

# Quand les religieuses vieillissent en territoire séculier : la vie communautaire à l'épreuve de l'âge

## Nuns Getting Old in Secular Territories: Community Life Challenges with Old Age

Laurent Amiotte-Suchet and Annick Anchisi

Number 79, 2017

Les territoires du vieillissement

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1041733ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1041733ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Amiotte-Suchet, L. & Anchisi, A. (2017). Quand les religieuses vieillissent en territoire séculier : la vie communautaire à l'épreuve de l'âge. *Lien social et Politiques*, (79), 73–92. <https://doi.org/10.7202/1041733ar>

Article abstract

In France and Switzerland, female Catholic apostolic communities are ageing. When old age starts impacting autonomy faculties within the religious congregations, the members cannot avoid but to request help from external nursing professionals. Although pragmatism prevails in their mutual relationships, this phenomenon generally results in the lowering of religious community life standards.

# Quand les religieuses vieillissent en territoire séculier : la vie communautaire à l'épreuve de l'âge

LAURENT AMIOTTE-SUCHET

(Chargé de recherche – ISSRC-UNIL,  
Lausanne, Suisse)

ANNICK ANCHISI

(Professeure, HESAV – Lausanne, Suisse)



## 1. Introduction

En Suisse comme en France, les effectifs des congrégations de religieuses catholiques apostoliques<sup>1</sup> ont fortement diminué en dix ans. Les religieuses françaises étaient plus de 51 000 en 2000, elles sont 35 000 en 2010. Les suissesses, au nombre de 3 200 fin 2014, étaient plus du double 10 ans plus tôt. S'inscrivant dans un phénomène plus large de chute des vocations et de diminution des appartenances religieuses, un même constat de « fin d'un monde » (Hervieu-Léger, 2003) peut s'appliquer à l'Église catholique romaine dans l'ensemble de l'Europe de l'Ouest<sup>2</sup>, qui vit une crise sans précédent depuis l'après-guerre (Sevegrand, 2004; Béraud *et al.*, 2012)<sup>3</sup>. Depuis plus de trente ans, la majorité des congrégations religieuses sont confrontées au vieillissement de leurs communautés, à tel point qu'il est possible d'envisager leur disparition dans une quarantaine d'années. Comme le rappelle Danièle Hervieu-Léger dans son récent ouvrage sur la vie monastique,

«l'amenuisement est repéré, reconnu et commenté partout» (2017: 522)<sup>4</sup>. Face à ce processus démographique qui paraît inéluctable, les congrégations tentent de tenir ensemble deux objectifs: d'une part elles veulent garantir les soins et l'accompagnement des religieuses âgées dans des conditions sanitaires acceptables et d'autre part, elles ambitionnent de laisser dans leur bâtiment une trace de l'œuvre apostolique que les communautés ont accomplie au cours de leur histoire. Pour y parvenir, elles adoptent des stratégies parfois complémentaires et plus ou moins pérennes: fusions ou regroupements communautaires, recours à des associations gestionnaires, mise en place de partenariat avec les diocèses, etc. Devant engager du personnel pour assurer des tâches d'entretien (ménage, cuisine, jardin, etc.) et de soins devenues trop lourdes à porter, les religieuses seront alors attentives à maîtriser ces recrutements<sup>5</sup> et à sensibiliser le personnel laïc à leur histoire congréganiste et aux particularités de la vie religieuse communautaire (présentation de la vie de la fondatrice, conférence sur les «valeurs» de la maison, exposition sur l'histoire de la congrégation, etc.).

Les formes de prise en charge des religieuses âgées qui seront mises en place vont dépendre du nombre de membres qui composent la communauté, de leur situation sanitaire, de leurs savoir-faire professionnels liés au charisme de la congrégation (infirmière, enseignante, éducatrice, etc.), du patrimoine à disposition et de leur volonté, ou non, de négocier avec l'État pour faire reconnaître la problématique du vieillissement des communautés (Anchisi *et al.*, 2016). Certaines congrégations, trop petites pour des réformes de fond, vont engager du personnel polyvalent (gouvernante aide-soignante) en complément d'une religieuse infirmière encore en activité. Là, les religieuses trop atteintes dans leur santé se verront placées dans des établissements laïques. D'autres congrégations, mieux dotées en capitaux de tous ordres, ont anticipé le problème en s'équipant d'un point de vue sanitaire (matériel, chambres et lits adaptés), en améliorant l'existant (création d'un ascenseur, élargissement des portes, remplacement des seuils par des rampes, etc.) et en engageant du personnel qualifié. Mais, quels que soient leur positionnement et leurs façons de faire, toutes les congrégations cherchent des solutions qui respecteraient les normes sanitaires et gérontologiques en vigueur tout en préservant la vie communautaire.

Dans cette étude, nous avons choisi de nous intéresser à la transformation partielle de couvents en unités de soins reconnues par les États suisse et français. Il s'agit d'établissements officiellement intégrés à la couverture sanitaire d'un territoire: un établissement médico-social (EMS) en Suisse (canton

de Fribourg) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France (département du Doubs, de Haute-Saône et de Haute-Savoie). Créés à l'intérieur des couvents, ces établissements sont occupés par des religieuses, dont une grande partie y a vécu avant ces transformations et se considère donc « chez elle ». Les établissements sanitaires n'occupant qu'une partie des bâtiments, les communautés de religieuses (souvent âgées mais non résidentes) vivent également sur place et conservent une certaine marge de manœuvre pour s'assurer du bien-être de celles qui sont devenues résidentes. Nous sommes donc en présence de deux territoires – conventuels et sanitaires – qui sont moins séparés par des murs que par deux régimes d'autorité, deux champs qui se distinguent ou se croisent, deux institutions qui cohabitent sans que l'une ou l'autre ne puisse <sup>6</sup>.

Après avoir présenté la méthodologie de l'étude, nous soulignerons le caractère à la fois original et exceptionnel de ces parties de couvents transformées en maison de retraite médicalisée. Nous décrirons alors les constants arrangements entre les religieuses et les équipes de soins dans ces lieux hybrides avant de mettre en évidence les conséquences de ces arrangements sur la vie communautaire des religieuses âgées.

## **2. Ethnographier des espaces hybrides**

Intégrés aux couvents respectifs, les établissements sur lesquels a porté cette étude sont dirigés par des équipes laïques (direction et personnels). Les religieuses résidentes peuvent côtoyer, dans des espaces demeurés communs comme la chapelle, leurs consœurs non résidentes. Malgré cela, la transformation partielle des couvents en unité de soins instaure une séparation physique (les espaces sont délimités) et symbolique (les chambres sont médicalisées) entre religieuses d'une même communauté. Elle institue une distinction statutaire entre celles qui sont résidentes et celles qui ne le sont pas. Elle établit surtout une division du travail entre les équipes soignantes et la communauté religieuse présente sur place, reléguée aux activités généralement imputées aux familles (visites, petits services, transports, divers aménagements, etc.). À la fois privés (les bâtiments appartiennent aux religieuses) et publics (location et reconnaissance étatique), à la fois religieux (résidentes) et laïcs (personnel), ces lieux impliquent pour les directions (directeurs de l'établissement et supérieures des congrégations) d'harmoniser sans cesse les relations entre la communauté religieuse et les équipes soignantes.

L'étude<sup>7</sup> s'est déroulée de 2014 à 2017. Dans une perspective itérative (Olivier de Sardan, 2008; Cefaï, 2010), les données ont été recueillies au cours d'entretiens semi-directifs, d'entretiens informels en fonction des nécessités de clarification ou des opportunités offertes par les situations et lors d'observations de longue durée consignées dans des carnets de bord (une semaine par mois sur un an, participation aux événements comme les fêtes religieuses, les vacances des résidentes, etc.). Les entretiens ont été réalisés avec des responsables religieux ou des représentants des États en charge des secteurs sociosanitaires, avec les divers cadres des maisons de retraite, les soignantes et autres personnels, les religieuses devenues résidentes et celles qui vivent toujours en communauté. Le recueil de données est également composé de documents internes de type procès-verbaux, conventions, archives et de photos prises sur le vif des situations observées. Soucieux de comprendre comment des communautés religieuses vivent la transition de leurs couvents en EMS ou EHPAD, nos analyses ethnographiques se sont centrées sur l'histoire en train de se faire et sur une approche de ces institutions « par le bas », à partir de tous les arrangements quotidiens qui les caractérisent, sans négliger la dimension sociohistorique prenant en compte les biographies des religieuses et l'évolution de la place du religieux dans les sociétés sécularisées<sup>8</sup>.

Le recours à la démarche ethnographique s'est révélé pertinent du fait de la dimension hybride des lieux. L'enquête que nous avons menée a permis de mettre en évidence la manière dont les conventions passées entre les États et les congrégations religieuses pouvaient se décliner différemment selon les régimes de laïcité prévalant en Suisse et en France (Anchisi *et al.*, 2016). Mais pour aller au-delà de ces négociations conventuelles et assurantielles, il nous fallait nous immerger au cœur de ces lieux, pour observer au plus près les arrangements quotidiens qui caractérisent l'établissement des relations entre supérieures des congrégations et directeurs des établissements, entre religieuses et équipes de soins.

### 3. Des terrains d'exception

Pour mener cette enquête, nous avons choisi de porter notre attention sur des espaces particuliers. Comme nous l'avons dit en introduction, les orientations des congrégations religieuses en matière de prise en charge des membres âgées sont diverses, allant du repli sur soi au partenariat avec l'État (Anchisi *et al.*, 2016). À l'heure actuelle, la démarche visant à ouvrir un

établissement de type EMS ou EHPAD au sein d'un couvent fait figure d'exception<sup>9</sup>. Malgré tout, c'est sur ce type de configuration que nous avons choisi de porter notre attention. D'une part, ces établissements émergent après de longues années de réflexions internes et de tractations avec les autorités civiles. D'autre part, la labellisation étatique, qui institue de fait un double régime d'autorité, ne règle pas juridiquement les questions de gouvernance, laissant dès lors à la congrégation religieuse, aux directeurs et aux cadres de santé le soin de définir ensemble leur niveau de responsabilité et leurs marges de manœuvre sur ces « territoires » à la fois religieux et séculiers.

En Suisse, notre enquête a porté sur l'Institut de santé des religieuses et religieux Fribourg (ISRF), un EMS créé en 2010 et réparti dans trois couvents situés en ville de Fribourg. Fondé par trois congrégations – les sœurs de Sainte-Ursule, les sœurs de l'œuvre de Saint-Paul et celles d'Ingenbohl<sup>10</sup> –, cet EMS est le premier du genre en Suisse. En accord avec les autorités cantonales, il n'accueille que des religieuses, des religieux et des prêtres<sup>11</sup>. En France, nous nous sommes intéressés aux sœurs de la Charité de Sainte Jeanne-Antide Thouret<sup>12</sup> de Besançon (Doubs), qui ont transformé à partir de 2004 une partie de leurs bâtiments en EHPAD après une fusion avec une congrégation de sœurs hospitalières. Nous avons mené des investigations dans trois établissements de la Province Besançon-Savoie de la congrégation<sup>13</sup>. Contrairement à l'ISRF, qui n'accueille que des religieux-euses, les EHPAD des sœurs de la Charité sont ouverts aux laïcs; les conventions avec l'État français n'autorisant pas les directeurs à limiter leur accès sur des critères d'appartenance religieuse (principe de laïcité)<sup>14</sup>. Il importe en effet de rappeler que le canton de Fribourg a adopté un régime de reconnaissance qui donne à l'Église catholique romaine, à l'Église réformée évangélique et à la communauté israélite un statut de culte reconnu (de droit public). Dès lors, les Églises peuvent prélever l'impôt ecclésiastique, obtenir des exonérations fiscales, proposer un enseignement religieux dans l'école publique et un accompagnement spirituel dans certains lieux de vie (notamment les EMS)<sup>15</sup>. En France (à l'exception de l'Alsace-Moselle), le régime de laïcité implique au contraire une séparation stricte qui ne permet pas aux communautés religieuses de bénéficier d'un soutien de l'État, en dehors des exonérations fiscales accordées aux associations culturelles. Ainsi, si les congrégations religieuses suisses de notre étude ont pu maintenir une certaine exclusivité religieuse dans leur EMS, une telle exigence n'était pas envisageable dans le cadre d'un EHPAD en France.

L'âge moyen des membres des congrégations de notre étude se situe entre 79 et 81 ans, en fonction des congrégations. Entre 1960 et 2015, la diminution de leurs effectifs se situe entre 70 % et 85%<sup>16</sup>, les dernières entrées remontant déjà à plusieurs décennies. C'est donc à la fin des années 80 et au début des années 90 que les religieuses vont porter à la connaissance des États respectifs l'importance du problème. Sous couvert d'un choix de vie particulier et d'abnégation consentie<sup>17</sup>, l'État les considérera comme groupe autosuffisant et tardera à considérer le problème; «une vraie guerre d'usure» affirmera une des religieuses engagées. Dans les années 90, les autorités sanitaires reconnaîtront le problème au vu du nombre croissant de religieuses qui nécessitent des soins, ceci sans prendre de mesures particulières. Mais elles ne vont pas attendre la réponse des États pour améliorer leur situation. Elles transforment partiellement leurs locaux sans les mettre totalement aux normes, tant du point de vue des infrastructures que des personnels à engager. Puis, sous pression des religieuses, soumises à une charge qu'elles ne peuvent plus assumer seules le partenariat entre les États et les établissements de soins se concrétisera vingt ans après les premières discussions, en 2004 à Besançon et en 2011 à Fribourg. Liés aux divers régimes assurantiels, les coûts de résidence seront couverts, tout ou partie, selon que l'on se trouve en France ou en Suisse. En effet, les religieuses bénéficiant pour la plupart d'un très faible niveau de retraite, l'État français ne peut pas, en tant que citoyennes, leur refuser le droit à l'aide sociale pour couvrir les frais d'hébergement. En Suisse, par contre, les autorités du canton de Fribourg exigeront des congrégations une participation substantielle aux frais d'hébergement de leurs sœurs âgées<sup>18</sup> (Anchisi *et al.*, 2016 et 2017).

Dès lors, les congrégations de notre étude s'engagent dans un processus d'institutionnalisation à la fois complexe, sur plan administratif, coûteux, sur le plan économique et incertain, sur le plan religieux. Notre immersion ethnographique depuis 2014 dans ces établissements nous a permis d'observer, au plus près, les négociations incessantes entre les religieuses et les laïcs pour maintenir un cadre de vie acceptable, tout en respectant les cadres conventuels.

#### **4. Des arrangements au quotidien**

Pour les équipes soignantes, le sentiment de travailler «chez les sœurs» est manifeste. Les résidentes portent encore pour la plupart l'habit de leur

congrégation. Les façades et les murs des bâtiments portent les signes de l'Église catholique. Dans le parc et les jardins, les statues rappellent l'histoire religieuse des lieux. Comme nous le déclarait la directrice de l'une de ces structures, le bâtiment «transpire les références religieuses».

**Figure 1**

**Vue du parc de l'EHPAD «Les balcons du lac» à Thonon-les-Bains (Haute-Savoie), qui appartient à la *Congrégation des sœurs de la Charité de Sainte Jeanne-Antide Thouret***



Source : Amiotte-Suchet, 2015.

Il convient donc pour les soignantes de parvenir à respecter les temps communautaires, en particulier les temps de prière, en adaptant leurs horaires de passage dans les chambres pour ne pas perturber le rythme des résidentes<sup>19</sup>. Selon les couvents, cette pression peut être accentuée en raison des horaires des messes qui nécessitent notamment d'avancer l'heure des toilettes pour que les sœurs soient prêtes assez tôt pour se rendre à la chapelle.

«On peut avoir des pansements par exemple, qui nécessitent d'être faits... ou en premier ou d'autres en dernier ça dépend de... du pansement qu'on a à faire. On peut avoir des gens qui nécessitent une asepsie vraiment rigoureuse. Et ben c'est pas



vraiment évident. Parce que les religieuses vont à la messe, elles doivent petit-déjeuner, être préparées, et... donc c'est difficile pour nous car on doit faire aussi en fonction de ce temps [...]. Donc au niveau du soin, du coup la dimension religieuse elle interfère un petit peu. [...] Donc là, dans cette dimension religieuse, on est bloqué par rapport à ça. » — infirmière, 47 ans

La pression exercée par la nécessité de respecter les temps de prière est en partie atténuée par l'implication active des religieuses valides (donc non-résidentes) qui prêtent main-forte aux équipes soignantes. Quotidiennement, des religieuses aident leurs sœurs à se préparer et à se déplacer. Dans la chapelle, les aides-soignantes n'ont généralement pas besoin d'assister les sœurs, la communauté prend en charge l'installation des participantes, en fonction des habitudes de chacune (place habituelle, orientation du fauteuil, livre de chant et lunettes à portée de main, couverture sur les genoux, etc.). Pour les équipes soignantes, les temps des offices sont utilisés pour les pauses communes ou les tâches administratives. En dehors de certains médecins, à l'EHPAD de Saint Ferjeux (Besançon), peu préoccupés d'adapter leurs horaires de visite au rythme communautaire<sup>20</sup>, il est rare que les professionnelles perturbent les offices.

Si les temps de prière ne nécessitent pas la présence ou l'intervention des professionnelles, il en est tout autrement d'autres temps collectifs, comme les repas, qui sont alors gérés par les soignantes et le personnel de service. Dans l'EHPAD de Saint Ferjeux, où les résidentes laïques et religieuses se côtoient, les tensions autour des repas sont particulièrement perceptibles. Les responsables de la congrégation religieuse les conçoivent comme un temps communautaire, encadré par des prières collectives (bénédicticité et actions de grâce) et une temporalité commune (début, fin, déroulement). Or, pour le personnel, cette dimension est en partie contraignante car les problèmes de mobilité des résidentes allongent le temps d'installation et, de fait, retardent le service du repas. Pour les équipes, un service plus individualisé et une organisation des tables en fonction des divers handicaps permettraient d'optimiser le temps de travail sans affecter la qualité des repas. Mais pour les religieuses responsables de la communauté, la nécessité de vivre le repas ensemble prime sur tout autre aspect. Les religieuses à la mobilité réduite se retrouvent installées très tôt en salle à manger par les aides-soignantes et doivent ainsi attendre de longues minutes que toutes les résidentes soient

assises et que la prière soit récitée avant de pouvoir manger. Alors que l'hôtellerie constitue une dimension importante de la qualité des établissements pour personnes âgées (amplitude horaire des repas, service à l'assiette, choix du menu), les communautés religieuses défendent une éthique différente, où prime le temps collectif, l'absence de gaspillage et la participation des résidentes aux tâches de service (utilisation d'un plat commun, débarrassage des assiettes, etc.).

«Ça a été dur pour elles [le passage en EHPAD/EMS] parce que les habitudes changeaient. [...] Avant on posait simplement un plat sur la table. Elles aimaient bien se servir, c'était elles qui se servaient, elles aimaient bien. Nous, pour nous, c'était plus une facilité [...]. Après c'était différent, on devait les servir.» — cuisinier d'un établissement, 48 ans

On retrouvera aussi ces tensions à l'ISRF autour des repas, mais dans une moindre mesure, quand il a fallu passer par exemple, pour des questions de normes sanitaires, de la plaque de beurre aux petites portions individuelles jetables. Le pot collectif de confiture faite maison aura par contre pu être conservé pour le déjeuner des résidentes.

Par ailleurs, pour les religieuses, l'importance de vieillir et mourir au couvent est une dimension essentielle. Les religieuses âgées en expriment le souhait. Le personnel de soins doit se montrer attentif à cet aspect et déclare faire son possible pour maintenir les sœurs à l'EMS/EHPAD en évitant autant que possible les hospitalisations, pouvant conduire à des décès hors du couvent.

«Et pis surtout, il faut les garder ici, elles partent pas [à l'hôpital] hein. Elles ont du mal... déjà à partir de... [...] Tant qu'on peut les garder ici, on les garde ici. C'est vraiment, vraiment on peut pas... [...] Une sœur... On ne l'enverra pas à l'hôpital, point barre. Ça s'arrête là! [...] tant qu'on peut l'emmener jusqu'au bout, elles ne partent pas d'ici. Et même quand elles partent à l'hôpital, elles y restent pas six mois (*rires*). Ah oui, et elles veulent rentrer. [...] "Je veux rester avec mes sœurs!" Et ça, c'est vraiment quelque chose qu'on ne verra pas forcément ailleurs. [...] Alors voilà, c'est leur souhait donc à partir du moment où elles ne souffrent pas, et que... qu'on est capable de gérer... voilà.» — aide-soignante, 28 ans

La particularité de ces couvents devenus établissements de soins est donc de devoir concilier les impératifs du placement institutionnel et les attentes du maintien à domicile. Les religieuses et le personnel soignant travaillent donc ensemble pour maintenir un certain équilibre. Néanmoins, l'adaptation des religieuses aux contraintes propres aux établissements conventionnés et à l'évolution des pratiques gérontologiques n'est pas chose aisée. Si le quotidien est fait d'arrangements, les exigences de la vie communautaire doivent être repensées à l'aune de ce nouveau cadre de vie et de fin de vie.

## 5. Le prix communautaire des arrangements

Vieillir chez soi, au couvent, dans une unité de soins médicalisée sous-tend des négociations. Le chez-soi sera dorénavant partagé avec des consœurs d'autres congrégations, des prêtres, des laïques et des professionnelles. Pour les sœurs fribourgeoises, « entrer à l'ISRF » ne représente qu'un changement de chambre ou d'étage dans le même bâtiment. Néanmoins, le passage agira telle une frontière, les sœurs-résidentes étant séparées statutairement de leurs consœurs communautaires. Enfin, pour les religieuses communautaires dont certaines sont responsables des sœurs âgées résidentes<sup>21</sup>, le travail ne va pas totalement disparaître. Elles vont continuer d'effectuer un certain nombre de tâches et maintenir le lien entre la communauté et les sœurs résidentes. À l'ISRF, une religieuse communautaire responsable de l'accompagnement de ses consœurs résidentes s'est vue imposer un cahier des charges par l'équipe soignante afin de cadrer son niveau d'intervention qu'elle aurait dépassé notamment en réalisant une toilette mortuaire, tâche non négociée avec les soignantes. Certaines se résigneront donc un peu contre leur gré à ne (presque) plus intervenir dans les soins, même si elles ont pu bénéficier durant leur parcours d'une formation d'infirmière.

« Mais pour nous ce qui a été un peu dur c'est de laisser de plus en plus la place au personnel... ça a été très dur pour nous parce qu'on a une formation d'hospitalières qu'elles n'ont pas eue, voilà... des tas de choses qu'elles ne voyaient pas tout de suite ou que nous on voyait mais qu'on aurait pas fait comme ça. » — religieuse responsable d'une communauté de sœurs âgées, 80 ans

« Bon, on m'a chargé de la chapelle, vous me direz c'est pas grand-chose, mais c'est quand même du boulot. On vient

d'avoir six enterrements, faut quand même être là, être prête. C'est quand même un travail mais... c'est pas un travail... tellement... Mais moi je... moi mon charisme c'est d'aider les malades, de les recharger, de... des fois on arrive, c'est vrai, les malades ont tout bavé, elles n'ont pas pu manger. L'autre jour j'ai voulu nettoyer une personne et elles [les aides-soignantes] m'ont dit : "Attendez, on vient. C'est à nous de faire ça !" Alors je les ai laissées mais... ça vous tient au bout des doigts. [...] Mais nous, on arrive et on sait pas encore bien se situer quoi. Moi j'avais beaucoup de responsabilités et puis d'un seul coup, on a... on a plus à en prendre quoi. »  
— religieuse, 81 ans

La chambre des résidentes est un autre de ces espaces où les manières de concevoir l'autonomie de vie des personnes peuvent diverger entre les équipes de soins et la communauté religieuse. Les notions mêmes d'intimité ou de vie privée n'ont pas toujours été prioritaires pour les religieuses. C'est ainsi que nous avons pu découvrir avec surprise, lors d'une visite dans l'EHPAD de Saint Ferjeux en 2015, qu'une religieuse s'était donné la peine d'afficher sur la porte de sa chambre : « Merci de frapper avant d'entrer ». Or cet avertissement ne visait pas le personnel. Il était destiné aux sœurs (résidentes ou non) qui semblaient ne pas juger utile de prendre cette peine avant d'entrer. On retrouve ici encore des divergences de vues, des difficultés pour la communauté religieuse d'appliquer dans la partie médicalisée des codes sociaux qui n'ont pas (ou n'avaient pas) la même importance pour la vie communautaire.

« Après c'est compliqué parce que quelques fois, c'est plus au niveau éthique mais... les soignants râlent tout le temps parce que... parce que... ben les sœurs elles rentrent dans les chambres sans frapper, parce que... parce qu'une sœur elle a pas le droit d'être tranquille quoi (*rires*). Enfin entre guillemets, j'exagère, je caricature mais, je veux dire voilà, on rentre chez la sœur comme ça : "Ah nan t'es malade ! Ah nan faut y aller ! Allez, pfut, pfut, pfut !" Des fois, les soignants sont un peu... euh... parce que ça les gêne parce que... c'est quand même un espace privatif. Nous, sincèrement, dans nos évaluations internes, etc. on insiste sur le fait que c'est un endroit privatif, qu'il faut frapper, faut se présenter, il faut laisser un peu un espace aux résidents, etc. Et en fait, les

sœurs fonctionnent pas comme ça. Elles ont toujours eu un mode de fonctionnement collectif donc en fait les soignants sont des fois un peu partagés...» – directrice d'établissement, 43 ans

L'exemple précédent laisse à penser que les injonctions institutionnelles permettraient une autonomisation des résidentes. Valorisant le principe du choix personnel, les soignantes peuvent en effet inciter les religieuses à prendre leur autonomie vis-à-vis de la communauté, convaincues qu'elles y sont subordonnées parfois depuis plus de 50 ans. S'il est vrai que peu de religieuses résidentes remettent en cause l'organisation communautaire des activités religieuses, elles peuvent également s'appuyer sur cet impératif de vie collective pour ne pas devoir participer aux activités d'animation classiquement proposées aux résidentes des EMS/EHPAD. Ainsi, une résidente religieuse qui se refuse aux activités – le plus souvent récréatives, ludiques ou sportives – proposées par les animatrices se justifie en déclarant être très occupée par le rythme des prières quotidiennes. Elle rajoute que, selon elle, les animations concernent «celles qui n'ont plus leur tête» (religieuse résidente, 78 ans). Prier à heures régulières, suivre les offices, lire les textes sacrés sont autant d'activités légitimes pour une religieuse lui permettant du même coup d'échapper à l'impératif de participation qui fonctionne comme de nouvelles formes contraignantes de la relation de soins (Rimbert, 2011; Loffeier, 2013; Lechevalier Hurard, 2016).

Le territoire du mourir est également sujet à controverses. Premièrement, certaines soignantes que nous avons interrogées déclarent que les religieuses en fin de vie auraient, plus que des résidents non religieux, peur de la mort.

«Je les trouve plus peureuses face à la mort que le commun des mortels, voilà si on peut dire ça comme ça, pourquoi, je pense qu'elles ont cette dimension supplémentaire de l'après, donc c'est clair qu'est-ce qu'on va trouver après, est-ce qu'on est assez prêtes pour partir de l'autre côté?» – une infirmière, 45 ans

Cet élément est compris par les soignantes comme une entorse à ce qui devrait être, voire une remise en question de dernière minute de leur choix de départ. Susceptibles de se désaffilier ainsi du projet commun de la congrégation et simultanément du modèle de la bonne mort (Castra, 2003) véhiculé par les soignantes, les religieuses seraient, d'une certaine manière,

doublement coupables de ne pas adhérer à une vision pacifiée du mourir. Comme le rappelle Jean Hugues Déchaux, aujourd'hui, « mourir sans y consentir, c'est mal mourir » (2004 : 166). Selon l'auteur, il y a bien aujourd'hui une subjectivation de la mort, mais qui n'est pas à confondre avec une privatisation ou une désocialisation de la mort et ses rites. Pour les religieuses, le rite mortuaire reste fort et les affilie à la congrégation. Comme le montre la photo ci-dessous, une fois décédées, elles seront revêtues, pour celles qui le portent habituellement, de leur habit et enterrées avec leurs vœux perpétuels entre les mains dans une sépulture communautaire. Avoir peur de mourir ne serait donc pas en soi problématique, mais est une des modalités répondant à l'aspiration de vivre sa mort en sujet, qu'il soit religieux ou non. Subjectivation de la mort et socialisation des rites, les religieuses sont inscrites dans des temporalités personnelle et collective qui restent étranges et étrangères aux yeux des soignantes.

### Figure 2

**Les mains d'une religieuse décédée, reliées par son chapelet, sont posées sur le document contenant ses vœux perpétuels écrits et signés soixante ans plus tôt**



Source : Anchisi, 2015.

Deuxièmement, la médicalisation d'une partie du couvent implique la captation partielle de la mort par les professionnelles de soins, d'autant plus qu'en maison de retraite les soins palliatifs peuvent représenter un segment prestigieux du travail technique, notamment par le contrôle des symptômes, et relationnel (Foley, 2016). Les religieuses encore actives, non résidentes,

familiales de ce type d'accompagnement, seront reléguées en seconde ligne au profit d'approches dites plus professionnelles. Les directives anticipées – document consignant les dernières volontés de la résidente dont le but prioritaire est de formaliser les souhaits de cette dernière contre l'acharnement thérapeutique – sont dorénavant protocolées. Même si elles sont rediscutées au moment de la fin de vie avec la religieuse mourante ou la supérieure, ces directives prendront l'ascendant sur le document calligraphié par la religieuse contenant ses vœux perpétuels et ses dispositions testamentaires, qui prévalait jusque-là (voir photo ci-dessus).

Comme on peut le voir, les vies religieuse et communautaire doivent s'adapter à ces nouveaux lieux de vie et de fin de vie, individuels et collectifs. La transformation des couvents en EMS/EHPAD a des conséquences multiples; sur les frontières de la communauté, la limitation des activités d'entraide coutumières, la redéfinition des espaces de l'intimité, la nature des activités collectives et la régulation thérapeutique de la mort et des soins palliatifs. Pour autant, la standardisation des établissements demeure limitée par la force du collectif qui permet à ces religieuses de négocier des arrangements avec le personnel de soins. Contrairement aux laïcs qui quittent leur foyer pour entrer à l'EMS/EHPAD, les religieuses participent de la redéfinition de leurs «chez elles». La vie et la mort dans un EMS ou un EHPAD conventuel relèveraient alors davantage d'un tournant biographique lié au maintien fort des réseaux de sociabilité que d'une réelle rupture (Mallon, 2007).

## 6. Conclusion

Dans les années 80, avec l'émergence du vieillissement démographique comme problème social et politique, les pays occidentaux vont construire un dispositif de prise en charge autour de ce qui sera communément appelé «la dépendance des personnes âgées»<sup>22</sup>. Longtemps lues sous le prisme de l'institution disciplinaire (Foucault, 1975) ou totale (Goffman, 1968), les maisons de retraite médicalisées, suite au mouvement d'humanisation des pratiques et des institutions situé selon les auteurs entre les années 1960 et 2000 (Richelle & Loffeier, 2017), se veulent aujourd'hui plus attentives à la qualité de vie, au respect des droits et de la dignité de la personne (Mallon, 2001 et 2004)<sup>23</sup>. La réelle distance qui sera prise par ces établissements avec les pratiques asilaires ou le mouvement d'humanisation sera néanmoins rediscutée comme de nouvelles normativités façonnant la figure du résident actuel (Amourous, 1995 et 2001; Rimbart, 2011).

Notre étude nous permet de reconsidérer certains points. Certes, le couvent a pu relever ou relève encore de l'institution totale. Rite d'institution (Bourdieu, 1982) des vœux solennels et de la prise de l'habit, rapport au travail productif non salarié, vie collective millimétrée et scandée par les offices en sont autant de signes historiques et actuels. Mais les religieuses ne sont pas « incarcérées » et les rapports avec l'extérieur varient fortement d'un groupe à un autre<sup>24</sup>. De plus, durant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, en particulier depuis le concile Vatican II, l'irrévocabilité de la vocation a été largement remise en cause et la soumission à l'autorité des supérieures a profondément changé en valorisant des régimes plus consultatifs (Cohen *et al.*, 2004). Impliquées depuis leur entrée au couvent dans le monde qui les entoure, les religieuses apostoliques sont elles aussi marquées par les transformations du statut de la religion et l'individualisation du rapport au croire que les théoriciens de la sécularisation ont mis en évidence à la fin du XX<sup>e</sup> siècle (Luckmann, 1970; Davie, 1990). C'est donc bien au cœur d'un double mouvement d'individualisation, qui touche autant au statut des personnes âgées qu'à celui du rapport aux institutions religieuses et à leur place dans la société civile, qu'il faut analyser les réagencements qui s'opèrent au sein des couvents transformés partiellement en institutions de soins.

Dans la diversité des lieux du vieillir, les couvents de religieuses ayant choisi de transformer leurs maisons de sœurs aînées en EMS ou en EHPAD constituent des espaces particuliers, où se pose constamment la question de la prise en compte de l'identité spécifique des religieuses résidentes. Le modèle hiérarchique des congrégations s'inscrit dans celui d'une institution centralisée<sup>25</sup> où les intérêts du collectif prévalent sur les attentes individuelles<sup>26</sup>. Dans ces lieux hybrides que deviennent les parties de couvent transformées en unité de soins, la cohabitation (de plusieurs congrégations, avec les laïques ou les professionnelles) ne va pas de soi. Les couvents médicalisés sont des territoires du vieillir en train de se faire, qui correspondent à un modèle expérimental que les congrégations religieuses mettent aujourd'hui à l'épreuve. Ces lieux concentrent des attentes parfois difficiles à concilier, puisqu'ils sont à la frontière de deux territoires : celui de la région (ou du canton), régi par l'action publique, et celui de la Province<sup>27</sup>, régi par les congrégations.



---

## Notes

<sup>1</sup> Le terme «apostolique», faisant référence à la lignée des apôtres et à leur rôle missionnaire, désigne les congrégations religieuses investies dans la société civile comme infirmière, éducatrice, enseignante, typographe, libraire, etc. Il s'oppose au terme «contemplative» qui désigne lui les religieuses vivant «hors du monde» et dont l'activité est essentiellement centrée sur la prière.

<sup>2</sup> Le dernier rapport du Center for Applied Research in the Apostolate (CARA) montre qu'en Europe, le nombre des membres séculiers et réguliers de l'Église catholique (évêques, prêtres, diacres, religieux et religieuses) a diminué de 40% entre 1980 et 2012. Les religieuses des ordres et des congrégations (toujours en Europe) sont passées de 527 707 en 1980 à 269 532 en 2012, soit une diminution de 49% (CARA, 2015 : 11).

<sup>3</sup> Les auteurs parlent ainsi de «décatholicisation sociétale» pour qualifier l'importance des transformations au sein des sociétés sorties du catholicisme (Béraud *et al.*, 2012 : 307).

<sup>4</sup> Même si le déclin des ordres monastiques semble moins rapide, il n'en demeure pas moins que les grandes communautés ont perdu deux tiers de leurs effectifs entre les années 60 et 70 et le début du XXI<sup>e</sup> siècle (Hervieu-Léger, 2017 : 521).

<sup>5</sup> Au sein des congrégations de notre étude, le recrutement du personnel n'implique aucune affiliation religieuse particulière. Si les religieuses sont attachées à recruter des personnes soucieuses de prendre en considération les impératifs de la vie communautaire, elles ne cherchent pas nécessairement à recruter des personnes d'appartenance catholique.

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> L'étude est financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS). Elle est enregistrée sous le titre : «Le prix de la coutume. Communautés religieuses, vieillesse et évolution de la prise en charge de soins» <[www.p3.snf.ch/project-149678](http://www.p3.snf.ch/project-149678)>. Elle respecte les principes éthiques de la recherche. Un courrier signé des Supérieures générales des congrégations autorisant la présence des chercheurs sur le terrain leur a été demandé avant le début de la recherche. Les noms des lieux où ont été menées les investigations sont précisés, avec l'accord des terrains, mais l'anonymat des personnes interviewées a été respecté, ces dernières ayant toutes signé un formulaire de consentement stipulant que leurs propos pouvaient être utilisés dans des publications. Le protocole de recherche a été accepté par la commission d'éthique cantonale le 9 décembre 2013.

<sup>8</sup> Les «théories de la sécularisation» (Tschannen, 1992) insistent sur la neutralité confessionnelle des États et la remise en cause du statut social des Églises. Cette restructuration des rapports Églises/États dans les pays nord-occidentaux s'inscrit dans une logique de rationalisation et de différenciation des sphères qui régulent et organisent l'ensemble de la vie sociale (Wilson, 1966). Nous situons ainsi nos analyses dans une double perspective : celle de la perte d'emprise du catholicisme sur la culture dominante (Gauchet, 1985; Lambert, 1985) et celle d'un repositionnement des religions établies dans la société civile (Campiche, 2004; Willaime, 2008).

<sup>9</sup> Il importe ici de préciser que si les congrégations religieuses qui ont actuellement fait ce choix d'une convention avec les États sont peu nombreuses, celles qui l'ont fait ouvrent partiellement leurs établissements à d'autres congrégations qui n'ont pas eu les forces nécessaires pour le faire, ainsi qu'aux prêtres des diocèses dont la situation sanitaire exige une prise en charge institutionnelle.

<sup>10</sup> Les Ursulines ont essentiellement assuré des missions d'enseignement, les sœurs de Saint-Paul ont travaillé dans les métiers de la presse et des médias, les sœurs d'Ingenbohl ont œuvré dans les soins, l'éducation spécialisée et l'enseignement.

<sup>11</sup> Les statuts de l'ISRF précisent que l'établissement peut également accueillir des personnes dites « assimilées », c'est-à-dire les gouvernantes de cure, les missionnaires laïques ou toutes autres personnes proches des milieux religieux.

<sup>12</sup> Fondée à Besançon en 1799, la congrégation des sœurs de la Charité de Sainte Jeanne-Antide Thouret s'est principalement investie dans l'éducation des jeunes filles, les soins et à l'aide aux pauvres.

<sup>13</sup> Les EHPAD « Saint Ferjeux » (Besançon, Doubs), « Notre Dame des Cèdres » (Montagny, Haute-Saône) et « Les balcons du lac » (Thonon-les-Bains, Haute-Savoie).

<sup>14</sup> Présentes dans les conseils d'administration, les responsables de la congrégation s'attachent néanmoins à donner une priorité aux religieuses dans les demandes d'admission.

<sup>15</sup> Pour une présentation détaillée de la variété des pratiques cantonales en la matière, voir Cattacin *et al.* (2003).

<sup>16</sup> Ces pourcentages sont basés sur des données démographiques fournies par les congrégations elles-mêmes. Si les sœurs de la Charité de Sainte Jeanne-Antide Thouret enregistrent une diminution inférieure à 60% sur cette période (1960-2015), cela est uniquement dû aux différentes fusions opérées avec d'autres congrégations à la fin du XX<sup>e</sup> siècle.

<sup>17</sup> Nous faisons ici référence aux vœux de pauvreté, de chasteté et d'obéissance. Sur la vie religieuse et les règles qui la structurent, voir l'ouvrage exhaustif de Sophie Hasquenoph (2009).

<sup>18</sup> En 2007, 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 bien-fondé 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'eux (2P.271/2006/svc, arrêt du 12 janvier 2007). Cette décision s'applique encore aujourd'hui.

<sup>19</sup> Si leur état de santé ne leur permet pas de se rendre à la chapelle, les religieuses pourront tout de même bénéficier d'une diffusion des offices par haut-parleur dans leurs chambres.

<sup>20</sup> Les EHPAD n'ont pas de médecin en interne pour réaliser les consultations. Chaque résident-e a son propre médecin traitant et c'est ce dernier qui se déplace pour réaliser les consultations à la demande de l'équipe de soins. À deux reprises, nous avons pu constater sur le terrain que certains médecins ne prennent pas en considération les horaires des temps de prière communautaire quand ils viennent sur place pour une consultation. Il n'est donc pas rare que les aides-soignantes doivent aller chercher une sœur à la chapelle au beau milieu des vêpres ou d'un office, ce qui n'est généralement pas du goût de cette dernière. Ce n'est pas le cas pour l'EMS suisse de notre étude, qui a engagé deux médecins de ville référents qui organisent leurs visites médicales en dehors des offices des religieuses.

<sup>21</sup> La congrégation religieuse, dirigée par une supérieure générale et son conseil, regroupe différents groupes locaux (les communautés), répartis sur différents continents. Chaque groupe local constitue donc une entité qui a sa propre organisation interne. Les sœurs âgées vivant ensemble forment donc une communauté en soi et dépendent d'une supérieure locale qui a la charge de veiller sur elles et d'organiser leur quotidien.

<sup>22</sup> L'une des typologies courantes consiste à classer les personnes âgées en trois catégories : les personnes indépendantes, les personnes fragiles (état potentiellement réversible) et les personnes dépendantes fonctionnelles (Lalive d'Epinay et Spini, 2008). Pour une perspective critique de la catégorie administrative de dépendance et de son effet normalisant, voir Ennuyer (2004).

<sup>23</sup> Il est possible par exemple de repérer aujourd'hui de nouvelles instances de contrôle et de normalisation plus souples et plus efficaces, par exemple le repérage GPS des résidentes atteintes de troubles cognitifs dont le périmètre de déplacement autorisé est délimité.

<sup>24</sup> Le niveau de contact avec le monde extérieur est très différent entre les congrégations apostoliques et les ordres contemplatifs. Il varie en fonction du charisme de la congrégation.

<sup>25</sup> Le lien de dépendance qu'entretiennent les congrégations religieuses avec l'institution catholique romaine répond à une législation particulière, définie par le droit canon (Droit canon — « Les Instituts de vie consacrés » — can. 573 à 730). Toute congrégation est par définition soumise à l'autorité de l'Église puisque son existence même dépend d'une reconnaissance officielle prononcée par l'autorité vaticane (Institut de droit pontifical) ou par l'évêque d'un diocèse (Institut de droit diocésain). Ayant été autorisée à exister par son autorité de tutelle, la congrégation religieuse définit ensuite ses propres règles, en lien avec les vœux de son fondateur, généralement fixées à l'écrit dans des correspondances avant d'être inscrites dans des statuts (les Constitutions) déposés auprès du Saint-Siège qui en ratifie la conformité vis-à-vis du droit canon. Voir notamment Hasquenoph (2009 : 23-25).

<sup>26</sup> Nous faisons ici référence au modèle « Église » et à son régime d'autorité de type « rationnel-légal » (Weber, 2003; Disselkamp, 2006) de la typologie webero-troeltschienne. Dans la pratique, comme nos observations ethnographiques le confirment, les attitudes des acteurs sont plus nuancées et les prises de distance avec l'autorité institutionnelle sont fréquentes.

<sup>27</sup> Le terme « Province » désigne la zone géographique où se répartissent les communautés religieuses locales rattachées à la maison mère d'une congrégation.

---

## Références bibliographiques

Amourous, C. 1995. *Des sociétés natives, ordre, échanges & rites humains dans la vie institutionnelle*. Paris, Meridens Klincksieck.

Amourous, C. et A. Blanc (dir.). 2001. *Erving Goffman et les institutions totales*. Paris, L'Harmattan.

Anchisi, A., L. Amiotte-Suchet et K. Toffel. 2016. « Vieillir au couvent. Stratégies des congrégations et paradoxes de la laïcité », *Social Compass*, 63, 1: 3-19.

Anchisi, A., L. Amiotte-Suchet et C. von Ballmoos. 2017 (sous presse). « Dépendance et visibilité. Quand les religieuses âgées sortent de l'ombre », dans Burnay N. et C. Hummel (dir.). *Viellissement et classes sociales*. Berne, Peter Lang: 221-245.

Béraud, C., F. Gugelot et I. Saint-Martin (dir.). 2012. *Catholicisme en tensions*. Paris, Éditions de l'EHESS.

Bourdieu, P. 1982. « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 43 : 58-63.

Campiche, R. J. (dir.). 2004. *Les deux visages de la religion. Fascination et désenchantement*. Genève, Labor et Fides.

CARA — Center for Applied Research in the Apostolate. 2015. *Global Catholicism: Trends & Forecasts*. <[www.cara.georgetown.edu/staff/webpages/Global%20Catholicism%20Release.pdf](http://www.cara.georgetown.edu/staff/webpages/Global%20Catholicism%20Release.pdf)>. Page consultée le 15 septembre 2016.

Castra, D. 2003. *L'insertion professionnelle des publics précaires*. Paris, Presses universitaires de France.

Cattacin, S., C. Reto Famos, M. Duttwiler et H. Mahnig. 2003. *État et religion en Suisse — lutttes pour la reconnaissance, formes de la reconnaissance*. Étude du Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM). [http://www.ekr.admin.ch/pdf/staat\\_religion\\_gesamt\\_def-f30ef.pdf](http://www.ekr.admin.ch/pdf/staat_religion_gesamt_def-f30ef.pdf)

- Cefaï, D. (dir.). 2010. *L'engagement ethnographique*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- Cohen, M., J. Joncheray et P.-J. Luizard (dir.) 2004. *Les transformations de l'autorité religieuse*. Paris, L'Harmattan.
- Davie, G. 1990. « Believing Without Belonging : Is this the Future of Religion in Britain? », *Social Compass*, 37, 4 : 455-469.
- Déchaux, J. H. 2004. « La mort solitaire? », dans Chevalier S. et J.-M. Privat (dir.). *Norbert Elias et l'anthropologie*. « Nous sommes tous si étranges... ». Paris, CNRS éditions : 159-168.
- Disselkamp, A. 2006. « La typologie église-sectes-mystique selon Ernst Troeltsch », *L'Année sociologique*, 56, 2 : 457-474.
- Ennuyer, B. 2004. *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris, Dunod.
- Foley, R.-A. 2016. *Face au temps qui reste. Usages et symbolique des médicaments en fin de vie*. Chêne-Bourg, Georg.
- Foucault, M. 1975. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.
- Gauchet, M. 1985. *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*. Paris, Gallimard.
- Goffman, E. 1968. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth, Pelican Books.
- Hasquenoph, S. 2009. *Histoire des ordres et congrégations religieuses en France du Moyen Âge à nos jours*. Paris, Champ Vallon.
- Hervieu-Léger, D. 2003. *Catholicisme, la fin d'un monde*. Paris, Bayard.
- Hervieu-Léger, D. 2017. *Le temps des moines. Clôture et hospitalité*. Paris, PUF.
- Lalive d'Épinay, C. et D. Spini (dir.). 2008. *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec, PUL.
- Lambert, Y. 1985. *Dieu change en Bretagne. La religion à Limerzel de 1900 à nos jours*. Paris, Cerf.
- Lechevalier Hurard, L. 2016. « Être présent auprès des absents », *SociologieS*, Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité. <[www.sociologies.revues.org/5441](http://www.sociologies.revues.org/5441)>. Page consultée le 13 septembre 2016.
- Loffeier, I. 2013. « Une enfance sans avenir : de l'expérience d'un rapport pédagogique en maison de retraite », *Gérontologie et Société*, 147 : 121-134.
- Luckmann, T. 1970. *The invisible religion : The Problem of Religion in Modern Society*. New York, MacMillan.
- Mallon, I. 2001. « Les effets du processus d'individualisation en maison de retraite. Vers la fin de l'institution totale? », dans F. De Singly (dir.). *Être soi parmi les autres. Famille et individualisation. Tome 1*. Paris, L'Harmattan : 171-184.
- Mallon, I. 2004. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Mallon, I. 2007. « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique? », *Gérontologie et Société*, 121 : 251-264.
- Olivier De Sardan, J.-P. 2008. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socioanthropologique*. Louvain-La-Neuve, Bruylant-Académia.
- Pinell, P. 2012. « À propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », dans F. Lebaron et G. Mauger (dir.). *Lectures de Bourdieu*. Paris, Ellipses : 305-318.

Richelle, S. et I. Loffeier. 2017. «Expérience de la vieillesse en établissement à deux siècles d'intervalle : l'humanisation en question», *Genèses*, 1: 106.

Rimbert, G. 2011. *Veillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite*. Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.

Sevegrand, M. 2004. *Vers une église sans prêtres. La crise du clergé séculier en France (1945-1978)*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Tschannen, O. 1992. *Les théories de la sécularisation*. Genève/Paris, Droz.

Weber, M. 2003 [1906-1920]. «Les sectes protestantes et l'esprit du capitalisme», dans *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, suivi d'autres essais. Paris, Gallimard.

Willaime, J.-P. 2008. *Le retour du religieux dans la sphère publique*. Lyon, Olivétan.

Wilson, B. 1966. *Religion in Secular Society: A Sociological Comment*. London, C.A. Watts.