

[texte](#)

[article](#)

## **Respecter la singularité de la personne en psychiatrie**

"La fin de vie, en particulier dans le cadre de la «?clinique?» de la psychose, expose le patient plus encore à l'abandon de par sa vulnérabilité. Son existence, son mode d'être au monde est perturbé, attaqué dans son rapport à l'espace, au temps et à l'autre."

Par: Emmanuel Scicluna, Cadre de santé, Clinique du Moulin Bruz (35), EA 1610, université Paris Sud /

Publié le : 04 Février 2015

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

## **Fichiers**

- [Fin de vie, la vérité du soin 2014 \(2.52 Mo\)](#)

## **Poursuivre la réflexion**

### **Fragilité existentielle**

La fin de vie d'une personne hospitalisée dans un service de psychiatrie suscite de nombreuses questions. Elles concernent, du côté du patient, son autonomie dans l'expression de ses choix, sa dignité, la qualité de sa vie, les modalités de communication et d'échange indispensables à une vie relationnelle et, du côté des soignants, les questions autour des émotions et des mouvements dépressifs, pensées dans le cadre d'une supervision.

Les dispositions figurant dans la loi du 22 avril 2005, à savoir le soulagement, la suppression des symptômes d'inconfort, la réflexion de la proportionnalité des soins, dans un cadre de

collégialité si la personne ou la famille est consentante, sont l'opportunité d'accompagner le patient dans l'instant T.

La fin de vie, en particulier dans le cadre de la «*clinique*» de la psychose, expose le patient plus encore à l'abandon de par sa vulnérabilité. Son existence, son mode d'être au monde est perturbé, attaqué dans son rapport à l'espace, au temps et à l'autre. La psychose met en lumière la nature la plus profonde de notre *exister* et, *de facto*, sa fragilité.

## Un engagement complexe

Les problèmes rencontrés sont souvent le refus de soin, l'information au patient et ce qu'il « en entend » et l'absence de la fratrie qui, durant des années, n'a pas été prise en compte dans le contexte institutionnel. Les problèmes évoqués montrent l'intérêt de la collaboration entre l'équipe de psychiatrie et l'équipe de soins palliatifs. La plus-value de cette coordination va mener autant à une réflexion de mise en place de prescriptions anticipées et personnalisées (répondre aux symptômes d'inconfort) qu'à une réflexion sur la proportionnalité des traitements : maintien ou non d'une chimiothérapie palliative difficile à vivre pour le patient, d'une alimentation parentérale dans la situation d'une occlusion sur carcinose péritonéale. Cette réflexion pluridisciplinaire est réévaluée en fonction de l'évolution clinique du patient, de ce qu'il nous en dit dans le cadre d'une réflexion bénéfices/risques, d'une démarche décisionnelle telle que la loi en donne la possibilité. Devant les limites de la prise en charge au sein de notre service de psychiatrie, celles d'un accompagnement de fin de vie en phase terminale, l'indication d'un transfert à domicile dans un contexte d'hospitalisation à domicile ou en unité de soins palliatifs sera anticipée avec le patient et son entourage.

L'acte de soins accompli depuis des années place le soignant dans une telle situation de proximité, de rencontre, de présence, qu'il devient incontournable d'envisager une écoute afin de penser cet accompagnement de fin de vie autour des vécus et des mouvements dépressifs. Notre vocation proprement humaine, à savoir ce dégagement de nous-même et cet engagement par rapport à autrui, demeure l'essence même du soin dans notre pratique clinique quotidienne et ce dans le respect de la singularité de la personne, dans le respect de la loi.

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire