

À PROPOS DE L'USAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES DANS UN
ÉTABLISSEMENT À CARACTÈRE GÉRIATRIQUE.

(paru dans Objectif soins, n°121, dec. 2003)

DEVENOGES, J.F.*, BLOND, C.**, BLEIN, G.***

« Heureusement, les médecins ne prescrivent ces médicaments qu'à ceux qui en ont vraiment besoin. »

E. ZARIFIAN, Des paradis plein la tête.

Le document que nous présentons dans les pages qui suivent reprend quelques-uns des éléments d'un recensement méticuleux, et pas moins rigoureux, entrepris par l'un d'entre nous',

* Infirmier,

** Directrice, IFSI du G.LP.E.S. d'Avignon et du Pays de Vaucluse.

*** Docteur en Psychologie.

des prescriptions de médicaments psychotropes dans les cinq services d'un hôpital dont l'orientation principale est gériatrique.

Aussi, ce travail sera pour nous l'occasion de nous interroger sur la nature et la spécificité du soin gériatrique ; sur la place du soignant au chevet du patient âgé à l'intérieur d'une institution réservée à son service, si ce n'est à son soin.

1/ POPULATION.

L'hôpital local dont il est ici question, d'une capacité d'accueil de cent lits se divise en quatre services :

- 25 lits de Court et Moyen Séjour « gériatrique » (médecine-convalescence). -
25 lits de Long Séjour.
- 25 lits de Cure Médical dont 12 de Cantou².

- 25 lits de Maison de Retraite.

Aux jours de l'enquête (oct. 1999) l'établissement recevait 88 personnes réparties suit dans les différents services :
comme

Tableau n°I : Répartition des patients dans les cinq services, pourcentages
hommesfemmes, âges moyens, et âges extrêmes.

	Médecine	Long-séjour	Cantou	Cure-Médicale	Maison de retraite
Effectifs	18(20%)	22(25%)	12(14%)	16(18%)	20(23%)
% hommes	34%	32%	25%	25%	75%
% femmes	66%	68%	75%	75%	25%
Âges moyens	81 ans	79 ans	86 ans	86 ans	79 ans
Extrêmes	44-92 ans	27-97 ans	70-96 ans	66-96 ans	64-97 ans

Ce sont donc au total, au moment de l'investigation, 88 personnes qui séjournèrent dans l'établissement, dont 70 (âge moyen : 81 ans) dans un des quatre services à orientation explicitement « gériatrique » (Long Séjour, Cure Médicale, Cantou, Maison de retraite). Concernant les 18 autres patients en médecine-convalescence, notons qu'ils ne dérogent pour autant pas au caractère « gériatrique » de l'hospitalisation, induit par un phénomène de concentration de personnes dites âgées, et à l'intérieur dudit service (seulement deux personnes ont moins de 75 ans), et dans l'établissement³.

¹ DEVENOGES, J.F., 2000, Usage des psychotropes en institution gériatrique, *mémoire de fin d'étude*, L.F.S.I. du G.L.P.E.S. d'Avignon et du Pays de Vaucluse.

² Nous traiterons ces deux entités séparément.

³ Sur le total des 88 personnes dans l'établissement, seulement 5 ont moins de 60 ans : 2 dans le service de Médecine-Convalescence, 3 dans le service de Long Séjour.

2/ PRESCRIPTIONS DES PSYCHOTROPES.

A- Ensemble.

Avant de considérer service par service comment se répartissent les prescriptions des médicaments psychotropes, nous présentons dans le tableau II les pourcentages de ces prescriptions pour l'ensemble de la population de l'établissement, ainsi que les nombres de personnes ayant une prescription d'un ou de deux et plus psychotrope(s), aux deux dates suivantes :

- A : le jour de l'admission

- B : le jour de l'enquête (Octobre 1999).

Tableau II : Nombres et pourcentages de patients sous psychotrope(s), et nombres de personnes avec un ou deux et plus psychotrope(s) le jour de l'admission A, le jour de l'enquête B.

	Prescriptions psychotropes	Un psychotrope	Deux et + psychotropes
A	47 (53%)	27	20
B	62 (70%)	34	28

Ainsi que nous pouvons en faire le constat, si déjà plus de la moitié des patients (53 %) arrivent dans l'établissement avec une prescription de psychotrope(s), au cours de l'hospitalisation ce pourcentage augmente pour atteindre 70 % (pourcentage obtenu le jour de l'enquête). Cette augmentation concerne autant les prescriptions d'un psychotrope que celles qui associent deux, et plus, médicaments psychotropes.

Si maintenant, nous envisageons cette évolution des prescriptions en fonction des classes thérapeutiques classiquement distinguées⁴, nous observons que pour l'ensemble de l'établissement, toutes les classes thérapeutiques sont concernées par cette augmentation.

Tableau III : Nombres des prescriptions de psychotropes selon la classe thérapeutique, aux deux dates A et B.

	N	AD	H-A b	H-A nb
A	<u>23</u>	11	<u>19</u>	19
B	29	16	33	21

⁴ Neuroleptiques (N), antidépresseurs (AD), hypnotiques et anxiolytiques benzodiazépines (H-Ab), hypnotiques et anxiolytiques non-benzodiazépines (H-A nb).

En plus de l'augmentation générale des prescriptions des psychotropes, notons que ce sont toutes les classes thérapeutiques distinguées qui sont concernées. Toutes, et cependant bien plus, la classe des hypnotiques et anxiolytiques benzodiazépines qui n'est pas celle qui pose le moins de problèmes, puisque, on le sait: « toute benzodiazépine entraîne une *réduction de la vigilance* et de la *mémoire* »⁵ ; réduction de la vigilance et de la mémoire qu'il n'est pas rare de voir prise comme symptôme d'un état neuro-dégénératif, ou d'une défaillance psychique ou psychologique, qui fondent ensuite la poursuite, ad *vilain aeternam*, du traitement ou de ses variations toujours empiriques (?).

B- Dans chacun des services.

Afin de considérer plus en détail ce phénomène d'augmentation des prescriptions des psychotropes au sein de l'établissement, nous envisageons de manière plus spécifique comment il se manifeste dans chacun des cinq services de l'hôpital.

a/ En Médecine-Convalescence.

Sur les 18 patients présents dans le service (âge moyen : 81 ans) dont seulement deux ont moins de 60 ans (respectivement 44 et 52 ans) notons que deux personnes ont eu des antécédents psychiatriques (psychose maniaco-dépressive et syndrome dépressif) et trois autres des diagnostics d'état neuro-dégénératif (maladie d'Alzheimer) à l'origine de l'entrée dans l'établissement.

Toutes les personnes de ce service proviennent d'établissements hospitaliers voisins non spécialisés.

Tableau IVa : Nombres et pourcentages des prescriptions des médicaments psychotropes dans le service de Médecine-Convalescence aux deux dates A et B.

	Psychotropes	N	AD	H-Ab	H-Anb	Autre
A	11(61%)	5	3	4	3	1
B	10 55%)	5	0	5	2	0

Tableau IVb : Nombres des prescriptions des médicaments psychotropes selon qu'elles comportent un ou deux et plus psychotropes, aux dates A et B.

	1 psycho.	2 et + psycho.
A	7	4
B	8	2

⁵H., EY, P., BERNARD, CH., BRISSET, 1960, *Manuel de psychiatrie (sixième édition, 1989)*, Paris, Masson.

Les tableaux IVa et IVb complétés par les éléments d'une analyse plus qualitative nous permettent deux remarques :

-Le nombre de personnes sous psychotrope(s) baisse, de même que diminue le nombre de prescriptions associant deux et plus psychotropes. Ainsi, deux personnes ont leur traitement de médicaments psychotropes supprimés, cependant qu'une qui n'avait rien à son admission se voit prescrire un anxiolytique benzodiazépine.

-Les anxiolytiques et hypnotiques (tant benzodiazépines que non-benzodiazépines) ainsi que les neuroleptiques sont maintenus en quantité pratiquement égale à celle du jour de l'admission, cependant que les antidépresseurs disparaissent totalement.

bl En Long-Séjour.

Sur les 22 patients hospitalisés en Long-Séjour (âge moyen : 79 ans) dont un, précisons-le a 27 ans⁶, un seul a connu des antécédents psychiatriques (dépression), quatre autres présentent des pathologies neuro-dégénératives ou neurologique (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, syndrome frontal après A.V.C.) qui sont à l'origine de leur entrée dans le service.

Outre ces cinq patients, les dix-sept autres qui proviennent des établissements hospitaliers voisins (non spécialisés) sont entrés dans le service pour des motifs liés à des pathologies de médecine interne.

Tableau Va : Nombres et pourcentages des prescriptions des médicaments psychotropes dans le service de Long-Séjour aux deux dates A et B.

	<u>Psychotropes</u>	N	AD	H-Ab	H-Anb
A	11(50%)	7	1	3	6
B	15-(68%)	7	4	8	3

Tableau Vb : Nombres de prescriptions des médicaments psychotropes selon qu'elles comportent un ou deux et plus psychotropes, aux dates A et B.

	1 svcho	2 et + svcho
A	8	3
B	9	6

Les tableaux Va et Vb montrent :

-Une augmentation, importante, tout à la fois des traitements psychotropes et des prescriptions associant deux et plus psychotropes. Si pour deux patients on constate la

⁶ Il s'agit d'un patient considéré comme « état végétatif chronique »

suppression du ou des psychotropes(s) qu'ils avaient à l'entrée, six qui n'en avaient pas lors de l' admission, au jour de l'enquête sont sous psychotropes.

-Sauf pour les neuroleptiques dont le nombre reste inchangé, on observe une augmentation non négligeable des antidépresseurs et hypnotiques et anxiolytiques benzodiazépines. Seuls diminuent les hypnotiques et anxiolytiques non-benzodiazépines.

c/ En Cure-Médicale.

Parmi les 16 personnes qui se trouvent en section de Cure-Médicale (âge moyen :86 ans) on ne relève d'antécédents psychiatriques que pour deux d'entre-elles (éthylisme et syndrome dépressif) ; une de ces personnes arrive du Centre Hospitalier Spécialisé. Cependant, pour six autres de ces personnes les motifs d'entrée enrégistrés à l'admission ressortissent à des difficultés d'ordre psychologique observées au domicile.

Six de ces seize personnes, au moment de l'entrée arrivaient de leur domicile, les dix autres provenaient, elles, des établissements hospitaliers voisins.

Tableau VIa : Nombres et pourcentages des prescriptions des médicaments psychotropes en section de Cure-Médicale aux deux dates A et B.

	Psychotropes	N	AD	H-Ab	H-Anb
A	9 (56%)	5	2	7	3
B	12 (75%)	6	4	8	5

Tableau VIb : Nombres de prescriptions des médicaments psychotropes selon qu'elles comportent un ou deux et plus psychotropes.

	1 Psycho.	2 et + psycho.
A	3	6
B	6	6

De la lecture des tableaux VIa et VIb il appert:

- Une augmentation importante de l'usage des médicaments psychotropes. Cependant, remarquons que la proportion des prescriptions associant deux et plus psychotropes diminue.
- Toutes les classes thérapeutiques distinguées sont concernées par l'augmentation.

d/ En Cantou.

Cette unité spécifique, si ce n'est spécialisée⁷, orientée vers une prise en charge thérapeutique, basée sur l'activité et l'initiative de personnes souffrant de troubles neuro

⁷ Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Opérations Utiles, mais « Canton » signifie aussi en provençal le *coin du feu*. dégénératifs et de la personnalité, accueille douze patients (âge moyen: 86 ans). Un seul arrive du domicile, les onze autres proviennent des établissements hospitaliers voisins. Pour

aucun de ces malades on ne note des antécédents psychiatriques ou d'autres pathologies qui auraient précédé l'apparition des troubles qui ont justifié une première hospitalisation avant l'arrivée dans l'établissement.

Tableau VIIa : Nombres et pourcentages des prescriptions des médicaments psychotropes dans l'unité Cantou aux deux dates A et B.

	psychotropes	N	AD	H-Ab	H-Anb
A	7 (58%)	4	2	4	2
B	11 (91%)	8	2	4	3

Tableau VIIb : Nombres de prescriptions des médicaments psychotropes selon qu'elles comportent un ou deux et plus psychotropes.

	1 psycho.	2 et + psycho
A	2	5
B	5	6

La lecture des tableaux VIIa et VIIb indique:

-Une augmentation des prescriptions des médicaments psychotropes. Sur les cinq personnes entrées dans l'unité sans traitement, quatre au jour de l'enquête sont sous psychotropes ; ainsi la presque totalité des personnes accueillies dans cette unité sont sous psychotrope(s)

-Parmi les classes thérapeutiques distinguées l'augmentation la plus importante est celle des prescriptions des neuroleptiques, à visée sédatrice, dans une unité rappelons-le qui est organisée pour offrir un ensemble d'activités pour solliciter les patients (?).

e/ Maison de retraite.

Sur les vingt résidents de la Maison de Retraite de l'hôpital (âge moyen: 79 ans), six personnes ont présenté des antécédents psychiatriques (éthylisme pour quatre d'entre-elles, caractéropathie pour une autre, syndrome dépressif pour la sixième).

Quatre proviennent du domicile, les seize autres des établissements hospitaliers, maisons de retraite, centre de réadaptation voisins.

Tableau VIIIa : Nombres et pourcentages des prescriptions des médicaments psychotropes en maison de Retraite aux deux dates A et B.

	Psychotropes	N	AD	H-Ab	H-Anb
A	9 (45%)	2	3	1	5
B	14(70%)	3	6	8	8

Tableau VIIIb : Nombres de prescriptions des médicaments psychotropes selon qu'elles comportent un ou deux et plus psychotropes.

	1 psycho.	2 et + psycho.
A	7	2
B	6	8

La lecture des tableaux VIIIa et VIIIb montre:

-Une augmentation, la plus importante de toutes, de l'utilisation des médicaments psychotropes, et cela quelle que soit la classe thérapeutique à laquelle ils appartiennent ; ceci en Maison de Retraite qui, rappelons-le, est assimilée au domicile, et où « en conséquence »⁸ pour entrer une certaine « autonomie » est réclamée

-Une augmentation importante du nombre des prescriptions associant deux et plus psychotropes.

3/ REMARQUES

A/ Premières remarques.

Le recensement que nous venons de présenter concernant l'usage des psychotropes en gériatrie est donc pour nous l'occasion de nous interroger sur ce qu'est cet exercice gériatrique ; sur la place réservée dans le système de soin aux personnes qui en dépendent, au terme d'un parcours qui le plus souvent les inscrit dans une succession d'abandons. En tout premier lieu, de ce recensement nous retiendrons deux faits :

1- Au jour de l'admission (rappelons que 82% des personnes proviennent établissement hospitalier voisin) 53 % des personnes ont une prescription de médicament(s) psychotrope(s). Au jour de l'enquête, ces prescriptions concernent 70% des patients.

2- Excepté le service de médecine-convalescence dans lequel nous observons une très faible diminution des prescriptions de psychotrope, dans les quatre autres services - les plus explicitement gériatriques - pour aucune des cases que nous avons distinguées, nous n'observons de diminution de ces mêmes médicaments entre les dates A et B.

⁸ « Conséquence » administrative, si ce n'est logique, mais en aucun cas « conséquence » de fait ; c'est bien ce qu'aussi prouve l'augmentation que nous enregistrons.

Dans ces services, l'augmentation des prescriptions des médicaments psychotropes semble devenir la règle.

Dira-t-on qu'à cela il n'y a rien d'étonnant et que cette médication signe justement les raisons pathologiques de l'orientation « gériatrique » de l'hospitalisation ? Nous ne le croyons pas, et voudrions le montrer dans les lignes qui suivent.

Provenant d'un établissement en rien exceptionnel⁹, nous-mêmes en avons trouvé de tout à fait comparables dans un établissement voisin¹⁰, ces données montrent la banalisation, si ce n'est une forme de normalisation, en gériatrie, de l'usage des médicaments psychotropes ; usage qui au moins pour deux ordres de raisons n'est en rien anodin et mérite en conséquence une attention toute particulière si l'on veut redonner au sain la dimension positive sans laquelle il n'est que surveillance ; surveillance de gardien.

Tout d'abord, comment, alors que la responsabilité des psychotropes dans les pathologies iatrogènes des personnes âgées est un fait médicalement reconnu, envisager de les voir se généraliser et s'accroître en gériatrie sans s'interroger sur la qualité du soin ainsi dispensé ? La sensibilité particulière des sujets âgés aux psychotropes, liée au ralentissement des fonctions hépatiques et rénales qui modifient leurs propriétés pharmaco-cinétiques, mais aussi aux polypathologies et aux polymédications qui les accompagnent favorise la survenue d'effets secondaires : risques de chute et chutes, confusion, troubles de la vigilance, syndromes extrapyramidaux, etc. qui aggravent dans un contexte particulier - celui du vieillissement et de l'institutionnalisation - l'état morbide du sujet. À ces effets secondaires les plus fréquents s'ajoute aussi, pensons nous, le sentiment, plus diffus celui-là, qui correspond à une perception, douloureuse, psychologiquement douloureuse, d'un état d'affaiblissement ou de lassitude, quand ce n'est pas d'abandon - abandon de soi-même - qui est comme mimétique de l'idée de faiblesse mentale, physique, générale associée au vieillissement au à la vieillesse.

Ensuite, ces traitements, psychiatriques donc, sont, nous l'avons constaté, proposés à des patients majoritairement sans antécédents psychiatriques, et le sont en dehors de toute observation médicale et soignante psychiatrique.

Pas plus les diagnostics des pathologies neuro-dégénératives que les tableaux dépressifs relevés ne différencient du point de vue de ce qui nous occupe - les prescriptions de psychotropes - une sous population dans la population générale de l'établissement, pour laquelle des orientations thérapeutiques particulières seraient retenues, autres que pharmacologiques. Une

⁹ MANCIALTX, M. 1997. Prescription de médicaments psychotropes dans une unité de soins de longue durée, *Revue Française de psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Avril 1997.

¹⁰ DÉVENOGES, J.F., 1997. Rapport de stage, Document IFSI du G.LP.E.S. d'Avignon et du Pays de Vaucluse. BLEIN, G., (à paraître). Gériatrie et dépendance ? (de quelques interrogations), Document IFSI du G.LP.E.S. d'Avignon et du Pays de Vaucluse, 2000.

telle indifférenciation des histoires pathologiques singulières montre comment s'opère ce qui n'était encore qu'avertissement sous la plume de P. FÉDIDA écrivant : « Si, en effet, la prescription de cette nouvelle génération de psychotropes¹¹ ne nécessite plus d'avoir à se régler sur une connaissance psychopathologique des processus et dysfonctionnements psychiques, on peut craindre que leur généralisation d'usage entre dans une sorte de médecine générale soutenue par la publicité qui en serait faite au nom de l'information et de l'éducation collective »¹². Avant même d'avoir trouvé ces *produits dont l'utilisation serait inoffensive* cette *généralisation d'usage* aura été à l'oeuvre, en gériatrie par exemple, profitant (?) des ambiguïtés multiples dont la gériatrie est le terrain.

B/ Secondes remarques.

Ainsi, faute de pouvoir énoncer ce qu'elle est, dans une identification claire de son objet, la gériatrie se trouve confrontée à une population on ne peut plus hétérogène du point de vue des raisons qui amènent les personnes à franchir les portes de ses murs. Ni véritablement médecine de l'âgé, ni non plus médecine des pathologies liées au vieillissement ou à la vieillesse, et pas plus encore médecine des pathologies de l'âgé, la gériatrie oscille, pour éviter de déboucher sur des apories indépassables si elle s'arrêtait à l'un de ces aspects, entre ces trois principales options. Et, pour éviter toute contradiction dans le champ de son exercice informel, la gériatrie et avec elle l'administration brandissent, indéfinies, les notions de *dépendance ou perte d'autonomie*. L'une comme l'autre absorbent toutes les maladies et n'importe lesquelles dès lors qu'elles surviennent chez celui ayant un âge certain (!,?)¹³, auxquelles s'ajoute « quelque-chose-en-plus »¹⁴. *Dépendance ou perte d'autonomie* deviennent ainsi qualités - naturelles - promulguées au rang de propriétés de l'âgé par lesquelles on va le qualifier, l'identifier et le penser dans l'acte thérapeutique qu'on lui réserve. Ne parle-t-on pas de « personnes âgées dépendantes »? Or quiconque examine avec un peu d'attention les raisons qui mènent au placement gériatrique, y trouvera à leur origine, articulés le plus souvent à des processus pathologiques variés des mécanismes de désocialisation que, loin de permettre de résoudre, les termes de *dépendance ou perte d'autonomie* que la gériatrie récupère, ne font que renforcer.

C'est tout à la fois dans ce contexte gériatrique particulier, résultat de l'évolution incontrôlée de ce qui il y a encore peu était nommé *hospice*, et dans celui plus général du développement des neurosciences et d'une mode corrélative pour la *chose* dite cognitive, et aussi d'une pharmacologie de la *conduite psychologique* « soutenue par la publicité »¹⁵ que s'opère la banalisation des prescriptions des psychotropes dont nous venons de rendre compte. Celle-ci en

¹¹ Ceci en référence à un rapport de 1979 rédigé par F. GROS, F. JACOB et P. MAYER qui évoquaient: « des produits [psychotropes] dont l'utilisation serait inoffensive... »

¹² FÉDIDA, P., 1995. Le chimique et le psychique ; un défi pour la psychanalyse. La *Recherche* n°280, Oct. p. 95-97.

¹³ Âge certain toujours incertain, car si l'âge d'entrée est de 60 ans, avant, des dérogations peuvent être obtenues.

¹⁴ Sans quoi on est **normalement orienté** vers tel service ad hoc, G. BLEIN op. cit, 200.

¹⁵ FÉDIDA, op. cit., 1995.

autre est facilitée par l'indifférenciation dans laquelle sont tenues certaines pathologies psychiques, neurologiques et les conséquences de la maladie. Là encore un terme, dont l'usage est aussi fréquent que ceux de *dépendance* et *perte d'autonomie* favorise ce mécanisme, c'est celui de *trouble du comportement*. Dans la mesure où ce terme sert autant à désigner l'état confusionnel, que la dépression, que la tristesse, que la déstructuration psychique, que la pathologie neuro-dégénérative - maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, démence sénile -, etc., mais aussi autant l'état que le symptôme, le psychotrope devient la seule réponse - pharmacologique donc - qu'on pense pouvoir apporter à ce qu'on estime et considéré, finalement, comme irréversible, et pire inéluctable dans le processus de vieillissement. Enfin, et comme pour couronner le tout, entrent de plus en plus fréquemment en gériatrie sous le prétexte de l'âge des patients venant de l'hôpital psychiatrique.

C/ Conclusion.

Dans le contexte de telles indifférenciations, le rôle soignant de l'infirmier revêt une importance primordiale. Sa responsabilité (humaine, pour ne pas dire éthique) est engagée de manière toute particulière, au-delà même de tout décret, pour les raisons mêmes des particularités qui agissent au coeur de la pratique gériatrique. Ces particularités nous confrontent, à travers des réalités pathologiques¹⁶, au-delà de ces réalités à cette autre réalité, humaine, qu'est le regard (ou sa cécité) dans lequel nous enchâssons le vieillissement de personnes que nous considérons vieilles, et aux pratiques et attitudes qui en résultent.

À côté de médecins rarement présent à temps plein dans ces services, comme si un tel temps de présence, en gériatrie, était superflu, l'infirmier est celui par lequel le diagnostic, et souvent à l'insu du sujet, se fait dans le relevé qu'il effectue de ses « troubles ». l'administration du médicament et la surveillance des effets secondaires qui lui reviennent ensuite le confrontent à une seconde lourde tâche, (et d'autant plus lourde qu'il est bien souvent seul). Ainsi sa pratique s'inscrit-elle dans un exercice où nombre des faits qui le constituent deviennent contradictoires ; contradictoires entre-eux, mais aussi contradictoires à un idéal soignant qui pour même silencieux qu'il peut paraître, ne tapisse pas moins une conscience, pas seulement professionnelle, qui n'est jamais totalement endormie.

Comment restaurer des capacités, réhabiliter une efficience quand leur affaiblissement ou leur perte ne sont peut-être qu'un effet induit du médicament, au une réponse à ce qu'on nomme *placement institutionnel* ?

Comment ré-articuler le soin à l'indispensable attention sans laquelle il se délite ?

Comment, quand on ne sait plus, ouvrir le soins à sa propre création ?

¹⁶ Apparemment pathologiques aujourd'hui, quand hier ces réalités étaient éminemment sociales : misère ou indigence étaient alors les premières raisons de l'entrée à l'hospice.

C'est à tout cela, et en gériatrie sans doute plus qu'ailleurs, parce que le temps y prend des contours inconnus dans la très grande majorité des autres services hospitaliers, que l'infirmier avec l'ensemble des autres intervenants se doit de réfléchir pour endosser la responsabilité soignante, humaine qui est la sienne.

C'est cette réflexion que l'infirmier, pris dans les contradictions du soin que nous venons de signaler doit susciter, provoquer. Mais faudrait-il encore qu'il soit écouté !