

Groupe d'études « La philosophie au sens large »

Animé par Pierre Macherey

11/02/2009

Autour du vieillissement : le normal, le pathologique et le fragile. Relire Georges Canguilhem

Daniel Dreuil / Dominique Boury

Dans *L'essai sur le normal et le pathologique* de 1943, qui forme sa thèse de médecine Georges Canguilhem écrit, à propos de sa définition de la santé comme capacité à s'adapter et à se rétablir rapidement :

« 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 manifestera pas, par exemple une bonne et solide soudure d'un col de fémur fracturé ». [1]

Dans cette note de bas de page, à la fin du chapitre intitulé « maladie, guérison, santé », apparaît de manière implicite, l'esquisse d'une notion radicalement nouvelle du pathologique, le concept de fragilité. Ce qui s'oppose ici au vieillard vigoureux n'est pas précisément le vieillard malade, mais le vieillard fragile, c'est à dire la personne âgée qui ne pourra pas se permettre le luxe de faire une maladie et de s'en remettre. La note fait apparaître que l'antonyme exact du sain n'est pas la maladie mais cette altération de la vieillesse qui n'a pas encore de nom et qui émergera près de quatre décennies plus tard, avec le concept médical de fragilité.

Le concept de fragilité en médecine gériatrique est apparu depuis une trentaine d'années, dans le contexte d'une évolution démographique (vieillissement 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.

Autour du concept de fragilité s'articulent plusieurs préoccupations, clinique, éthique, sociale et politique qui le rendent à la fois actuel et utile, et qui justifient un questionnement épistémologique pour tenter d'en préciser les contours et l'impact, à commencer par l'idée d'un renouvellement de la pensée du pathologique qu'il induit. La confrontation à la thèse de Canguilhem nous paraît nécessaire et nous conduit à poser le débat de l'actualité de ce penseur pour la médecine d'aujourd'hui.

Les deux questions que nous nous proposons de traiter sont les suivantes : le concept de fragilité gériatrique permet-il de renouveler les concepts de normal et du pathologique dans la médecine d'aujourd'hui, au profit d'une approche non réductionniste ? Dans quelle mesure cette innovation est-elle une reformulation et une actualisation du pathologique tel qu'on le lit chez Canguilhem ? L'émergence de ce concept dans la médecine d'aujourd'hui n'est-il pas en quelque sorte la revanche d'une philosophie vitaliste et antiréductionniste de la médecine, dans le contexte d'un essor continu des innovations et des techniques médicales spécialisées

porteuses de visions mécanistes et réductrices ? Enfin, dans l'hypothèse d'un acte de pensée précurseur venant de Canguilhem, comment expliquer ce paradoxe d'une pensée de la fragilité sans véritable appréhension du vieillissement chez cet auteur ?

Nous proposons une exposition de la nature et de l'importance de la fragilité dans la médecine gériatrique contemporaine, avant de questionner autour de la notion de fragile, la conception canguilhemienne du rapport du normal et du pathologique.

1. La fragilité gériatrique, un nouveau concept en pathologie

1.1 L'émergence du concept de fragilité gériatrique

Depuis le milieu des années 1980, l'apparition du terme fragilité, *frailty*, fait suite au terme *frail elderly*, personne âgée fragile, dans la mise en place de programmes d'assistance à la vie quotidienne pour certains groupes de personnes âgées marquées par l'accumulation des incapacités physiques ou mentales. Il s'agissait d'un mot choc pour attirer l'attention sur un groupe ayant des besoins spécifiques [2].

L'émergence de ce concept va se dérouler en même temps que se précisent les contours du vieillard robuste, dans un contexte d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, et donc d'un intérêt marqué pour la notion de qualité de vie... La vieillesse est un état normal, non pathologique, universel et inévitable. Dans ce processus, les personnes qui vieillissent doivent faire face à des contraintes nouvelles : une santé défaillante et des limitations fonctionnelles croissantes, une fatigue plus prégnante, une baisse de leurs « opportunités d'engagement », une « conscience accrue de leur finitude ». La probabilité de ces difficultés augmente avec l'âge, un certain nombre d'évènements déclencheurs divers viennent éprouver les capacités d'adaptation de chacun, accidents de santé, abandon d'activités, décès des proches, comme le dit Simone de Beauvoir « le coefficient d'adversité des choses s'accroît ». A chacune de ces occasions, la personne doit faire les choix de réorganisation de sa vie. La qualité de l'effectuation de ces choix est un indice de ce que Vincent Caradec [3], appelle le vieillissement réussi. Mais parce que nous ne sommes pas à égalité devant l'avancée en âge, ces capacités de choix vont se différencier fortement entre les personnes âgées : le vieillard robuste garde « un certain contrôle sur ce qu'il fait, sur son identité et sur son environnement », même si cela nécessite des « supports » matériels et relationnels, alors que certaines personnes vont basculer dans la fragilité. La fragilité correspond à une sorte d'évidence clinique consubstantielle à l'essor de la gériatrie. En effet, la patientèle du gériatre se trouve essentiellement composée de vieillards fragiles, susceptibles d'entrer à tout moment dans une phase d'instabilité et d'enchaînement de maladies.

Dans les années 90, le débat permit de préciser la spécificité du concept, visant à définir un état de "*pre-disability*", de perte d'autonomie, dans lequel une action préventive peut encore être efficace. Ce groupe de vieillards fragiles devint la cible privilégiée des programmes gériatriques spécialisés, insistant sur la complexité pathologique et sur leur vulnérabilité. L'essor exponentiel de la littérature internationale autour de cette notion montre une attention croissante de la part des cliniciens et des chercheurs autour du concept, de sa définition, de ses critères diagnostiques.

1.2 Définition de la fragilité gériatrique

S'appuyant sur une définition relativement consensuelle [4], le Collège National des Enseignants de Gériatrie français donne de la fragilité la définition suivante : la fragilité est définie comme « un état 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 » [5].

Insistons sur les points clés de cette définition. Premier point : on distingue dorénavant trois populations de personnes âgées : le groupe des personnes âgées vigoureuses, d'un côté, celui des personnes malades et dépendantes à l'autre extrémité et, entre les deux, les personnes âgées fragiles. Pour cerner cette population, 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. Environ une personne de plus de 85 ans sur deux est fragile. 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 [6].

Le deuxième point fort de cette définition tient à l'idée d'instabilité liée à un déficit adaptatif. L'organisme fragile est un organisme marqué par un manque de réserve adaptative face aux variations internes ou externes, aux pathologies ou aux agressions venant de l'environnement. Ce manque s'exprime par une sensibilité accrue aux déclencheurs avec un décalage entre l'importance du facteur initial et l'ampleur des conséquences. Ce décalage se manifeste de deux manières. La réaction de l'organisme peut être décalée, comme c'est le cas quand une rétention urinaire ne se traduit que par un trouble du comportement. Mais elle peut être aussi disproportionnée par l'ampleur de la réaction alors que le facteur déclenchant reste mineur. Il existe un risque de décompensations en cascade, une défaillance entraînant plusieurs autres [7]. Une banale infection urinaire peut entraîner une rétention qui va à son tour très rapidement conduire à une insuffisance rénale associée à une décompensation cardiaque associée, elle-même à une grave confusion mentale, etc. Avec la notion de cascade, la dimension temporelle du modèle de la fragilité apparaît clairement ; la fragilité suggère une forme instable de chronicité.

Les modèles physiopathologiques les plus récents associent les déficiences de plusieurs fonctions et systèmes biologiques (musculo-squelettique, capacité 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. De plus, sont décrits plusieurs cercles d'auto-entretien de la fragilité, comme par exemple, le cercle vicieux de la dénutrition : la dénutrition favorise l'inflammation et induit un dysfonctionnement immunitaire, qui à leur tour aggravent la dénutrition. À ces modèles physiopathologiques s'ajoutent des modèles qui intègrent les dimensions psychosociale (caractéristiques personnelles, dynamique de la famille, des aidants...) et environnementale.

Nous pouvons finalement représenter la fragilité selon trois axes, un axe physio-pathologique, celui du rapport au milieu ou à l'environnement, et l'axe du devenir.

1.3 Conséquences pour la gériatrie : une clinique de la fragilité

Nous pouvons considérer qu'est réputée fragile la personne âgée « pouvant/risquant » d'être malade, pouvant/risquant d'être handicapée, dépendante ou déficiente par l'association de plusieurs pathologies chroniques ou par l'accumulation de déficits physiques, intellectuels ou sociaux. Cet état de fragilité peut entraîner une décompensation lors d'un choc, d'un stress ou d'un événement défavorable avec pour conséquence des incapacités sévères jusqu'à la dépendance totale, des maladies irréversibles et la mort. Pour la médecine la fragilité n'est pas seulement un état pathologique, c'est un risque, qu'il faut mesurer et traiter.

Plusieurs grandes conséquences découlent de ce concept. La première concerne la méthode d'évaluation du risque. Même s'il n'existe pas une échelle unique de la fragilité, il y a un consensus sur les différents outils partiels nécessaires pour une évaluation de la personne âgée fragile désignée sous le terme de *Comprehensive Geriatric Assessment*. [8] Il s'agit 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 etc. Elle est associée à une approche clinique qui intègre fortement l'environnement de la personne au sens large, ce qui inclut les parents, les proches, les aidants et le réseau social de la personne mais aussi l'environnement matériel et physique, notamment au domicile... L'ensemble de ces démarches permet un diagnostic de fragilité. Cette méthode d'évaluation globale, qui forme l'originalité de la démarche gériatrique, correspond étroitement à l'idée que la fragilité affecte de manière multidimensionnelle la totalité de l'organisme dans ses rapports à son environnement.

La deuxième conséquence est d'ordre pratique, autour de la nécessaire conduite d'actions multiples pour un même sujet : 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 de la personne, à la surveillance de sa fonction rénale et de ses éliminations, à la détection du moindre signe de confusion qui devient une urgence redoutable... La dimension multidimensionnelle de la fragilité n'est pas qu'une construction théorique, elle crée des exigences pour l'action. La fragilité implique en quelque sorte le modèle de l'attention comme modalité privilégiée du prendre soin : organiser et garantir l'attention doit être posé comme une exigence professionnelle ; cette attention à la fragilité implique une approche plurielle, coordonnée, continue, avec l'idée de se saisir de toutes les opportunités pour encourager et stimuler, pour prévenir, mais aussi pour prévoir des interventions, modifier les modalités de l'aide et de l'accompagnement...

Une autre conséquence pour la méthode gériatrique tient à la dynamique temporelle de la fragilité. Risque permanent, marqué par l'instabilité, la fragilité implique l'organisation d'un suivi. On doit surveiller la personne âgée fragile, « comme le lait sur le feu » et de manière continue. La plupart des outils d'évaluation gérontologique ont été construits de manière à assurer un tel suivi dans le temps. L'enjeu est de mettre en place une stratégie comprenant la prévention, le dépistage et l'action thérapeutique précoce, l'accompagnement continu des décompensations et la prévention des phénomènes de cascade, la mise en place d'une réadaptation précoce et le suivi à distance de la crise.

Enfin, dernière conséquence de la fragilité pour l'organisation des soins : comme le suivi dans le temps ne peut être réalisé par un seul intervenant, il est nécessaire de mettre en place des coordinations poussées autour d'un plan de soin adapté à chaque situation. Cet impératif de coordination fine qui rappelle celui du suivi des maladies chroniques complexes reste encore un objectif difficile à atteindre car il implique une transformation des pratiques médico-soignantes, des organisations et des politiques de santé.

La fragilité apparaît ainsi comme un concept structurant une nouvelle approche du vieillissement pathologique. Elle est au centre d'un champ scientifique, clinique et institutionnel (un nouveau paradigme). La gériatrie n'est pas seulement une médecine généraliste pour les personnes âgées mais qu'elle se constitue comme une discipline spécifique dont la visée est de comprendre et d'assister un organisme dans une recherche d'équilibre difficile et dans un rapport problématique avec son environnement. Médecine pluridimensionnelle et soucieuse de la durée, la gériatrie innove dans l'épistémologie médicale en faisant contraste avec des médecines spécialisées ou « médecines d'organe », dont les pratiques réduisent souvent l'organisme non seulement à la maladie mais aussi à l'organe ou au système dont elles détiennent l'expertise. Cet antiréductionnisme de la gériatrie en fait un modèle pour la médecine et pour l'hôpital ; une médecine « générale » dotée d'un statut

épistémologique renforcé dans la mesure où elle est dotée de concepts et de méthodes spécifiques et nouvelles.

1.4 Une nouvelle conception du fait pathologique

Pour explorer en quoi le concept de fragilité suggère une nouvelle approche du pathologique, il faut revenir au point de départ de ce qu'est la fragilité. En effet, avec les trois catégories de personnes âgées identifiées par la gériatrie (les personnes saines ou vigoureuses, les personnes très atteintes par des maladies ou la dépendance et enfin les personnes fragiles qui ne sont ni saines ni simplement malades, la fragilité apparaît comme un état pathologique nouveau irréductible au concept classique de la maladie. Nous posons donc comme hypothèse que la fragilité se distingue du sain mais aussi de la maladie.

En premier lieu, le fragile se distingue du sain au sens où la personne âgée fragile ne résiste pas à une agression même minime, une modification mineure de son mode de vie ou de son environnement, un stress qu'une autre personne plus solide supportera sans difficulté. La réaction physiologique sera décalée, inadaptée et surtout disproportionnée. L'état fragile appartient donc bien au registre du pathologique.

Pour autant s'agit-il d'un syndrome ou d'une maladie qui aurait une base physiopathologique commune ? Certaines hypothèses de recherche vont en ce sens, cherchent à décrire un syndrome de la fragilité, mais aucune n'a encore abouti à identifier un processus causal commun. De fait la maladie est une catégorie qui permet de classer, de nommer, de circonscrire, diagnostiquer, traiter et guérir, en reliant l'état du patient à une cause où à un réseau de cause. Le syndrome quant à lui est un état pathologique qui présente des signes réguliers. Il n'y a rien de tel dans la fragilité, état pathologique d'une variété presque infinie dans sa forme et son expression. L'état fragile est un état susceptible de déboucher sur des maladies ou des syndromes mais il n'est pas lui-même une maladie ou un syndrome. C'est à un autre niveau qu'il faut penser la notion de fragilité : comme un nouveau modèle du pathologique distinct du concept de maladie. La fragilité opère une distinction nouvelle : désormais, la maladie ne se confond plus avec le pathologique mais n'en est qu'une modalité. Cette distinction qui n'allait pas de soi avant l'émergence du concept de fragilité, peut désormais former une hypothèse féconde.

2 La fragilité, un concept anticipé par Canguilhem ?

La confrontation au texte de Canguilhem nous a convaincu de son actualité parce que nous y trouvons l'anticipation théorisée de ce qu'est ce nouveau concept dans cette note de bas de page qui nous a servi d'introduction et qui permet de dessiner une dualité santé-pathologique autour de la distinction du vieillard robuste et de la personne âgée fragile. Cette dualité de la vigueur et de la fragilité apparaît bien plus radicale que l'opposition classique santé-maladie, car on sait que l'expérience de la maladie n'est pas incompatible avec celle de la santé. Puisque précisément – et Canguilhem y insiste – la santé consiste à être capable de « faire » une maladie et de s'en remettre. La vigueur de la santé s'oppose en revanche mieux à la faiblesse de l'état fragile et en ce sens l'auteur semble introduire dans cette petite note une nouvelle dimension du pathologique.

En relisant le *Normal et le pathologique* à la lumière du phénomène de fragilité gériatrique que nous venons de décrire, toutes les prémisses du concept apparaissent avec une grande netteté. A une différence près, c'est qu'il n'est pratiquement jamais question de vieillissement dans la thèse mais seulement de maladie. On pourrait dire que c'est un concept général et non seulement gériatrique de la fragilité qui se dessine chez Canguilhem. Deux paradoxes heuristiques vont alors conduire notre enquête. Première interrogation, qui est liée à

l'impression rétrospective d'un effet précurseur : la problématique canguilhémienne du rapport du pathologique au normal semble anticiper point par point le concept à venir de la fragilité gériatrique, alors que la thématique du vieillissement n'est presque jamais abordée. Deuxième paradoxe, presque contenu dans le premier, la quasi absence de développement d'une pensée du vieillissement normal et pathologique chez cet auteur - si l'on excepte cette brève note énigmatique qui clôt le chapitre « Maladie, guérison, santé ».

2.1 Préfiguration du concept de fragile chez Canguilhem

On abordera cette question avec prudence quand on connaît la défiance avec laquelle Canguilhem accueillait le qualificatif de « précurseur » en histoire des sciences, en y décelant une reconstruction inspirée par la vision positiviste du progrès scientifique. Attachons nous simplement à révéler les correspondances saisissantes que l'on peut déceler entre la notion canguilhémienne du pathologique et le concept actuel de fragilité, correspondances qui nous font suggérer que plus qu'une simple esquisse d'idée, c'est un véritable concept qui est problématisé de manière systématique dans *l'Essai* de 1943.

Première correspondance : l'idée de totalité organique, centrale chez Canguilhem. Comme philosophe de la physiologie puis de la médecine, de *l'Histoire du concept de réflexe* à l'épistémologie de l'organisme, il privilégie le fait total. C'est l'organisme dans son ensemble qui est mû par la polarité dynamique de la vie. Dans le concept canguilhemien du pathologique comme dans la notion de fragilité gériatrique on trouve en commun ce privilège accordée à l'idée du tout. Dans le débat qu'il mène avec Comte, Broussais et Claude Bernard, Georges Canguilhem réfute la notion de maladie comme simple manifestation clinique d'une lésion d'organe ou de tissu, au sein d'une continuité du physiologique et du pathologique qui nierait toute différence qualitative et « affirmerait une homogénéité quantitativement exprimable » [9]. Canguilhem défend l'idée d'une maladie comme remaniement qualitatif d'une totalité individuelle organique et consciente. La « maladie est apparition d'une qualité nouvelle » [10] perçue et caractérisée comme telle par le sujet. Ce nouvel état est porteur de modifications aux conséquences globales sur l'organisme ; il constitue un « nouveau mode de vie » pour l'individu. Le fait épistémologique dominant de la fragilité est qu'elle désigne le sujet vivant comme une totalité intégrée, précisément parce qu'elle désigne le risque d'une désagrégation.

Deuxième correspondance qui tient à une pensée marquée par une philosophie physiologique où le concept d'homéostasie est central. L'état pathologique chez Canguilhem, l'état fragile en gériatrie sont caractérisés par des capacités homéostatiques réduites, des « réserves adaptatives » limitées. On sait l'importance de ce concept d'homéostasie et la discussion constante de Canguilhem avec Claude Bernard, l'usage qu'il fait des notions bernardiennes de milieu intérieur et extérieur. On peut rapprocher de ce thème la question très importante dans *l'Essai* de 1943 de la définition du pathologique comme incapacité de répondre aux infidélités du milieu extérieur. C'est aussi cet accent mis sur le milieu qui caractérise la médecine de la fragilité comme une médecine attentive au rapport du sujet avec son environnement. Et quand l'auteur écrit « 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 » [11], il thématise exactement l'opposition structurante de la santé et de la fragilité, même si c'est dans le vocabulaire de la maladie. En effet, il suffit de remplacer dans la phrase de Canguilhem le mot maladie par le mot fragilité pour retrouver la définition actuelle de la fragilité gériatrique.

Autre repère, très lié à la notion de réserves adaptatives ou homéostatiques insuffisantes dans un milieu donné, la notion de réaction catastrophique que Canguilhem emprunte au neurologue allemand Kurt Goldstein, et qu'il développe comme une caractéristique de l'état

pathologique. Goldstein, qui a observé pendant des années des blessés du cerveau lors de la grande guerre, montre qu'au lieu de réagir de manière adaptée et à une modification de son environnement par une réaction limitée et « ordonnée », l'organisme pathologique réagit de manière catastrophique c'est-à-dire déplacée, inadaptée et désordonnée [12]. La réaction catastrophique rejoint l'idée essentielle d'une réaction disproportionnée au stress, qui caractérise l'état fragile. 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 et désordonnée qui peut conduire au décès. Le concept de milieu rétréci emprunté aussi à Goldstein permet de formuler le principe d'une thérapeutique : c'est en diminuant la variété du milieu et en stabilisant ses variations temporelles que l'on peut éviter les réactions catastrophiques, exactement comme l'approche thérapeutique du sujet âgé fragile ou dépendant comporte une thérapeutique par le conditionnement d'un nouvel environnement rétréci et stable.

Il existe une dernière coïncidence forte entre le pathologique dans l'essai de 1943 et la fragilité gériatrique, c'est l'idée d'une précipitation des maladies qui coïncide avec la notion gériatrique de décompensations en cascade. *L'Essai* contient sur ce thème une autre correspondance nette avec le futur concept de l'état fragile formulé là encore dans le vocabulaire exclusif de la maladie : « 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 » [13]. Il suffit de remplacer le mot maladie par le terme fragilité pour obtenir une description actuelle du phénomène clinique de la cascade de décompensation en gériatrie. On retrouve ainsi dans *L'Essai* les prémisses du concept de fragilité gériatrique, sans l'évocation du vieillissement : un concept de la fragilité en général, qui ne s'énonce pas comme tel parce qu'il est encore prisonnier du vocable de la maladie. Ce constat nous conduit logiquement à formuler l'hypothèse selon laquelle Canguilhem aurait formulé dès 1943 avec la fragilité un nouveau concept du pathologique.

2.2 Une absence paradoxale dans *L'Essai* de 1943 et l'oeuvre ultérieure : le concept du vieillissement normal et pathologique

Il reste à s'interroger sur ce paradoxe d'une quasi-absence de réflexion sur le thème de la pathologie au grand âge, absence qui nous semble empêcher la formulation du concept de fragilité gériatrique de manière explicite dès 1943 alors qu'il est formulé clairement dans sa conception de l'état pathologique comme « réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu ».

Revenons à la citation de notre introduction : « à âge égal, un vieillard sera sain qui manifestera une capacité d'adaptation ou de réparation de dégâts organiques que tel autre ne manifeste pas ». Pourquoi cette intuition de l'état fragile du vieillard induit par la maladie (ici la chute) n'est-elle pas mise en relation avec son concept du pathologique ? Canguilhem a dû éprouver des difficultés à évoquer et penser le problème du vieillissement qui ne se posait pas de la même manière à l'échelle de son époque : les vieillards qui vivaient longtemps étaient de solides vieillards, épargnés par les pathologies, sans aides techniques, sans thérapie de soutien et de compensation. La fragilité était sans doute moins apparente car elle basculait plus rapidement vers la fin de vie.

Un deuxième obstacle tient sans doute au poids intellectuel du concept de maladie, qui occupe dans la thèse tout le terrain. La dualité du normal sain et du pathologique y est toute entière absorbée par celle de la santé et de la maladie. Pourtant, le concept de maladie semble inadéquat car il n'est pas symétrique de la santé telle que le conçoit Canguilhem. Car il existe

une une forme de maladie, la maladie aiguë, qui s'oppose mal à l'état de santé tel que le conçoit Canguilhem, c'est la maladie dont on se relève car on est en santé, par opposition à la maladie qui survient dans un état pathologique et dont on ne se relève pas. On décèle bien ici que santé et pathologie ne se recouvrent pas bien dans l'essai de 1943. C'est seulement la gériatrie qui permet aujourd'hui de distinguer, grâce au concept de fragilité, les notions de pathologique et de maladie. Faute d'une telle distinction, l'auteur est condamné à un dualisme santé maladie qui ne permet pas de faire ressortir l'originalité du concept de pathologique tel qu'il le conçoit pourtant.

Il ne faut pas négliger un obstacle structurel lié à la philosophie profondément vitaliste de l'auteur. Selon Canguilhem « la maladie est une expérience d'innovation positive du vivant et non plus seulement un fait diminutif ou multiplicatif [...] la maladie n'est pas seulement disparition d'un ordre physiologique, mais apparition d'un nouvel ordre vital » [14], substitution d'un ordre à un ordre. Or, cette vision relativement positive du pathologique semble du même coup écarter la compréhension du vieillissement pathologique comme limitation et épuisement, dissolution, dérèglement de l'ordre vital lui-même...

La normativité, concept central chez cet auteur puisqu'il permet, dans le contexte intellectuel de 1943, de réduire les visions positivistes et substantialistes de la norme, exprime avant tout cet optimisme vitaliste qui nous semble faire obstacle à une pensée de la vieillesse fragile. La normativité est une polarité dynamique de la vie qui caractérise aussi bien l'état morbide que l'état sain : elle est d'abord la capacité de produire des normes, on dirait aujourd'hui la façon d'imposer certaines règles de fonctionnement, internes et vis à vis du milieu ; mais c'est aussi une capacité d'innovation et de jugement (juger et remplacer les normes anciennes). Avec la normativité, l'unité du normal et du pathologique se fait autour d'une conception dynamique du vivant mais cette conception forte vient précisément masquer l'idée de fragilité gériatrique néanmoins clairement formulée dans la petite note de *l'Essai*. En somme, concevant le pathologique sous le registre d'une vitalité positive et dans le contexte de sa discussion avec les descendants de Comte et Broussais, Canguilhem ne peut pas penser l'altération vitale en tant que telle que le vieillissement pathologique représente pourtant.

Dans les toutes dernières lignes des *Nouvelles réflexions concernant le normal et la pathologique (1963-1966)* et qui achèvent l'ouvrage publié en 1966, l'auteur reconnaît indirectement avoir manqué le vieillissement :

« Notre conception du normal est sans doute très archaïque, tout en étant – et sans doute parce qu'elle est – comme on nous l'a fait remarquer en 1943, une conception de la vie comme on peut en former une quand on est jeune. Un jugement qui ne nous visait pas nous a ravi et nous demandons la permission de nous l'appliquer : « la notion de cet idéal qu'est le normal s'est confondue avec l'état antérieur euphorique du sujet qui venait de tomber malade... La seule pathologie constatée alors était une pathologie de sujets jeunes » [15].

Chez Canguilhem la maladie est du côté de la vie et même de la vitalité. Est-ce que ce n'est pas précisément cette polarité vitaliste qui fait obstacle à la thématization d'une clinique de l'avancée vers la mort ? Limite proprement épistémologique : un vitalisme qui se contenterait d'être une apologie de la vie et qui ne penserait pas les étapes intermédiaires entre la vie et la mort ne permettrait ni de penser le rapport de la vieillesse et de la maladie ni de formuler une clinique de la fragilité. Ce qui a manqué peut être le plus à *l'Essai* de 1943 pour formuler une clinique de la vieillesse fragile, n'est-ce pas une pensée du point de vue de la mort, un vitalisme sur fond de « mortalisme » pourrait-on dire en reprenant le mot de Foucault à propos de Bichat ? Laissons résonner autour de l'idée de fragilité le passage classique de *Naissance de la clinique* à propos de Bichat qui révolutionne le regard porté sur la maladie : « Au lieu d'être ce qu'elle avait été si longtemps, cette nuit où la vie s'efface, où la maladie même se brouille, elle [la mort] est douée désormais de ce grand pouvoir d'éclaircissement qui domine et met à jour à la fois l'espace de l'organisme et le temps de la maladie. Le privilège

de son intemporalité, qui est aussi vieux sans doute que la conscience de son imminence, est pour la première fois retourné en instrument technique qui donne prise sur une vérité de la vie et la nature de la mort » [16].

N'y a-t-il pas un étonnant parallélisme entre la clinique de Bichat et la nouvelle philosophie médicale de la fragilité ? Bichat permet à la clinique de comprendre que la mort est dans la vie et comment elle y apparaît comme un véritable processus, autour des morts en détails, des morts partielles. De manière analogue, la pensée de la fragilité opère un retournement de la perspective sur la maladie à partir de la mort: c'est la conscience médicale de la « désintégration » possible qui fait de la clinique de la fragilité une clinique radicalement attachée à l'idée d'une solidarité interne de l'organisme, si sensible à la dimension de l'intégration multisystémique.

Laissons le dernier argument à Foucault à propos de cette question ardemment défendue par Canguilhem, de l'irréductibilité du vivant au mécanique ou au chimique : « L'irréductibilité du vivant au mécanique ou au chimique n'est que seconde par rapport au lien fondamental de la vie et de la mort. Le vitalisme apparaît sur fond de ce « mortalisme » » [17]. Ici apparaît dans toute sa fécondité la possibilité d'une lecture critique de Canguilhem par Foucault, rarement souligné par les commentateurs : l'irréductibilité du vivant au mécanique ou au chimique et à la norme à la norme statistique ou essentialisée n'est qu'un enjeu second par rapport à l'enjeu d'une clinique instruite par la mort, enjeu qui est au fond celui de la médecine depuis Hippocrate mais qui n'en a marqué l'histoire qu'en de rares et profondes ruptures épistémologiques. L'admiration de Canguilhem pour la *Naissance de la clinique* tient peut être à cette conscience du philosophe médecin que l'idée de mort pourrait venir dissiper un peu le brouillard conceptuel que le vitalisme « optimiste » maintient autour du pathologique. L'enjeu de pensée se laisse entrevoir dans un passage stratégique, placé en toute fin d'ouvrage : « En des pages admirables, émouvantes, de la *Naissance de la clinique*, Michel Foucault a montré comment Bichat a fait « pivoter le regard médical sur lui-même » pour demander à la mort compte de la vie ». N'étant pas physiologiste, nous n'avons pas l'outrecuidance de croire que, de la même façon, nous avons demandé à la maladie compte de la santé. Il est manifeste que c'est ce nous aurions voulu faire... »[18]. Il reste que, Canguilhem l'affirme lui-même, ce projet trop ambitieux de penser la santé à partir de la maladie reste inachevé. Notre hypothèse serait qu'il lui manque une étape que nous dirions foucauldienne, demander à la mort compte de la maladie.

* * *

La fragilité apparaît ainsi comme un concept structurant une nouvelle approche du vieillissement pathologique et comme un nouveau paradigme scientifique, clinique et institutionnel. La gériatrie devient une médecine de l'intégration des faits cliniques, de la solidarité interne de l'organisme et d'une attention portée à son rapport à l'environnement. Ce nouveau concept de la fragilité est irréductible à celui de maladie et ceci nous a incité à énoncer qu'il existe dorénavant une distinction légitime, d'ordre épistémologique, entre le concept de pathologique et le concept de maladie. C'est à partir de cette distinction qu'une relecture de Canguilhem prend tout son sens et nous permet d'en souligner l'actualité pour penser la médecine aujourd'hui.

Sans avoir pensé le concept de vieillissement fragile, Canguilhem a thématiqué la question du fragile en rapport avec le concept de pathologie dans toute son étendue mais il ne l'énonce pas explicitement. La place de cette petite note de bas de page, qui est l'une des très rares notes de bas de page du livre et pratiquement la seule qui ne soit pas une référence bibliographique – apparaît hautement significative de la conscience d'un manque : l'absence quasi-complète d'une pensée du vieillissement, qui empêche la formulation d'un concept original du pathologique fragile, distinct de la maladie. Ce manque, nous lui avons trouvé son origine profonde dans un vitalisme que nous qualifierons d'optimiste en ce qu'il semble tenter

l'impossible, faire l'économie d'une pensée de la mort ou plus précisément d'une pensée de l'acheminement de la vie vers la mort.

Mais cette relecture de Canguilhem à la lumière de la médecine d'aujourd'hui permet de dégager l'originalité proprement philosophique du concept de fragilité gériatrique : une compréhension du vivant dans son rapport problématique avec son milieu ; une pensée du caractère intégré de l'organisme, précisément parce qu'est prise en compte la menace d'une désagrégation ; une clinique familiarisée avec la perspective de la mort.

Notes

- [1] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966, 134.
- [2] David B. Hogan, and al., "Models, definitions and criteria of frailty", *Aging Clin Exp Res.* 2003; 52, 1560-1566.
- [3] Vincent Caradec, « Vieillir au grand âge », *Recherche en Soins Infirmiers*, n°94, sept. 2008, 28-41.
- [4] A.J Campbell, DM Buchner, "Unstable disability and the fluctuation of frailty", *Age Aging*, 1997; 26, 315-318.
- [5] « Le concept de fragilité », *Corpus de Gériatrie*, 2004, Tome 2, 9-25.
- [6] Howard Bergmann and al., "An Emerging Research and Clinical Paradigm – Issues and Controversies", *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 2007, Vol 62A, n°7, 731-737.
- [7] Cf. le modèle de Bouchon in Jean-Pierre Bouchon, « 1 + 2 + 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? » *Rev Prat* 1984 ; 34 : 888-92.
- [8] Darryl Wieland and Victor Hirth, "Comprehensive Geriatric Assessment", *Cancer and Control*, Nov/Dec 2003, vol. 10, n° 6, 454-462
- [9] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966, 23.
- [10] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966,42.
- [11] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966, 132.
- [12] Kurt GOLDSTEIN, *La structure de l'organisme, introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine* (traduit de *Der Aufbau des Organismus*, 1934), Gallimard, 1983, p.14-56 en particulier.
- [13] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966, 132.
- [14] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966, 122.
- [15] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966, 218.
- [16] Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, P.U.F., 1966, 146-147.
- [17] Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, P.U.F., 1966, 147-148.
- [18] Georges Canguilhem, *Le normal et la pathologique*, P.U.F., Paris, 1966,215.