

Séance publique du 1^{er} octobre 2012

Histoire de la gériatrie et de la gérontologie à Montpellier

par Robert DUMAS et Claude JEANDEL (conférencier invité)

MOTS CLÉS

Gériatrie - Gérontologie - Montpellier - Hôpital - Université.

RÉSUMÉ

Le soin des vieillards, la gériatrie, s'organise à Montpellier, dans les hôpitaux hospices, successivement l'hôpital du Saint-Esprit, l'hôpital de la Charité et l'Hôpital Général. C'est dans ce dernier hôpital que se développe au début du XX^e siècle l'enseignement de la gériatrie. A la fin du XX^e siècle, dans le nouvel hôpital gériatrique Antonin Balmès on organise une filière gériatrique complète comportant un ensemble de consultations spécialisées, des unités de soins aigus, de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle et de soins de longue durée.

Tenter d'écrire une histoire de la Gériatrie et de la Gérontologie à Montpellier est une aventure hasardeuse. La Gériatrie, médecine des personnes âgées et la Gérontologie, étude de la vieillesse sont des inventions récentes. La définition de la personne âgée a elle-même bien varié dans le temps. Nous nous contenterons, plus modestement, dans la première partie de cet exposé d'essayer de préciser comment nos aïeux prenaient en charge leurs anciens dans les hôpitaux publics (lorsqu'ils ont existé !) et comment les maîtres de l'Université médicale ont abordé les problèmes de la vieillesse, sa prévention et son traitement. Les problèmes de la gériatrie contemporaine seront discutés dans la seconde partie de l'exposé.

La période médiévale

Au XII^e siècle Montpellier, placée sous l'autorité des Guilhem, devient une cité marchande et une ville de culture (1, 2). Elle se consacre volontiers à la fabrication de la laine et des draps et se spécialise dans leur teinture en rouge, couleur obtenue à partir de la cochenille des chênes Kermès. Les alliances militaires de Guilhem VI avec Gènes et Pise vont faire du port de Lattes une porte d'entrée des produits en provenance des deux cités. La ville s'inscrit alors dans un courant commercial et maritime international.

En 1204 la ville de Montpellier est rattachée au royaume d'Aragon et parvient à se faire octroyer une charte de franchise. Elle dispose alors, pour environ cent cinquante ans, d'une relative liberté dans le cadre du Consulat. Les montpelliérains développent les courants commerciaux établis sous les Guilhem. On décharge les navires en pleine mer et des barques véhiculent leur chargement jusqu'à Montpellier en remontant le Lez. La ville commerce avec Venise et les villes de Toscane.

L'appartenance au royaume de Majorque permet à Montpellier de participer aux échanges commerciaux entre l'Italie du nord et Barcelone. On estime alors la population de la ville entre trente et quarante mille habitants.

En 1349, Montpellier est rachetée par le roi de France et s'intègre à son royaume. La guerre de Cent Ans est une période difficile pour la cité qui bénéficie heureusement de l'action bienveillante du pape Urbain V constructeur de l'église Saint-Benoit (future cathédrale Saint-Pierre) et du monastère voisin (future Faculté de Médecine).

Montpellier tout au long du Moyen Age s'affirme comme une ville universitaire. La présence d'une Université médicale est signalée dès 1180. Une Université de Droit se développe au XII^e siècle et Placentin, formé à Bologne, enseigne ici le Droit romain entre 1166 et 1170. La ville dispose aussi d'une Ecole des Arts. L'Université médicale reçoit ses statuts primitifs le 17 août 1220 du Cardinal-légit Conrad d'Uzach (3). Cette université monodisciplinaire entièrement vouée aux études médicales est dirigée par des maîtres assez autonomes vis-à-vis de l'Eglise et de l'évêque de Maguelonne qui reste cependant Chancelier. Les élèves, semble-t-il peu nombreux, sont choisis avec soin et l'enseignement paraît élitiste. Les études sont courtes, cinq à six ans, et se terminent par la délivrance d'un doctorat. Les programmes portent sur des commentaires de textes d'une quinzaine d'auteurs anciens, en particulier Hippocrate, Galien, Avicenne et Razes. Des maîtres fameux vont illustrer cette université comme Arnaud de Villeneuve, Bernard de Gordon, Gérard de Solo, Guy de Chauillac et Jean de Tournemire.

Tout au long du Moyen Age l'intense sentiment religieux contribue à faire de la charité (Caritas) la première des vertus théologiques. La prise en charge des populations déshéritées, enfants abandonnés et vieillards pauvres est une obligation morale (4). Il faut y ajouter l'assistance médicale apportée aux nombreux pèlerins qui traversent la ville en partance pour Jérusalem, Rome ou Saint-Jacques de Compostelle. Les hôpitaux de la ville (5, 6) s'acquitteront de cette tâche.

Du XII^e au XIV^e siècle, Montpellier se dote d'une vingtaine d'hôpitaux le plus souvent situés en dehors des remparts (la Commune Clôture), au voisinage des portes principales de la ville et sur la route des pèlerins. Certains de ces hôpitaux sont rattachés à un ordre religieux, comme les Templiers ou les Ordres hospitaliers, d'autres sont des hôpitaux laïcs.

Le vocable d'hôpital ne doit pas faire illusion. On se trouve le plus souvent devant de simples demeures de particuliers ou de bâtiments de volume réduit regroupés autour d'une chapelle. L'hôpital est parfois inclus dans une Commanderie ou entouré d'un domaine agricole qui lui appartient. Il ne subsiste plus rien de ces hôpitaux à l'exception notable de l'hôpital Saint-Eloi. Les hôpitaux religieux jouent un rôle important. On sait peu de choses des Commanderies du Temple ou des Chevaliers teutoniques vraisemblablement réservées aux pèlerins. Les Ordres hospitaliers sont un peu mieux connus. Les Hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem, installés dans la Commanderie du Petit Saint-Jean en centre ville à partir du XII^e siècle, ne paraissent pas disposer d'un véritable hôpital. Peut-être se consacrent-ils à des soins de malades en ville.

L'Ordre des Antonins, installé à Montpellier au XIV^e siècle au faubourg des Carmes, prend en charge le traitement du Mal des Ardents. Les Trinitaires, au début du XII^e siècle créent l'hôpital de Saint-Maur au faubourg de Nîmes en partie réservé aux prisonniers chrétiens rachetés aux maures.

Un Ordre hospitalier, fondé à Montpellier, mérite un plus long commentaire en raison de sa vocation gériatrique (7). L'hôpital du Saint-Esprit est créé en 1196 par le frère Gui de Montpellier en même temps que l'ordre du même nom. Il est situé au Pyla Saint-Gély, sur la route des grands pèlerinages. Son rôle dépasse largement l'accueil des pèlerins et son fonctionnement est très original pour l'époque. Les frères, qui sont en majorité des laïcs, prennent en charge femmes, enfants, vieillards, filles repenties et pèlerins. Selon le *Liber Regulae Sancti Spiritus* "tous les jours de la semaine on recherchera dans les rues et sur les places les pauvres malades. On les conduira à la maison du Saint-Esprit où ils seront soignés avec la plus attentive sollicitude". Les enfants abandonnés sont élevés dans un orphelinat et les vieillards recueillis dans un hospice. Cette orientation généraliste apparente l'hôpital du Saint-Esprit au futur hôpital de la Charité qui sera construit au XVII^e siècle non loin de là.

L'Ordre connaît un succès foudroyant et se développe dans toute la chrétienté médiévale. Le Pape Innocent III confie la direction de l'hôpital "Sainte-Marie in Saxia" à Rome au frère Gui.

Au XVI^e siècle les guerres de religion provoquent la destruction de l'hôpital.

A côté des hôpitaux religieux, Montpellier se dote d'hôpitaux laïcs. L'hôpital Saint-Guilhem, créé au XI^e ou XII^e siècle, s'établit au faubourg du Courreau.

La maladrerie de Saint-Lazare, citée en 1153, est placée sous la protection des Guilhem et de sa fondatrice Ermessence, veuve de Guilhem V. Installée au bord du Lez, sur l'emplacement de l'actuel cimetière Saint-Lazare, elle comporte une chapelle flanquée de locaux destinés aux services d'un côté et d'une maison avec deux grandes salles réservées aux lépreux de l'autre. La maladrerie, richement dotée, dispose de terres cultivables et du moulin de Sauret. Le déclin de la maladrerie commence au XIV^e siècle et en 1364 la léproserie est vide.

L'hôpital Saint-Eloi est mentionné pour la première fois au XIV^e siècle.

En réalité il semble qu'à cette époque existent deux hôpitaux voisins Notre-Dame du Cépon et Saint-Eloi dont les rapports sont inconnus. Tous deux siègent au faubourg de Lattes. Les bâtiments hospitaliers comportent deux chapelles, l'une dédiée à Saint-Eloi, l'autre à Notre-Dame.

Au XIV^e siècle le nombre de lits s'élève à quarante-sept pour les hommes et dix pour les femmes. Cet hôpital municipal bénéficie de ressources importantes et dépend initialement du prieur de Saint-Firmin puis rapidement des consuls de la ville.

Nous ne connaissons pas le rôle des maîtres de l'Université médicale au sein de ces hôpitaux. Il devait apparemment être très modeste.

Par contre l'Université médicale a joué un rôle non négligeable dans l'enseignement de ce que nous appelons maintenant la Gériatrie en diffusant les Régimes de santé.

Les Régimes de santé du milieu montpelliérain sont rédigés au début du XIV^e siècle (8, 9). Héritiers de la tradition grecque et arabe ils traduisent l'intérêt des médecins montpelliérains pour une diététique susceptible de prolonger la durée de vie et de prévenir les maladies. Bien que Marilyn Nicoud (8) en cite sept nous n'évoquerons que trois d'entre eux, le *Regimen sanitatis ad regem Aragonum* d'Arnaud de Villeneuve destiné à Jacques II d'Aragon, le *Traité* des quatre médecins montpelliérains Jourdain de Turre, Gérard de Solo, Raymond de Molieres et Gérard de Marcerii rédigé aux environs de 1335 pour l'Evêque de Saint-Paul des Trois Châteaux Hugues Aimery et le *De conservatione vite humane* de Bernard de Gordon.

Le régime des quatre médecins s'adresse à un évêque sujet à des "paralysies et des coliques". Il contient une liste d'aliments à éviter sur laquelle nous ne nous étendrons pas.

L'ouvrage d'Arnaud de Villeneuve, le *Regimen sanitatis* concerne un souverain auquel le praticien catalan donne des conseils de mode de vie et de régime alimentaire.

Nous nous attarderons davantage sur l'ouvrage de Bernard de Gordon qui envisage précisément la situation des personnes âgées. Bernard de Gordon est l'auteur d'un célèbre ouvrage de médecine le *Lilium Medicine* composé aux environs de 1303. Son Régime de santé, le *De conservacione vite humane* est vraisemblablement rédigé au début du XIV^e siècle. Il comporte huit parties, la dernière *De marasmo* est consacrée aux vieillards.

Dans la littérature médicale antique et médiévale la vieillesse commence entre quarante cinq et cinquante ans et l'on devient un vieillard à soixante douze ans. Les vieillards souffrent avant tout de la diminution de la chaleur et de l'humidité naturelles. Il faut donc apporter à l'organisme des substances chaudes et humides. La maison doit être orientée à l'est pour permettre au soleil d'y pénétrer le matin. En été elle doit être refroidie avec de l'eau fraîche et réchauffée en permanence en hiver par un feu allumé nuit et jour.

L'exercice physique est recommandé aux vieillards, en particulier la marche à pied. Les massages et les frictions doivent précéder l'exercice ou le remplacer. Les bains sont recommandés trois ou quatre fois par mois en leur ajoutant des herbes parfumées ou humidifiantes.

L'alimentation doit tenir compte des possibilités digestives. Selon l'âge on peut conseiller un seul repas par jour ou plusieurs dans le très grand âge. Le pain doit être enrichi en son. La viande conseillée est celle du poulet ou du gibier d'eau en évitant le poisson surtout s'il est séché et salé. On recommande les œufs, à gober frais, le miel et le lait d'ânesse et de chèvre. On conseille certains légumes frais et humides, comme le fenouil ou la bourrache, les fruits secs et particulièrement les figues qui évitent la constipation. Le vin, aliment chaud et humide, est considéré comme le meilleur médicament pour les personnes âgées.

Le sommeil, qui permet de récupérer la chaleur naturelle et facilite la digestion est vivement conseillé.

Gérard de Gordon n'oublie pas les médicaments de l'humeur. Il faut éviter la tristesse et la peur, leur préférer la joie et même la colère, naturellement à petites doses.

La maître toutefois sait relativiser la valeur de ses conseils en rappelant que nombreux sont ceux qui suivent un mauvais régime, se sentent bien, digèrent bien et se moquent des médecins.

La Renaissance et la Période Classique

La Renaissance est marquée par un développement démographique et économique de la ville (10). Si Montpellier et Lattes perdent définitivement le rôle de port de commerce au profit de Marseille, la cité et ses environs continuent de produire du vin, des toiles tissées et des étoffes, des cuirs et de l'huile d'olive.

Les idées de la Réforme trouvent à Montpellier un terrain favorable, en particulier dans le milieu universitaire et, en 1560, les consuls de la ville sont protestants. Les guerres de religion éclatent bientôt (1561). La ville, place forte protestante, sera finalement reprise par Louis XIII et Richelieu après un siège en règle en 1622.

Au XVIII^e siècle les filatures de coton, la fabrication des mouchoirs et des draps, l'industrie de la faïence (Jacques Ollivier) enrichissent la ville. Dans la "prospérité et la joie" (10), la ville se pare de belles demeures particulières et de la promenade du Peyrou.

L'Université médicale se développe considérablement pendant trois siècles (11, 12, 13). En 1498 Charles VIII crée, au sein d'un Collège royal de médecine, les quatre premières régences ou chaires. Le Collège royal s'installe à la fin du XV^e siècle dans l'îlot Peyre, le long de la ruelle du Bout du mont, actuelle rue de l'école de Pharmacie. Les médecins resteront en ce lieu jusqu'à la Révolution. Rappelons que les chirurgiens obtiendront à leur tour (1741) la création d'un Collège royal de chirurgie richement logé dans l'hôtel Saint-Come.

Le XVII^e et le XIII^e siècle verront le Collège royal de médecine et celui de chirurgie rivaliser avec Paris.

Naturellement les idées médicales à la mode sont discutées à Montpellier. Théophile de Bourdieu s'intéresse aux sécrétions glandulaires qu'il soupçonne de régler les phénomènes vitaux. Paul Joseph Barthez, professeur de l'Université médicale de Montpellier, est l'auteur d'un livre étonnant *Les nouveaux éléments de la science de l'homme* où il énonce les fondements du Vitalisme. Un principe vital régit la vie animale tandis que la vie de relation est du domaine de l'âme. Le Vitalisme marquera profondément l'esprit de l'Ecole montpelliéraine au XIX^e siècle.

Justement qu'en est-il de l'enseignement universitaire sur les maladies des vieillards ou les soins à leur administrer ? Laurent Joubert (1529-1582), est Chancelier de l'Université médicale de Montpellier en 1573. Praticien renommé, médecin du roi Henri IV, il s'illustre en écrivant un "Traité des erreurs populaires" (1678). Ecrit en français, cet ouvrage rappelle que "la vie humaine peut être abrégée par diverses fautes.... et allongée par bon régime et bonne conduite". La diététique est ainsi précisée aux divers âges de la vie tandis que l'auteur conseille d'éviter "travail excessif....veilles, soucis et diverses passions de l'esprit". Lazare Rivière, auteur des *Institutiones medicae* reprend au XVII^e siècle les mêmes conseils diététiques. Le XVIII^e siècle, pourtant si fertile en idées nouvelles ne paraît pas s'être intéressé à la pathologie des vieillards.

Mais qu'en est-il des soins aux vieillards pauvres de Montpellier ?

Les catholiques de Montpellier se préoccupent en 1595 de pourvoir aux besoins des pauvres de leur religion. On élit six bourgeois qui seront les dispensateurs des aumônes recueillies dans les six paroisses du diocèse.

Plus tard, en 1646, Monseigneur de Fenouillet, évêque de la ville, propose la création d'une maison de la Charité pour enfermer les pauvres et leur éviter "le vice et la débauche". Ce nouvel hôpital ou hospice siège au Pyla Saint-Gély, en face de la chapelle de l'ancien hôpital du Saint-Esprit (14). On ne dispose d'aucune image valable de ce bâtiment qui devait être fort modeste. On décrit un portail de bois blanc, une cour pavée, des ateliers en rez-de-chaussée pour l'industrie de la soie et des futaines, des dortoirs à l'étage pour les orphelins.

En 1666 le nombre des pauvres est de 120, auxquels s'ajoutent les orphelins. La journée est consacrée au travail en atelier et d'Aigrefeuille (15) précise avoir vu dans cet hôpital les vieilles femmes occupées à filer, les enfants à faire des épingles et les hommes des futaines.

L'hôpital de la Charité est dirigé par quatre intendants et douze recteurs. L'administration comporte initialement deux religieuses de Saint-Vincent de Paul à partir de 1673. Les ressources de l'hôpital reposent sur la charité publique, le revenu du travail des pensionnaires et les privilèges accordés par le Roi, à savoir une taxe sur la vente de la viande de bœuf et le commerce des vieux chiffons et de la glace.

En 1662 Louis XIV ordonne la construction dans chaque ville d'un Hôpital Général regroupant les diverses fondations charitables de la région. Ces établissements sont destinés à "loger, enfermer et nourrir les pauvres mendiants invalides... comme les enfants orphelins... Tous les pauvres y seront instruits... à la religion chrétienne et aux métiers où ils pourront se rendre capables sans qu'il leur soit permis de vaquer... ni d'aller en ville... ni de venir dans notre bonne ville de Paris".

Ces nouveaux établissements regroupent donc les vieillards et les invalides pauvres, les enfants abandonnés, les prostituées et les malades mentaux, en un mot les pauvres et les asociaux à qui on impose, au nom de la morale sociale "un grand enfermement".

Les montpelliérains qui disposent de l'hôpital de la Charité tardent à obéir à cet ordre. En 1676 Louis XIV réitère l'ordre de construire "incessamment" l'Hôpital Général de Montpellier à Charles de Pradel, évêque, et à M. d'Aguesseau, intendant du Languedoc. Les montpelliérains s'empressent de fermer l'hôpital de la Charité dont le bâtiment est loué à des bouchers et de reloger les pensionnaires dans une auberge du faubourg de la Saunerie.

Après avoir acheté le terrain des Carmes on confie à deux "maîtres architectes", Antoine Armand et Jacques Cubizol, le soin de construire le nouvel hôpital. Il est inauguré le 24 mars 1682 et les pauvres de l'ancien hôpital de la Charité viennent en procession occuper une partie du bâtiment. La construction complète (16) comportant les deux cours carrées des hommes et des femmes, le bâtiment des incurables et la chapelle s'achèvera en 1756. La construction du bâtiment des incurables et celle de la chapelle sera confiée à deux nouveaux architectes, Jean Giral et Jacques Nogaret. Les deux cours carrées, de part et d'autres de la chapelle, comportent en rez-de-chaussée des ateliers de tissage et de confection. Les enfants (à partir de sept ans), les vieillards et les invalides sont utilisés comme main d'œuvre gratuite dans les vastes ateliers de tissage de la toile de coton ou à la confection de bas, de gants, de bonnets ou de chapeaux de feutre. Les pensionnaires de l'hospice mènent une vie austère de travail de 5 à 6 heures du matin jusqu'à 17 ou 18 heures. Ils sont soumis à une discipline rigoureuse et les seules sorties autorisées correspondent aux processions des fêtes religieuses. En cas de maladie grave les soins sont administrés à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. Le personnel de l'Hôpital Général comporte une cinquantaine de personnes dont douze religieuses, trois prêtres, un maître d'école, des précepteurs et des maîtres artisans.

À partir de 1740 l'Hôpital Général aura un médecin et un chirurgien titulaire. Un seul universitaire, François Boissier de la Croix de Sauvages, titulaire de la chaire pour le service des pauvres, consulte dans cet Hôpital les pauvres une fois par semaine (1763-1766).

Du XIX^e au XXI^e siècle

Du XIX^e au XXI^e siècle l'évolution de la Médecine aboutit à une spécialisation de plus en plus poussée des soins. La Gériatrie et la Gérontologie longtemps incluses dans la Médecine interne ne s'individualisent que tardivement. Le vieillissement accéléré de la population occidentale sera un des éléments déterminants de cette évolution.

La ville de Montpellier et sa Faculté de médecine

La Révolution se déroule à Montpellier sans incidents notables sauf pour son maire, Jean Jacques Louis Durand qui est guillotiné pour son attitude politique jugée trop modérée (10).

Sous le Consulat et l'Empire la ville compte 33 000 habitants.

La fin du XIX^e siècle est caractérisée par le développement du vignoble héraultais, devenu monoculture, et dans un premier temps par l'enrichissement notable de la ville bénéficiaire de la vente du vin répandu à travers la France par les nouveaux chemins. L'économie montpelliéraine se restreint peu à peu et la ville se tourne vers son activité universitaire et administrative. La population n'augmente d'abord que très lentement (95 000 habitants en 1954).

Le choix de Montpellier comme capitale régionale (1960) est accompagné d'un essor industriel modeste. Le développement de la ville est alors important et Montpellier avec ses 250 000 habitants devient à la fin du XX^e siècle la huitième ville de France.

Le 12 août 1792 l'Assemblée législative supprime les anciens Collèges de Médecine et de Chirurgie, jusqu'à ce que le manque de médecins aux armées oblige le gouvernement à créer trois Ecoles de santé (14 frimaire an II) à Paris, Strasbourg et Montpellier. La nouvelle Ecole de santé réunit enfin médecins et chirurgiens. Le 3 floréal de l'an III (1795) l'Ecole de santé s'installe dans les locaux de l'évêché de Montpellier, ancien monastère Saint-Benoit (16).

L'hôpital général et son hospice

Au début du XIX^e siècle Montpellier a deux hôpitaux, Saint-Eloi hôpital de soins civil et militaire, et l'Hôpital Général hospice et orphelinat (16-23).

L'Hôpital Général dispose, au début du XIX^e siècle de vastes espaces non occupés entre le Verdanson et le chemin de la Trousse, actuelle rue Auguste Broussonet. On y installe un dépôt de mendicité qui devient Dépôt de police. C'est une sorte de SAMU social où l'on recueille prostituées, ivrognes, malades de la voie publique. En 1814, dans ce lieu peu glorieux on ouvre la première maternité de Montpellier.

En 1822 Hippolyte Rech fonde la Maison des aliénés du Dépôt de police, c'est à dire le premier véritable asile d'aliénés à Montpellier. Maternité et asile ne quitteront l'Hôpital Général qu'au début du XX^e siècle. Les vastes bâtiments inoccupés de cet hôpital et la présence des pensionnaires de l'hospice, enfants et vieillards favorisent l'apparition de nouveaux services de spécialité, Pédiatrie médicale et chirurgicale, Urologie, Otorhinolaryngologie, Neurologie, Ophtalmologie, Dermatologie.

De sorte qu'au début du XX^e siècle l'Hôpital Général est le seul hôpital de spécialités de la ville. Les nouveaux services sont logés dans l'ancien pavillon des incurables à l'exception de l'Ophtalmologie qui dispose d'un beau pavillon le long du Verdanson. L'hospice, quant à lui, reste confiné dans les deux bâtiments carrés de part et d'autre de la chapelle.

En 1926, un administrateur des hospices Joseph Guibal, propose de construire un nouvel hôpital de spécialités, les Cliniques Saint-Charles, sur l'emplacement de l'ancien asile d'aliénés. Ce bâtiment est inauguré en 1939 par le Président Albert Lebrun. Le groupe hospitalier Hôpital Général – Hôpital Saint-Charles aura une durée de vie relativement brève. Il sera complètement désaffecté en 2002 et ses bâtiments revendus.

L'Hôpital Général est le véritable lieu de naissance de la Gériatrie et de la Gérontologie montpelliéraines.

L'hospice et les maisons de santé A et B.

Nous évoquerons rapidement l'histoire de l'orphelinat (16).

Au début du XIX^e siècle les abandons d'enfants sont nombreux. Les enfants recueillis par l'Assistance publique sont d'abord admis dans la maternité de l'Hôpital Général puis confiés à des nourrices.

De 1818 à 1852 on disposera devant l'Hôpital Général une tour de bois confiée à une religieuse qui recueille les nouveaux-nés abandonnés anonymement. La présence des enfants à l'Hôpital Général n'est pas sans poser de nombreux problèmes de cohabitation avec les vieillards. Le sort des enfants sera résolu le premier au milieu du XX^e siècle ! Le Dépôt de pupilles, aux sinistres consonances, sera remplacé par un Foyer des pupilles (1945) qui deviendra le Foyer de l'enfance et quittera l'Hôpital Général en 1953.

Les vieillards de l'hospice sont logés dans deux salles disposées sur deux étages autour des deux cours carrées, celle des hommes à l'ouest et celle des femmes à l'est. Un certain nombre d'entre eux occupent l'aile médiane de l'ancien bâtiment des incurables. La vie des vieillards dans les grandes salles communes est vraisemblablement difficile. Les repas sont pris en commun sur de grandes tables disposées dans l'allée centrale. Sous le lit, une planche sert à poser sa valise seul bien dont on dispose. Des paravents sont disposés pour isoler les fins de vie.

Au XIX^e siècle les ateliers disparaissent progressivement et la plupart des pensionnaires sont livrés à l'oisiveté à l'exception de quelques-uns, parfois anciens orphelins du même hôpital, qui sont "utilisés" à des tâches diverses comme sacristains, coursiers ou vagemestres.

Au début du XX^e siècle, Joseph Vires, professeur à la Faculté de médecine dénombre 400 à 500 individus de tout âge "répartis dans l'antique hôpital, en des salles nombreuses et de toutes dimensions". On a isolé quatre salles baptisées infirmerie regroupant 110 lits. Deux sont consacrées aux soins des hommes, les deux autres à ceux des femmes.

La situation évolue peu au début du XX^e siècle bien que la loi du 21 décembre 1941 modifie profondément le statut de l'hôpital public qui devient lieu de soins accessible à tous. On garde le nom d'hospice pour la partie de l'hôpital réservée aux vieillards qui peuvent être des pensionnaires sains, des malades ou des invalides.

L'hospice est bientôt divisé en deux parties, l'hospice A au premier étage et l'hospice B au deuxième. Le rôle des religieuses de l'Ordre de Saint-Vincent de Paul a été primordial pour le soin des enfants et des vieillards de l'hospice. En 1946 il y a environ 70 sœurs réparties entre les deux hôpitaux Saint-Eloi et Saint-Charles Hôpital Général.

En 1971 les religieuses de l'Ordre de Saint-Vincent de Paul quittent l'Hôpital Général. Quelques une d'entre elles occuperont, à titre personnel, le poste de surveillante de service pendant quelques années.

La loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 modifie profondément cette situation. L'hôpital public ne doit plus héberger des vieillards sains qui peuvent être admis en maison de retraite. Il ne reçoit que des vieillards malades dans des maisons de santé, elles-même divisées en 1978 en long et moyen séjour. Le long séjour est réservé à des personnes âgées qui ont perdu leur autonomie d'une manière durable et qui ont besoin d'une surveillance constante. Le moyen séjour qui ne dépasse pas en principe 60 jours, est destiné à recevoir des vieillards malades mais curables pour un projet de rééducation.

A Montpellier la transformation de l'hospice en deux maisons de santé A et B débute, à partir de 1970, par d'importants travaux de rénovation. Les grandes salles communes sont cloisonnées en chambres de un à quatre lits disposées de part et d'autre d'un couloir. Chaque chambre dispose d'un lavabo, mais les sanitaires communs sont au bout d'un long couloir. Une salle commune sert de lieu de réunion avec un appareil de télévision. Les chambres sont de petite taille, peu ensoleillées et ne disposent que de fenêtres sans balcon ni terrasse.

La maison de santé A, installée au premier étage de l'Hôpital Général comporte les salles Saint-Vincent (ancien dortoir des religieuses de l'Ordre de Saint-Vincent de Paul parties en 1971) et la salle Durand Redier soit 80 lits de long séjour et 20 lits de "valides ou de cure médicale".

La maison de santé B, au deuxième étage, comporte la salle Peuzet Hamelin avec 49 lits de moyen séjour et les salles Fulcran Martin Tisson regroupant 50 lits de long séjour et 9 lits de "valides".

Les médecins des maisons de santé A et B sont des praticiens de ville exerçant à mi temps à l'hôpital ou des praticiens hospitaliers. Le personnel médical et paramédical comporte aussi un interne, une surveillante par salle, des infirmières, des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes.

La transformation de l'hospice en maison de santé représente un changement profond dans le statut des vieillards qui sont désormais des malades hospitaliers dont le mode de vie devrait se rapprocher de celui de l'ensemble des patients hospitalisés. Cette mise à niveau ne se fera en réalité que lentement à l'Hôpital Général. La vétusté des lieux, les habitudes des soignants, la présence de vieillards valides encore hospitalisés freinent l'évolution.

Pourtant le mode de vie des malades change nettement en 25 ans. Nous avons déjà évoqué les travaux de modernisation des unités d'hospitalisation.

L'animation devient une préoccupation nouvelle. Elle a pour but de proposer aux personnes âgées des occupations régulières en maintenant une vie sociale. Des agents hospitaliers au premier rang desquels il faut citer Jacques Barascud et des bénévoles montpelliérains vont contribuer à cette évolution. On aménage dans les anciens greniers un "club" ou des jeux de société et des rencontres sont organisés.

Sur l'initiative de François Delmas, maire de Montpellier, un club du troisième âge commun aux personnes âgées de la ville et aux malades des maisons de santé est organisé au rez-de-chaussée dans l'ancien jardin de la communauté de Saint-Vincent de Paul. On organise des sorties en bus chaque quinze jours puis chaque mercredi qui conduisent les pensionnaires des maisons de santé dans un restaurant ou un grand magasin.

La salle de cours de Médecine C située au rez-de-chaussée sert à des séances de cinéma. Le vendredi une messe rassemble les pensionnaires à la chapelle. Une fête de printemps, au mois de juin, organisée dans la salle de cours de la médecine C permet de recevoir des groupes folkloriques de la ville.

Les maisons de santé vont disparaître dans les années 90. La maison de santé B est incorporée au service de Médecine C en 1977 tandis que la maison de santé A est intégrée au nouveau service du professeur Claude Jeandel en 1999.

Les lits des anciennes maisons de santé sont intégrés au service de gériatrie sous la forme d'unités de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et de Soins de Longue Durée (SLD).

Le service universitaire des maladies des vieillards à l'Hôpital Général

Au début du XIX^e siècle la responsabilité médicale de l'hospice est confiée à un professeur de la Faculté de médecine. Fulcran César Caizergues, titulaire de la Chaire de thérapeutique et de matière médicale inaugure la fonction en 1803.

Jean Pierre César Bourquenot (1826) et Louis Raymond César Broussonnet qui sera aussi Maire de Montpellier en 1848 prennent sa suite.

Avec Paul Combal (1863) le poste de médecin chef de l'Hôpital Général acquiert un brio particulier. Présent dans son service dès 7 heures du matin l'enseignement au lit du malade de Paul Combal est célèbre. Il ouvre son service en 1970 aux étudiants en médecine.

Son successeur à la direction du service des maladies des vieillards et des enfants Jean-Baptiste Fonsagrives est l'auteur d'une importante œuvre scientifique dans le domaine de l'hygiène, en particulier des enfants.

Joseph Vires qui lui succède jouera un rôle important dans l'enseignement de la gériatrie.

En 1922 on crée une Chaire de Pathologie médicale et clinique propédeutique. Cette création va faire de l'Hôpital Général le lieu privilégié de l'enseignement de la propédeutique et de la gériatrie.

Le premier titulaire de cette chaire est Louis Rimbaud suivi de Gaston Giraud, Paul Boulet, Albert Puech et Antonin Balmès.

Les titulaires de cette chaire sont aussi chefs d'un service hospitalier qui se consacre particulièrement au traitement des personnes âgées de l'hospice et à l'enseignement des jeunes étudiants en médecine. Ce service est situé au premier étage de l'Hôpital Général, dans la salle Jules Latreille. C'est ici que va se développer progressivement le concept de Gériologie.

L'enseignement universitaire de la gériatrie, qu'on appellera bientôt la Gériologie, prend son essor au XIX^e siècle, à Paris, essentiellement à l'hospice de la Salpêtrière. Les élèves de Pinel, Landré Beauvais, Léon Rostan s'intéressent aux maladies des vieillards comme la goutte ou le ramollissement cérébral.

Deux ouvrages marquent avec précision, en France, l'épanouissement de la nouvelle spécialité universitaire. Maxime Durand Fardel et Jean Charcot écrivent respectivement le "Traité clinique des maladies des vieillards" (1854) et "Les leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques" (1874) (24, 25). A Montpellier le même travail sera effectué quarante ans plus tard à l'Hôpital Général.

Un évènement important sera la création, en 1875, d'un Cours annexe des maladies des vieillards confié à un brillant agrégé montpelliérain Joseph Grasset. Enseignant prestigieux on peut penser qu'une grande partie de son œuvre de neurologue a mûri au contact des malades âgés de l'Hôpital Général. Ce cours sera ultérieurement confié (1881) à de jeunes agrégés Elphèse Hamelin, Alphonse Mosse, Georges Rauzier (1892), Gaston Sarda (1889), Joseph Vires (1895) et Jean Vedel (1902). Longtemps Elphèse Hamelin et Joseph Vires enseigneront les maladies des vieillards aux étudiants dans la salle Jules Latreille.

On peut parler d'une véritable école montpelliéraine de Gérontologie qui trouvera son épanouissement dans l'ouvrage collectif de Georges Rauzier le "Traité des maladies des vieillards" paru en 1906 (26). Le livre est une mise au point précise des connaissances médicales au début du XX^e siècle. Georges Rauzier distingue avec netteté la vieillesse, qui commence à soixante ans, et la sénilité "affaiblissement lentement progressif des facultés corporelles et mentales". Hypotonie, sclérose, dystrophie (affections métaboliques), infections et cancer sont les causes de cette sénilité. La symptomatologie des maladies des vieillards est moins bruyante que celle des sujets plus jeunes.

La thérapeutique est malheureusement limitée, associant les toniques, quinquina, Kola, caféine. Dans une jolie formule Rauzier rappelle la nécessité "d'assurer la liberté du ventre", c'est-à-dire de lutter contre la constipation.

Louis Rimbaud, âgé de 31 ans, est alors chef de clinique de Joseph Grasset. C'est lui qui rédigea le chapitre "Le cœur sénile pathologique". L'étude comporte une analyse des lésions anatomiques du cœur sénile, fibrose du myocarde et atteinte valvulaire. Le rôle de l'hypertension artérielle et celui de l'attente coronarienne ne sont pas évoqués. Pourtant la symptomatologie douloureuse, l'arythmie cardiaque, la défaillance rénale sont clairement précisées. Les moyens thérapeutiques sont limités, régime lacto-végétarien (déchlорuré), théobromine, tonique cardiaque comme la caféine ou la spartéine. La digitale, précise l'auteur a une action très inconstante.

Victor Vedel, professeur agrégé, écrit le chapitre "Maladies de la peau chez le vieillard". La vieillesse pour Vedel est un état auto-toxique : "L'élaboration vicieuse des albumines et l'élimination imparfaite des matériaux usés" en sont les causes principales. La fréquence des états infectieux et parasitaires, tiques, phtiriades, teigne, morve, témoignent de l'hygiène du moment. La lèpre existe encore en France, sur la Riviera, dans les Pyrénées et en Bretagne. La furonculose relève du badigeonnage à la teinture d'iode, aux pulvérisations ou aux injections interstitielles d'acide phénique. La nouvelle application des rayons X expose à une "radiodermite" et la "peau du vieillard étant en état de nutrition souvent précaire on sera réservé chez eux de l'emploi des rayons X".

En 1922, Louis Rimbaud devient titulaire de la nouvelle chaire de Pathologie médicale et clinique propédeutique. Il restera le chef du service des vieillards et de l'hospice jusqu'en 1932. Pendant ces dix années, comme pour son maître Joseph Grasset, la pathologie neurologique du vieillard lui inspire son "Précis de neurologie"

paru en 1933, qui sera réédité jusqu'en 1948. Administrateur des hospices de 1932 à 1944, il assurera la vice-présidence de cette assemblée. Dans son rapport sur la "Politique hospitalière des hospices de Montpellier" (1938), Louis Rimbaud insiste sur les travaux réalisés dans le service des vieillards avec en particulier l'aménagement de larges terrasses d'ensoleillement (27).

Ses successeurs immédiats Gaston Giraud (1932-1937) et Paul Boulet (1937-1947) s'intéresseront moins à l'enseignement de la Gériatrie qu'à celui de la Propédeutique ou de la Cardiologie (Gaston Giraud). Paul Boulet, Maire de Montpellier à deux reprises, aura une importante activité politique comme député de l'Hérault en s'opposant, en juillet 1940, à l'attribution des pleins pouvoirs à Philippe Pétain.

Avec Albert Puech (15, 19) et ses collaborateurs Charles Combié et André Pagès le service reprend une activité de publications sur les maladies des vieillards. L'étude des ramollissements cérébraux et la pathologie endocrinienne des vieillards font ainsi l'objet de plusieurs publications.

En 1960 Antonin Balmès devient chef du service de propédeutique médicale. Agrégé de médecine en 1946, Antonin Balmès (15, 19, 21, 22) est d'abord un brillant pneumologue. Il s'intéresse à la tuberculose et dirige longtemps un service de tuberculeux non sanatoriaux installé dans le pavillon Laennec de l'hôpital Saint-Eloi, puis dans un pavillon de l'hôpital psychiatrique Font d'Aurelle. Consultant apprécié à Montpellier, il dirige, avec sa femme le docteur Jeanne Balmès, une clinique privée consacrée aux soins des tuberculeux à Saint-Georges d'Orques. C'est un homme élégant, plein de charme, amateur de musique. Très aimé de ses patients, il s'efforce, autant qu'il le peut, de leur épargner des vérités trop douloureuses.

Sa nomination à la direction de la Chaire et du service de Propédeutique médicale va donner une impulsion décisive, non seulement à l'enseignement de la Propédeutique mais aussi à celui de la Gérontologie amorcée par Albert Puech. Il occupe d'abord, de 1960 à 1965, le premier étage de l'Hôpital Général, en particulier la salle Jules Latreille berceau de l'enseignement gériatrique. Au départ de Louis Bertrand (1965) titulaire de la Chaire de Pathologie médicale et physiopathologie clinique, qui occupait les salles Saint-Bernard et Saint-Roch au deuxième étage de l'Hôpital Général, il déménage dans ces deux salles récemment restaurées tandis que son service prend le nom de médecine C.

L'équipe d'Antonin Balmès est riche d'individualités diverses attirées par sa personnalité brillante et son hyperactivité. Son premier collaborateur, Jean-Claude Dauverchain (1932-2002), est nommé maître de conférences. L'activité de la nouvelle équipe est intense avec une triple orientation, l'enseignement des jeunes étudiants (la propédeutique), la pneumologie et la gérontologie. Plus de quarante publications sont ainsi consacrées à la pneumologie du vieillard, à la tuberculose, à la silicose, à l'exploration fonctionnelle respiratoire des sujets âgés mais aussi à la pathologie hématologique et néoplasique et à la néphrologie (21). Antonin Balmès et ses élèves participent à l'essor universitaire de la Gériatrie en France.

A l'Hospice d'Ivry, qui devient plus tard l'hôpital Charles Foix, le professeur Jean Vignalou a développé la médecine des vieillards. Il crée en 1971 un hôpital de jour pour personnes âgées, le premier en France, et une unité de soins aigus gériatriques. Il organise, avec son collaborateur Paul Bertaux, un enseignement post-universitaire de gériatrie et le premier diplôme universitaire de gérontologie.

Partout en France des médecins, dont beaucoup d'universitaires, s'intéressent à cette nouvelle spécialité médicale. Ce sont le cas des professeurs René Herbeval et Gérard Cuny à Nancy, Marius Audier à Marseille, Babeau à Nice et Pierre Choussal à Bordeaux.

La Société française de gérontologie est créée en 1961. Des sections locales de cette société, comme la Société méditerranéenne de gérontologie et de gériatrie, font leur apparition. Créée en 1975 par Antonin Balmès, Marius Audier et P. Babeau, elle permet aux équipes des trois villes de se réunir trois fois par an pour discuter des problèmes de la spécialité. Un diplôme universitaire de gérontologie est créé à Montpellier (1973).

En 1976 Antonin Balmès part à la retraite et son élève Jean-Claude Dauverchain lui succède à la direction du service. Ce dernier reste d'abord au deuxième étage de l'Hôpital Général dans les salles Saint-Roch (23 lits) et Saint-Bernard (30 lits). André Mandin s'occupe de la salle Saint-Bernard et Jacques Othoniel de la salle Saint-Roch.

En 1984, au départ du professeur Barjon à Lapeyronie, la salle Saint-Roch déménage dans son ancien service qui comporte 30 lits répartis en chambres d'un à deux lits. Au moment de la restructuration des cliniques médicales de Saint-Eloi, en 1986, le service change d'intitulé et devient le service de Médecine interne C et de gérontologie. Cette dénomination nouvelle traduit la double vocation de Jean-Claude Dauverchain qui se veut avant tout médecin interniste.

En 1992 ce service est réduit à 30 lits par la fermeture de la salle Saint-Bernard. Pendant la période de 23 ans, jusqu'au départ à la retraite de Jean-Claude Dauverchain les progrès en gériatrie sont considérables. L'exploration angiographique puis l'échodoppler mettent en évidence la fréquence des accidents vasculaires veineux du vieillard, phlébite et embolie pulmonaire. La chirurgie du vieillard devient plus audacieuse, en particulier la chirurgie digestive, confiée aux professeurs Michel Balmès et Léon Dayan. Les premières interventions endoscopiques, en particulier sur les voies biliaires, et les progrès de la réanimation postopératoire rendent enfin possible la chirurgie du vieillard. Cependant les progrès de la médecine gériatrique, s'ils allongent la durée de la vie humaine, permettent l'émergence d'une pathologie du grand âge comme les redoutables démences séniles.

L'enseignement de la gériatrie progresse lentement.

En 1998 on organise sur le plan national la Capacité de gérontologie, enseignement d'une durée de deux ans, ouverte aux médecins diplômés. Un Diplôme d'Enseignement Supérieur Complémentaire (DESC) est organisé au même moment, sur le plan national, pour les internes des hôpitaux.

De nouvelles sociétés savantes régionales font leur apparition comme la Fédération méridionale de gériatrie. Les deux universitaires du service de Médecine C et de gérontologie vont naturellement s'investir dans ce nouvel enseignement. Jacques Othoniel s'occupe plus particulièrement de l'organisation de la Capacité de gérontologie. Jean-Claude Dauverchain, brillant enseignant, contribue fortement à faire connaître les problèmes gériatriques en Languedoc-Roussillon.

Le Centre de Soins pour Personnes Agées (CSPA) Bellevue

A partir de 1973 l'ancien sanatorium Bellevue héberge une centaine de lits destinés à des personnes âgées de la maison de santé A.

En 1975 le Conseil d'administration du Centre hospitalier prend la décision de construire sur le site de Bellevue deux bâtiments de 120 lits chacun. Faute de moyens financiers, le programme ne comportera finalement qu'une seule unité de soins normalisée de type V 120 soit 80 lits de long séjour et 40 lits de moyen séjour rattachés à la maison de santé A.

L'architecte, maître d'œuvre, est le cabinet Boyer à Marseille. La construction débute en janvier 1976 et le Centre de Soins pour Personnes Agées (CSPA) Bellevue est inauguré le premier juillet 1977.

Le nouvel hôpital est implanté au milieu d'un parc de trois hectares, au nord-ouest de l'ancien sanatorium. Il a une forme complexe avec trois bâtiments juxtaposés en damier. Il mesure environ 70 mètres sur 41 et possède quatre niveaux. Dans le bloc central du rez-de-chaussée se trouvent l'accueil, les salles d'animation, la restauration et l'administration. On trouve sur le même palier des salles de kinésithérapies, d'ergothérapie et une salle de radiologie. Les étages, au nombre de deux, sont réservés à l'hospitalisation. Ils comportent initialement en leur centre un escalier et une salle de bain commune à l'étage. Un large couloir pourvu d'une main courante, dessert des chambres à un, deux ou trois lits. Il y a 60 lits par étage et chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette avec WC. Les fenêtres sont haut situées, sans balcon.

Des travaux de rénovation réalisés en 1995 améliorent les conditions de vie et chaque chambre dispose alors d'une salle de bain.

Le Centre Antonin Balmès et l'organisation d'un service de gériatrie

La dernière décade du XX^e siècle (1988-1999) est déterminante pour l'organisation d'un service de gériatrie clinique à Montpellier. La décision du Conseil d'administration des hôpitaux de vendre le site hospitalier Saint-Charles- Hôpital Général est prise le 22 janvier 1988. Le même Conseil d'administration décide le 27 avril 1993 de construire un centre de long et moyen séjour sur le site de La Colombière, c'est-à-dire le futur Centre Antonin Balmès (CAB).

Le 30 mai 1996 le Conseil d'administration entérine la suppression de la maison de santé B, dont les lits sont rattachés au service de Médecine interne C et gériatrie. Deux services hospitaliers s'occuperont donc spécifiquement des vieillards, le service de Médecine interne C et de gériatrie dirigé par le professeur Jean-Claude Dauverchain et la maison de santé A confiée au docteur Christiane Nguyen Phuoc Du. Une partie des lits de la maison de santé A sera installée au Centre Antonin Balmès tandis que l'autre partie restera localisée au Centre de Soins pour Personnes Agées (CSPA) de Bellevue.

La construction du Centre Antonin Balmès

Elle débute en 1994. Les architectes de conception, Wladimir Mitrofanoff et R. Opris sont parisiens. Ils sont secondés par Daniel Bedeau et Philippe Benon qui assureront la réalisation de l'ouvrage.

Le bâtiment longe l'avenue Charles Flahault dont il est séparé par un parking d'une centaine de places et par des locaux techniques. Le centre et le parc qui l'entoure sont limités par les avenues des lauriers au sud, des arbousiers à l'est, de la ciboulette au nord et des pins à l'ouest. L'ensemble du bâtiment s'inscrit dans un rectangle de 134 mètres sur 53. L'ouvrage comporte trois parties, une médiane de 40 mètres sur 29 et deux latérales, en forme de H. La jonction entre les trois parties est assurée par quatre galeries couvertes d'environ 9 mètres. Le parti-pris architectural a été une large pénétration de la lumière. Dans le bâtiment central, au rez-de-chaussée, un hall de 100 mètres carrés dessert des bureaux de médecins et un hôpital de jour. Le hall débouche à l'ouest, sur une vaste salle d'animation circulaire.

Les malades sont hospitalisés au rez-de-chaussée et au premier étage dans les parties latérales. Les chambres de malades, disposées en groupe de 6 ou 7 occupent les branches du H. Les unes, à deux lits, mesurent 30 mètres carrés et disposent de deux sanitaires. Les autres, individuelles, mesurent environ 20 mètres carrés et ont chacune un sanitaire. Elles sont toutes pourvues d'un balcon et s'ouvrent sur une zone arborée.

Le nouvel hôpital est inauguré le 15 février 1997.

La maison de santé A, dirigée par le docteur Christiane Nguyen Phuoc Du, assistée du docteur Marie-Suzanne Léglise (PH) comporte 116 lits de long séjour à Antonin Balmès (rez-de-chaussée et aile nord du premier étage), 80 lits de long séjour et 36 lits de moyen séjour au CSPA de Bellevue.

Le service de Médecine interne C et de Gériatrie dirigé par le professeur Jean-Claude Dauverchain assisté de Jacques Othoniel (PUPH), Dominique Fabre (PH) et Pierre Reygrobellet (PH) comporte 20 lits de court séjour et 24 lits de moyen séjour au CAB.

Au départ de Jean-Claude Dauverchain à la retraite (septembre 1997), le Conseil d'administration du CHU confie temporairement la responsabilité du service de Médecine interne C au professeur Michel Brunel. Elle sera par la suite attribuée, à tour de rôle, à Charles Janbon et François Blanc professeurs de Médecine interne.

Le Conseil d'administration du 14 octobre 1999 décide de regrouper la maison de santé A et le service de médecine interne C en un seul service de gériatrie clinique confié au professeur Claude Jeandel.

La période 1999 à nos jours

Claude Jeandel, nommé professeur des universités de médecine interne et gériatrie en 1991, est issu de l'école de gériatrie de Nancy et s'est orienté vers la gériatrie au cours de son clinat en 1987 sous l'influence de son maître, le professeur Gérard Cuny, un des pionniers de la gériatrie en France (28).

Il prend donc ses fonctions de chef de service en 1999 du service de gérontologie, dont l'intitulé sera complété, sur sa proposition, de l'appellation "Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement". En 1999, ce service comporte quatre unités fonctionnelles : sur le centre Antonin Balmès : une unité de consultation, 20 lits de court séjour gériatrique (Professeur Claude Jeandel), 60 lits de soins de suite et réadaptation (Docteur Pierre Reygrobellet et Docteur Marie Suzanne Léglise), et 196 lits de soins de longue durée (Docteur Christiane Nguyen Phuoc Du, puis Docteur Pierre Hemmi) répartis sur le centre Antonin Balmès (80 lits) et sur le centre Bellevue (116 lits).

2001 – Création d'un module "vieillissement" dans le deuxième cycle des études médicales

A cette époque, la capacité de gérontologie, formation universitaire délivrant un diplôme national créé en 1988, est coordonnée par le professeur Jacques Othoniel, qui assure également la coordination d'un diplôme universitaire de gérontologie et d'un diplôme universitaire de géronto-psychiatrie. La réforme des études médicales 2001-2002 crée officiellement pour la première fois un enseignement transversal "vieillissement" dispensé aux étudiants en médecine de cinquième année et assuré par le professeur Claude Jeandel et le docteur Hubert Blain. Parallèlement, en 2001 puis 2002, deux autres diplômes universitaires (DU) viennent compléter l'offre de formation : le DU de prise en charge pluri-professionnelle des malades atteints de la maladie d'Alzheimer (coordonné par les professeurs Claude Jeandel et Jacques Touchon), préfigurant les formations décloisonnées ouvertes à l'ensemble des professions de santé, et le DU de cardio-gériatrie (coordonné par les professeurs Claude Jeandel et Jean-Marc Davy).

2002 - La création de la filière gériatrique hospitalière et les premières mesures du Plan Alzheimer

En 2002, sous l'impulsion de Guy Vergnes, Directeur Général du CHU de Montpellier et en pleine conformité avec le projet d'établissement qui place la thématique "vieillissement" comme une de ses priorités, l'offre de soins gériatrique est complétée par l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de jour de 10 places au centre Antonin Balmès et par la création d'une unité mobile de gériatrie (UMG). Est ainsi créée une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville et qui constitue un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Une consultation mémoire labellisée dans le cadre du Plan Alzheimer lui sera intégrée dans la même période. L'unité mobile gériatrique intervient quant à elle dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique et conseiller, informer et former les équipes soignantes de l'ensemble des unités de soins accueillant des patients âgés.

2002 – Le premier Colloque interdisciplinaire et pluri-professionnel de prévention et d'évaluation en gérontologie (CIPPEG)

Sous la double égide de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie et de la Société Languedocienne de Gérontologie (SOLANGE), se tient pour la première fois en 2002, sous la présidence de Claude Jeandel, le premier CIPPEG, congrès national rassemblant près de 900 professionnels de la gériatrie et gérontologie.

2004 - La gériatrie, reconnue comme spécialité médicale

Sous la pression démographique et en raison des problèmes de santé spécifiques aux personnes âgées, qui requièrent une prise en charge spécifique, la gériatrie est reconnue en tant que spécialité médicale en 2004, dans les mois qui ont suivi les dramatiques conséquences de la canicule d'août 2003.

Selon la définition européenne de l'UEMS-GMS (2008), *la médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés*. Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire. La médecine gériatrique, dépasse ainsi la médecine d'organes et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes multidisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge des patients pris en charge mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux défis de la spécialité de médecine gériatrique concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus.

Selon la définition empruntée au rapport ministériel un "Programme pour la gériatrie" (29), le patient gériatrique n'est pas seulement un patient âgé. En effet, si la demande en soins hospitaliers doit augmenter significativement au cours des prochaines années pour les patients âgés de 75 ans et plus, il convient de préciser que cette demande concernera une population de patients relativement hétérogène.

Il est ainsi classique de distinguer deux typologies de patients de plus de 75 ans aux besoins spécifiques :

- 1) les patients mono ou paucipathologiques hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable et qui doivent bénéficier des services de court séjour relevant de la spécialité concernée par l'affection motivant le recours à l'hôpital ;
- 2) les patients dits "gériatriques" qui se caractérisent par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation volontiers atypiques de ces affections n'orientent pas d'emblée vers une pathologie d'organes précise exposant au risque d'une orientation inadéquate en service

de spécialité. La poly-pathologie caractérisant ces patients explique le plus grand risque d'instabilité et de défaillance ou de multi défaillance d'organes lors de l'affection aiguë ayant nécessité l'hospitalisation.

Le patient gériatrique justifie une approche particulière, à la fois globale et continue. La fréquence de la poly-pathologie justifie une approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de la poly-pathologie et des comorbidités et la gestion de la "complexité" médico-psycho-socio-environnementale. L'approche globale a pour finalité la prise en compte des troubles affectant la sphère cognitive, les troubles affectifs et comportementaux, les morbidités somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes (ne pas nuire) et la prévention de la maltraitance. La fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale, justifie une approche continue du soin intégrant la réadaptation et réhabilitation fonctionnelle, soit immédiatement dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

La reconnaissance de la spécialité de gériatrie se traduit par la création d'un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) qualifiant de gériatrie dont la coordination régionale est confiée au professeur Claude Jeandel. Cette formation est réalisée au cours de l'internat et en post-internat (le plus souvent lors des fonctions de chef de clinique assistant dans un service universitaire de gériatrie) et comporte des stages dans des services hospitaliers de gériatrie habilités et une formation théorique.

La 1^{re} édition du Livre blanc de la gériatrie française (30) permet en 2004 de présenter et diffuser les fondamentaux de la spécialité dans ses dimensions du soin, de la formation et de la recherche.

2004 – La création d'un Master de gérontologie à l'Université Montpellier 1 vient compléter l'offre de formation

Cette formation vise à qualifier des étudiants et à développer les compétences des salariés en poste de cadre, avec la perspective de professionnaliser le secteur de la gérontologie, de l'aide à domicile et des divers dispositifs pour personnes âgées. Cette formation est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Elle vise également à donner des compétences croisées de gestion et d'animation de dispositifs gérontologiques en associant des connaissances sur le vieillissement, la population âgée, son environnement, ainsi que le cadre institutionnel des politiques publiques sociales et de santé. Elle contient enfin également un volet de formation de formateur, indispensable pour diffuser les connaissances et les compétences en gérontologie à grande échelle. Les débouchés de ce master sont nombreux : directeur(rice) d'établissement médico-social, directeur(rice) de services d'aide à domicile et d'aide à la personne, cadre d'établissement médico-social, coordonnateur de services ou d'institutions médico-sociales, chargé(e) de mission, chef de projet dans le secteur médico-social au sein des collectivités territoriales ou de structures privées, formateur(rice) du champ gérontologique, animateur(rice) de dispositifs gérontologiques territorialisés (CLIC, réseau de santé...).

2006 – Identification du Pôle de gériatologie et de lits de soins palliatifs au sein du pôle

Dans le cadre de la réforme hospitalière et de la perspective de la future loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), le service de gériatologie est identifié comme un des quinze pôles du CHU de Montpellier. En 2006, les compétences du pôle s'élargissent aux soins palliatifs par la reconnaissance de 3 lits en court séjour, qui seront complétés en 2009 et 2010 par 6 lits identifiés en soins de suite. Cette unité transversale, confiée au Docteur Marie-Suzanne Léglise, travaille en lien étroit avec l'Unité Soins Palliatifs, le réseau SPHERE, et l'association des bénévoles (CRERSI). L'équipe de gériatrie participe par ailleurs à l'enseignement du DU de soins palliatifs et accompagnement délivré par la Faculté de médecine.

Entre 2005 et 2011 – De nouvelles formations universitaires complètent l'offre de formation en gériatrie et gériatologie impliquant le département hospitalo-universitaire de gériatrie du CHU de Montpellier

Afin de répondre aux besoins croissants d'actualisation des connaissances des médecins et autres professionnels de santé dans le domaine du soin aux personnes âgées, plusieurs diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU) impliquant le pôle de gériatologie sont créés entre 2005 et 2011 à la Faculté de médecine de Montpellier : DIU d'oncologie du sujet âgé (Jean-Louis Pujol et Claude Jeandel), DIU de nutrition du sujet âgé (Claude Jeandel), DU de médecine et pratiques gériatriques et gériatologiques (Hubert Blain), DU d'amélioration des pratiques soignantes en gériatrie (Hubert Blain), DU des pratiques soignantes en SSR (Jacques Péliissier et Claude Jeandel), DU de gérontopsychiatrie et psychopathologie du vieillissement (Claude Jeandel et Jean Philippe Boulenger).

Le déploiement de ces nouvelles formations et le renforcement de l'encadrement pédagogique des étudiants et internes accueillis en stages au sein du pôle de gériatologie sont rendus possibles par la création en 2005 d'un deuxième poste de chef de clinique et en 2007 par la création d'un deuxième poste de professeur des universités en gériatrie (professeur Hubert Blain).

2010-2011 – Le renforcement de la filière gériatrique du CHU de Montpellier : une adaptation nécessaire de l'offre de soins aux besoins gériatriques

En 2010 et 2011, le pôle de gériatologie du CHU de Montpellier adapte son offre de soins au regard des besoins croissants de la population âgée et en pleine conformité avec le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Sont ainsi ouverts 24 lits de médecine aiguë gériatrique et 10 lits de soins de suite et réadaptation supplémentaires. Parallèlement, le pôle s'inscrit à part entière dans la réponse aux mesures portées par le Plan Alzheimer gouvernemental. Est ainsi identifiée une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) (docteur Stéphanie Thomas) de 10 lits dédiés aux malades atteints de maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées et présentant des troubles psychologiques ou comportementaux. En 2011, l'unité mobile de gériatrie créée en 2002 élargit ses missions dans un cadre expérimental et grâce au partenariat renforcé avec la clinique de géronto-psychiatrie Saint-Antoine de Montarnaud, en intervenant au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, ex maisons de retraite) de l'agglomération. Ce rapprochement entre l'établissement de santé CHU de Montpellier et les établis-

sements médico-sociaux (EHPAD, accueil de jour thérapeutique Alzheimer Ciel Bleu, équipes spécialisées Alzheimer) est formalisé dans le cadre de conventions qui devraient prochainement s'étendre aux services de soins infirmiers (SSIAD et SPASAD) afin d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie.

Un projet d'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) est également à l'étude afin de compléter l'offre de soins actuelle.

2010 – Le référentiel métier de la Gériatrie Française

En 2011, à l'instar des autres spécialités médicales, la gériatrie élabore son référentiel métier qui définit les 9 segments de l'activité gériatrique. Ce référentiel est diffusé au sein de la deuxième édition du livre blanc (31) qui présente également l'activité des gériatres à partir de deux enquêtes coordonnées par l'Observatoire régional de santé de Bretagne en association avec l'Observatoire régional de santé d'Aquitaine, dont les objectifs sont de caractériser les gériatres *enquête auprès des gériatres* et d'analyser, à partir de la prise en charge des patients, les particularités des principaux segments d'activité de la spécialité *enquête sur l'activité des gériatres*. L'ouvrage rassemble en outre des informations concernant les besoins de santé actuels et futurs face au vieillissement démographique de la population française, l'offre de soins, la formation des gériatres et la recherche.

Les axes de recherche du département hospitalo-universitaire de gériatrie

Parallèlement aux activités de soins et de formation, le département de gériatrie du CHU de Montpellier est impliqué dans trois principaux axes de recherche :

- axe nutrition/stress oxydant/inflammation /fragilité et vieillissement, en collaboration avec l'unité "épidémiologie nutritionnelle" Inserm U 591/INRA/Paris XIII, le Département de Biochimie du CHU de Montpellier (*professeur Jean Paul Christol*) et l'UMR 204, Axe Nutrition Expérimentale et Clinique (IURC) (cohorte SUVIMAX, cohorte RAV, étude NUTRINET) ;
- axe "vieillesse et appareil locomoteur" (vieillesse osseuse et ostéoporose, équilibre, mouvement, chute) en collaboration avec l'Unité de Recherche Efficience Déficience Motrice EA 2991 de Montpellier ;
- axe "vieillesse cognitive et affections démentielles".

2012 - Un projet novateur de formations aux métiers du grand âge impliquant les Universités de Montpellier 1, Paris VI et Strasbourg et l'Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport est retenu dans le cadre des initiatives d'excellence en formations innovantes (*Trans Innov Longévité : système interuniversitaire transdisciplinaire d'excellence appliqué aux métiers de la longévité et de l'autonomie*).

2012 – Des actions innovantes dans le domaine des soins aux personnes âgées

2012 voit trois nouvelles mesures mises en œuvre afin d'améliorer la prise en soins des personnes âgées.

- La reconnaissance nationale d'une unité de coordination régionale en oncogériatrie (UCOG) dédiée aux patients âgés atteints de cancer (sous la double coordination des professeurs Claude Jeandel et David Azria) et dans le cadre d'un partenariat entre les CHU de Montpellier et de Nîmes et le Centre régional de lutte contre le cancer (CRLC). A Montpellier, cette nouvelle activité implique plus particulièrement les docteurs Ernestine Ferreira (pôle de gérontologie) et Laurence Christol (CRLC).

- L'identification au sein de l'hospitalisation de jour gériatrique d'une consultation d'expertise de l'équilibre et de la chute (professeur Hubert Blain)

- La création d'une Maison de l'Autonomie et de l'Intégration des patients Alzheimer (MAIA) (mesure 3 du Plan Alzheimer), dont la finalité est de coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'offrir un accompagnement à leur entourage.

2012 - Le dixième anniversaire du Congrès CIPPEG Gérosanté

2012 est également l'année de la dixième édition du congrès national pluri-professionnel de gériatrie et gérontologie qui sera l'occasion d'annoncer l'année européenne du vieillissement actif.

Le pôle de gérontologie en 2012

En 2012, le pôle de gérontologie du CHU de Montpellier comporte cinq équipes médicales au sein d'un département hospitalo-universitaire (spécialité de gériatrie) correspondant à cinq segments d'activités des soins :

- consultation et Hôpital de jour (centre Balmès) intégrant une consultation mémoire, une consultation de l'équilibre et de la chute et une activité d'oncogériatrie (dans le cadre de l'unité de coordination oncogériatrique) ;
- court séjour gériatrique (44 lits au centre Balmès) ;
- soins de suite et réadaptation gériatriques (70 lits : 30 au centre Balmés et 40 au centre Bellevue) dont une unité Cognitivo-Comportementale (10 lits) ;
- soins de longue durée : 146 lits (76 au centre Balmès et 70 au centre Bellevue), unité mobile de gériatrie et de géronto-psychiatrie.

Il a établi un certain nombre de collaborations inter-disciplinaires dont certaines doivent être renforcées et d'autres initiées : en hémato-oncologie dans le cadre de l'oncogériatrie et des soins palliatifs, en psychiatrie (équipe mobile gériatrique à compétence psychiatrique), avec les urgences, les autres spécialités médico-chirurgicales devant impliquer l'unité mobile de gériatrie et l'hospitalisation de jour.

Il a également développé des conventions inter-établissements impliquant le pôle en tant que "pilote" de la filière gériatrique avec les hôpitaux de proximité (Lodève, Clermont l'Hérault, Lunel), les établissements de santé siège de SSR et les EHPAD du territoire de santé, la clinique de géronto-psychiatrie de Montarnaud et l'accueil de jour Alzheimer Ciel Bleu.

Perspectives

Outre la nécessaire adaptation de l'offre gériatrique aux besoins des personnes âgées, les perspectives du pôle de gérontologie visent à s'inscrire comme un acteur essentiel de l'expérimentation du "parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie".

Trois objectifs fixent les orientations du pôle : promouvoir la santé des seniors : “pour un vieillissement réussi (à haut niveau de fonction)” (32, 33), prévenir l’entrée des sujets âgés “fragiles” (frailty elderly) dans le handicap et la dépendance et optimiser la prise en soins des patients âgés dépendants et des handicapés vieillissants. C’est dans cette optique qu’est actuellement instruite une réflexion afin d’identifier en tant que tel un Pôle Régional de Gérontologie dont les finalités seraient de constituer au niveau régional une plateforme (centre de ressources, animateur régional) de compétences dans le domaine du vieillissement, de la gériatrie et de la gérontologie dans les dimensions du soin, de la formation et de la recherche, d’améliorer la lisibilité de ce secteur pour les usagers, les professionnels, les partenaires potentiels et le secteur marchand, de créer ainsi les conditions d’attractivité vis-à-vis de ce secteur aux enjeux majeurs (révolution de la longévité).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) FABRE G., LOCHARD T. Montpellier la ville médiévale. Imprimerie nationale Paris. 1992.
- (2) NOUGARET J., GRANDJOUAN M.S. Montpellier monumental. Tome 1 et 2. Editions du Patrimoine. Paris. 2005.
- (3) VERGER J. Les statuts de l’Université de médecine de Montpellier. In L’Université de médecine de Montpellier. Colloque international de Montpellier 17-19 mai 2001. Brepols Publishers. Turnhout ; 2004.
- (4) AGRIMI J., CRISCIANI C. Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale en Occident. In GRMEK M.D. Histoire de la pensée médicale en Occident. Vol 1 Antiquité et Moyen Age. Edition du Seuil. Paris. 1995.
- (5) DULIEU L., CRUZEL A.C. Les hôpitaux de Montpellier et leur histoire ; passé, présent, avenir. Imprimerie AZ Offset, Anduze, 1985.
- (6) CHAUVET I. Les hôpitaux de Montpellier au Moyen Age. Mémoire de D.E.A. Université Paul Valéry. Montpellier. 1994.
- (7) DULIEU L. L’hôpital du Saint-Esprit à Montpellier. Monspeliensis Hippocrates n° 26, 1964.
- (8) NICOUD M. Les régimes de santé de l’aire montpelliéraine : affirmation et renouveau de l’Ars diaetae. Au XIV^e siècle. In L’Université de médecine de Montpellier. Colloque international de Montpellier 17-19 mai 2001. Brepols Publishers. Turnhout ; 2004.
- (9) SOTRES P.G. Les régimes de santé. In GRMEK M.D. Histoire de la pensée médicale en Occident. Vol 1 Antiquité et Moyen Age. Edition du Seuil. Paris. 1995.
- (10) DULIEU L. La Médecine à Montpellier. Tome II. La Renaissance. Imprimerie Aubanel. Avignon. 1979.
- (11) DULIEU L. La Médecine à Montpellier. Tome III. L’Epoque classique. 1^{re} et 2^e partie. Imprimerie Aubanel. Avignon. 1983 et 1986.
- (12) DULIEU L. La Médecine à Montpellier du XII^e au XX^e siècle. Editions Hervas. Paris. 1990.

- (13) BERAL P. Histoire de l'hôpital de la Charité à Montpellier. Imprimerie centrale du Midi. Montpellier. 1899.
- (14) D'AIGREFEUILLE C. Histoire de la ville de Montpellier depuis son origine jusqu'à notre temps. Edition de M. de la Pijardiere. Coulet. Libraire éditeur. Montpellier. 1879. p 334.
- (15) DUMAS R., GRANDJOUAN M.S., BONNET H., DURAND A. Histoire de l'Hôpital Général et de l'hôpital Saint-Charles à Montpellier. Sauramps médical. Montpellier. 2002.
- (16) DULIEU L. La médecine à Montpellier. Tome IV. De la première à la troisième République. 1^{re} et 2^e partie. Imprimerie Aubanel. Avignon. 1988 et 1990.
- (17) DULIEU L. La médecine à Montpellier. Tome V. De 1870 à 1920. 1^{re} et 2^e partie. Quick Print. Montpellier. 1994 et 1995.
- (18) DULIEU L. La médecine à Montpellier. Tome VI. De 1920 à 1960. 1^{re} et 2^e partie. Quick Print. Montpellier. 1996 et 1997.
- (19) DULIEU L. La médecine à Montpellier. De 1960 à 1985. 1^{re} et 2^e partie. Quick Print. Montpellier. 1999.
- (20) DUMAS R. Histoire des hôpitaux Saint-Eloi et Gui de Chauliac à Montpellier. Sauramps médical. Montpellier. 2005.
- (21) DUMAS R. Histoire de l'hôpital psychiatrique Font d'Aurelle-La Colombière à Montpellier. Sauramps médical. Montpellier. 2007.
- (22) DUMAS R., THEVENET A. Histoire des hôpitaux de Montpellier. Tome IV. Sauramps médical. Montpellier. 2007.
- (23) DUMAS R. Histoire des hôpitaux de Montpellier. Tome V. L'hôpital Lapeyronie. L'hôpital Arnaud de Villeneuve. Le centre administratif André Bénech. Sauramps médical. Montpellier. 2010.
- (24) DURAND-FARDEL M. Traité clinique des maladies des vieillards. Paris. 1854.
- (25) CHARCOT J.M. Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques. B. Ball. A.Delahaye. Paris. 1874.
- (26) RAUZIER G. Traité des maladies des vieillards. J.B. Baillere. Paris. 1908.
- (27) RIMBAUD L., ROMEU J. La politique hospitalière des hospices de Montpellier. Montpellier Médical. Tome XIII n° 3, p 91-150, 1938.
- (28) JEANDEL C. Hommage au Professeur Gérard CUNY. 1999. Presses Saint-Paul. Bar le Duc.
- (29) JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P. Un programme pour la gériatrie. Rapport ministériel 2006 (accessible sur internet).
- (30) JEANDEL C., BONNEL M. Le livre blanc de la gériatrie française. Première édition. ESV Production. 2004. 434 pages.
- (31) JEANDEL C. Le livre blanc de la gériatrie française. Seconde édition. 2011. ESV Production. 300 pages.
- (32) JEANDEL C. Vieillir au XXI^e siècle. Une nouvelle donne. Encyclopédie Universalis. 194 pages.
- (33) JEANDEL C. Les différents parcours du vieillissement. Les tribunes de la santé. Revue SEVE. 2005. n° 7, pages 25 – 35.