

# FRAGILITÉ GÉRIATRIQUE

## Enjeux épistémologiques, cliniques et éthiques\*

DANIEL DREUIL

Médecin gériatre, Hôpital gériatrique  
CHRU de Lille  
daniel.dreuil@chru-lille.fr

DOMINIQUE BOURY

Enseignant chercheur, Centre d'éthique médicale,  
Institut Catholique de Lille  
dominique.boury@icl-lille.fr

### RÉSUMÉ

Le concept de fragilité gériatrique est un concept central de la médecine du sujet âgé. Il est à l'origine de profondes transformations – actuelles et à venir – dans les pratiques, les organisations et les systèmes de soins aux personnes âgées. Il incite aussi à renouveler les rapports de l'éthique et de la clinique dans le sens d'une nécessaire réflexivité dans le soin. L'intérêt de ce concept dans la constitution d'un nouveau savoir clinique est souligné par la relecture de Canguilhem qui a entrevu et problématisé cette notion de fragilité dès 1943 dans son ouvrage *Le normal et le pathologique*.

### UNE NOTION CENTRALE POUR LA MÉDECINE GÉRIATRIQUE

*Madame B. est admise aux urgences de l'hôpital universitaire après avoir passé la nuit sur le carrelage de la salle de bain à la suite d'une chute à son domicile. Elle est âgée de quatre-vingt-sept ans. Elle vit dans son appar-*

*tement, en ville, dont elle est locataire, au premier étage sans ascenseur, seule depuis la mort de son mari il y a deux ans. Elle sort peu, bénéficie de deux passages d'aide-ménagère par semaine, d'un passage infirmier quotidien et de deux séances de kinésithérapie hebdomadaire pour rééducation à la marche. Le médecin passe, à la demande, deux fois par mois environ. Sa fille aînée, qui habite à vingt kilomètres, lui rend visite toutes les fins de semaine, lui fait ses courses et lui téléphone tous les jours. Elle a plusieurs maladies traitées, une hypertension artérielle, une arthrose des deux genoux, une ostéoporose avec des antécédents de fractures (poignet et col du fémur) et un glaucome des deux yeux qui affecte sa vue. Sa marche est rendue hésitante du fait d'une diminution de son acuité visuelle et de son arthrose. Elle est tombée à trois reprises au cours des six derniers mois et a déjà été hospitalisée pour ce motif. Ses ressources sont limitées, composées de la demi-retraite de son mari et d'allocations sociales. Le moral n'est pas au beau fixe et les relations sociales sont limitées à d'anciens voisins qui viennent lui rendre service deux à trois fois par mois et aux relations de soins.*

*À l'arrivée aux urgences, Madame B. est confuse : elle ne sait plus où elle se trouve, ignore la date et l'heure,*

\* Le présent article a servi à une intervention proposée lors des 4<sup>es</sup> journées internationales d'éthique « L'automne de la vie : enjeux éthiques du vieillissement » organisées par le CEERE (Centre Européen d'Enseignement et de Recherche en Éthique) du 23 au 26 mai à Strasbourg et figurera dans l'ouvrage collectif issu du colloque.

*somme le jour et s'agite la nuit, s'inquiète et crie quand elle n'est pas abattue, dit qu'on lui vole son argent, que les agents hospitaliers lui veulent du mal, que son mari va venir la chercher pour l'emmener dans le Sud de la France. Le bilan clinique, biologique et d'imagerie montre un début de déshydratation. Il n'y a pas de fracture cette fois. Elle est orientée vers un service de médecine gériatrique où le traitement de la déshydratation est entrepris; la confusion s'aggrave et dure une semaine, avant de céder rapidement. Elle est alors adressée dans un service de soins de suite pour réadaptation à la marche, car elle ne peut plus marcher correctement depuis sa chute. Madame B. présente en effet un « syndrome post-chute » c'est-à-dire une grande inhibition psychomotrice, une rétropulsion à la marche – elle penche en arrière – qui la déséquilibre et une grande appréhension dès qu'elle est debout. Il faudra plusieurs semaines de réadaptation pour qu'elle retrouve un pas plus assuré.*

*Pendant ce séjour de 6 semaines, un bilan de mémoire montre une maladie d'Alzheimer au stade léger. Madame B. sort de l'hôpital deux mois après son admission aux urgences et réintègre son domicile, avec un traitement nouveau, un plan d'aide et de soins à domicile renforcé, une rééducation à domicile pour réentraîner à la marche. Elle sera suivie par un réseau de soins à domicile en lien avec son médecin traitant, une consultation de suivi neurologique est assurée. Elle s'habitue difficilement à l'idée de quitter un jour son domicile pour une maison de retraite, quand elle ne pourra plus du tout se lever, ou si elle chute vraiment trop souvent. Quand le médecin et sa fille lui parlent de cette éventualité de la maison de retraite, plus sécurisante, elle répond « le plus tard possible » et elle vit cette perspective avec angoisse. À distance de la chute et de l'hospitalisation, Madame B parle de sa chute comme d'un événement traumatisant, une « dégringolade ».*

Madame B. est une personne âgée fragile. Sa chute et son immobilisation involontaire au sol pendant une nuit représentent au sens propre et au figuré une précipitation d'un état de fragilité qui préexiste. L'évènement qui associe la chute et l'impossibilité de se relever est symptomatique d'un état

pathologique antérieur, une personne normale, non fragile, aurait pu, elle, se relever.

Le concept de fragilité (*frailty*) en médecine gériatrique est apparu depuis une trentaine d'années, dans le contexte d'une évolution démographique (vieillesse des populations) et épidémiologique (prévalence croissante des maladies chroniques) où la prise en charge et les soins aux personnes âgées les plus dépendantes ou les plus malades revêt une importance particulière. Il forme aujourd'hui une notion centrale de la gériatrie, associé aux nouvelles méthodes de diagnostic et d'évaluation des personnes, ainsi qu'aux stratégies thérapeutiques de cette discipline médicale nouvelle. Il inspire aussi la mise en place de dispositifs institutionnels pour une politique gérontologique cohérente [7].

La fragilité apparaît progressivement en gériatrie, comme un état intermédiaire entre celui de bonne santé et celui de la maladie invalidante ou de l'état de dépendance. Trois images de la santé au grand âge se dessinent ainsi : la figure du vieillard robuste, en santé, d'une part ; celle du vieillard en perte d'autonomie avancée ou très malade ; entre les deux le vieillard fragile, ni sain ni très malade, identifié en ce qu'il est exposé à tout moment à basculer dans un enchaînement morbide incapacitant ou mortel. Cette tripartition n'est ni ressentie ni exprimée avec cette netteté et cette ampleur dans la clinique des autres âges de la vie. Au sein de la population âgée, elle apparaît sans doute plus nettement aujourd'hui, car la fraction fragile importante était probablement réduite auparavant, quand la longévité était essentiellement l'apanage de personnes particulièrement robustes.

À travers cette notion majeure de fragilité du sujet âgé, au delà de la multiplicité de ses définitions, se dégage un concept non seulement utile mais doté d'une forte consistance épistémologique. Nous voulons montrer comment la fragilité en gériatrie est une façon nouvelle d'approcher la pathologie, complémentaire de l'approche par l'identification des maladies. Nous verrons ensuite comment cette vision

recoupe fortement la conception du pathologique énoncée par Georges Canguilhem dans sa thèse de médecine de 1943, *Le normal et le pathologique*. De plus, nous montrerons que la notion de fragilité gériatrique « fait paradigme » au sens où elle paraît associée à une sorte de matrice disciplinaire, une clinique de l'attention du sujet âgé fragile qui intègre de manière cohérente un ensemble de savoirs, de procédures et d'organisations. Enfin, nous explorerons quelques éléments de réflexion autour de l'éthique, en montrant comment la clinique du sujet fragile renouvelle profondément le rapport de l'éthique et du soin.

## UN CONCEPT ORIGINAL POUR DÉCRIRE LA DYNAMIQUE PATHOLOGIQUE DE CERTAINES PERSONNES ÂGÉES

Au cours des années quatre-vingt-dix, les gériatres tentent de dégager une spécificité du concept, débattant de la question de savoir si la fragilité est plutôt un état de pré-incapacité (*pre-disability*) ou un risque, si elle consiste en un syndrome cohérent, ou si elle figure un cadre conceptuel plus lâche. Pendant cette période, plusieurs programmes gériatriques spécialisés ont eu pour cible des populations de personnes âgées fragiles. L'essor exponentiel de la littérature internationale relativement à cette notion montre une attention croissante de la part des cliniciens et des chercheurs à l'égard du concept, de sa définition, de ses critères diagnostiques et des enjeux méthodologiques et organisationnels qu'elle soulève [14].

Parmi les nombreuses définitions médicales de la fragilité, nous pouvons évoquer plusieurs auteurs : Powell pour qui la fragilité est « une perte de résilience qui altère la capacité de l'individu de préserver un équilibre donné avec son environnement » [17] ; Rockwood la décrit comme difficulté à rétablir cet équilibre quand il est affecté [18 ; 19] ; Campbell et Buchner : « état ou syndrome qui résulte d'une réduction multisystémique des capacités de réserves au point que plusieurs systèmes physiologiques s'ap-

prochent du seuil d'insuffisance ou le dépassent. Par conséquent, la personne dite fragile a un risque supérieur d'incapacité ou de mort même devant des perturbations externes mineures » [4].

En 2005, la définition du Collège National des Enseignants de Gériatrie français insiste sur l'idée d'instabilité : la fragilité est définie comme « un état de santé instable correspondant à une sous-population de personnes âgées ayant une désadaptation des systèmes homéostatiques, aboutissant à un déficit progressif des fonctions physiologiques et cellulaires avec une diminution des capacités de réserve et une limitation insidieuse des aptitudes relationnelles et sociales. [...] il en résulte une diminution des capacités à faire face. La survenue d'un facteur mineur, comme une pathologie bénigne ou un stress extérieur, peut alors engendrer un état morbide incapacitant » [6]. Dans ces modèles, l'âge est un facteur fortement prédisposant à la fragilité mais il n'est pas à lui seul déterminant, comme en atteste l'existence de personnes très âgées dotées d'une santé stable et équilibrée, et ce, même si la santé à quatre-vingt-dix ans ne se définit pas dans les mêmes termes que la santé à vingt ans.

Pour cerner cette population intermédiaire de personnes ni saines ni dépendantes ou malades mais à haut risque de le devenir, les gériatres ont tenté de définir la fragilité comme un syndrome à l'aide de critères. De nombreuses échelles ou grilles ont été élaborées à ce jour sans qu'aucune ne s'impose. Selon l'outil, on évalue la proportion des personnes âgées fragiles à 15 ou 20 % des personnes de plus de 65 ans et à 30 ou 40 % des plus de 75 ans. Au-delà de 85 ans et selon certains critères une personne sur deux serait fragile, estimation variable selon la méthode utilisée. Cette population forme la cible d'action privilégiée de la médecine gériatrique, en termes de prévention, de dépistage et d'action précoce ainsi que de suivi.

Au-delà de ces différents points de vue, plusieurs facteurs se combinent et contribuent à l'émergence de cet état de santé particulier, instabilité, processus latent révélé lors d'une crise, décompensation en cascade, vulnérabilité aux déséquilibres fonctionnels

internes et aux variations de l'environnement et perte de son assurance personnelle.

L'organisme fragile est un organisme instable, instabilité due à un manque de réserve adaptative devant les variations internes de l'organisme ou externes liées au milieu. Elle s'exprime de plusieurs manières. Tout d'abord, un facteur déclenchant relativement mineur, comme une variation de température extérieure, peut entraîner des conséquences graves pour l'organisme : une hyperthermie par exemple, qui sera à l'origine d'une déshydratation avec insuffisance rénale. La confusion mentale aiguë de Madame B se distingue des autres événements pathologiques en tant que véritable réaction catastrophique, sorte d'orage affectant l'ensemble de l'organisme en le rendant totalement désadapté ; elle représente une véritable urgence.

Généralement la fragilité est révélée par une crise. Dans le cas de Madame B, la chute et l'impossibilité de se relever viennent révéler une fragilité préexistante. Certes, un événement précipitant – un stress, la prise d'une dose inhabituelle de somnifère en est à l'origine. Elle s'inscrit cependant dans un processus de fragilisation progressive reposant sur des facteurs intrinsèques à la personne : perte de muscle liée à une alimentation insuffisante et à un manque d'exercice du fait des douleurs d'arthrose ; possibilité d'une hypotension au lever du fait de la prise de médicaments contre l'hypertension mais aussi vue insuffisante et altération débutante de la capacité de jugement.

La cascade de décompensations en série correspond ainsi à un phénomène-type caractéristique de l'état fragile. Une banale infection urinaire peut ainsi entraîner une rétention d'urines qui va à son tour très rapidement conduire à une insuffisance rénale associée à une décompensation cardiaque, pouvant elle-même conduire à une grave confusion mentale, etc. tandis qu'un organisme malade non fragile pourra mieux maîtriser les conséquences du dysfonctionnement d'un organe ou d'un système physiologique sur les autres organes ou systèmes. Les modèles physiopa-

thologiques les plus récents associent les déficiences de plusieurs fonctions et systèmes biologiques (musculo-squelettique, cardio-respiratoire, cognitive et neurologique, nutritionnelle, etc.). L'apparition d'une défaillance pour un système ou un organe donné peut entraîner un effet domino sur d'autres systèmes. Sont décrits aussi plusieurs phénomènes cycliques d'aggravation. Dans le cycle de la dénutrition, par exemple, la dénutrition favorise l'inflammation et induit un dysfonctionnement immunitaire, inflammation et défaillance immunitaire qui à leur tour contribuent à aggraver la dénutrition [6]. Pour revenir à Madame B, sa « fracture » de fragilité se déploie comme une crise suivie d'un effet domino : confusion, déshydratation en phase initiale puis dans les deux semaines suivantes un syndrome post-chute qui consiste en une incapacité à remarcher, qui peut s'installer définitivement si une rééducation active n'est pas entreprise. L'évènement-chute n'est qu'un moment du parcours de fragilité.

La fragilité forme un état intrinsèque mais sa décompensation ne dépend pas que de facteurs internes : elle dépend aussi du rapport de la personne avec son environnement. Ce qui déclenche une telle décompensation chez une personne déjà fragile c'est une variation venant du milieu de vie, mal supportée par la personne : impact d'évènements de vie, de la dynamique familiale, de stress, d'un changement affectant l'environnement physique ou le mode de vie ou d'une rupture dans le réseau relationnel de la personne. Devant l'effet déclencheur pouvant venir de l'extérieur, certains milieux sont protecteurs, facilitateurs de la vie fragile et certains ne le sont pas. Telle personne qui aurait vécu une cascade de décompensations dans son cadre de vie antérieur pourra, grâce à l'adaptation de son domicile et un plan d'aide à domicile, trouver une stabilité relative et un bon degré d'autonomie pendant plusieurs années. Lors de la chute de Madame B., la consultation médicale s'emploiera à identifier les facteurs environnementaux de la chute : (chaussures inadéquates, sol glissant ou encombré, plusieurs marches à franchir pour atteindre les toilettes, éclairage insuffisant, etc.) et les facteurs environnementaux et sociaux plus généraux, non spéci-

fiques (aide à domicile insuffisante, isolement social, manque de ressources). La fragilité se révèle toujours comme une dynamique pathologique dans l'épreuve d'un sujet aux prises avec son environnement.

Une autre dimension de la fragilité gériatrique commence à être explorée : la perception par le sujet de sa fragilité intrinsèque et de sa vulnérabilité vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Après sa chute, Madame B. exprime clairement cette perte par son attitude et par la parole. Plusieurs études montrent que le niveau d'activité et la qualité de vie perçue par la personne âgée fragile est moindre que celle des personnes âgées classées comme non fragiles ou saines [1]. C'est que la fragilité installe un sentiment d'inhibition et d'appréhension. On finit par avoir peur de tout : d'un sol irrégulier, d'une côte insurmontable, d'une assemblée trop nombreuse, de la prochaine maladie. La perte d'assurance biologique en quoi consiste la fragilité trouve ainsi sa correspondance dans la sphère subjective.

En dépit de la diversité de ses définitions, la fragilité se présente donc comme un concept original, cohérent et intuitif, décrivant la dynamique pathologique de certains sujets âgés autour de deux idées-clés, l'idée d'instabilité et celle de vulnérabilité vis-à-vis de l'environnement. Un retour à la thèse de Georges Canguilhem renforce la consistance épistémologique de cette intuition clinique.

## UN CONCEPT PRÉFIGURÉ PAR GEORGES CANGUILHEM DÈS 1943

Dans *L'essai sur le normal et le pathologique* de 1943, qui forme sa thèse de médecine, Georges Canguilhem se défend d'un contre-sens possible à propos de sa vision de la santé :

On voudra peut-être objecter que nous avons tendance à confondre la santé et la jeunesse. Nous n'oublions cependant pas que la vieillesse est un état normal de la vie. Mais à âge égal, un vieillard sera sain qui manifestera une capacité d'adaptation ou de

réparation des dégâts organiques que tel autre ne manifeste pas, par exemple une bonne et solide soudure d'un col de fémur fracturé<sup>1</sup>.

Dans cette note de bas de page, se détachant comme une sorte de conclusion en toute fin d'un chapitre essentiel intitulé *Maladie, guérison, santé*, apparaît nettement l'esquisse d'un nouveau concept. La figure opposée ici à celle du vieillard vigoureux n'est pas la figure du vieillard malade mais celle du vieillard fragile, c'est à dire de la personne âgée qui ne pourra pas se permettre « le luxe de faire une maladie » – en l'occurrence ici une fracture – et de s'en remettre. Canguilhem insiste ici sur l'originalité de sa conception du sujet normal ou sain qu'il ne faut pas confondre avec la vitalité du sujet jeune : un sujet âgé peut aussi être sain. Ce qui se dessine dans son argumentation est le statut de cet « autre » vieillard qui ne manifestera pas la capacité d'adaptation et de réparation du sujet sain. Or, cet « autre » n'est pas nécessairement malade au sens d'une ou de plusieurs maladies spécifiques : il est autre que sain. Sans pouvoir nommer cet état, la note fait apparaître que l'antonyme exact du sain n'est pas la maladie mais cette altération de la vieillesse qui ne sera explicitement nommée que quatre décennies plus tard avec le concept de fragilité au grand âge. Ni coïncidence ni formulation marginale, cette évocation traduit selon nous une conceptualisation extrêmement cohérente de la fragilité pathologique qui parcourt l'*Essai* de 1943, conception passionnante, non seulement parce qu'elle préfigure le concept moderne mais aussi parce qu'elle l'étend par avance, à l'ensemble du fait pathologique sans se limiter au grand âge. Tout en gardant à l'esprit que Canguilhem ne traite presque jamais spécifiquement de la personne très âgée mais qu'il élabore une théorie générale du pathologique, analysons plus en détail ces correspondances qui fondent selon nous la forte proximité existant entre le concept d'état pathologique selon Canguilhem et celui de fragilité gériatrique. Trois clés de correspondance nous paraissent de nature à soutenir notre thèse d'un Canguilhem « précurseur » – guillemets de prudence ici, car nous savons bien combien ce grand

philosophe des sciences se méfiait de cette formule du précurseur dans l'histoire des idées.

Canguilhem emprunte au neurologue allemand Kurt Goldstein la notion de « réaction catastrophique » qui occupe une place essentielle dans sa conception du pathologique et forme une première liaison forte avec la fragilité gériatrique contemporaine. Goldstein a observé pendant des années des blessés du cerveau lors de la Grande Guerre ; au lieu de réagir de manière adaptée, limitée et « ordonnée » à une modification de son environnement, l'organisme pathologique réagit de manière catastrophique, c'est-à-dire ample, globale, anarchique, disproportionnée [12]. L'organisme pathologique s'avère incapable, dans certaines situations d'organiser des réponses ordonnées, hiérarchisées, espacées dans le temps et séparées dans l'espace de l'organisme. Canguilhem parlera de normativité : le sujet malade est incapable d'être suffisamment normatif, c'est-à-dire d'imposer ses normes de fonctionnement ou d'en inventer de nouvelles qui seraient mieux adaptées à la situation. Rétrospectivement, la notion de réaction catastrophique éclaire de manière remarquable le phénomène de fragilité, dont nous avons vu qu'il pouvait s'exprimer de manière explosive, comme une réaction ou une chaîne de réactions d'une ampleur majeure et disproportionnée en comparaison de la cause ou de l'événement déclencheur. La crise de la canicule de l'été 2003 a démontré à l'échelle d'une épidémie ce phénomène de la réaction catastrophique, l'organisme répondant à la chaleur par une réaction inadaptée, désordonnée et massive qui peut conduire au décès.

La deuxième clé de correspondance essentielle entre le concept de fragilité et la pensée de Canguilhem tient dans l'idée de « cascade de décompensations » – expression issue des définitions de la fragilité gériatrique – ou de « précipitation de maladies » – formulation de Canguilhem. Dans *l'Essai*, on trouve une insistance pour distinguer le pathologique, d'une part, et la simple maladie du sujet normal dont celui-ci se relèvera, d'autre part. Selon Canguilhem, le pathologique – nous dirons le

fragile – consiste dans une précipitation de maladies au pluriel plutôt que dans une seule maladie identifiée et objectivée :

On soigne davantage la maladie dans laquelle une maladie donnée risque de nous précipiter que la maladie elle-même, car il y a plutôt une précipitation de maladies qu'une complication de la maladie. Chaque maladie réduit le pouvoir d'affronter les autres, use l'assurance biologique initiale sans laquelle il n'y aurait pas même de vie<sup>2</sup>.

Il suffit de remplacer le mot maladie par le terme fragilité pour obtenir une description actuelle du phénomène clinique de la cascade de décompensations – ce que nous appelons effet domino – en gériatrie ainsi que l'accent mis sur la perte d'assurance générale contre les maladies, en quoi consiste la fragilité.

La troisième clé d'identification entre le concept de fragilité gériatrique et celui de pathologie canguilhémienne réside dans la thématique du rapport du sujet à son environnement. La question du rapport de l'organisme et de son environnement est centrale dans *l'Essai* de 1943. Pour Canguilhem, il n'y pas de fait pathologique en soi, le fait pathologique consiste avant tout dans l'expérience que fait le vivant « aux prises avec son milieu » et le vivant malade s'éprouve comme tel en raison de son incapacité à être suffisamment structurant ou normatif vis à vis du milieu. L'expérience de la pathologie c'est « l'intolérance aux infidélités du milieu ».

Être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique. Inversement, le propre de la maladie, c'est d'être une réduction de la marge de tolérance aux infidélités du milieu<sup>3</sup>

L'auteur thématise une opposition structurante, qui n'est pas l'opposition entre santé et maladie mais celle entre santé et fragilité. Ici aussi, il suffit de substituer dans la phrase de Canguilhem le mot maladie par le mot fragilité pour retrouver la définition actuelle de la fragilité gériatrique : le contraire du sain c'est le fragile, qu'il faudrait énoncer ici dans toute sa généralité – au-delà de la référence au grand âge.

## LE NOUVEAU PARADIGME DE LA MÉDECINE DU SUJET ÂGÉ FRAGILE

La notion de fragilité gériatrique forme dorénavant un repère important pour articuler les pratiques et les organisations soignantes autour des personnes âgées fragiles. En premier lieu, la clinique du sujet âgé fragile est une clinique originale, centrée sur une démarche d'attention et de vigilance qui tient à la multiplicité des observations et des actions à conduire pour répondre au caractère multidimensionnel et dynamique de la fragilité. Il ne suffit pas de soigner par des antibiotiques et de la kinésithérapie la pneumopathie du sujet fragile, il faut aussi penser à l'alimentation, à un niveau de boisson suffisant, à l'entretien de la mobilité, à la surveillance de sa fonction rénale et des éliminations, à la détection du moindre signe de confusion... Il faut être observateur de multiples signes et expressions avant-coureurs, encourager et stimuler, prévenir, anticiper mais aussi ajuster et modifier les modalités. Il faut surveiller la personne âgée « comme le lait sur le feu »...

À cette nécessaire vigilance tous azimuts correspond une méthodologie partagée d'évaluation et de suivi. Même s'il n'existe pas un consensus autour d'une échelle unique de la fragilité, il y a un accord autour d'une approche multidimensionnelle, qui repose sur un ensemble de grilles ou d'échelles standardisées : évaluation de l'autonomie, du risque de chute, des fonctions cognitives, de l'état nutritionnel, de la vue, de l'audition, de la bouche, de l'état des pieds, de l'humeur, etc. [6] Cette méthode d'évaluation globale forme l'originalité de la démarche gériatrique et se démarque nettement de l'examen médical analytique tel qu'il est enseigné à l'université. Elle est associée à une approche clinique qui intègre fortement l'environnement de la personne au sens large, les parents, les proches, les aidants et le réseau social de la personne mais aussi l'environnement matériel et physique, notamment au domicile. La méthode d'évaluation standardisée permet ainsi un diagnostic de fragilité. Elle permet d'assurer un suivi en comparant les évaluations dans le temps et d'envi-

sager ainsi des mesures de prévention ou de soin adéquates. Les outils d'évaluation gériatrique ont été construits de manière à assurer un tel suivi dans le temps. L'enjeu principal de la fragilité réside dans le plan de soin, outil de soin qui traduit le souci d'une stratégie comprenant la prévention, le dépistage et l'action thérapeutique précoce. La multidimensionalité de la fragilité impose, autour des principes de continuité et d'intégration des soins, la vision et la pratique d'un soin pluriel, construit sur la collaboration des soignants, travailleurs sociaux et aidants.

Évaluer, suivre et coordonner permettent de répondre à la fragilité. Mais il faut aussi pouvoir agir vite et traiter avec un souci permanent d'anticipation. Le modèle conceptuel dessiné, Canguilhem montre comment le sujet âgé fragile est fragile précisément parce qu'il manque de « normativité », capacité du sujet à instaurer des normes de vie stables en dépit des perturbations internes ou externes.

L'homme sain ne se dérobe pas devant les problèmes que lui posent les bouleversements parfois subits de ses habitudes, même physiologiquement parlant ; il mesure sa santé à sa capacité de surmonter les crises organiques pour instaurer un nouvel ordre. L'homme ne se sent en bonne santé – qui est la santé – que lorsqu'il se sent plus que normal – c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences – mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie<sup>4</sup>.

Chez le fragile, la survenue d'une affection interne même mineure ou d'une variation extérieure, de l'environnement – physique, psycho-affectif – peut précipiter un enchaînement pathologique irréversible. Le traitement tente de prévenir ou de contenir cette dynamique de deux manières distinctes.

Une première modalité de renforcement et de soutien de la capacité normative peut s'exercer selon trois directions complémentaires. L'action thérapeutique, médicamenteuse ou non, agit sur les maladies dont est affecté le sujet. En supprimant ou en réduisant leur emprise sur l'organisme, elle contribue de manière décisive à restaurer sa capacité d'adaptation et sa capacité à surmonter des crises. La transformation du milieu de vie de la personne est une façon

indirecte de conforter l'exercice d'une normativité. Dans les situations de fragilité, il faut structurer et stabiliser un milieu qui peut devenir menaçant : dans le cas de la chute, lever les obstacles, adapter le domicile, améliorer les éclairages. Le milieu, ainsi reconfiguré, devient facilitateur de l'action et de l'autonomie du sujet. Un milieu plus stable, plus homogène et plus « rétréci » que le milieu antérieur, limite les phénomènes de désadaptation et facilite la position de vie la plus active possible. Enfin, le travail de réadaptation et d'entraînement est une dimension essentielle pour aider la personne à renforcer ses capacités d'action dans et sur son environnement et du même coup restaurer la normativité du sujet fragile en renforçant sa capacité de s'adapter et à surmonter les crises.

La deuxième modalité est compensatrice et aidante, il s'agit de substituer à l'autonormativité défaillante du sujet fragile une hétéro-normativité artificielle. Cette modalité du prendre soin consiste à substituer une aide à l'endroit où la capacité normative du sujet s'avère insuffisante et l'expose à une cascade de décompensations. C'est une logique de l'aide à la vie quotidienne et de la suppléance prothétique, où le mécanisme de l'aide reconstitue et remplace des fonctions que l'organisme ne peut plus assurer, temporairement ou définitivement, sans risque de crise majeure.

Le cas de Madame B. illustre bien l'étendue de la stratégie thérapeutique nécessaire : le traitement médical a été adapté, le domicile a été équipé et modifié, les aides à domicile renforcées, un programme de rééducation a permis un renforcement musculaire, un travail sur la posture et un entraînement à la marche. C'est ainsi que la gérontologie du sujet fragile, loin de se limiter à un traitement de maladies, représente une tentative articulée et cohérente de répondre aussi au défi de la normativité défaillante du sujet, en un double mouvement de compensation et de restauration.

La fragilité apparaît ainsi comme la dénomination d'un nouveau paradigme où les repères conceptuels, les savoirs théoriques et méthodologiques et les

organisations tendent à s'organiser en un tout cohérent. Une caractéristique originale de ce modèle est son antiréductionnisme foncier. L'approche de l'organe, de la fonction et de la maladie est intégrée dans une perspective clinique globale et continue, car les soignants savent que s'ils ne cherchent à traiter qu'un organe ou une fonction « malades » de manière isolée et indépendamment les uns des autres, l'échec est assuré.

---

## LA FRAGILITÉ GÉRIATRIQUE ET L'ÉTHIQUE DU PRENDRE SOIN

Après avoir exploré l'intérêt et la cohérence du concept de fragilité gériatrique nous proposerons quelques pistes de réflexion correspondant aux enjeux éthiques qu'il soulève par le déploiement ; la nécessaire transformation des pratiques soignantes et des systèmes de soin ; le renouvellement du rapport de l'éthique et du soin, puisque la clinique de la fragilité précède et implique une réflexion éthique intégrée au travail quotidien ; l'intégration de la perspective de la mort dans le soin de la fragilité qui constitue l'un des processus qui conduit à la mort.

Le soin à la personne fragile met au premier plan une exigence de collaboration multiprofessionnelle qui permet de dépasser la vision réductrice du colloque singulier, cette relation privilégiée entre le praticien et son patient longtemps associée au paternalisme médical. Cette règle de collaboration ne doit pas seulement correspondre à l'espoir d'une évolution des cultures professionnelles, elle relève d'une véritable déontologie dont le non-respect équivaut à une faute aux lourdes conséquences. Elle soulève le problème de la divulgation de l'intimité et du secret entre professionnels qui trouve une réponse dans l'exigence d'une recherche attentive et répétée du consentement qui doit placer la personne dans la plus grande maîtrise possible de sa vie et des informations qui la concernent.

Une clinique de l'attention suggère non seulement une surveillance clinique attentive mais

aussi une visée éthique associée, dans l'attention à la singularité de la personne et aux détails qui font sa vie, ses besoins et ses désirs au quotidien. On peut évoquer une synthèse du *cure* – soin centré sur la maladie – et du *care* – prendre soin de la personne dans sa globalité, de la conjonction d'une démarche clinique et d'une éthique de l'attention à autrui vulnérable. L'originalité de cette démarche d'attention est qu'elle procède d'un point de vue clinique. S'il est important de se soucier du confort du sommeil, c'est parce que c'est une condition essentielle de préservation d'une santé très fragilisée. S'il convient de prêter une grande attention à la manière dont la personne prend ses repas, de noter ses goûts et ses aversions, les facilités et les obstacles de sa nutrition, la motivation en est d'abord clinique, autour d'un objectif de préservation vitale. S'il faut aider la personne dans sa mobilité spontanée, dans son autonomie physique en fonction de ses envies, c'est d'abord parce que cela permet d'éviter les complications de l'immobilisation et de s'inscrire dans une visée d'activité et d'autonomie. L'attention à la personne ne découle pas d'un supplément empathique ou de l'application de préceptes d'une éthique surplombante et abstraite. Elle est indissociable d'une visée éthique intrinsèque à la clinique.

Un problème éthique inédit se pose toutefois à propos de cette « prise en charge » attentive qui peut impliquer une intrusion, des contraintes envahissantes et une négation pratique de sa liberté. Cette question nous paraît recouvrir un véritable enjeu : comment garantir à la personne sa souveraineté alors que le soin prend une telle emprise sur sa vie ? Comme la perte d'autonomie ou la maladie très invalidante, la fragilité place le sujet sous un régime qu'il peut vivre comme extrême, celui d'une aliénation aux rythmes et aux exigences du soin. L'asymétrie classique entre soignant et soigné est ici redoublée du fait du couple fragilité-vulnérabilité et par l'immersion de la personne dans l'agenda du soin. L'enjeu éthique pour ces situations limites est alors d'incorporer la réflexion éthique dans le quotidien du soin, au jour le jour. Et ici les questions éthiques que pose la clinique au

quotidien ne manquent pas. Jusqu'où convient-il de stimuler la personne pour qu'elle se nourrisse mieux, le terme même de stimulation n'indique-t-il pas un seuil franchi ? Comment entendre et reconnaître le refus chez une personne atteinte de troubles d'Alzheimer ? Ces questions se posent à tous les intervenants et à ceux qui sont parfois les moins préparés par leur formation à y répondre, aides à domicile, aides soignants, aidants non professionnels. Elles ne peuvent pas recevoir de réponse *a priori* mais former l'essence même de la démarche de soin, une démarche faite de compétence certes, mais aussi d'une réflexion collective continue guidée par des questions, énoncées, partagées et dont on discute ensemble.

Cette perspective d'une réflexivité nécessaire dans le soin permet d'envisager sous un autre jour l'enjeu de la promotion de la bientraitance. Celle-ci est aujourd'hui trop souvent prisonnière d'une idéologie de la maltraitance, qui néglige les responsabilités collectives et organisationnelles, au profit d'une analyse en termes de comportements individuels défailants. Quand elle est promue comme méthode d'enseignement et de management, cette approche stigmatise les métiers les moins qualifiés et les plus exposés. Elle ignore surtout le problème éthique suivant : c'est dans les situations de fragilité ou de dépendance les plus marquées que la marge de délimitation entre bientraitance et maltraitance est la plus ténue. Quelle est la limite à partir de laquelle la stimulation alimentaire d'une personne dénutrie, démarche participant d'un projet de soin mûri, va se transformer en un harcèlement inacceptable pour la personne ? Quand la contention d'une personne par une ceinture à son fauteuil cesse-t-elle d'être une prévention d'une fracture inévitable pour devenir une immobilisation insupportable ? Il n'y a pas de délimitation abstraite ou principielle qui permet de répondre à ces questions. C'est seulement la réflexion des soignants eux-mêmes, autour d'une discussion argumentée et conduite en tenant compte de la diversité des positions, parfois avec les personnes ou leur représentant, qui peut former le meilleur chemin pour une démarche de bientraitance – sans négliger

les nécessaires améliorations de l'organisation et de la collaboration [10].

L'idée du sujet âgé fragile demeure associée à une figure de la vie atténuée et amoindrie, à l'image d'un mouvement vers la mort. Dans une étude récente, nous remarquons que Canguilhem, malgré sa contribution marquée au concept de fragilité, avait manqué une réflexion approfondie autour du vieillissement pathologique, comme il l'a lui-même reconnu. Nous émettions alors l'hypothèse que son attachement à une vision très dynamique de la vie, même atteinte par la maladie, l'avait empêché de penser la fragilité du vieillard comme un mouvement de réduction vitale conduisant de la vie à la mort [8]. Or, ce que suggère la fragilité c'est bien une sorte de processus, certes erratique et largement imprévisible, mais qui peut conduire à la mort par l'enchaînement des catastrophes morbides et dans une logique d'affaiblissement vital. La fragilité évoque la mort dans le processus même de désagrégation et de désorganisation en quoi elle consiste et qui s'oppose au pouvoir intégrateur de la vie. À cette hypothèse répond l'intuition des soignants qui savent que leur action, bien que nécessaire et utile, trouve ses limites dans le fait que la fragilité forme l'un des chemins de la finitude humaine, l'un des processus qui conduit de la vie à la mort. La fragilité conduit à une clinique familiarisée avec la perspective de la mort.

Le concept de fragilité gériatrique apparaît ainsi comme le concept structurant la médecine du sujet âgé au point d'en représenter un paradigme scientifique et clinique. De ce nouveau paradigme nous avons entrevu qu'il est à l'origine de profondes transformations actuelles et à venir, dans les pratiques, les organisations et les systèmes de soins. Cette notion permet aussi d'illustrer un renouvellement du rapport de l'éthique et de la clinique en suggérant le développement d'une nécessaire réflexivité dans le soin à la personne fragile. La relecture de Canguilhem qui, dans *Le normal et le pathologique*, problématise le concept dès 1943, de manière générale et non spécifiquement gérontologique, permet d'en dégager

l'originalité proprement épistémologique autour d'une pensée renouvelée du pathologique. Se dessine ainsi une nouvelle clinique de la fragilité dont la fragilité gériatrique forme une modalité et qui pourrait s'étendre à d'autres secteurs de la médecine et du soin.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bickel J.-F. et M. Girardin Kecior, « De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne », *Gérontologie et société*, 2004 (109), p. 63-82.
2. Bergman H., L. Ferrucci, J. Guralnik J. et autres, « Frailty: an emerging research and clinical paradigm – Issue and controversies », *Journal of Gerontology*, 2007 (62), p.731-737.
3. Bergman H., F. Béland, S. Karunanathan et autres, « Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. Pour l'initiative canadienne sur la fragilité et le vieillissement », *Gérontologie et société*, 2004 (109), p. 15-29.
4. Campbell A.-J. et D. M. Buchner, « Unstable disability and the fluctuation of frailty », *Age and Aging*, 1997 (26), p. 315-318.
5. Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.
6. Collège national des enseignants de gériatrie, « Le concept de fragilité », *Corpus de gériatrie*, tome II, Paris, 2ME éditeur, 2000.
7. Dourlens C., « Les usages de la fragilité dans le champ de la santé. Le cas des personnes âgées », *ALTER, European Journal of Disability Research*, 2008 (2), p. 156-178.
8. Dramé M., N. Jovenin, J. Ancri J. et autres, « La fragilité du sujet âgé: actualité – perspectives », *Gérontologie et société*, 2004 (109), p. 31-45.
9. Dreuil D. et D. Boury, « Autour du vieillissement: le normal, le pathologique et le fragile. Actualité de Georges Canguilhem », *Éthique et santé*, 2010 (7), p. 36-41

10. Esman S., J.-L. Nimis et P. Molinier, « Problématiques éthiques liées à une organisation inadéquate du *care* entre infirmières et aides-soignantes dans un service de gériatrie », *Éthique et santé*, 2009 (6), p. 37-42.
11. Ghisletta P., M. Girardin et E. Guilley E., « Définition théorique et interdisciplinaire de la fragilité », *Médecine et hygiène*, 2003 (61), p. 2253-2254.
12. Goldstein K., *La structure de l'organisme* (traduit de l'allemand, 1933), Gallimard, collection Tel.
13. Hammerman D., « Toward an understanding of frailty », *Annals of Internal Medicine*, 1999 (30), p. 945-950.
14. Karunanathan S., H. Bergman, I. Vedel et F. Retornaz, « La fragilité : en quête d'un nouveau paradigme clinique et de recherche pertinent », *La revue de médecine interne*, 2008 (30), p. 105-109.
15. Leblanc G., « La clinique de la vie fragile », *Kairos*, 2004 (23), p. 179-210.
16. Paperman P. et S. Laugier, *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Paris, EHESS, 2005.
17. Powell C., « Frailty: help or hindrance? », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1997, 90 (32), p. 23-26.
18. Rockwood K., R.A. Fox, P. Stolee et autres, « Frailty in elderly people: an evolving concept », *Canadian Medical Association Journal*, 1994 (150), p. 489-495.
19. Rockwood K., K. Stadnyk, C. Macnight et autres, « A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people », *Lancet*, 1999, 353 (9148), p. 205-206.

---

## NOTES

1. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, P.U.F., Paris, 1966, p.134.
2. Idem p. 132.
3. Ibid. p. 130-131.
4. Ibid. p. 132-133.