particularités de la situation* dans laquelle se trouve la personne qui agit [14].

Pour les professionnels de la santé, l'éthique conséquentialiste se traduit donc en un impératif moral consistant à maximiser le bien-être et à minimiser la souffrance des patients et de leur entourage [9, p.364]. Pour répondre à cette exigence éthique, ils se doivent d'évaluer et de réévaluer constamment ce qui est dans le meilleur intérêt de leurs patients. Ils doivent par ailleurs être en mesure de prioriser l'action la plus bénéfique parmi les alternatives disponibles. Toutefois, la santé physique et mentale des travailleurs eux-mêmes peut elle aussi être menacée. En soins critiques, notamment, « les médecins épuisés sont dysphoriques, dénigrent leur propre performance, se sentent coupables et craignent les erreurs. Ils perdent le sentiment de réalisation de soi, se désengagent de la relation avec le patient et sont insatisfaits de leur vie sociale et familiale. Le burn-out peut ainsi aboutir à une détérioration sérieuse de la santé qui se manifeste par de l'angoisse, des toxicomanies et des idées

suicidaires » [15, p.572]. À cette liste, l'AMUQ ajoute une diminution notable de la productivité au travail et une hausse considérable du taux d'absentéisme [16].

En plus de nuire au bien-être des soignants, les conditions de travail propre aux unités de soins critiques peuvent compromettre leur capacité à maximiser le bonheur général des patients et de la famille qui les accompagne : « en ne réagissant pas avec compassion à leur propre détresse, [les soignants] risquent de diminuer leur capacité à répondre à la souffrance et à la détresse d'autrui » [17, p.31]. Dans ces circonstances, avoir recours à des mécanismes de défense efficaces, qui soient aussi moralement et juridiquement acceptables, devient crucial pour les professionnels en soins critiques.

L'humour : un mécanisme de défense reconnu

Les mécanismes de défense se définissent comme une « révolte du moi contre des représentations et des affects pénibles ou insupportables » [18, p.41]. Cette révolte du moi se manifeste souvent de manière inconsciente et involontaire [18]. Il existe cinq niveaux de défense, classés en ordre croissant d'efficience : la dysrégulation défensive, l'action, la distorsion majeure de l'image, la formation de compromis et la défense mature [19,20]. Selon Vaillant, l'usage de mécanismes de défense matures favorise une meilleure santé mentale, de meilleures relations interpersonnelles et le succès [21]. Les mécanismes de défense mature sont l'altruisme, la sublimation, la suppression, l'anticipation et l'humour [19]. En 1905, Freud caractérisait déjà l'humour comme « la manifestation la plus élevée [des] réactions de défense » [22, p.204]. En effet, contrairement au refoulement, qui ne permet pas l'extériorisation des tourments, l'humour favorise le retour à un équilibre psychologique en amoindrissant les affects pénibles [22].

Depuis les années 1980, plusieurs études ont aidé à mieux comprendre les bienfaits physiques et psychosociaux de l'humour. Le rire provoquerait des réactions physiologiques ayant des effets favorables au niveau des systèmes cardiovasculaire, musculosquelettique, endocrinien et immunologique [23-25]. Les épisodes de rire diminuent la concentration sérique d'hormones de stress, comme le cortisol, et auraient du même coup un effet favorable sur le système immunitaire [24]. Le fou rire, en stimulant le système nerveux sympathique et en libérant des catécholamines [25], provoque une hausse de la pression artérielle et du rythme cardiaque, ainsi que des contractions musculaires [26]. Cette réaction systémique est suivie, un peu comme après l'exercice physique, d'une période de relaxation agréable générée par le système nerveux parasympathique. Cet état de béatitude coïncide avec une libération accrue d'endorphine, communément appelée l'hormone du plaisir [23].

Le sens de l'humour est un trait de personnalité qui reflète de la joie, du bonheur et de l'amusement. Il se manifeste par le désir de faire rire autrui et de créer des situations amusantes [27]. Contrairement aux épisodes de fous rires, le sens de l'humour n'entraîne pas forcément des réactions physiologiques systémiques. Il aurait néanmoins des répercussions psychosociales positives au sein d'un groupe. Par exemple, en réduisant le stress des employés, l'humour permettrait à ceux-ci une meilleure gestion de soi [28]. Sur le plan individuel, cela se traduirait par une amélioration de leur concentration et de leur mémorisation [29]. Sur le plan collectif, l'humour faciliterait la communication lorsque le climat de travail est tendu, en permettant « d'exprimer l'insatisfaction d'une façon socialement acceptable » [30, p.107]. Une ambiance humoristique en milieu de travail favoriserait les échanges entre collègues et renforcerait les liens de confiance [27], créant ainsi un environnement agréable et une satisfaction à l'emploi, souvent accompagnés d'une diminution notable du taux d'absentéisme [29]. L'humour améliorerait également la qualité du travail accompli, ainsi que la performance générale des employés dans des conditions de travail difficiles et stressantes [28].

Miser sur les bienfaits de l'humour en soins critiques

L'environnement de travail oppressant et le taux élevé de mortalité sont des raisons pour lesquelles les soignants en soins critiques sont particulièrement à risque de détresse morale et d'épuisement professionnel [4,16]. Ces conditions de travail sont des exemples « d'affects pénibles ou insupportables » auxquels les soignants doivent faire face. Pour cette raison, l'humour est un mécanisme de défense fréquemment employé entre soignants [31,32]. Y avoir recours facilite les échanges lorsque le climat de communication est perturbé par un état de détresse émotionnelle [33]. L'humour macabre, plus spécifiquement, est souvent utilisé en milieux hospitaliers, puisque les soignants s'inspirent instinctivement du langage médical, de leur environnement de travail et des situations vécues pour formuler leurs plaisanteries [34, 35].

Certains auteurs dénoncent l'humour macabre en précisant que des séances de débriefing seraient plus appropriées en termes de professionnalisme et d'efficacité [36,37]. Or, ces séances de débriefing exigent du temps, de l'organisation et de l'initiative afin de regrouper le personnel. Malheureusement, l'horaire atypique des employés et la quantité élevée de soins à prodiguer durant leur quart de travail [4] ne favorisent pas la coordination et la tenue de telles séances. L'humour, qui représente pour sa part une ouverture à la communication, offre un compromis astucieux entre le silence et les séances de discussion planifiées.

Minimiser les risques de l'humour macabre

Les mécanismes de défense matures se mettent en action de manière inconsciente et involontaire. Cela signifie, par exemple, qu'un soignant ne réalise pas d'emblée que l'utilisation de l'humour macabre lui permet de diminuer son niveau de stress. Il ne faudrait toutefois pas en conclure que les plaisanteries sont formulées de manière totalement irréfléchie. Au contraire, les soignants semblent connaître et respecter la plupart du temps un ensemble de règles informelles (Tableau 1).

Tableau 1 Quelques critères pour un humour macabre acceptable

Conditions	Justifications / Recommandations
Identifier un **contenu acceptable**	• Éviter les sujets considérés plus délicats, susceptibles de blesser et/ou d'offenser l'audience (ex. : les avortements spontanés, les cancers et la pédiatrie)
Choisir le **bon moment**	• Attendre que l'épisode de crise situationnelle soit dissipé
Être à un **endroit approprié**	• Éviter les lieux à proximité des patients et des familles
Anticiper la **réception** et la vérifier ensuite	• Reconnaitre les émotions vécues par soi-même et par autrui pour ne pas créer de tensions supplémentaires
Faire preuve de **respect**	• Reconnaître l'aspect subjectif de l'humour et la diversité des besoins psychosociaux • Ne pas imposer l'humour macabre aux jeunes professionnels de la santé et aux tiers vulnérables
Régler les problèmes en amont lorsque possible	• Identifier des solutions alternatives comprenant moins de risques • Éviter d'avoir recours aux mécanismes de défense de manière abusive

Une étude réalisée en Ohio auprès d'étudiants en médecine s'est intéressée à la perception des futurs médecins de l'utilisation de l'humour macabre en milieu hospitalier [7]. Dr Wear et son équipe ont rapporté plusieurs thèmes considérés non propices à l'humour par ces étudiants, comprenant entre autres les avortements spontanés, les cancers et la pédiatrie. Ils ont également observé le slogan: « Never in the elevator » (jamais dans l'ascenseur). La préoccupation implicite derrière cette maxime éthique partagée est que l'humour macabre ne devrait jamais se faire dans un environnement où des personnes autres que les soignants sont susceptibles d'en être témoin – et ultimement d'en être choqués ou blessés.

Trois critères supplémentaires permettent d'évaluer l'acceptabilité de l'humour dans une situation donnée : le moment opportun, la réception et le contenu [34]. De manière générale, il semble préférable d'employer l'humour une fois l'épisode de crise situationnelle dissipé. Il est important de reconnaître les émotions vécues au cours de celui-ci avant d'initier une plaisanterie, sans quoi elle pourrait engendrer des tensions supplémentaires. Il est d'ailleurs pertinent d'identifier l'audience présente, afin d'anticiper la réception de l'humour macabre, qui peut varier d'une personne à une autre, ou d'une culture à l'autre. En effet, le contenu acceptable – tout comme la prévision de la réception – sont des critères qui s'évaluent en grande partie de manière subjective. Il est donc important de reconnaître la diversité des perceptions de l'humour et des besoins psychosociaux exprimés par les membres d'une équipe de soins.

Les jeunes professionnels de la santé, par exemple, sont généralement plus sensibles à l'humour macabre [7,37]. Puisque cette pratique ne correspond pas aux valeurs professionnelles et aux standards enseignés, ces derniers peuvent se sentir désillusionnés par la réalité de leur nouveau métier et éprouver des symptômes de détresse morale [38,39]. Les médecins, les infirmières-chefs ou tout autre professionnel de la santé avec plus d'expérience sont responsables de l'intégration des jeunes employés [36]. En ce sens, ils ne doivent pas de leur imposer l'humour macabre sans avertissement ou sans transition préalable. Ils doivent plutôt les soutenir afin de les décomplexer progressivement face à cette pratique couramment employée en soins critiques.

Ces exigences morales, attentives aux particularités de la situation, s'inscrivent dans la philosophie morale de type conséquentialiste, qui rappelons-le, s'intéresse en premier lieu à la maximisation du bien-être général et à la minimisation des souffrances [13]. Les conditions proposées précédemment pour l'utilisation acceptable de l'humour macabre permettent non seulement de créer un environnement de travail agréable, un besoin criant en milieu hospitalier, mais permettent aussi de réduire les torts qu'elle pourrait causer à la famille des patients ou encore aux travailleurs moins disposés à approuver ou bénéficier d'un tel humour. C'est d'une telle prudence que devraient faire preuve les soignants lorsqu'ils utilisent l'humour macabre pour se protéger des répercussions négatives engendrées par leur métier. Ainsi, les risques de conséquences négatives seront minimisés à leur plus simple expression et l'utilisation de l'humour macabre aux bénéfices des soignants et de l'ensemble des patients admis en soins critiques pourra être considérée éthiquement acceptable.

Conclusions

Dans cet article, nous nous sommes appuyés sur l'approche conséquentialiste pour mettre en lumière les bienfaits potentiels, pour les professionnels et les patients, de l'humour macabre en soins critiques. L'humour est un mécanisme de défense reconnu, dont l'ampleur des conséquences positives globales peut justifier son utilisation, et ce même si elle semble parfois faire un pied de nez à la dignité des patients, ou encore représenter un certain risque pour la crédibilité de la profession. Une approche strictement déontologique nous a d'abord semblé insuffisante pour l'analyse du cas présenté initialement, puisqu'elle priorisait par principe la dignité du corps inanimé, et ne tenait aucunement compte du climat dans l'unité de soins et du bien-être des personnes qui y travaillent et des effets (ou conséquences) qu'ils ont sur la capacité des professionnels à offrir des soins de qualité. D'un point de vue conséquentialiste, l'humour macabre peut permettre de favoriser « le plus grand bonheur du plus grand nombre de personnes » [8] en ayant un impact positif non seulement comme mécanisme de défense mature pour les soignants, mais ultimement, en favorisant des soins médicaux adéquats aux patients.

Les études citées indiquent que les soignants s'imposent des règles et des limites informelles protégeant leurs patients de possibles préjudices. L'humour agit comme une défense mature reconnue pour être employée de manière inconsciente et involontaire. Désapprouver de façon prématurée les intentions des soignants et présumer que l'utilisation d'humour est un manque de professionnalisme parce qu'il « déshumanise » les soins de santé de façon générale ne nous semble pas raisonnable. La relation en apparence un peu froide, que peuvent entretenir les soignants en situation de détresse émotionnelle avec certains patients, ne devrait pas être perçue comme une « déhumanisation » des soins, mais plutôt comme une « distanciation » favorable au bon état d'esprit du personnel en soins critiques [15]. C'est entre autres parce qu'ils désirent prodiguer des soins de qualité à leurs patients, que les soignants se mettent autant de pression et qu'ils ressentent parfois le besoin de se distancer de ceux-ci [40]. En s'attaquant à leurs mécanismes de défense, on fait peser sur les épaules des professionnels de la santé un lot de stress excédentaire ultimement nuisible à tous.

Malgré l'utilité démontrée des mécanismes de défense matures, observer une augmentation marquée de leur emploi devrait être un indice d'une situation préoccupante. Devoir se défendre constamment contre la récurrence « d'affects pénibles » ou encore l'inefficacité du mécanisme de défense choisi [18], peut à l'occasion indiquer un problème en amont. Ces deux scénarios requièrent une attention particulière en soins critiques, puisque la présence de situations stressantes est omniprésente et croissante. L'utilisation abusive de l'humour macabre peut être un indice de la précarité des conditions de travail et de l'insuffisance des ressources psychosociales à la disposition des soignants. En outre, Claudiane Poisson et son équipe expliquent, dans un article portant sur la détresse morale, que « l'utilisation récurrente de stratégies de défense peut avoir pour inconvénient d'empêcher le travailleur de percevoir sa souffrance, de penser à ce qui le fait souffrir et de s'investir pour tenter de transformer la source de souffrance de manière à ce qu'elle n'en soit plus une » [39, p.70]. Ces aspects ne devraient d'aucune façon être négligés, puisqu'ils peuvent être précurseurs d'épuisement professionnel [37] et qu'ils peuvent nuire à la qualité des soins prodigués aux patients. Malgré ses bienfaits potentiels, l'humour macabre ne doit pas être perçu comme une échappatoire aux lacunes et aux difficultés de notre système de santé, mais bien comme une solution d'urgence à utiliser avec prudence et parcimonie par les professionnels de la santé pour pallier les conditions de travail anxiogènes auxquelles ils sont confrontés.

Remerciements
Les auteurs tiennent à remercier les évaluateurs Guillaume Durand et Michel Dupuis pour leurs suggestions et leurs commentaires constructifs sur le manuscrit. Charles Dupras a bénéficié d'une bourse postdoctorale du Centre de recherche en éthique (CRÉ), puis des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), durant l'écriture de cet article.

Acknowledgements
The authors would like to thank the evaluators Guillaume Durand and Michel Dupuis for their suggestions and their constructive comments on the manuscript. Charles Dupras received a postdoctoral fellowship from the Center for Research on Ethics (CRÉ) and then from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) during the writing of this article.

Conflit d'intérêts
Charles Dupras est éditeur exécutif de la *Revue canadienne de bioéthique.*

Conflicts of Interest
Charles Dupras is Executive Editor of the *Canadian Journal of Bioethics*.

Responsabilités des évaluateurs externes
Les évaluations des examinateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme examinateur n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et la publication d'un article.

Peer-reviewer responsibilities
Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Édition/Editors: Lise Levesque & Aliya Affdal

Évaluation/Peer-Review: Guillaume Durand & Michel Dupuis

Affiliations
[1] Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec, Canada
[2] Centre de génomique et politiques (CGP), Centre d'innovation Génome Québec, Université McGill, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Alexandra Fortin, alexandra.fortin.3@umontreal.ca

Reçu/Received: 5 Dec 2017 **Publié/Published:** 20 Oct 2018

Les éditeurs suivront les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. Brunner LS, Smeltzer S, Bare B, Suddarth DS. Soins infirmiers en médecine et chirurgie 2: Fonctions respiratoire, cardiovasculaire et hématologique. Canada, QC : Édition du Renouveau Pédagogique Inc. (ERPI). 2006.

2. Wormer K, Boes M. Humor in the emergency room: a social work perspective. Health & Social Work. 1997;22(2):87-92.
3. Association des médecins d'urgence du Québec – AMUQ. Les faits sur la pratique des médecins d'urgence au Québec. 2002.
4. Grebot E. Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2010;168(9):686-691.
5. Marceau K. Faut en parler : Des soins aux poings. 5 janvier 2016.
6. Watson K. Gallows humor in medicine. Hastings Center Report. 2011;41(5):37-45.
7. Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. Academic Medicine. 2006;81(5):454-462.
8. Bourgeault G. Déontologisme et conséquentialisme (Chap.5). Dans : Payot, A. & Janvier, A (dir.), Éthique clinique - Un guide pour aborder la pratique. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine. 2015; p.55-60.
9. Durand G. Introduction générale à la bioéthique : Histoire, concepts et outils. Canada, QC : Éditions Fides.
10. Legault G-A. Les codes : une tension entre le droit et l'éthique. Dans : Enjeux de l'éthique professionnel, tome II, l'expérience québécoise, sous la dir. de GA Legault, Québec : Presse Universitaire de Québec. 1997; p.38-72.
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec. 2015.
12. Collège des médecins du Québec. Code de déontologie des médecins. 2002.
13. Mill JS. L'utilitarisme. Paris : Champs classique. 1871.
14. Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: Les Belles Lettres. 2008.
15. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2007;165(8):570-578.
16. Association des médecins d'urgence du Québec-AMUQ. Le profil du médecin d'urgence à temps plein. 2009.
17. Doris S. La détresse morale; Comprendre la détresse morale des infirmières en milieu de soins pour pouvoir mieux y faire face. Perspective infirmière-OIIQ. 2013;10(5):29-31.
18. Freud A. Le moi et les mécanismes de défense. Les Presses universitaires de France. 1949.
19. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. American Psychologist. 2000;55(1):89-98.
20. Callahan S, Chabrol H. Mécanismes de défense et coping. Paris : Dunod. 2013.
21. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. Archives of General Psychiatry. 1986;43(8):786-794.
22. Freud S. Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient. Paris: Éditions Gallimard. 1905.
23. Martin RA. Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. Psychological Bulletin. 2001;127(4):504-519.
24. Bennett MP, Lengacher C. Humor and laughter may influence health: III. Laughter and health outcomes. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2008:5(1):37-40.
25. Dugan DO. Laughter and tears: best medicine for stress. Nursing Forum. 1989;24(1):18-26.
26. Wagner KD, Hardin-Pearce MG. High-Acuity Nursing. 6th edition. Upper Saddle River, New Jersey. 2014.
27. Martin RA, Lefcourt HM. Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. Humor. 2004;17(1/2):1-20.
28. Lang JC, Lee CH. Workplace humor and organizational creativity. The International Journal of Human Resource Management. 2010;21(1):46-60.
29. Mesmer-Magnus J, Glew DJ, Viswesvaran C. A meta-analysis of positive humor in the workplace. Journal of Managerial Psychology. 2012;27(2):155-190.
30. Fortin B, Méthot L. S'adapter avec humour au travail interdisciplinaire : pistes de réflexion. Revue québécoise de psychologie. 2004;25(1):99-118.
31. Rowe A, Regehr C. Whatever gets you through today: An examination of cynical humor among emergency service professionals. Journal of Loss and Trauma. 2010;15(5):448-464.
32. Scott T. Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork. Mortality. 2007;12(4):350-364.
33. Wanzer M, Booth-Butterfield M, Booth-Butterfield S. "If we didn't use humor, we'd cry": Humorous coping communication in health care settings. Journal of Health Communication. 2006;10(2):105-125.
34. Leiber DB. Laughter and humor in critical care. Dimensions of Critical Care Nursing. 1986;5(3):162-170.
35. Thornton J, White A. A Heideggerian investigation into the lived experience of humour by nurses in an intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing. 1999;15(5):266-278.
36. Parsons GN, Kinsman SB, Bosk CL, Sankar P, Ubel PA. Between two worlds: Medical student perceptions of humor and slang in the hospital setting. Journal of General Internal Medicine. 2001;16(8):544-549.
37. Piemonte NM. Last laughs: gallows humor and medical education. Journal of Medical Humanities. 2015;36(4):375-390.
38. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. Dimensions of Critical Care Nursing. 2005;24(5):229-241.
39. Poisson C, Alderson M, Caux C, Brault I. La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. Recherche en soins infirmiers. 2014;117(2):65-74.
40. Johnston W. To the ones left behind. The American Journal of Nursing. 1985;85(8):936.