

Vieillir au couvent: stratégies des congrégations et paradoxe des laïcités

Social Compass
2016, Vol. 63(1) 3–19
© The Author(s) 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0037768615613892
scp.sagepub.com


Annick ANCHISI

HESAV, HES-SO – Lausanne, Suisse

Laurent AMIOTTE-SUCHET

FTSR – ISSRC – Université de Lausanne, Suisse

Kevin TOFFEL

HESAV, HES-SO – Lausanne, Suisse

Résumé

En Suisse comme en France, les communautés de religieuses vieillissent. En cas de dépendance liée à l'âge, la prise en charge coutumière des plus âgées par les plus jeunes n'est plus envisageable. Cet article se base sur une étude sociologique qui analyse la transformation de couvents de religieuses catholiques en maisons de retraite situées en Suisse et en France. Ces transformations mettent en évidence un mode de régulation entre congrégations et États qui diffère d'un pays à l'autre et qui révèle des inégalités de traitement. Entre reconnaissance par l'État afin de bénéficier des mesures assurantielles et volonté de vieillir chez elles, les religieuses innovent, tentant ainsi de se réappropriier un avenir, fût-il compté.

Mots-clés

congrégations, État social, laïcité, maison de retraite, religieuses, vieillesse

Abstract

In Switzerland as in France, religious communities are aging, and where aging involves loss of independence, the customary support of the elderly by the young is no longer

Corresponding author:

Annick ANCHISI, HESAV, HES-SO – Lausanne, 21 av. de Beaumont, Lausanne, 1011, Suisse
Email: annick.anchisi@hesav.ch

feasible. This article is based on a sociological study that analyses the transformation of Catholic nuns convents into nursing homes for the elderly in Switzerland and in France. This reveals differences between one country and the other in the mode of regulation between the congregations and the States as well as inequalities of treatment. Needing recognition by the State in order to benefit from state pensions while preferring to spend their last years at home, the nuns are innovating in an attempt to re-appropriate their future – however long it may be.

Keywords

congregations, nuns, nursing home, old age, secularism, welfare state

Introduction

En Suisse comme en France, les communautés¹ catholiques de religieuses² vieillissent (allongement de la vie et non renouvellement des vocations). Leur moyenne d'âge augmente, ce qui rend difficile la prise en charge coutumière des religieuses âgées par leurs consœurs plus jeunes. Parallèlement, l'avancée en âge se caractérise par le risque de voir survenir des atteintes à la santé. Jusqu'au début des années 2000, dans les situations de dépendance liée à la vieillesse, soit les communautés avaient recours à des soignantes professionnelles³ qui intervenaient chez elles, soit les religieuses âgées finissaient leur vie dans des établissements de soins hors du couvent. Depuis plusieurs années, le nombre de religieuses dépendantes au sein des communautés tend à devenir majoritaire. Leur souhait de *vieillir et mourir à la maison* est communément exprimé. Une des alternatives consiste donc à médicaliser une partie du couvent pour en faire une unité de soins répondant aux critères gérontologiques actuels. Cette démarche, si elle soulage la communauté, implique de fait l'introduction de professionnels laïcs (soignantes et personnels administratifs) avec qui la communauté devra apprendre à composer.

La problématique centrale de cette recherche prévue sur trois ans s'inscrit, d'une part dans la continuité des travaux sur l'évolution de la culture gérontologique et, d'autre part dans celle de la reconfiguration des relations Églises/État. Soutenue par le Fond national de la recherche scientifique en Suisse (FNS)⁴, l'enquête prend acte de la disparition progressive des logiques coutumières des communautés de religieuses dans un contexte où la dépendance, impliquant la mise aux normes des structures de soins et la professionnalisation des personnels de santé, est dorénavant gérée par l'État. C'est donc de cette réalité nouvelle – des couvents évoluant en établissements de soins – et du premier niveau d'analyse de la recherche – rapports États/Congrégations – que cet article entend rendre compte.

Les communautés religieuses face au vieillissement : fatalité et stratégies

Prendre en charge la dépendance liée à la vieillesse

L'allongement de la vie entraîne l'apparition de nouvelles catégories liées à la vieillesse (Caradec, 2012), dont celles construites par les degrés d'atteintes à la santé fonctionnelle

et mentale (Ennuyer, 2004). La dépendance, comme catégorie de risque liée au grand âge, est le plus souvent définie comme un état nécessitant l'aide d'un tiers pour accomplir les activités de la vie quotidienne⁵ et évoluant vers davantage d'incapacité. Concernant la santé globale, et bien que les disparités sociales perdurent, la situation des moins de 80 ans s'est améliorée en 30 ans. Pour les plus âgées, la situation est restée sensiblement la même (Höpflinger et al., 2011). Si la dépendance n'est pas fatalement le prix à payer pour une longue vie, le risque de voir s'installer des handicaps après 80 ans reste important (Lalive d'Epinay et Spini, 2008). La question de la santé des religieuses âgées nécessite des précisions. Une revue systématique sur des études menées de 1959 à 2000 aux États-Unis et en Europe montre un taux de mortalité plus bas pour les religieuses que dans la population générale (Flannelly et al., 2002 ; Höpflinger et al., 2011 ; Luy, 2011). Citons en particulier la Nun Study qui a concerné 678 religieuses catholiques américaines d'une même congrégation. L'objectif consistait à tirer parti de la régularité de la vie quotidienne et de l'homogénéité des comportements, minimisant ainsi les variables exogènes, afin de comparer les atteintes cognitives des religieuses âgées. Les résultats montrent une diminution de la prévalence de la démence chez les plus instruites d'entre elles (Tyas et al., 2007). Ces constatations positives n'annulent cependant pas le problème de la démence qui reste important surtout dans les classes d'âge très élevées et qui s'ajoute aux divers handicaps. Dans nos terrains d'enquête, les troubles cognitifs sont une cause fréquente à l'origine du transfert des religieuses dans les unités de soins des couvents concernés.

Les institutions gérontologiques modernes datent des années 80. Là où les asiles de vieillard pouvaient se limiter à une fonction de gardiennage, les maisons de retraite médicalisées – Établissements médico-sociaux (EMS) en Suisse ou Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France – sont aujourd'hui plus attentives aux droits des personnes. Cette transformation suit le mouvement d'«humanisation» des pratiques et des institutions (Cabirol, 1983), alliant approche gérontologique spécialisée et prise en compte des attentes individuelles, y compris là où les pratiques coutumières paraîtraient imperméables à ces évolutions⁶. Plus on vieillit, plus la probabilité de mourir dans un EMS ou un EHPAD augmente (OFS, 2009 ; Prévot, 2009). L'action des professionnelles consiste alors à tout mettre en œuvre pour que les pensionnaires vivent au mieux la dernière partie de leur existence, reléguant parfois la question de la mort au second plan (Anchisi et al., 2014 ; Rimbart, 2011). Comme dit par ailleurs (Anchisi et Debons, 2014), l'éloignement de la logique asilaire des anciens hospices – celle de l'«institution totale» définie par Goffman (1968) et dont les couvents constituent un type – consisterait moins en un effacement des contraintes qu'en une reformulation ou un déplacement de celles-ci vers un ethos adapté aux valeurs actuelles, comme celle de l'autonomie ou encore du projet (Cavalli, 2007 ; Gagnon, 1995 ; Levilain, 2000). C'est dans ce contexte d'une vieillesse dépendante et institutionnalisée répondant aux critères gérontologiques actuels que s'inscrit cette recherche.

Chute des vocations

Les mutations sociétales affectant la place du religieux dans les sociétés nord-occidentales ont en partie délégitimé l'action apostolique des communautés religieuses

(soin, enseignement, aide aux pauvres, etc.). Les processus de sécularisation, perçus comme irréversibles, n'ont pas pour seul effet de réduire les appartenances confessionnelles, ils touchent aux logiques de rationalisation et de différenciation des sphères qui régulent et organisent l'ensemble de la vie sociale (Wilson, 1966). Les débats sur ces processus, leurs origines, leurs effets et leur capacité à s'étendre au-delà des frontières européennes sont légion (Tschannen, 1992 ; Berger, 1999). La nécessité de distinguer la laïcisation de la sécularisation (Dobbelaere, 2002), celle de différencier la religion institutionnelle du religieux diffus (Campiche, 2004), celle enfin de ne pas confondre croyance et appartenance (Davie, 2003) sont légitimes. Mais il n'en demeure pas moins que les Églises dites historiques en Occident (catholicisme, protestantisme et judaïsme) vivent d'abord ces transformations sur le plan de l'adhésion officielle, notamment par une diminution du recours aux célébrations religieuses marquant les étapes de la vie (naissance, union, décès) et par une chute des vocations sacerdotales (séminaristes et noviciat)⁷. Dans le catholicisme romain, la chute des vocations est un phénomène qui, depuis un demi-siècle, a poussé l'institution à réorganiser la gestion des cultes et des territoires. Les conférences des évêques (de Suisse comme de France) ont cherché des solutions pour limiter l'hémorragie à défaut de pouvoir inverser la tendance : regroupement des paroisses en Unités Pastorales, Assemblée Dominicale en l'Absence de Prêtres (ADAP), élargissement des missions confiées aux diacres, implication croissante des laïcs dans la vie liturgique. Et si l'Église manque de prêtres, elle manque aussi de novices. Les communautés de religieux sont touchées par la chute des vocations. Les religieuses encore valides, de moins en moins nombreuses, se centrent surtout sur la gestion administrative et l'animation spirituelle des communautés. Elles-mêmes âgées, elles n'ont plus la capacité de prendre en charge leurs consœurs dépendantes.

En France, le nombre de religieuses a diminué constamment entre 2000 et 2010, en moyenne de 3.5 % chaque année. Alors que les religieuses étaient plus de 51.000 en 2000, elles ne sont plus que 35.000 en 2010. La situation est la même en Suisse. Les religieuses apostoliques et moniales, au nombre de 3.200 fin 2014, étaient plus du double dix ans plus tôt⁸. La diminution des effectifs des congrégations est aujourd'hui essentiellement due à la raréfaction des entrées et à l'augmentation des décès. Ainsi, que l'on se situe dans le contexte fribourgeois (Suisse) ou bisontins (Besançon, France)⁹ – nos terrains d'enquête – les estimations démographiques menées par les congrégations que nous avons rencontrées prévoient la fin de leurs communautés à l'horizon 2040-2050. C'est à l'extérieur de l'Europe, dans les anciens pays de mission, que semble se jouer leur avenir.

Des façons de faire face

Les congrégations religieuses ont pleinement conscience de cet état de fait. Elles s'organisent pour assurer leur avenir à court et moyen terme. Mais toutes les communautés n'ont pas la même capacité à faire face à une telle situation. Au début du 21^{ème} siècle, les démarches entreprises suivent diverses directions. Les investigations menées auprès des différentes congrégations des deux diocèses étudiés¹⁰ nous ont permis d'établir une typologie, non exclusive, des modalités d'adaptation des communautés au problème de la dépendance liée à l'âge.

- La survivance: réalisation d'aménagements sanitaires partiels afin de gérer la vieillesse en interne le plus longtemps possible, ce qui nécessite l'engagement de personnels laïques (gouvernantes/soignantes – contrat de gré à gré).
- Le regroupement: fusion, absorption ou simple rapprochement géographique de communautés dans le but d'assurer une taille critique afin de gérer la vieillesse en interne. Des locaux sont transformés en unité de soins, des professionnelles des soins laïques sont engagées.
- L'alliance: accord de principe plus ou moins formel entre la congrégation et un établissement de soins reconnu et géré historiquement par d'autres congrégations ou des laïques qui ont pris le relais pour y accueillir les sœurs âgées (ces dernières ont une entrée privilégiée).
- La délégation: démarche visant à confier à une association chrétienne le soin de prendre en charge les religieuses âgées dans un cadre sanitaire (le couvent est alors loué ou cédé à l'association qui en assure la mise aux normes sanitaires).
- L'évolution: transition vers une structure de soins gérée par la congrégation religieuse avec le large soutien de laïques ou par une équipe entièrement laïque. Le couvent est aménagé pour répondre aux exigences de l'État afin d'obtenir le statut d'EHPAD ou d'EMS, façon de faire que nous développons ci-après.

Cette typologie¹¹ des situations rencontrées sur les deux territoires met en évidence plusieurs choses. D'une part, la stratégie choisie est en partie dépendante de la taille de la communauté. En cas de besoin, les petites communautés (plus ou moins dix membres) n'ont en général pas d'autre choix que de déléguer à des tiers la prise en charge de la dépendance alors que les communautés de plus grande taille peuvent encore disposer de ressources humaines suffisantes pour gérer en partie la situation en interne, au moins pendant quelques années. D'autre part, les stratégies adoptées sont aussi guidées par la tradition apostolique de la congrégation. Ainsi, les religieuses hospitalières conservent un savoir-faire qui leur permet plus facilement de faire face à cette évolution.

Si l'on considère que le regroupement et la survivance sont, de fait, des stratégies temporaires, on se rend compte que les démarches telles que la délégation, l'alliance et l'évolution ont en commun de reposer sur la prise en charge de la dépendance par des professionnelles laïques au sein d'établissements reconnus et agréés par l'État. La situation qui intéresse notre étude, c'est-à-dire le fait qu'une partie du couvent se transforme en maison de retraite, n'est certes pas encore la plus répandue, mais elle se profile comme une orientation durable, intégrée aux politiques sanitaires des États.

Besançon et Fribourg: du couvent à l'établissement de soins

La Province Besançon-Savoie de la congrégation des sœurs de la Charité de Saint Jeanne-Antide Thouret entreprend dans les années 1990 la réorganisation de ses six maisons de retraite qui se répartissent dans l'Est de la France (Franche-Comté, Gard, Champagne-Ardenne, région parisienne) et en Suisse (Givisiez, canton de Fribourg).

Des conventions tripartites signées au début des années 2000 entre les associations gérant ces maisons en France, les Conseils Généraux et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS¹²), vont permettre à ces maisons de retraite déjà médicalisées d'obtenir le statut d'EHPAD et ainsi de jouir d'aides publiques pour couvrir les coûts de fonctionnement. La congrégation des sœurs de la Charité a donc choisi d'obtenir la reconnaissance étatique (avec tout ce que cela suppose de mise aux normes sanitaires) sans pour autant perdre le contrôle de ses maisons de retraite. Dans chacune des associations qui gèrent ces EHPAD, le conseil d'administration est constitué majoritairement des membres de la congrégation (la sœur supérieure de la Province y siégeant de droit avec une voix majoritaire) de manière à pouvoir conserver une certaine prise sur les directeurs des établissements et leur personnel (exclusivement des laïcs aujourd'hui). Dès l'origine, les EHPAD des sœurs de la Charité se sont ouverts aux religieuses d'autres congrégations, ainsi qu'aux prêtres âgés et aux laïcs. Une distribution en pavillons a été mise en place afin de permettre différents types d'organisation de la vie collective. L'EHPAD des sœurs de la Charité de Saint-Ferjeux (Besançon), sur lequel porte cette étude, a été reconnu comme tel en 2004. Il accueille 50 sœurs âgées dépendantes et presque autant de laïcs (dans deux bâtiments distincts¹³). Amenées à ouvrir dans l'avenir leurs EHPAD à davantage de résidents laïcs, les sœurs de la Charité travaillent aujourd'hui à la formalisation de leur savoir-faire afin de maintenir, dans leurs maisons, une gestion de la fin de vie donnant une place à la spiritualité dont elles se veulent porteuses.

Les extraits de rapports de communauté, issus des archives de la congrégation de Besançon, attestent du fait que la décision d'une évolution de la maison de retraite des sœurs aînées en EHPAD fut progressive. Les sœurs ont tenté pendant un certain temps de mobiliser leurs ressources internes afin de prendre en charge leurs aînées. On perçoit bien que très tôt, dès les années 80, la congrégation a conscience de ce vieillissement croissant des sœurs et de l'importance des difficultés liées à la prise en charge de la dépendance.

- 1983–1984 : «Nos sœurs sont de plus en plus dépendantes».
- 1984–1985 : «Cette maison est de plus en plus une infirmerie ... Cependant l'état de santé d'un bon nombre de sœurs demanderait une autre organisation. On la cherche toujours. Peu à peu, on fait admettre l'aide de laïques».
- 1988–1989 : «Un certain nombre de sœurs, mais qui va en diminuant chaque année, peut encore rendre de petits services. Il est certain qu'il sera nécessaire dans les années qui viennent de faire appel à davantage de personnes laïques pour l'entretien de la maison ou le soin des sœurs malades».
- 1991–1992 : le rapport signale l'embauche de deux personnes laïques (dont une pour les soins).
- 1992–1993 : «Cette année nous pensons pouvoir envisager une réorganisation des différents services, compte tenu du grand âge de nos sœurs – et en réponse à leurs propositions – pour un mieux vivre de chacune, et de la Communauté toute entière».

- 1996–1998 : le rapport signale l'embauche de trois aides-soignantes.
- 1998–1999 : le rapport signale l'embauche d'une infirmière « pour faire face à la diminution du nombre de sœurs soignantes ».
- 1999–2001 : « Le temps est venu d'envisager une direction laïque afin de mettre en œuvre les réformes auxquelles les maisons de retraite doivent répondre ».

L'exemple des sœurs de la Charité de Sainte Jeanne-Antide Thouret à Besançon est une bonne illustration des évolutions qu'ont connues les congrégations religieuses ces 20 dernières années. Leur stratégie a d'abord été celle de la survivance (gestion du problème en interne). Puis, au tout début des années 2000, elles ont entrepris une fusion avec les sœurs hospitalières (2001-2002). Ce regroupement, absorbant la congrégation des sœurs hospitalières à l'intérieur de celle des sœurs de la charité, allait permettre à cette dernière de connaître une brusque croissance démographique et immobilière afin de disposer des locaux suffisant pour ouvrir une maison de retraite à Besançon tout en conservant d'autres bâtiments pour les sœurs valides. Si ces sœurs bisontines ont opté pour la survivance pour ensuite adopter une stratégie de regroupement, elles se mettent progressivement à prendre conscience de la nécessité d'une médicalisation de leurs établissements (évolution), au risque de voir leurs dernières forces s'épuiser dans la gestion de la dépendance.

Dans le canton de Fribourg, en Suisse, la discussion sur la nécessité de réorienter les missions usuelles des congrégations au profit d'une centration sur la question de la vieillesse date des années 1990. À ce moment-là, le recouvrement par l'assurance maladie des soins octroyés aux religieuses âgées dans leurs murs, par des soignantes religieuses ou laïques, ne leur est pas reconnu. En 2005, l'ASCOREF (association des communautés religieuses du canton de Fribourg – association mixte de 26 congrégations) est créée et devient l'interlocuteur de l'État afin de faire reconnaître, d'une part, le problème du vieillissement des religieuses et, d'autre part, leurs droits assurantiels. Le dialogue, bien que maintenu entre les deux parties, n'aboutira à aucun accord concret, « une vraie guerre d'usure » selon une des cadres de l'ASCOREF. Les tentatives des religieuses de faire reconnaître l'entièreté de leurs droits assurantiels seront contestées, entre autre par la plus haute instance judiciaire suisse. Le Tribunal fédéral (TF) donnera tort à une religieuse faisant appel de la décision de la caisse de compensation du canton de Fribourg dans le cadre du calcul pour l'octroi aux prestations complémentaires (PC), mesure assurantielle attribuée sous condition de ressources, ainsi que sur le recouvrement aux frais d'accompagnement lors d'un placement en EMS (même base de calcul). Donnant raison au canton sur le bienfondé de la prise en compte d'une rente viagère dans le calcul des revenus de la religieuse, le TF basera aussi son jugement sur un article du droit canonique (n° 670) arguant l'obligation pour les congrégations d'assurer la subsistance de leurs membres en contrepartie du travail réalisé par chacun d'eux¹⁴. Cette décision, qui confirme les principes établis dans un jugement antérieur¹⁵, s'applique encore aujourd'hui à l'ensemble de la Suisse. En 2006, un groupe de travail « Sœurs/ Frères dépendants/tes » voit le jour afin que les congrégations prennent conscience de l'importance de l'aide accordée aux plus âgés, ceci dans la perspective d'une reconnaissance sociale et politique du problème. Il s'agira de traduire les gestes de la vie

courante appliqués aux religieuses et religieux et de faire œuvre de pédagogie en direction de toutes les communautés du canton, comme en témoigne cet extrait du document Groupe de travail « Sœurs/Frères dépendants/tes » (document qui sera envoyé à toutes les communautés d'hommes et de femmes du canton de Fribourg. Les membres du GT serviront de relais en cas de doute):

3.1.4. **Se laver** : ne soyez pas trop bonnes ou trop bons ! Pas de fausse charité. Dites simplement la vérité ! Vous savez bien que pour qu'une personne soit bien propre, à partir d'un certain âge, il faut l'aider, lui laver le dos, les pieds etc., dites simplement depuis quand, dites que vous devez aider, tous les jours. **Se peigner (ou se coiffer)** : si vous voyez un frère non peigné que faites-vous ? Si vous voyez une sœur qui a son voile (sa coiffe) de travers que faites-vous ? Vous le remettez en place : donc vous la coiffez ! Depuis quand ? Dites simplement que vous devez l'aider à le faire tous les jours ou l'aider à le faire ou contrôler et arranger.

Puis en 2008, sur les conseils d'un économiste, d'une juriste et avec l'aide de laïcs engagés, des religieuses professionnelles du secteur socio-sanitaire vont comptabiliser, sur la base d'échelles gérontologiques, le nombre de membres de communautés dépendants et démontrer ainsi qu'une centaine d'entre eux devraient bénéficier d'une structure spécialisée. L'État, mis devant le fait accompli, admet la nécessité d'un EMS pour les religieuses et religieux du canton. Le choix se portera sur trois couvents déjà partiellement transformés en service de soins et suffisamment grands. Les petites structures de quelques lits, de type infirmerie, seront écartées, bien que leurs porte-paroles aient pu être actifs dans les débats avec l'État.

En 2010, s'ouvre ainsi l'ISRF (Institut de santé des religieuses et religieux Fribourg) avec l'obligation de recevoir des hommes et des femmes de toutes congrégations confondues établies sur le territoire cantonal. L'institution se compose de 63 lits situés dans une aile réaménagée de trois couvents de congrégations différentes : les Ursulines, les sœurs de St Paul et les sœurs d'Ingenbohl. Les religieuses non résidentes continueront à vivre dans ces couvents, croisant les pensionnaires dans certains espaces demeurés communs, comme la chapelle ou les salles de réunion, les réfectoires à certaines occasions. Cet EMS sur trois sites sera géré par une direction et une équipe de soins professionnelle laïque. Mais, comme pour Saint-Fergeux, les Supérieures des trois couvents siègeront au conseil d'administration de l'ISRF présidé par un avocat. Du point de vue de l'exploitation, les conditions imposées aux EMS cantonaux le sont aussi à l'ISRF, cependant pas complètement. La dotation en personnel devra être respectée, les lieux en revanche, souvent patrimoines protégés, ne sont pas toujours transformables.

Ainsi, l'État réduit ses exigences, ceci en bénéficiant de locaux réaffectés à d'autres fonctions. Les congrégations quant à elles financent – par la location de locaux à l'EMS – un patrimoine coûteux à l'entretien. Restent des dissensions relatives au type de subventionnement. Sur les 63 lits ouverts, seuls 50 lits seront subventionnés par l'État et ceci partiellement. Sous couvert d'arrangement de départ situé dans le temps, les soins d'accompagnement (hors assurance maladie) ne sont, à ce jour, pas pris en charge par l'État. Cette réalité augmente significativement le coût de séjour pour toutes les congrégations (y compris celles qui ont transformé leurs locaux) et rend l'accès à l'ISRF

difficile pour les religieuses faiblement dotées, les forçant ainsi parfois à intégrer un autre EMS cantonal.

Si ces deux exemples ne concernent ici que quelques congrégations, ils peuvent sans risque être proposés en modèle. Toutes les communautés religieuses que nous avons rencontrées des deux côtés de la frontière essaient de garder leurs sœurs âgées chez elles jusqu'à leur décès. Entre (sur)vivre à tout prix au couvent ou mourir dans des unités de soins non conventuelles, il convenait de trouver une alternative qui pouvait concilier à la fois les exigences sanitaires et les impératifs de la congrégation. Sur les deux terrains d'enquête, ce ne sont donc pas simplement les logiques séculières qui entrent au couvent ou les référents religieux qui cherchent à prendre une place dans des institutions de la société civile. À chaque fois, il s'agit de processus d'hybridation¹⁶. Car si le temps des laïcs est advenu, les congrégations conservent une certaine maîtrise de l'évolution de la situation en siégeant dans les conseils, en participant au recrutement du personnel, en demeurant présentes au cœur du couvent et en élaborant diverses stratégies pour que «l'esprit de la communauté» continue de rythmer l'établissement.

Nous avons reçu et forgé des valeurs que nous vous proposons comme repères, des points d'appui mais aussi des exigences ... À la lueur de l'enseignement de Sainte Jeanne-Antide, nous allons par le biais de son message, vous préciser nos attentes et nos exigences ... quant à l'Esprit que vous donnerez à ce déroulement afin que le mot d'Accomplissement prenne tout son sens ... il s'agit de garder cette tradition de mettre de l'humanité au cœur de notre travail ... En congrégation, de chapitre en chapitre, nous nous sommes donné comme objectif de «contribuer avec nos collaborateurs laïcs, à semer des germes d'une humanité sobre, solidaire et fraternelle» ... Fortes de cet héritage spirituel, c'est avec Joie et Espérance que nous entendons, avec vous continuer l'œuvre initiée en son temps par Sainte Jeanne-Antide, la réinventer, la développer et l'adapter à l'Air du Temps, et ce aussi grâce à la richesse de nos regards croisés sur le Monde. (Extrait de la brochure «Pour donner sens à notre quotidien» réalisée par la congrégation des sœurs de la Charité de Sainte Jeanne-Antide Thouret à destination du personnel soignant)

Comme le montre cet extrait, les religieuses ont le souci de rappeler au personnel soignant l'origine congréganiste de l'établissement et la tradition de soins dont elles s'estiment porteuses pour que les manières de soigner, d'envisager la relation à l'autre, demeurent marquées par leur héritage. Si les religieuses sont conduites à s'ouvrir aux pratiques professionnelles, les soignantes sont, elles aussi, amenées à les repenser¹⁷ pour les rendre compatibles avec le rythme de la vie religieuses et l'histoire des communautés.

Laïcités paradoxales

Les communautés de religieuses auxquelles nous nous sommes intéressés réaménagent leurs locaux pour transformer certains de leurs bâtiments en EMS ou en EHPAD. L'acquisition d'un tel statut implique un ensemble de mises aux normes et le recours à un personnel soignant qui fonctionne selon des horaires encadrés par le code du travail. Les religieuses-infirmières qui vivaient dans la maison de retraite, au contact quotidien des résidentes, de jour comme de nuit, cèdent la place à un personnel qui respecte des horaires, ne vit pas sur place et prend ses jours de repos réglementaires. On bascule au

cours des années 2000 d'une organisation communautaire basée sur le dévouement de chacune pour toutes, supervisée par la sœur supérieure et son conseil, à une organisation professionnelle basée sur la législation du travail et pilotée par une direction laïque qui gère des plannings et n'a pas toute autorité sur son personnel. Et cette évolution, sur un plan strictement comptable, a un coût :

... pour une sœur il fallait presque deux salariés quoi ! Puisque la sœur est disponible 24h sur 24. Matin, midi, soir, nuit. Elle se lève, elle fait, elle est là pour tout le monde. Nous les salariés, il y a quand même un droit du travail très restrictif, on va dire [rire] et donc en effet, ça a été très problématique au début parce que l'État ne nous donnait pas autant de salariés qu'on en aurait – qu'on devait en avoir ... On compte pas son temps, on regarde pas combien on est payé, la problématique elle est pas là. Et 2002, les laïcs arrivent, et malheureusement, ben des laïcs, ça doit faire sept heures par jour, ça doit faire une amplitude de 11 heures, et gna, gna, gna ... Donc historiquement, c'est une maison de retraite qui a un prix de journée très bas. C'est ça l'histoire. Tout est lié. (Entretien avec la directrice d'un EHPAD d'origine congréganiste dans le Doubs, 16 juin 2014)

L'augmentation de la dotation en personnel des établissements, pour remplacer convenablement des religieuses infatigables et corvéables, revient dans la plupart des entretiens menés. Ce phénomène demeure encore aujourd'hui en partie compensé par des sœurs valides qui continuent d'assurer des tâches diverses dans les services de soins (secrétariat, transports, aides au repas et petits services, veilles de consœurs mourantes) afin d'offrir entre autre une présence familiale auprès des religieuses résidentes.

L'autorisation d'exploitation délivrée par l'État impose des conditions de gestion et d'organisation (convention collective de travail, protection du personnel, exigence de formation, dotation type), de contrôle et de surveillance (système qualité, saisie systématique et informatisée des degrés de dépendance, comptabilité analytique). En contrepartie, l'établissement de soins reçoit des subventions de l'État, via le dispositif sanitaire et assurantiel. En retour, l'État bénéficie de structures déjà existantes lui évitant de lourds investissements immobiliers et prend appui sur des communautés participant activement à la vie de ces maisons. Ainsi, les institutions sur lesquelles porte notre enquête adoptent ce caractère hybride. Le fonctionnement interne de ces établissements est l'objet de tractations entre congrégations, directions, personnels et religieuses, le tout sous la supervision des États qui s'assurent d'une certaine uniformisation des établissements sur leur territoire et de leur conformité aux normes socio-sanitaires.

La place des religions dans l'espace public n'est pas la même entre la Suisse et la France et, de fait, les démarches entreprises par les religieuses n'auront pas été reçues et traitées de la même manière. À Fribourg, l'ISRF est réservé aux religieuses et religieux du canton ou affiliés¹⁸. Par effet de proximité, ce sont les trois congrégations porteuses du projet qui en bénéficient en premier lieu. L'EHPAD de Saint-Ferjeux quant à lui a l'obligation légale d'ouvrir près de la moitié de ses lits à des laïcs et ne peut en aucun cas fixer des règles d'admission fondées sur l'appartenance religieuse (principe de laïcité). Par ailleurs, d'un point de vue assurantiel et assistanciel, il existe des disparités entre les deux pays. Les mesures liées à la dépendance (allocation pour impotent en Suisse et aide personnalisée à la dépendance en France) sont accordées aux religieuses. Mais, alors

qu'à Fribourg, en sus des frais d'accompagnement à leur charge, les religieuses se voient compter une rente viagère dans le calcul des PC réduisant celles-ci d'autant, les religieuses de France, notamment en raison du caractère réduit de leur retraite, peuvent recevoir l'aide sociale (AS) comme toute citoyenne en situation similaire. Ces différences de traitement méritaient ainsi d'être interrogées.

En Suisse, la régulation du religieux dans l'espace public est en partie du ressort des cantons – principe communautaire – (Campiche, 2003, 2004; Ossipow, 2003). Le canton de Fribourg, historiquement catholique, accorde aux Églises catholique et protestante réformées une reconnaissance de droit public qui leur donne un statut supérieur aux autres groupes religieux présents sur le territoire. Cela implique cependant pour ces Églises de se conformer aux attentes du canton. La création de l'ISRF prend donc place dans ce contexte cantonal particulier. Reconnaisant à l'Église catholique et à ses communautés une certaine «utilité publique», le canton se doit de considérer la demande qui lui a été faite d'apporter son soutien à un projet visant à gérer la dépendance des religieuses. Mais si le canton a des devoirs envers l'Église, il exige aussi de cette dernière une participation substantielle. On se situe bien face à un cas de collaboration négociée, le canton acceptant de financer partiellement l'institution, à hauteur de 60 % des coûts de séjour, le solde étant à la charge des congrégations qui mettront en place une direction et du personnel laïques avec les charges qui vont avec. Par ailleurs, les religieuses peuvent prétendre aux allocations pour impotents (liées à des critères de santé) et à une partie des PC attribuées sur des critères économiques. Mais, relevant d'une particularité (choix d'une vie communautaire et obligation d'entretien) et s'appuyant sur l'arrêt du TF précité, le canton a créé cette situation particulière qui concerne exclusivement l'ISRF, vécue comme inégale par les congrégations et estimée équitable par les décideurs.

En Franche-Comté, la situation est différente. La transformation de la maison de retraite de Saint-Ferjeux en EHPAD a été soutenue par la région et le département. Ayant déjà anticipé ces problématiques, les sœurs de la charité avaient mis en œuvre d'importants chantiers dans les années 1990 pour réaménager une partie de leurs locaux et y accueillir des laïcs. À l'époque, la région est insuffisamment dotée de places en EHPAD et se doit d'investir. La congrégation peut alors espérer d'importantes aides du département pour les aménagements immobiliers. De plus, les EHPAD peuvent prétendre à l'AS, ce qui représente un enjeu de taille dès les années 2000 pour les responsables de la congrégation. La France, marquée par une laïcité ne reconnaissant aucun culte, se doit de considérer les religieuses en premier lieu comme des citoyennes. Les religieuses, qui bénéficient pour la plupart d'entre elles d'une retraite minimale, se voient octroyer l'AS. L'État prend donc à sa charge une grande partie du coût de leur séjour en EHPAD. Accordées sous condition de ressources, tout ou partie des sommes attribuées pourrait, au moment du décès des religieuses, être récupérées par l'État. C'est dans le cadre de la succession que les biens personnels des religieuses sont effectivement légués¹⁹. La plupart du temps, la congrégation en devient le principal légataire. L'État n'est alors plus en mesure de récupérer les montants alloués pour compenser son aide. On se retrouve dans la situation où l'État est contraint de payer l'AS (sans espoir de remboursement) pour des religieuses qui, parfois, appartiennent à des congrégations qui disposent d'un capital mobilier et immobilier important. Tous les acteurs du territoire interrogés, du Conseil général (CG)

ou de l'Agence régionale de santé (ARS), ont évoqué leur malaise face à l'octroi de l'AS à des religieuses qui possèderaient, de leur point de vue, un patrimoine communautaire considérable.

Mais c'est vrai que ça nous a beaucoup interrogés en 2004 quand on a eu cette demande d'habilitation parce que ... dans un autre établissement, une personne qui est à l'aide sociale, si elle a des biens, il y a récupération après son décès, en fonction de la mise du département ... un recours sur succession qu'on appelle ça. Donc c'est vrai que quand elles ont demandé leur habilitation à l'aide sociale, on s'est dit : mais ces sœurs, qui avaient peut-être des biens et qui ont tout donné à la communauté, la communauté qui s'enrichit quand même hein ! ... C'est pour ça, elles [les religieuses] ont peut-être donné leurs biens à la communauté quand elles avaient 20 ans, et une donation, au bout de dix ans, elle est pas récupérable. ... On ne peut pas revenir en arrière sur dix ans ... surtout qu'elles se sont fait un bon patrimoine. (Entretien avec une des responsables du service tarification du Conseil Général du Doubs, 16 septembre 2014)

Comme le précise cette informatrice, les services de l'État ne peuvent rediscuter ces logiques d'attribution, au risque de devoir réviser la réglementation (ce qu'a fait l'État de Fribourg dans le règlement sur les institutions sanitaires²⁰ modifiant certains articles à l'intention des congrégations). La seule chose que l'État français est en droit d'exiger, c'est l'ouverture des lits aux résidents laïcs et la mise en place d'une direction laïque indépendante. Or, les responsables de la congrégation ne souffrent pas de ces exigences. L'ouverture de l'établissement aux laïcs était déjà un état de fait avant la création de l'EHPAD puisque la communauté disposait d'un bâtiment qu'elle ne pouvait se permettre de laisser à l'abandon. Quant à la direction laïque, elle demeure sous le contrôle discret mais efficace d'un conseil d'administration où les sœurs conservent une voix majoritaire pour s'assurer de la « bonne » évolution de l'établissement.

D'une certaine manière, les religieuses de Fribourg jouissent d'une meilleure reconnaissance politique de la part de l'État que leurs consœurs françaises. L'EMS est intégré à la planification sanitaire comme une institution spécifiquement religieuse. Les suisses conservent le droit d'exclusivité religieuse (ou pour les affiliés) dans leur établissement alors que les religieuses françaises sont contraintes d'accepter de vivre avec des résidentes laïques. Mais ces religieuses sont paradoxalement davantage soutenues sur le plan financier puisqu'elles peuvent sans contrepartie bénéficier de l'AS, tout en ayant plus de chance qu'un citoyen ordinaire d'obtenir une place en EHPAD du fait du contrôle partiel des commissions d'attribution par la congrégation. Comme quoi, une laïcité stricte et revendiquée comme telle n'est pas toujours le régime le moins avantageux pour une congrégation religieuse.

Conclusion

L'histoire du 20^{ème} siècle est marquée par la mise en place de modes de régulation Église/État dans l'ensemble des pays nord occidentaux. L'autorité et les sphères d'influence des institutions religieuses ont été limitées et circonscrites au nom de la liberté de pensée et d'agir des citoyens. Perdant une partie de sa capacité d'influence sur les évolutions politiques de la société, le catholicisme s'est vu de plus en plus cantonné au domaine spirituel. De la fin de la « civilisation paroissiale », observée par Gabriel Le

Bras en 1955–1956, jusqu’au constat par Danièle Hervieu-Léger d’une « religion en miette » (2001), la place et la légitimité des institutions religieuses dans nos sociétés ont changé. Dans des contextes nationaux comme celui de la Suisse ou de la France, et malgré tout ce qui diffère dans leur modèle respectif de laïcité, les personnes déclarant appartenir à l’Église catholique romaine se pensent de plus en plus comme une minorité résistante et en rupture ; certains chercheurs allant même jusqu’à évoquer un processus de sectification du catholicisme (Béraud, 2006).

L’histoire des congrégations religieuses, en particulier en France suite à la loi de séparation des Églises et de l’État (1901), est marquée par l’autonomisation et l’éloignement d’avec l’État. Pourtant, nos résultats montrent une autre facette de cette réalité puisque les États et les congrégations parviennent à s’allier pour répondre à de nouveaux besoins sociétaux. Jusqu’aujourd’hui indépendantes financièrement et réticentes à toute intrusion de la société civile dans leurs affaires, les communautés religieuses ont appris à revaloriser leurs contributions à la richesse des États (enseignement, santé, social, etc.) pour se convaincre qu’elles ont légitimement droit aux mesures d’aide à la vieillesse. Dans cette transformation des pratiques et des institutions, les congrégations travaillent activement à formaliser la spécificité de leurs établissements pour y maintenir un public essentiellement religieux ou apparenté, ceci le plus longtemps possible. Parallèlement, les États redécouvrent les ressources des congrégations et collaborent avec elles dans l’espace public sur le terrain de la vieillesse et de la dépendance.

Dans tous les cas, en Suisse comme en France, les diocèses semblent déjà suffisamment préoccupés par l’avenir des prêtres âgés pour ne pas se mobiliser d’avantage sur le sort des communautés religieuses. Ces dernières, majoritairement féminines, sont invitées à élaborer en interne leurs propres solutions. Faire évoluer les couvents en EMS et en EHPAD est bien une stratégie mise en œuvre par diverses congrégations en Suisse ou en France pour assurer la transition nécessaire des logiques coutumières vers la professionnalisation de la prise en charge de la vieillesse. Il s’agit d’une certaine manière de pallier à la disparition de la communauté, en tentant notamment de formaliser un savoir-faire qui puisse influencer sur les pratiques de soins. Mais ces évolutions exigent que deux univers différents apprennent à travailler ensemble, ce qui nécessite des arrangements et des négociations dont les conditions et les effets restent encore à questionner.

Financement

Recherche financée par le Fonds national suisse de la recherche. Les auteurs déclarent n’avoir aucun conflit d’intérêt.

Notes

1. Nous utiliserons alternativement les notions de congrégations et de communautés pour désigner les collectifs de religieuses. La notion de congrégation renvoie à l’organisme faîtier des communautés qui rassemble et coordonne ces dernières autour d’un certain type d’œuvre sociale ou spirituelle.
2. Les religieux sont aussi concernés par le phénomène du vieillissement. L’usage du féminin s’explique par les lieux où se déroule notre enquête, soit des communautés féminines.
3. Les soignants étant ici exclusivement des femmes, nous utiliserons le féminin pour les qualifier.

4. FNS, division I, projet n° 149678 : <http://p3.snf.ch/project-149678>.
5. Les six activités de la vie quotidienne (AVQ) : hygiène, habillement, repas, mobilisation, utilisation des toilettes, continence ; auxquelles s'ajoutent les activités instrumentales : utilisation du téléphone, faire le ménage et les courses, préparer les repas, gérer ses médicaments ou son argent, prendre les transports. Ces éléments se retrouvent dans les échelles de mesure de la dépendance.
6. Dans ses enquêtes portant sur les pèlerinages de malades à Lourdes, Amiotte-Suchet (2010, 2011) a insisté sur la place centrale prise par l'individualisation actuelle de la démarche pèlerine et la personnalisation des malades. Céline Béraud (2006) montre qu'aujourd'hui, chez les prêtres de paroisse, se généralisent des revendications ayant trait aux conditions de travail, au droit à la vie privée et à la volonté de profiter de la retraite.
7. La diminution constante du nombre d'ordinations sacerdotales dans l'Église catholique française commence en 1950. À partir des années 80, le nombre d'ordinations demeure stable. On observe le même type d'évolution en Suisse.
8. Statistiques obtenues en juillet 2015 par la religieuse secrétaire de l'Union des Supérieures majeures de Suisse romande.
9. Le canton de Fribourg rassemblerait aujourd'hui des maisons rattachées à plus de 40 congrégations apostoliques féminines et une dizaine de couvents et monastères contemplatifs (Mayer, 2012). Dans le diocèse de Besançon, il existe 19 congrégations féminines en activité (informations disponibles sur le site du diocèse de Besançon : <http://besancon.mondio16.com/> – consulté le 30 mars 2015).
10. Les informateurs rattachés à l'Église donnent un point de vue qui porte sur l'ensemble du territoire diocésain : le diocèse de Besançon qui regroupe une partie des communes des départements du Doubs et de la Haute-Saône et le diocèse LGF qui regroupe les cantons de Lausanne, Genève, Fribourg et Neuchâtel.
11. Pour établir cette typologie, nous avons contacté 15 couvents et monastères qui comprennent des structures de soins. Nous avons visité les lieux si cela était possible, mais avons chaque fois interviewé les responsables. Puis, afin d'avoir le plus grand panel possible des façons de faire, nous avons mené des entretiens avec des Supérieures de congrégations et avec des représentants du diocèse sur les questions relatives à la vieillesse. C'est ainsi que nous avons aussi rencontré des situations de « mutation » (collectifs féminins catholiques non congréganistes souhaitant vivre dans des couvents). Cette forme est actuellement trop marginale pour être intégrée à notre typologie.
12. L'Agence Régionale de Santé (ARS) joue aujourd'hui ce rôle.
13. Une certaine mixité commence à se mettre en place puisque en 2014, trois chambres vacantes dans le pavillon des sœurs ont été attribuées à des laïques.
14. 2P.271/2006/svc, arrêt du 12 janvier 2007.
15. P1/66, arrêt du 19 janvier 1967.
16. Par structures hybrides, nous entendons des institutions au sein desquelles plusieurs logiques coexistent mais dont aucune ne semble être en mesure d'imposer son autorité. Bien qu'il en fasse usage pour qualifier des espaces sociaux et non des institutions en particulier, on pense ici à la notion d'« espace spécialisé mixte » de Pinell (2012). On est tenté de penser que les logiques religieuses demeurent plus structurantes que ne le sont les logiques économiques, politiques ou sanitaires ; ce en raison notamment de l'hébergement des institutions de soins au sein des couvents.
17. Certaines formes de religiosités (ou spiritualités) sont présentes dans la sphère sécularisée des soins. Des soignantes sont en effet porteuses de discours spiritualisants visant à mettre en sens la souffrance et la fin de vie ; la rencontre de différents registres du croire est inévitable dans ces structures hybrides (Hervieu-Léger, 2003 ; Stiefel, 2007).

18. Les statuts de l'ISRF précisent que sont aussi concernés les gouvernantes de cure, les missionnaires laïques ou autres personnes proches des religieux. Cette ouverture à un public d'affiliés permet aussi d'envisager la pérennité de l'ISRF.
19. Au moment de leur engagement dans une congrégation, les religieux qui font des vœux perpétuels restent nu-propriétaires de leur patrimoine jusqu'à leur décès où leur testament l'attribuera à son ouverture. Au moment de leur engagement dans un ordre, les religieux qui font des vœux solennels renoncent à leur patrimoine au bénéfice de l'ordre. Cette distinction peut entraîner des mécompréhensions chez les professionnels en charge du domaine des assurances sociales.
20. Règlement du 4 décembre 2001 sur les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (REM), Art. 4 al. 1 let. h et al. 1^{bis} – Art. 11 al. 1 et al. 2 où il est stipulé que, pour les membres de communautés religieuses, la convention avec une commune n'est pas requise, convention obligatoire pour les EMS du canton à des fins de garantie financière – Art. 19a sur les bénéficiaires de la participation des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement.

Références

- Amiotte-Suchet L (2010) Les hospitaliers de Lourdes: une communauté événementielle? In: Sainsaulieu I (ed.) *Faire communauté en société*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 75–88.
- Amiotte-Suchet L (2011) Énoncés de croyance en situation. Réflexion à partir des « croyances » d'un pèlerin de Lourdes. In: Gisel P and Margel S (eds) *Le croire au cœur des sociétés et des cultures. Différences et déplacements*. Turnhout: Brepols, 147–161.
- Anchisi A and Debons J (2014) *Travailler auprès de personnes âgées dépendantes à domicile et en institution*. In: Hummel C, Mallon I and Caradec V (eds) *Veilleuses et vieillissements. Regards sociologiques*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 373–383.
- Anchisi A, Hummel C and Dallera C (2014) Finir sa vie en établissement médico-social: mourir dans un lieu de vie. *Soins Infirmiers* 8: 66–69.
- Béraud C (2006) *Le métier de prêtre, approche sociologique*. Paris: Éditions de l'Atelier.
- Berger PL (ed.) (1999) *The desecularization of the world. Resurgent religion and world politics*. Michigan: Eerdmans.
- Cabirol C (1983) *Vivre: la fin des hospices?* Toulouse: Privat.
- Campiche RJ (2003) La régulation de la religion par l'État et la production du lien social. *Archives de Sciences Sociales des Religions* 121: 5–18.
- Campiche RJ (2004) *Les deux visages de la religion. Fascination et désenchantement*. Genève: Labor et Fides.
- Caradec V (2012) *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Domaines et approches*. Paris: Armand Collin.
- Cavalli S (2007) Modèle de parcours de vie et individualisation. Un état du débat. *Gérontologie et Société* 123: 55–69.
- Davie G (2003). *Europe: The exceptional case. Parameters of faith in the modern world*. Londres: Darton, Longmann & Todd.
- Dobbelaere K (2002) *Secularization: An analysis at three levels*. Bruxelles: Peter Lang.
- Ennuyer B (2004) *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*. Paris: Dunod.
- Flannelly KJ, Weaver JW, Larons DB et al. (2002) A review of mortality research on clergy and other religious professionals. *Journal of Religion and Health* 41(1): 57–68.
- Gagnon E (1995) Autonomie, normes de santé et individualité. In: Côté JF (ed.) *Individualisme et individualité*. Québec: Les Éditions du Septentrion, 165–176.
- Goffman E (1968) *Asiles*. Paris: Minuit.

- Hervieu-Léger D (2001) *La religion en miette ou la question des sectes*. Paris: Calmann-Lévy.
- Hervieu-Léger D (2003) La religion, mode de croire. *Revue du Mauss* 22(2): 144–158.
- Höpflinger F, Bayer-Oglesby L and Zumbunn A (2011) *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne: Hans Huber.
- Lalivé d'Épinay C, Spini D (2008) *Les années fragiles, la vie au-delà de quatre-vingts ans*. Laval: Presses Universitaires de Laval.
- Le Bras G (1955–1956) *Études de sociologie religieuse. Tome I: Sociologie de la pratique religieuse dans les campagnes françaises. Tome II: De la morphologie à la typologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Levilain H (2000) De l'hospice à la prestation spécifique dépendance. *Informations sociales* 82: 96–107.
- Luy M (2011) Causes de la différence d'espérance de vie entre les sexes, résultats de l'étude des cloîtres. *Forum Médical Suisse* 11(35): 580–583.
- Mayer JF (2012) *Les communautés religieuses dans le canton de Fribourg. Aperçu, évolution, relations et perspectives*. Rapport établi par l'Institut Religioscope sur mandat du Conseil d'État du canton de Fribourg. Disponible sur: www.fr.ch/diaf/files/pdf46/Rapport_Religoscope_F.pdf (consulté le 30 mars 2015).
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2009) *Parcours de fin de vie en institution. Analyse de la statistique médicale des hôpitaux et de la statistique des institutions médico-sociales*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Ossipow L (2003) La double logique des relations Église/État en Suisse, *Archives de Sciences Sociales des Religions* 121: 41–56.
- Pinell P (2012) À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ. In: Lebaron F and Mauger G (eds) *Lectures de Bourdieu*. Paris: Ellipses, 305–318.
- Prévot J (2009) *Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Études et résultats*. Numéro 699. Disponible sur: www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er699.pdf (consulté le 30 mars 2015).
- Rimbert G (2011) *Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite*. Bellecombe-en-Bauges: Éditions du Croquant.
- Stiefel F (2007) *Soins palliatifs: une pratique aux confins de la médecine*. Paris: L'Harmattan.
- Tschannen O (1992) *Les théories de la sécularisation*. Genève/Paris: Droz.
- Tyas SL, Snowdon DA, Desrosiers MF et al. (2007) Healthy ageing in the Nun Study: Definition and neuropathologic correlates. *Age and Ageing* 36(6): 650–655.
- Wilson B (1966) *Religion in secular society: A sociological comment*. Londres: C.A. Watts.

Biographies des auteurs

Annick ANCHISI est professeure ordinaire à la Haute École de Santé Vaud – HESAV – à Lausanne. Docteure en sociologie et infirmière, elle a mené plusieurs recherches qualitatives auprès de personnes âgées dépendantes et démentes – à domicile et en institution – ainsi qu'en situation particulière (oncogériatrie). Elle a publié en 2014 *Le partenariat entre familles et maisons de retraite à l'entrée d'un parent âgé dément: une rencontre fictive*, in: Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches, collectif dirigé par Simone Pennec et al. et avec RA Foley et C Palazzo-Crettol (Presses Universitaires de Rennes) et *La chimiothérapie orale, entre reconfiguration et délégation de la gestion du cancer*, in: Les soignants et la mort, dirigé par Florent Schepens (Toulouse: Éditions érès).

Adresse: Haute École de santé Vaud, 21 av. de Beaumont, 1011 Lausanne, Suisse

Email: annick.anchisi@hesav.ch

Laurent AMIOTTE-SUCHET est responsable de recherche à l'Institut de Sciences Sociales des Religions Contemporaines (ISSRC) de l'Université de Lausanne. Docteur en sociologie des religions, il a travaillé sur la mouvance évangélique pentecôtiste en France et sur la dévotion mariale dans le cadre des pèlerinages de Lourdes. Il a co-dirigé en 2010 (avec Ivan Sainsaulieu et Monika Salzbrunn) *Faire communauté en société. La dynamique des appartenances collectives* (Presses Universitaires de Rennes). Il mène également des enquêtes sur l'articulation travail/famille dans les très petites entreprises rurales de l'Arc jurassien. Il vient de publier (2015) « L'entreprise familiale face aux ruptures de trajectoire », in : *Faire et défaire des affaires en famille*, ouvrage collectif dirigé par Dominique Jacques-Jouvenot et Yvan Droz (Besançon: Presses Universitaires de Franche-Comté).

Adresse: Institut de Sciences Sociales des Religions Contemporaines, Bâtiment Anthropole, Université de Lausanne, 1015 Lausanne, Suisse

Email: laurent.amiotte-suchet@unil.ch

Kevin TOFFEL est chercheur à l'unité de recherche en santé de la Haute École de Santé Vaud – HESAV – à Lausanne. Ses recherches portent sur les rapports sociaux dans et entre les professions de la santé dans une perspective structurale; notamment sur les relations qu'entretient la profession d'infirmière avec le champ médical. Plus généralement, il s'intéresse aux conflits et implications que génère la différenciation sociale des activités dans l'espace de la santé.

Adresse: Haute École de santé Vaud, 21 av. de Beaumont, 1011 Lausanne, Suisse

Email: kevin.toffel@hesav.ch