

LA SOLITUDE

La solitude est une thématique qui revient souvent dans les discours concernant les personnes en fin de vie sous deux formes assez paradoxales.

D'une part, se disent la crainte que la personne ne meurt seule, l'isolement des personnes âgées, les difficultés d'accompagner dans la durée tant pour la famille et les proches que pour les soignants (cela prend parfois d'ailleurs la forme plus ou moins voilée de reproches réciproques). Cette solitude-là sonne comme **un abandon** dont on se renverrait la responsabilité ; la culpabilité sous-jacente s'exprimera souvent par de l'agressivité et – si elle n'est ni entendue, ni reprise- il en découlera un sentiment douloureux d'impuissance qui vient redoubler ce sentiment d'être seul.

D'autre part, on déplore ,pour les patients ou les résidents, le peu de possibilité de s'isoler, les contraintes de la vie collective, **le manque d'intimité**, en particulier lorsqu'ils doivent partager leur chambre avec un autre.

Ces deux acceptions de la solitude, celle dont on souffre et celle dont on a besoin, sont me semblent-ils la toile de fond de ce que j'entends de la part des soignants que je rencontre comme psychologue de réseau de soins palliatifs.

C'est de cette place d'aide aux soignants qui accompagnent des personnes en fin de vie (en particulier en long séjour et maison de retraite hospitalière et dans le cadre de réunions régulières et pluridisciplinaires d'analyses de situations) que j'aimerais maintenant proposer quelques éléments de réflexion; si la toile de fond est posée, c'est à **la solitude des soignants** que j'aimerais m'attacher; en effet, mon hypothèse est que de la repérer et de l'élaborer au cours de nos réunions, peut faire brèche dans ce sentiment d'impuissance et d'accablement et peut permettre de trouver des pistes pour mieux communiquer avec les résidents et leur famille.

Essayons d'abord de voir en quoi consiste ce sentiment de solitude; en effet, il est rare que les soignants utilisent ce mot à leur endroit ; cependant, c'est à ça me semble-t-il qu'ils se trouvent confrontés et ce dont ils souffrent dans beaucoup de situations difficiles ; comme si ils étaient seuls devant le problème et sans repères pour les traiter tant soit peu ; comme si ils étaient seuls aussi à être agités par des sentiments très paradoxaux et souvent culpabilisants (désirs de soigner et désirs que cela finisse). La difficulté de communiquer avec la plus part des résidents dont beaucoup sont extrêmement diminués, la lourdeur des soins sans cesse à répéter comme les toilettes et les changes et les débordements de ces corps très abîmés et souvent désertés par le relationnel renvoient au soignant un sentiment plus ou moins intense d'être lui-même seul et abandonné dans un univers déserté par le sens.

Notre condition humaine, qui nous fait naître très démuni et dépendant de l'autre pour la survie de notre corps indissociablement liée au développement relationnel et de la communication, laisse des traces indélébiles. Tout bébé ressent à un moment ou à un autre (et quelque soit la sollicitude dont il est entouré) ce sentiment de détresse profonde : à la fois démuni de tout recours, impuissant, perdu et comme si avait disparu tout autre secourable ; la mère peut ressentir (en miroir et en reviviscence du bébé qu'elle a été) une détresse de cette ordre vis à vis de son tout petit, lorsque rien ne le calme, qu'elle se sent donc elle-même démunie et impuissante à imaginer les causes de ses pleurs et à y remédier. Tout être humain peut dans certaines circonstances de dépendance en particulier (dépendance physique, mais aussi la dépendance qui nous lie au désir de l'autre : “que me veut-il?”) vivre cette détresse qui s'apparente au sentiment de solitude-abandon.

Le soignant qui accompagne la plus ou moins longue fin de vie est confronté de façon aigüe à

la dépendance de l'autre, à sa propre impuissance, à la question du sens de ses actes et du sens des soins qu'il dispense; si l'absence de communication langagière avec les résidents le renvoie à ses questions, c'est l'instauration d'une certaine communication et d'une certaine attention dans l'institution qui peut redonner du sens et battre en brèche cette solitude.

En effet, c'est à l'institution ou au service (et à leur encadrement en particulier: médecin, cadre infirmier et psychologue) de favoriser et de mettre en place des lieux d'échange et d'élaboration réguliers où les soignants pourront partager leurs difficultés et souffrance dans les prises en charge, accepter leur relative impuissance, dire et écouter les questionnements quant au sens de leurs actes, et peu à peu élaborer ensemble des projets de soins et d'accompagnement. C'est l'attention et la reconnaissance qui leur seront portées en ces lieux que les soignants pourront mettre en oeuvre à leur tour auprès des résidents ; c'est parce qu'eux-mêmes se seront sentis reconnus comme partenaires et créateurs d'un projet de soins qu'ils pourront à leur tour élaborer comment associer les familles au dialogue et à la prise en charge.

Ce contenant que peut être la réunion de synthèse (lorsqu'elle permet communication et élaboration communes même si c'est toujours imparfaitement) va accompagner chaque soignant et le relier aux autres et au projet lors de ses tâches en solitaire. Cela le soutiendra dans les actes même répétitifs et rébarbatifs puisque du sens leur aura été donné, que ce ne sera pas pour rien, pas dans le vide.

Le soignant pourra alors assumer une certaine solitude parce qu'il se sentira cependant relié aux autres ; peut-être pourra-t-il aussi rendre sensible auprès des résidents une certaine continuité de l'accompagnement ; car même lorsqu'il s'absentera (dans l'alternance des heures de travail et de repos) la cohérence de la prise en charge de l'équipe viendra entourer le résident et sa solitude s'en trouvera modifiée.

Claire-Marie Gagnebin
février 2007