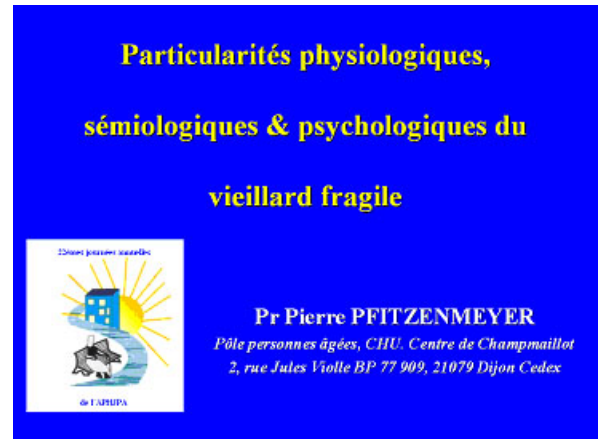


LE CONCEPT DE VIEILLARD FRAGILE

Dr PFITZENMEYER

Le concept de « vieillard fragile » (*frail elderly*) des anglo-saxons est une entité de description récente. Si le gériatre perçoit instinctivement la spécificité du vieillard fragile, curieusement les définitions multiples de la population des fragiles restent encore source de débat. Pour certains, il s'agit de sujets âgés à risque de mauvais vieillissement, pour d'autres de sujets présentant déjà un vieillissement pathologique avec une dépendance lourde. La définition la plus adaptée qui permet d'inscrire la fragilité dans une démarche physiopathologique simple nous paraît être celle qui sous entend par vieillard fragile un individu en état d'instabilité physiologique du fait de réserves fonctionnelles minimales. L'évaluation gérontologique est calquée sur les particularités sémiologiques du vieillard fragile qui comprend les paramètres suivants : fragilité sociale, dépendance, altération psychomotrice, troubles psychocognitifs, altérations neurosensorielles, dénutrition, polypathologie, polymédication et risque majeur d'hospitalisation ou d'institutionnalisation.



**Particularités physiologiques,
sémiologiques & psychologiques du
vieillard fragile**

Pr Pierre PFITZENMEYER
Pôle personnes âgées, CHU. Centre de Champmaillot
2, rue Jules Violle BP 77 909, 21079 Dijon Cedex

Les caractéristiques de cette population fragile amènent à des situations toutes particulières concernant la prise en charge :

Il existe aujourd'hui une méconnaissance de la sémiologie et des moyens thérapeutiques adaptés à ces patients. Ainsi, les recommandations médicales proposées pour la population tout venant ne peuvent que rarement être appliquées chez le vieillard fragile. Il est donc nécessaire de mener une démarche d'éthique clinique au cas par cas, souvent difficile car le rapport risque sur bénéfice d'une attitude thérapeutique est difficile à évaluer en l'absence de données scientifiques recueillies dans cette population. On comprend toute la nécessité pour les années prochaines d'une recherche clinique de qualité menée par les gériatres.

L'approche globale du patient est prioritaire tout en gardant à l'esprit, lors de la démarche diagnostique, qu'il est nécessaire d'évaluer la situation en terme de finalité de notre action. Ainsi, si le clinicien diagnostique souvent une multitude d'anomalies, il doit rapidement trier les facteurs qui ont un retentissement potentiel sur l'état du sujet et qui peuvent être améliorés grâce à une prise en charge tolérable par le patient. Il est cependant nécessaire de traiter conjointement plusieurs facteurs ou plusieurs maladies pour permettre une amélioration de la qualité de vie du patient.

On approche là toute la difficulté de l'évaluation gérontologique qui doit, tout à la fois être globale, sans se perdre dans une multitude de données non rentables pour le patient. Il est à noter qu'aujourd'hui, l'évaluation pour l'évaluation parfois détachée de toute notion de rentabilité thérapeutique, est certainement délétère puisqu'elle ampute souvent, par sa lourdeur, le temps disponible pour la prise en charge.

Il est nécessaire à tout moment de notre action de réfléchir en terme de prévention des cascades et cercles vicieux pathologiques. Ceci implique une connaissance approfondie des fragilités du patient qui

ne peut s'obtenir qu'à travers une communication performante entre les différents acteurs de santé. Les objectifs de soins et de réhabilitation doivent être réalistes et adaptés à chaque patient, tout en tenant compte du choix de l'individu. Fatalisme ou à l'inverse activisme sont délétères pour le patient et ne peuvent déboucher que sur une insatisfaction de l'équipe à travers des échecs répétés. Enfin, signalons la fréquence des prises en charge de fin de vie qui nécessitent une réflexion éthique appropriée parallèlement à une formation adaptée de l'ensemble des professionnels de santé.

Quelques situations cliniques dont la fréquence ne cesse d'augmenter nous semblent illustrer volontiers l'originalité de la prise en charge gériatrique actuelle :

Les stades très évolués d'insuffisance cardiaque que l'on pourrait aujourd'hui qualifier de stade 5 de la NYHA sont des situations de découverte récente, certainement induites par les avancées thérapeutiques des dernières années. L'insuffisance cardiaque s'associe alors à une défaillance polyviscérale chez des patients très dépendants en raison notamment d'une désadaptation totale à l'effort. Malheureusement, nous sommes actuellement dans une méconnaissance totale des moyens thérapeutiques adaptés permettant d'offrir une qualité de vie suffisante chez ces patients en fin de vie.

Les décompensations névrotiques graves, volontiers hystériques ou hypochondriaques, sont des situations de grande souffrance qui mettent le vieillard en danger d'isolement social, de dépendance, voire de pseudo-démence. Ces vieillards, après un recours très anarchique et consommateur au système sanitaire, finissent volontiers dans les secteurs gériatriques. La prise en charge médico-psychologique, si elle est complexe et longue, doit impérativement être proposée car, contrairement aux idées reçues, elle permet souvent une amélioration tout en réduisant le risque d'évolution vers la dépendance.

En conclusion, le gériatre doit être aussi adaptable que son patient, sachant qu'il y a une évolution rapide des caractéristiques de la population des très âgés qui nécessitent des prises en charge de plus en plus spécifiques.