

La prise en charge médicale de la vieillesse dans ses rapports avec les transformations sociales depuis la fin du XVIIIème siècle

par Yannick MAREC **

Contrairement à une idée répandue le principal lieu de vie des personnes âgées y compris celles lourdement dépendantes demeure leur logement, les aides à domicile collectives, familiales ou individuelles leur permettant d'éviter le plus longtemps possible l'entrée en institution. Par ailleurs différents travaux à caractère historique ont souligné combien la co-résidence avait pu être et est toujours une pratique fortement développée. Dans ces conditions, l'horizon de vie des aînés ne peut être réduit à l'hospice ou à ses formes renouvelées plus ou moins médicalisées, la maison de retraite ou l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (1). Cependant la prise en charge de la vieillesse en institution s'impose souvent en fin de vie lorsque le maintien à domicile ne peut plus être envisagé. De surcroît, historiquement le recours à l'hospice a pris une importance particulière dans un pays comme la France marqué par un vieillissement précoce de sa population. De fait, il existe une longue histoire de la prise en charge de la vieillesse par le biais de l'hôpital en général, la distinction hôpital/hospice ne s'affirmant qu'au cours du XIXème siècle. Cela laisse supposer aussi des évolutions dans la représentation de la vieillesse depuis plus de deux siècles ainsi que des modifications dans son approche médicale.

Dans cette contribution nous chercherons donc à préciser quelques étapes de la prise en charge médicale de la vieillesse dans ses rapports avec les transformations du contexte général, en particulier social, en centrant notre approche principalement sur la dimension hospitalière mais sans exclusive. Une première séquence sera consacrée à la seconde moitié du XVIIIème siècle en intégrant la période révolutionnaire, lorsque se met en place une représentation plutôt optimiste de la vieillesse. Ensuite, nous évoquerons un très long XIXème siècle marqué par le passage de l'hospice mouroir à "l'âge d'or des hospices" durant l'entre-deux-guerres où s'affirme aussi un processus d'institutionnalisation de la vieillesse. Pour clore ce rapide panorama, nous aborderons plus brièvement le développement d'une politique de la vieillesse à partir des années 1960 lorsque se mettent véritablement en place de nouvelles procédures dans le domaine de la gériatrie.

* Journées d'échanges de novembre 2013.

** 65, rue de Bihorel, 76 000 Rouen ; yannick.marec@wanadoo.fr

La naissance du vieillard et sa prise en charge du milieu du XVIII^{ème} siècle à la Révolution

Peut-on évoquer une nouvelle représentation de la vieillesse dans la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle ? C'est en effet une période marquée par un certain optimisme du fait notamment du recul de la mortalité et de l'allongement de l'espérance de vie accompagné d'un vieillissement de la population.

Une nouvelle représentation de la vieillesse

Différents travaux d'historiens ont mis en évidence ces transformations de la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle. Certes, l'espérance de vie à la naissance demeure encore très faible à la fin du siècle puisque celle-ci est évaluée à un peu plus d'une trentaine d'années pour la décennie 1790-1799. Mais la France de l'époque a déjà des vieillards qui composent une partie non négligeable de la population adulte. Diverses évaluations estiment que les personnes de 60 ans ou plus représentent alors entre 13 et 15 % de la population de plus de 20 ans. Si l'on se réfère aux plus de 30 ans, limite qui peut paraître encore plus représentative de l'âge adulte, le pourcentage dépasse alors 25 % (2).

Le vieillissement de la population est souvent associé au recul de la mortalité dont les causes ont donné lieu à différentes interprétations comme l'existence d'une révolution agricole, la disparition de la peste ou encore un changement climatique. Toujours est-il que l'allongement de la vie qui s'est accompagné non seulement d'une baisse de la mortalité mais aussi de celle de la fertilité a pu développer un sentiment d'un meilleur contrôle de la vie et une vision optimiste de la destinée humaine. Dans ce contexte, on assiste à une présence nouvelle de la représentation artistique des vieilles gens. La vieillesse devient un thème récurrent des peintres qui y voient une manière de célébrer la dignité humaine, même lorsque sont abordés les handicaps liés à l'avancée en âge. Parmi les scènes domestiques mise en scène par Greuze, on peut retenir par exemple sa représentation du *Paralytique* (1761), un homme très âgé soigné par sa famille. Le vieillard peut même prendre un caractère exemplaire et communiquer le sens de la vertu civique, telle la représentation de *La mort de Socrate* par David (1787), la référence aux événements du passé pouvant se rattacher au présent dans sa dimension civique et vertueuse (Fig. 1).

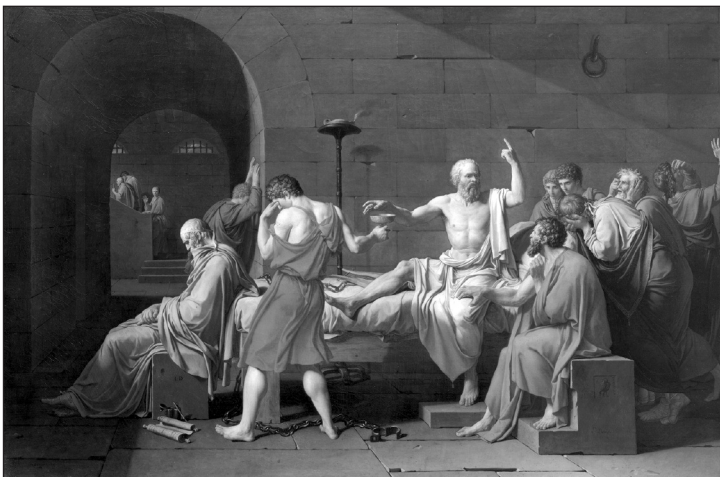


Fig. 1 : *La mort de Socrate*, par Jacques-Louis David (1787).
(Metropolitan Museum of Art, New York)

L'époque est aussi marquée par l'émergence d'un discours scientifique et médical sur la vieillesse, certes dans un contexte préclinique mais qui vise à la rendre plus agréable à vivre. On peut par exemple évoquer Jean Astruc (1784-1766), médecin du Collège royal, auteur d'un *Traité des maladies des vieillards* ou M.J.C. Robert, docteur - régent de la Faculté de Paris qui a publié en 1777 un traité *De la vieillesse*. Avec Bichat (1771-1802) et Cabanis (1755-1808), ces travaux trouveront des prolongements scientifiques et philosophiques plus assurés. Ils attestent néanmoins de l'intérêt manifesté pour l'avancée en âge dans une perspective médicale. Cette attention portée par des médecins à la question de la vieillesse s'est-elle traduite par un meilleur accueil des vieillards en dehors de leur milieu familial ? De ce point de vue, il peut paraître intéressant d'évoquer la place des personnes âgées dans les hôpitaux à la fin du XVIIIème siècle.

Vieillir à l'hôpital de la fin de l'Ancien Régime à la période révolutionnaire

Dans une synthèse nuancée Marie-Claude Dinot-Lecomte indique que, bien évidemment, la place réservée aux personnes âgées dans les hôpitaux de la fin du XVIIIème siècle n'était sans doute pas très enviable. Cependant, parler d'hospice-mouroir lui semble exagéré et méconnaître les réalités de l'époque. Elle note les efforts faits pour recevoir davantage de vieux et répondre à des besoins grandissants mais aussi ceux effectués pour les coucher un seul par lit ou encore pour développer les infirmeries. Cela permet d'assurer un minimum vital, particulièrement en période de crise, à une majorité de vieillards pauvres, invalides et isolés qui, autrement, seraient condamnés à vivre dans la rue ou dans un taudis sans secours.

Pourtant l'hôpital d'Ancien Régime est dénoncé comme une des manifestations les moins recommandables du "despotisme" par les hommes des Lumières et ceux de la Révolution (3). Ainsi dès le début de la période révolutionnaire la priorité est donnée aux secours à domicile y compris pour les secours médicaux. Bien plus, on envisage la disparition des hôpitaux dont les biens sont mis en vente à partir du 18 août 1792, une disposition confirmée en 1793 mais ensuite rapportée. Parallèlement, l'assistance aux personnes âgées devient une des priorités des travaux de la Constituante dont le Comité de mendicité proclame comme un "devoir de la société", "d'assister sans travail ceux à qui l'âge ou les infirmités ôtent tout moyen de s'y livrer".

Ainsi durant les premières années de la période révolutionnaire différentes dispositions sont prises en faveur des aînés, la constitution du 24 juin 1793 prévoyant même de conférer la citoyenneté française à l'étranger qui adopterait de vieilles gens ! Plus concrètement, les personnes âgées avaient leur place dans la plupart des fêtes civiques et des fêtes de la vieillesse ont survécu jusque durant la période du Directoire. Ainsi Michelet rapporte qu' "à la grande fédération de Rouen où parurent les gardes nationales de 60 villes, on alla chercher jusqu'aux Andelys, pour présider l'assemblée, un vieux chevalier de Malte âgé de 85 ans".

Pourtant cette phase terminale de la période révolutionnaire ne débouche pas sur un retour pur et simple à la situation de l'Ancien régime bien que le secours soit à nouveau facultatif. La prise en charge de la vieillesse est consacrée par deux lois fondamentales de l'an V :

- la loi du 16 vendémiaire (7 octobre 1796) crée des hospices civils centrés sur la commune avec gestion par une commission administrative unique qui établit une liste des indigents à admettre, en particulier celle des vieillards, en principe âgés d'au moins 70 ans.

- la loi du 7 frimaire (27 novembre 1796) prévoit la création des bureaux de bienfaisance chargés des secours à domicile, y compris des secours médicaux, pour une liste d'indigents comprenant des vieillards et établie selon des critères variables selon les communes.

Ces textes, malgré la priorité de principe accordée aux secours à domicile, rétablissent la légitimité des hôpitaux comme structure d'assistance et de soins. Et cela d'autant plus qu'il faudra des décennies avant que la majorité des communes de France puisse disposer de bureaux de bienfaisance. De fait, le soutien aux personnes âgées et particulièrement aux vieillards indigents, se fait soit par la corésidence et l'aide de proximité, soit par le biais des hôpitaux encore mal distingués des hospices (4).

De l'hospice à l'institutionnalisation de la vieillesse (XIX^{ème} et première moitié du XX^{ème} siècle)

Le XIX^{ème} siècle et la première moitié du XX^{ème} siècle sont marqués par un double mouvement. C'est d'abord le temps de l'affirmation de l'hospice, structure d'accueil de la vieillesse plus que centre de soins. C'est aussi l'époque de l'institutionnalisation de la vieillesse avec le passage progressif de la notion de vieillard indigent à celle de retraité

L'hospice entre tentations hygiénistes et recul de la médecine des vieux

Les hospices ont longtemps été assimilés à des sortes de mouroirs, à cause notamment de leur faible médicalisation et de leurs résultats thérapeutiques limités. De surcroît, par essence, l'hospice est le lieu d'attente de la mort pour des milliers de vieillards indigents qui ne peuvent terminer leur vie dans leur foyer lorsqu'ils en ont un. Cette vision dévalorisée s'impose d'autant plus que parallèlement l'hôpital, principalement à partir du dernier quart du XIX^{ème} siècle, s'affirme comme le point d'appui essentiel des nouveautés thérapeutiques. Cela contribue à accentuer une différenciation déjà opérée au milieu du siècle et officialisée par la loi hospitalière de 1851.

Cependant l'hospice évolue. Il intègre certains des préceptes hygiénistes formulés dès la fin du XVIII^{ème} siècle par l'Académie des sciences. Claire Barillé et Pierre-Louis Laget ont ainsi pu montrer que l'architecture des hospices suit généralement le mouvement de transformation qui a gagné les constructions hospitalières sous l'influence notamment des sociétés de médecins. Un fort courant hygiéniste impose ainsi la prise en compte des normes aéristes et pavillonnaires dans la construction des établissements avec des adaptations en général à la baisse pour les hospices (5). Toutefois, paradoxalement, c'est d'abord dans un hospice que furent appliquées pour la première fois de manière explicite les prescriptions de l'Académie des sciences en matière d'hygiène. C'est en effet l'hospice de la Reconnaissance de Garches, construit entre 1836 et 1846 par l'architecte Delannoy qui a constitué un des premiers exemples accomplis de l'utilisation du système pavillonnaire. Mais il s'agit d'un cas particulier rendu possible par d'importants legs (Fig. 2).

Habituellement, pour les hospices, les orientations hygiénistes sont moins affirmées pour des raisons d'économie notamment. Ainsi lors de la construction du nouvel hospice des incurables d'Ivry construit entre 1864 et 1869 le système pavillonnaire est moins bien respecté, les salles s'alignant dans le prolongement les unes des autres. En revanche, on y retrouve bien certaines des recommandations hygiénistes, comme l'éloignement du centre-ville et la mise à disposition d'espaces aérés avec des bâtiments reliés par des galeries promenoir. Même atténués les préceptes hygiénistes gagnent donc les hospices comme les hôpitaux. Avec le temps, en particulier dans l'entre-deux-guerres, les construc-

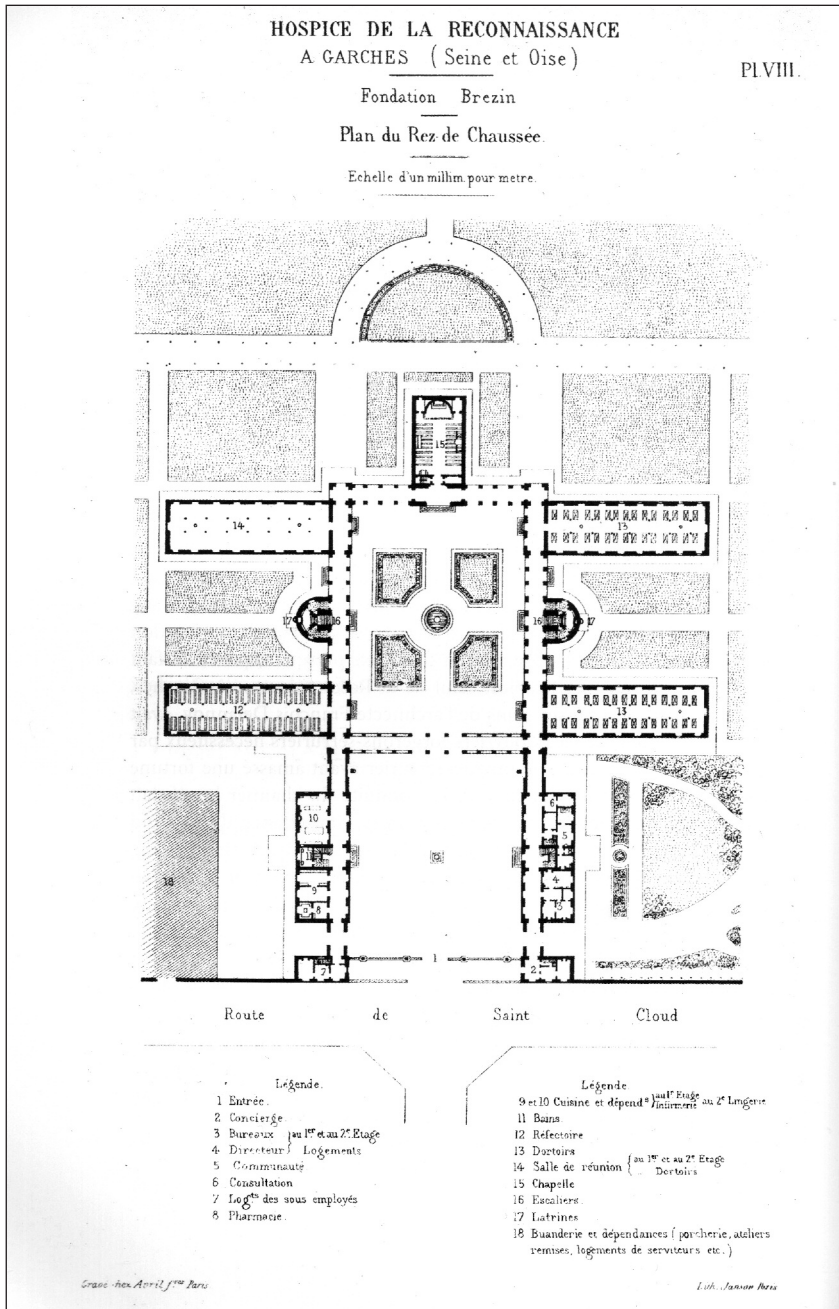


Fig. 2 : Plan de l'Hospice de la Reconnaissance (Garches), d'après Armand Husson, Études sur les Hôpitaux..., Paris, 1862.

tions nouvelles et les rénovations se multiplient en introduisant parfois une certaine individualisation des aménagements intérieurs. Une des réalisations les plus spectaculaires est celle des nouveaux pavillons de l'hospice des Ménages sur le site d'Issy-les-Moulineaux en 1936. On y trouve des dortoirs boxés et, pour les couples, de petits appartements qui disposent d'une entrée, d'une chambre, d'un cabinet de toilette avec lavabo et eau courante (6).

Cela dit cette modernisation des équipements et des constructions ne doit pas mener à surestimer les transformations intervenues dans les hospices dont beaucoup restent des lieux de regroupement de vieillards dans des conditions qui confinent à celle d'un enfermement. Surtout l'hospice, contrairement à l'hôpital, ne participe guère au progrès thérapeutique considéré le plus souvent comme impossible voire inutile pour la vieillesse. On peut même évoquer une sorte de recul de la médecine des vieux après les années 1880 par rapport à la situation qui avait prévalu dans les années antérieures.

Dans les premières décennies du XIX^{ème} siècle, dans le prolongement des travaux de Pinel, différentes études avaient en effet été publiées sur les maladies de la vieillesse. Dès 1840 Clovis René Prus avait présenté à l'Académie de médecine un essai clinique sur le sujet. Surtout en 1854 Maxime Durand-Fardel publie un *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards* qui devient une sorte de classique dans toute l'Europe. Une quinzaine d'années plus tard Jean Martin Charcot publie ses *Leçons sur les maladies des vieillards* dans lesquelles il souligne tout ce qu'il doit à son lieu d'exercice et d'observation, l'hospice des femmes de la Salpêtrière (7). Cependant, ce qui semble résulter de l'histoire ultérieure de la gériatrie, c'est plutôt une sorte d'oubli des travaux de Charcot. De manière plus générale, après les années 1880 la recherche gériatrique française semble s'essouffler. Cette stagnation relative est contemporaine de la mise en évidence des problèmes de dépopulation et de dénatalité française, par rapport notamment à la situation allemande. Ces questions deviennent des priorités de politique générale qui influencent les préoccupations scientifiques. Dès lors l'intérêt pour l'amélioration du sort médical des personnes âgées n'est plus un thème porteur, une situation qui est accentuée par les effets démographiques de la Première guerre mondiale. Paradoxalement, l'image négative du vieillard se trouve renforcée par le vieillissement de la population. Pourtant, simultanément la première moitié du XX^{ème} siècle est aussi une époque où s'affirme une sorte d'institutionnalisation de la vieillesse.

Construction sociale et institutionnalisation de la vieillesse durant la première moitié du XX^{ème} siècle

Un nouveau regard est porté sur les personnes âgées avec la mise en place d'un modèle républicain et laïque de prise en charge de la vieillesse. Cette évolution est d'ailleurs à mettre en relation avec le retour en force, sinon d'un droit, du moins d'une capacité légale à obtenir une assistance pour les personnes fragiles à partir de la fin du XIX^{ème} siècle. Cela concerne en premier lieu les malades privés de ressources, une définition plus large que celle "d'indigents", avec l'adoption de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Puis est votée la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables.

L'objection libérale envers l'obligation d'assistance est en quelque sorte contournée par le biais du médical. On peut en effet difficilement imputer à la responsabilité individuelle le fait de devenir malade, vieux ou invalide. Cette approche permet de développer un système qui renforce la logique d'assistance dans le cadre d'une sorte de pacte républicain entre l'État et les citoyens, alors que s'affirment les idées solidaristes. Tout un

corpus de textes fondateurs de l'assistance républicaine se met donc en place au tournant des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles dans un contexte qui est aussi marqué par un processus de laïcisation de la société. De ce point de vue, la loi la plus emblématique est certainement celle du 9 décembre 1905 sur la séparation des Églises et de l'État (8). La loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables reste en vigueur jusqu'en 1953. Ce texte reconnaît en particulier aux vieillards de 70 ans et plus, dépourvus de ressources suffisantes une aptitude légale à l'assistance. La liste des assistés est dressée par la commune. En principe le secours à domicile sous forme d'allocation est privilégié mais dans la pratique l'application de la loi entraîne l'afflux de vieillards dans les hospices qui ne peuvent refuser ceux que les commissions d'assistance municipale leur envoient. Si bien que la presque totalité des lits d'hospices est dévolue aux bénéficiaires de l'assistance obligatoire, ce qui indirectement profite aux établissements privés accueillant des vieillards capables de payer une pension (9). Appliquée à partir de 1907 cette loi fait l'objet de quelques ajustements dans l'entre-deux-guerres. Parmi les conséquences du premier conflit mondial et de l'inflation qui a suivi on note en effet la paupérisation de nombreux membres des classes moyennes. Leurs revenus se sont effondrés et la vieillesse venue, ils doivent envisager le séjour à l'hospice. Cela contribue à la rénovation et à l'aménagement de certains établissements. C'est pourquoi Élise Feller a pu évoquer l'entre-deux-guerres comme un "âge d'or de l'hospice" dont la clientèle d'usagers s'est élargie avec l'arrivée de nouveaux pauvres et de nouveaux vieux.

Pendant ces adaptations sont demeurées relatives. L'afflux des vieillards assistés en particulier à la suite de la crise des années 1930 a rendu difficile et inefficace la loi de 1905, surtout dans le cas d'une gestion communale. Aussi, de manière significative, à partir de 1935 le département supplante la commune comme circonscription administrative de base de l'action sociale. Durant cette époque, les allocations versées à ceux qui bénéficient de l'assistance à domicile ont perdu de leur valeur relative malgré des réévaluations périodiques qui n'arrivent pas à suivre l'évolution du coût de la vie. À cela s'ajoutent de fortes disparités entre communes, les taux d'assistance pouvant être très variables selon le cas. Avec 50 à 80 F par mois en 1935 pour les communes dites ordinaires il était difficile de vivre alors que le prix du pain quotidien s'élevait à près de deux francs le kilo.

Les mêmes déboires ont concerné les assujettis à la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes. Ce texte porté notamment par Paul Guieysse, député de Lorient et Président des Bleus de Bretagne (Fig. 3), avait pourtant une dimension novatrice, dans la mesure où il s'agissait en principe d'une loi d'obligation fondée sur une logique d'assurance sociale. Surtout son adoption officialisait une nouvelle approche de la vieillesse en promouvant le passage du vieillard indigent assisté à celui de retraité pour des catégories

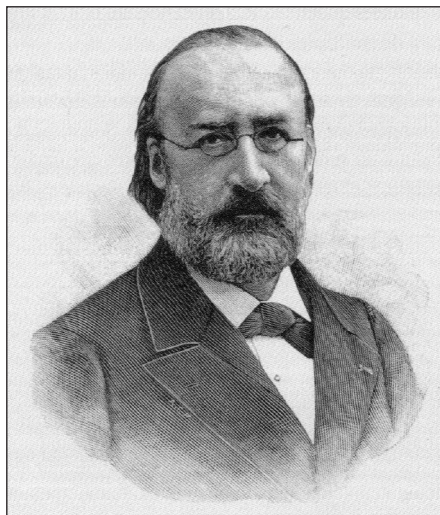


Fig. 3 : Paul Guieysse, député du Morbihan (1841-1914), extrait de *La France Parlementaire* (vers 1902.)

de population qui jusque-là étaient restées majoritairement en dehors des systèmes de retraite. Il n'en demeure pas moins que les dispositions mêmes de la loi ainsi que les résistances qu'elle a suscitées et les circonstances historiques de son application ont contribué à l'échec final de cette tentative. D'abord applicable aux assujettis ne dépassant pas un certain niveau de revenu (moins de 3000 fr. par an) elle retenait l'âge de 65 ans comme âge de la retraite avant qu'il soit abaissé à 60 ans quelques années plus tard. Pour le syndicat de la CGT, cela revenait à imposer une cotisation à des travailleurs qui n'en profiteraient pas ("la retraite pour les morts"). La cotisation obligatoire rencontrait aussi l'opposition de nombre de patrons et des libéraux qui ont réussi à vider le texte de son sens. D'autre part, l'utilisation du système de la capitalisation a contribué à l'effondrement de la valeur des pensions attribuées après-guerre pour ceux qui n'avaient pu bénéficier d'un régime transitoire. Il faut donc attendre les années 1930 pour que, avec les assurances sociales, une nouvelle tentative de généralisation des retraites ait lieu pour le monde ouvrier (10).

Malgré l'expérience de 1910 et la dépréciation prolongée de la monnaie en France et en Allemagne, le principe de fonctionnement est resté fondé sur le système de la capitalisation. En revanche, l'allocation aux vieux travailleurs salariés institués par le régime de Vichy sera fondée sur un régime de répartition, système repris par la Sécurité sociale en 1945. Avec cette transformation la logique de développement des pensions de retraite supposait la mise en œuvre d'une solidarité entre générations, ce qui donnait aussi aux questions démographiques une importance renouvelée.

Politiques de la vieillesse et essor de la gériatrie

Dans l'ouvrage issu de sa thèse d'État, Patrice Bourdelais a souligné combien le vieillissement de la population française pouvait être un héritier de la dénatalité. Il a aussi mis en évidence l'antériorité française en matière d'augmentation de la population âgée. Mais paradoxalement, cela a repoussé jusque dans les années 1960 la mise en place d'une véritable politique de la vieillesse, symbolisée par le rapport Laroque de 1962 (11).

Ambiguïtés et pesanteurs de la notion de vieillissement de la population française

Premier pays au monde à avoir connu la "transition démographique" caractérisée par une diminution à la fois de la mortalité et de la natalité, la France a aussi été celui de la croissance la plus lente et la plus régulière de la part des "vieillards" dans sa population. Cela a déterminé pendant plus d'un siècle une inquiétude des démographes relayée par celle des politiques qui ont ainsi focalisé leur attention sur la question de la natalité. C'est dans ce contexte qu'il faut apprécier l'émergence de la notion même de "vieillissement de la population" développée en 1928 par Alfred Sauvy devant la Société de statistiques de Paris. Diverses critiques ont pu être menées contre cette notion qui traduit cependant une réalité des pays entrés dans la modernité démographique, à savoir la part grandissante des personnes âgées dans la population.

Si l'on s'en tient à la limite des 60 ans, il y avait en 1937 56 % d'hommes à avoir atteint cet âge et 68 % de femmes. En 1985 ils étaient respectivement 80 et 91 %. Cependant, les réalités de l'âge ont aussi fortement évolué ce qui a conduit à remettre en cause cette limite des 60 ans. Patrice Bourdelais relativise ainsi le vieillissement réel de la population française en fonction de différents seuils d'entrée dans la vieillesse. Les progrès de la gériatrie et les effets de l'augmentation du niveau de vie se sont ainsi conjugués pour faire émerger une autre notion, celle de l'espérance de vie sans incapacité. Celle-ci a fortement augmenté et actuellement on peut estimer pouvoir vivre sans

incapacité majeure jusqu'aux alentours de 79 ans pour les femmes et 72 ans pour les hommes : "En outre, une femme parvenue à 65 ans peut raisonnablement espérer ne pas être trop handicapée jusqu'à 83 ans (et vivre jusqu'à 85 ans) un homme du même âge pouvant quant à lui espérer ne pas être trop handicapé jusqu'à 79 ans (et vivre jusqu'à 80 ans). Quant à ceux qui sont déjà parvenus à 85 ans, ils peuvent espérer vivre sans handicap majeur jusqu'à 89 ans, et même vivre encore un à deux ans au-delà" (12).

Parmi les conséquences de cette évolution, il y a tout d'abord la progression du nombre de personnes pouvant rester chez elle, d'autant plus que la période de croissance dite des "Trente glorieuses" (1945-1975) s'est accompagnée d'une amélioration réelle du sort des personnes âgées grâce à diverses mesures d'entraide. La création du Fonds national de solidarité en 1956 et le développement des retraites, malgré la permanence de petites pensions, en particulier chez les femmes, ont favorisé le maintien à domicile de personnes qui, auparavant, auraient dû compter sur l'aide du voisinage et de la famille ou sur l'entrée en institution pour survivre.

Cependant, de manière paradoxale en apparence, l'allongement de la vie a aussi contribué à faire croître le nombre de personnes âgées devenues dépendantes et contraintes d'intégrer des établissements d'accueil plus ou moins spécialisés. Cette évolution devrait s'accroître dans les décennies à venir, d'où l'émergence du thème de la dépendance dans les discours publics et les études sur la gérontologie. Ces transformations majeures dans le champ de la vieillesse ont amené les pouvoirs publics à prendre différentes mesures tandis que se développaient les études gériatriques. De ce point de vue la publication du rapport Laroque en 1962 constitue un tournant.

Le rapport Laroque de 1962 et l'émergence d'une politique de la vieillesse

La commission d'étude des problèmes de la vieillesse créée en 1960 sous la présidence de Pierre Laroque, conseiller d'État et figure tutélaire de la mise en place de la Sécurité Sociale, est le creuset des réflexions qui devaient aboutir à la définition d'une véritable politique de la vieillesse. En effet, davantage que les actions proposées pour favoriser "le maintien dans le milieu de vie", la principale originalité du rapport tient à la volonté de coordonner les différentes initiatives et de les agencer dans un ensemble systématique et rationnel. À cette perspective les sixième (1971-1975) et septième (1976-1980) plans ajoutent les idées de contrats d'action puis de contrat de travail destiné à favoriser l'intégration des personnes âgées. Malgré le maintien de difficultés, en particulier dans la coordination entre action sociale et action sanitaire, ces nouvelles orientations ont favorisé l'essor d'une nouvelle perception de la vieillesse conçue comme une nouvelle étape de la vie (13).

Du point de vue de l'entrée en institution, il faut souligner l'importance de la loi du 30 juin 1975 qui a programmé la disparition progressive des hospices et le développement de structures d'accueil adaptées aux besoins gérontologiques. Certes, certains établissements n'avaient pas attendu cette loi pour se médicaliser. Ainsi, sous la direction du professeur Vignalou, l'hospice d'Ivry, rebaptisé hôpital Charles-Foix en 1975, avait entrepris à partir du milieu des années 1950 des transformations intérieures et la mise en place de consultations externes ainsi que la création d'une unité gériatrique aiguë qui devançaient les objectifs de la loi (14). Cependant, par la suite, les aménagements demeurent ponctuels (Fig. 4). La structure des bâtiments ne se prête guère en effet à des transformations plus radicales prenant en compte la volonté d'humaniser et d'ouvrir sur la ville l'institution. Celle-ci doit intégrer des "maisonnées" où vivent en familles dix à quinze personnes auprès d'une maîtresse de maison. C'est en dehors du périmètre



Fig. 4 : *Hôpital Charles-Foix d'Ivry, aménagement de l'Arche (1986).*

protégé par l'inscription à l'inventaire des monuments historiques depuis 1997 que se situe d'ailleurs le pavillon de l'Orbe qui associe intimement lieux de soins et lieux de vie (Fig. 5), un des objectifs de la gérontologie-gériatrie actuelle.

Cependant, n'étant pas médecin, je ne développerai pas les progrès intervenus depuis une quarantaine d'années dans le domaine de la gériatrie (15). Ce qu'il est possible d'affirmer, c'est que cet essor traduit non seulement la progression d'une spécialité médicale

mais aussi la transformation intervenue dans la perception de la vieillesse. En retour, d'autres avancées sont devenues possibles et rendues nécessaires par cette manière nouvelle d'appréhender les personnes âgées. C'est d'ailleurs dans cette optique que se sont affirmées depuis quelques années des approches autres que celle d'une vision strictement médicale de la manière de les prendre en charge. Cela concerne aussi bien le souci manifesté par certains praticiens de prendre en compte l'humanité des vieilles personnes que les enquêtes ethnologiques qui se sont intéressées à la fois au vécu et à la mémoire des personnes âgées en institution. D'autres ouvertures sont effectuées notamment en direction de projets culturels à destination de nos aînés (16).

La prise en charge de la vieillesse a donc déjà une longue histoire. Elle a connu des inflexions importantes en fonction non seulement de l'avancée des sciences médicales et particulièrement de l'affirmation progressive de la gériatrie, mais, comme nous avons tenté de le montrer, elle s'est inscrite également dans des transformations notables du point de vue de l'évolution démographique et des représentations évolutives de la vieillesse. De manière générale on ne peut dissocier l'histoire de cette prise en charge du contexte social mais aussi politique et culturel qui a conditionné l'émergence d'une politique de la vieillesse. L'avenir devrait aussi être porteur de nouveaux questionnements concernant une meilleure intégration des personnes âgées dont le poids grandissant devrait interroger l'ensemble de la société (17).



Fig. 5 : *Hôpital Charles-Foix d'Ivry, L'Orbe (1991).*

NOTES

- (1) BOURDIEU J., KESTENBAUM L., POSTEL-VINAY G. - Habiter ensemble, vieillir ensemble. Éléments d'une histoire de la corésidence au cours de l'industrialisation, in *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIIème siècle à nos jours*, dir. Y. MAREC et D. RÉGUER, PURH, Mont-Saint-Aignan, 2013, 335-348. LORD S. - "Le choix de vieillir à domicile : l'inévitable adaptation des modes de vie", *Retraite et société. Comportements face à la retraite : approche économique*, 60, février 2011, 197-213.
- (2) GUTTON J.-P. - *Naissance du vieillard. Essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France*, Aubier, Paris, 1988. TROYANSKY D. G. - *Miroirs de la vieillesse en France au siècle des Lumières*, Éditions Estel, Paris, 1992.
- (3) DINET-LECOMTE M.-Cl. - La place des personnes âgées dans les hôpitaux à la fin du XVIIIème siècle, in *De l'hospice au domicile collectif... op. cit.*, 229-241.
- (4) IMBERT J. dir. - *La Protection sociale sous la Révolution Française*, Association pour l'Étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, Paris, 1990.
- (5) BARILLE Cl., LAGET P.-L. - L'architecture des hospices prise entre les contraintes de la fonctionnalité et la tentation hygiéniste, in *De l'hospice au domicile collectif op. cit.* 303-333. LAGET P.-L.- Le pouvoir médical et l'intervention des sociétés de médecins sur la conception de l'architecture hospitalière in *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen-Age à nos jours*, dir. Y. MAREC, PURH, Mont-Saint-Aignan, 2007, 67-94.
- (6) FELLER E. - L'hospice des vieux (1900-1970). De la construction à l'écroulement d'un idéal de prise en charge de la vieillesse, in *Regards croisés sur la protection sociale de la vieillesse*, dir. F. CRIBIER et E. FELLER, Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, Cahier no1 d'Histoire de la Sécurité Sociale, 2005, 43-82. FELLER E. - *Histoire de la vieillesse en France 1900-1960*, Seli Arslan, Paris, 2005.
- (7) LELLOUCH A. - *Jean-Martin Charcot et les origines de la gériatrie. Recherches historiques sur les fonds d'archives de la Salpêtrière*, Payot, Paris, 1993. ALBOU Ph. - *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*, Glyphe et Biotem éditions, Paris, 1999, 115-117. NARDIN A. - Les établissements hospitaliers au cœur des premières politiques de la vieillesse. Regards sur le secteur de la gériatrie, in *Les maux et les soins. Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIXème siècle* dir. F. DÉMIER et Cl. BARILLE, Action artistique de la ville de Paris, Paris, 2007, 225-238.
- (8) MAREC Y. - Les aléas de la logique d'assistance en France de la Révolution à l'entre-deux guerres, in *L'assistance dans le cadre de la solidarité nationale*, dir. D. GELOT, Actes du séminaire de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, juin-octobre 2012, DICOM, Paris, 2013, 37-45.
- (9) FAURE O. avec la collaboration de D. DESSERTINE - *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, PUR, Rennes, 2012.
- (10) DUMONS B. et POLLET G. - *L'État et les retraites, genèse d'une politique*, Belin, Paris, 1994. DREYFUS M., RUFAT M., VIET V., VOLDMAN D. avec la collaboration de B. VALAT - *Se protéger, être protégé. Une histoire des Assurances sociales en France*, PUR, Rennes, 2006.
- (11) BOURDELAIS P. - *L'Âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1997 (2ème édition).
- (12) ALBOU Ph. - *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*, op. cit. p.116.
- (13) RÉGUER D. - avec la collaboration d'A. RENOU-LAVERSANNE - Politiques publiques de coordination gérontologique : espaces et territoires, objectifs et enjeux, in *De l'hospice au domicile collectif. op. cit.* 391-407.
- (14) ALBOU Ph. - *L'image des personnes âgées à travers l'histoire op. cit.* p. 215 ; voir aussi BEISSON G. - De l'Hospice des Incurables à la "Maisonnée". Évolution de l'architecture des hôpitaux gériatriques : un exemple parisien, l'hôpital Charles-Foix, in *De l'hospice au domicile collectif... op. cit.* 287-301.
- (15) Pour une approche générale voir notamment HECKETSWEILER Ph. - *Histoire de la médecine*, Ellipses, Paris, 2010, 457-462.

- (16) Nous renvoyons en particulier aux enquêtes ethnologiques et aux initiatives culturelles évoquées dans l'ouvrage *De l'hospice au domicile collectif*, *op. cit.*
- (17) LORENZI J.-H. et XUAN H. dir. - *La France face au vieillissement. Le grand défi*, Éditions Descartes et Cie, Paris, 2013.

RÉSUMÉ

Historiquement, le recours à l'hospice a pris une importance particulière dans un pays comme la France marqué par un vieillissement précoce de sa population. De fait, il existe une longue histoire de la prise en charge de la vieillesse par le biais de l'hôpital en général, la distinction hôpital/hospice ne s'affirmant qu'au cours du XIX^{ème} siècle. Cela laisse supposer aussi des évolutions dans la représentation de la vieillesse depuis plus de deux siècles ainsi que des modifications dans son approche médicale. La communication précise quelques étapes de la prise en charge médicale de la vieillesse dans ses rapports avec les transformations du contexte général, en particulier social, en centrant l'approche principalement sur la dimension hospitalière mais sans exclusive, l'entrée en institution n'ayant concerné qu'une partie des personnes âgées.

SUMMARY

Historically the resort to nursing homes for the elderly has been especially important in France, a country marked by early ageing of its population. As a consequence there has been a long history of institutions – the difference between the poor house and institutional nursing homes becoming clear only in the course of the nineteenth century. For over two centuries it has also entailed evolutions in the representation of old age as well as modifications in its medical approach. This paper, which aims at pointing out the main stages of medical care for the elderly in relation with the transformation of the general context - especially seen from its social point of view, is centered around the institutional aspect without being restricted to it as it was only a part of the elderly population who was institutionalized.