

***To care or to cure* : un défi pour les soignantes auprès des âgés en institution**

To care or to cure: a challenge for caregivers for the institutionalized elderly

Cuidar o curar: un desafío para los encargados de los cuidados de ancianos institucionalizados

Jacqueline Brau and Madeleine Moulin

Number 28 (68), Fall 1992

Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1033808ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1033808ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Brau, J. & Moulin, M. (1992). *To care or to cure* : un défi pour les soignantes auprès des âgés en institution. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (28), 107–118.
<https://doi.org/10.7202/1033808ar>

Article abstract

Suggesting that we decompartmentalize the levels and timing of social activity, this text uses an intersecting perspective—historical and sociological, micro and macro social—to question the justification of boundaries between "caring" and "curing," in that they are inevitably linked to both the sexual division of tasks and the ideological machinery implicitly governing the legitimization of social policy. Institutions caring for the elderly represent laboratories for analysis, from which new types of nursing and new forms of professionalism for caregiving staff are emerging. The professional practice of (often) older women with elderly people (often women) in an environment where it is more a matter of caring than curing is associated with a triple set of issues running through the entire ethical and political questioning of the social relationship: the limits of the definition and acceptability of domestic work in all its forms, enhancement of the role of non-technical work, and the status of caring work which is by nature not measured since it is not measurable.

To care or to cure : un défi pour les soignantes auprès des âgés en institution

Jacqueline Brau et Madeleine Moulin

Plusieurs recherches commanditées sur les soins et les services aux personnes âgées ont poussé le Centre de sociologie de la santé à recadrer quelques axes de recherche devenus classiques — qualité de vie, professionnalismes, infléchissements des politiques sociales... — dans la mouvance des questions éthiques¹, non pas pour adopter une visée éthicienne, mais pour s'immerger dans l'histoire immédiate sous un angle que nous posons comme plus fondamental que celui de l'aide à la décision opérationnelle. Le propos est celui-ci : que nous apprend, sur les fondements du lien social, sur ses modulations et sur le sens qui lui est donné, la vaste tourmente de remoralisation dont font l'objet les conditions de vie quotidiennes et

leurs vecteurs les plus massivement repérables : la fonction et les responsabilités publiques, les services publics, les politiques sociales ? C'est le long de ce fil rouge qu'il faut suivre l'intention de l'historienne et de la sociologue, posant ensemble leurs regards sur une même réalité (est-elle la même ?) pour amorcer une chasse à quelques-unes des évidences qui confortent le sens commun si souvent chanté par la sociologie appliquée, et qui anesthésient avec une efficacité parfois déconcertante notre historicité.

En effet, nous sommes accoutumés à cloisonner les registres et les temps de la vie sociale au gré des urgences décrétées. Ainsi sont tour à tour investis, en tant

qu'« univers total », « les personnes âgées » et le « vieillissement de la population » (nos vieux sont alors, en principe, au centre du discours et des craintes diffuses), les conditions de travail et les avatars des professionnalisations (en l'occurrence, les personnels soignants seraient l'objet des soins de la démarche scientifique), ou encore les politiques sociales en mal de points de repère tant pour les décideurs que pour n'importe quel citoyen. (« La » société occupe alors l'épicentre des préoccupations avec ses deux parangons les plus fidèles : l'État et les Institutions, deux constructions sociales aussi aisément réifiées que personnifiées.)

En rupture avec ce découpage, nous avons tenté une

incursion dans l'évolution (inscrite dans une durée, une continuité) des conditions de travail des professionnelles de la santé, auprès des vieux (des femmes majoritairement) hébergés (définitivement le plus souvent) en institution. Nous tentons ce faisant de mettre « à l'instruction » les justifications, les « cela va de soi » des lignes de démarcation entre le *care* et le *cure*, en ce qu'elles renvoient immanquablement tant à la division sexuelle des tâches, qu'à l'appareil idéologique² qui préside implicitement à la légitimation des politiques sociales et de leurs évolutions actuelles.

Formulons autrement. Il semble aller de soi pour tout le monde que l'évaluation souhaitée et souhaitable pour soupeser les forces positives des fonctions du *care* et du *cure* auprès des personnes âgées doive se produire, ne puisse se produire que : 1) en institution principalement, 2) selon les modalités d'un certain professionnalisme, 3) essentiellement par des femmes. Cette orthodoxie à elle seule justifie qu'on en mette les termes à la question. C'est ce que nous nous proposons de faire.

Le cadre institutionnel

En 1982 ont été institués, en Belgique, des établissements spécifiquement destinés à des per-

sonnes dépendantes nécessitant des soins de longue durée : les « maisons de repos et de soins » (MRS), dans lesquelles se retrouvent essentiellement des personnes très âgées (la moyenne d'âge y est de 82 ans). Ces MRS sont issues d'une reconversion hospitalière hâtivement menée et que guidaient surtout des impératifs économiques. L'heure était à la restriction budgétaire du secteur hospitalier. Il s'agissait prioritairement d'alléger les hôpitaux d'une patientèle qui ne nécessitait plus des soins aigus et de supprimer des lits considérés comme pléthoriques.

Il importe de spécifier d'emblée ce qui fait l'originalité de la MRS car nous posons ici qu'elle alimente une relation nouvelle entre les fonctions curatives et soignantes. Qu'elle soit l'héritière d'un passé hospitalier ou qu'elle reste fidèle à sa destination résidentielle, la MRS se présente comme un lieu de soins inédit, à mi-chemin entre une institution calquée sur le modèle hospitalier dans lequel sont privilégiées les valeurs du *cure* et le modèle résidentiel où prévalent celles du *care*³. En cela, elle constitue un excellent « laboratoire d'analyse ». Mais si, par sa structure comme par sa destination, la MRS se distingue de l'hôpital, histoire oblige, elle s'en démarque difficilement⁴; le personnel qui y exerce a souvent un passé de pratique hospitalière⁵.

Retenons d'abord le type et l'objet même des soins. En raison des caractéristiques des résidents, les soins dispensés sont des soins de base et souvent de longue durée. Cette tâche relève plutôt de la prise en charge, de l'action de « s'occuper de » que de la mise en œuvre de soins techniques. La MRS étant considérée comme la demeure du résident, les soins médicaux reviennent aux méde-

cins généralistes. Ils y effectuent, à la demande, des consultations. Les visites auprès des spécialistes se font généralement en hôpital. Il découle de cette organisation des soins curatifs qu'il n'y a pas une présence continue des médecins; en conséquence le personnel soignant bénéficie d'une plus grande autonomie à l'égard du pouvoir lié à la pratique médicale qu'en hôpital.

Le personnel qui travaille en MRS a ses caractéristiques propres. On sait le poids important de la division sexuelle des rôles au sein des professions de soins⁶. Il a donné naissance à des stéréotypes professionnels⁷ dont le trait se retrouve en quelque sorte grossi dans les MRS : le personnel infirmier et soignant y est, plus encore qu'en hôpital, presque exclusivement féminin. Il y exerce ce qui ressemble étrangement à une mise en scène du quotidien : le nursing est un nursing de base, et la vie s'organise autour de tâches domestiques routinières. De surcroît, les responsables de nursing sont relativement âgés. La plupart ont dépassé la cinquantaine. Cette fonction constitue la dernière étape de leur carrière avant la retraite.

Relative autonomie du personnel soignant à l'égard de l'exercice du pouvoir médical, primat donné aux soins de base plutôt qu'à des soins techniquement sophistiqués, représentation largement majoritaire des femmes, telles sont donc les caractéristiques dont nous voudrions dégager les interactions⁸.

Les objectifs

Durant deux ans (1989-1990), les MRS ont fait l'objet d'une recherche en sociologie de la santé⁹. Au cours de cette enquête ont été organisés des « hearings » regroupant les diffé-



rentes catégories de professionnels exerçant en MRS, parmi lesquels les responsables de nursing¹⁰. Le débat portait sur la spécificité de leur travail, sur une définition de la vocation de leur institution, sur ce qu'elles entendaient par « qualité de vie » en institution d'hébergement collectif pour personnes âgées. La richesse de ce matériel qualitatif et exploratoire tient essentiellement au caractère direct et spontané des discours, à leur fonction d'exutoire pour une profession confrontée à la tension du changement. Un ordre double, quasi métaphorique de la MRS, parcourt ce texte : celui d'une division sexuelle du travail et celui d'une société vieillissante, selon deux axes :

— un premier axe regarde le fonctionnement de l'intérieur : que nous apprend cette pratique professionnelle des infirmières en MRS sur les rapports entre le *care* et le *cure* ? Comment y évoluent ces deux fonctions ? Quelles sont, dans leurs manifestations concrètes et leurs représentations symboliques, les valeurs qui s'y attachent ? Comment s'articulent effectivement les tâches dévolues respectivement au *care* et au *cure* ? Quelle est leur spécificité en MRS ? Nous avons accordé une importance première au discours de cette quinzaine de femmes, par intérêt anthropologique à l'égard des contours des profes-

sionnalismes, certes, mais plus encore parce qu'il nous semble essentiel d'éclaircir cette problématique autrement que par le seul truchement des critères habituels, construits en extériorité par rapport à l'expérience quotidienne vécue par ses artisans : les soignantes, compagnes des hébergés, radieuses, en révolte, démunies, soumises à certains principes de réalité, anesthésiées, selon.

— un second axe vise à contextualiser l'univers singulier des MRS, notamment en ce qui concerne les conditions faites à la solidarité intergénérationnelle, à la réciprocité, et de manière générale à la responsabilité publique.

Le petit bout de la lorgnette

Si, dans l'acte de soigner, les aspects *cure* et *care* ne sont ni forcément ni aisément distinguables, à l'aspect curatif s'attache surtout le prestige du savoir scientifique et au soignant la simplicité d'un savoir pratique (Jecker et Self, 1991). Cette dichotomie, lourde d'un long passé, est bien présente au sein des professions de santé¹¹. Ce démarquage des tâches accompagne le mouvement de sécularisation de l'hôpital, qui est aussi celui de la progressive domination du curatif sur le soignant. Soigner (*to cure*) suppose la distance et la rationalité d'un savoir spécifique. S'agissant des professionnels de santé, soigner est une science tout autant qu'une pratique. Prendre soin (*to care*) est fait de gestes qui empruntent au quotidien. L'action se déploie dans la quotidienneté. Elle suppose l'intuition et la proximité. Dans l'hôpital, ces rôles sont clairement répartis. Dans la MRS, étant donné les fréquentes poly-pathologies des personnes âgées, les aspects purement curatifs, dans ce qu'ils font appel à

un savoir hautement élaboré et à des actes techniques savamment étudiés, n'ont guère leur place. Les visites des médecins s'effectuant à la demande ou de façon routinière, le suivi médical dépend largement du travail centralisateur et coordonnateur du chef de nursing¹². En ce sens, la fonction soignante y joue un rôle majeur et le primat est donné à l'action de prendre soin. D'une part, le pouvoir du personnel soignant est accru par défaut du pouvoir médical. D'autre part, l'attention portée à l'autre, le temps qui lui est consacré importent bien plus que la sophistication des actes et des savoirs.

Une dure reconversion

Ainsi décrite, la MRS fait figure de royaume du *caring*. Est-ce à dire que la fonction soignante y est particulièrement valorisée ? À entendre les infirmières-chefs, ce sont d'autres considérations qui prévalent. Ainsi qualifient-elles leurs tâches et celles du personnel soignant : « Nous ne faisons pas de la médecine de pointe » ; « progressivement en MRS se perdent les connaissances apprises à l'école et en hôpital » ; « on perd la technique » ; « on perd tout ce qu'on a appris ». De façon unilatérale, ces définitions sont formulées par la négative. Le référent étant l'hôpital et sa technicité, la pratique en MRS ne peut que se situer en contrebas. La tâche est décrite comme réductrice parce qu'elle ne comporte pas la noblesse du savoir qui s'attache à la fonction curative. Or, en MRS, c'est à la qualité des gestes plus qu'à la maîtrise d'un savoir complexe qu'est due la valeur de l'intervention soignante.

Dans ce cas, concevoir positivement le travail soignant supposerait un renversement des valeurs professionnelles. Temps et espace se structurent diffé-

remment : en MRS, l'un et l'autre sont vécus dans la lenteur et le continu alors qu'en hôpital ils sont saccadés, morcelés. C'est dans le rythme et le contenu de son travail — c'est-à-dire dans son organisation et ses finalités — que la profession soignante est amenée à se redéfinir, non sans heurts. Plusieurs arguments éclaircissent cette difficulté à opérer ce qu'il faut bien appeler une « conversion professionnelle ».

Il faut tenir compte du poids non négligeable des stéréotypes professionnels, eux-mêmes empruntés aux stéréotypes culturels. Un savoir de type savant est plus prestigieux que les gestes, surtout si ceux-ci sont routiniers. La dépréciation d'un savoir occulté par l'autre résulte de schémas professionnels intériorisés de longue date : les infirmières ont bien intégré cette échelle des savoirs.

Trajectoire professionnelle en cul-de-sac

S'il relève du truisme de corréler l'ascension dans la hiérarchie professionnelle à l'avance en âge, cette association, en MRS, obéit à des modalités particulières. « Les jeunes doivent rester à l'hôpital », affirment les chefs de nursing. En d'autres mots, la MRS ressemble bien à un refouloir où l'on termine sa carrière lorsqu'on n'a plus rien à apprendre ou... à perdre. La pro-

motion professionnelle qui accompagne le départ de l'infirmière de l'hôpital vers la MRS motive parfois ce choix. En réalité, cela peut être un non-choix : avec l'âge, les horaires hospitaliers deviennent trop lourds à supporter, un travail à mi-temps s'obtient plus facilement en MRS qu'en hôpital. Pour d'autres encore, la charge de responsable de nursing en MRS a constitué l'unique possibilité de promotion professionnelle. Bref, c'est à un personnel vieillissant, dont la carrière prend en quelque sorte un cours inversé, que sont confiées les responsabilités des soins aux âgés. Toute la question du sort réservé à la vieillesse dépendante se profile derrière ce constat. Comment en effet ne pas s'inquiéter des effets cumulatifs de la responsabilité d'une prise en charge de personnes en fin de vie par d'autres se situant en fin de carrière (ou qui, du moins, définissent ainsi leur situation professionnelle)? On voit ici se dessiner les risques de susciter ou de renforcer un rôle de « cul-de-sac » des MRS.

La quête d'une identité professionnelle

Parmi les responsables du nursing pointe parfois un certain découragement face à ce qui est perçu comme un effet réducteur de l'identité professionnelle dans les tâches : « prendre la tension, vous appelez cela un soin infirmier? ». Sont en cause la trop grande simplicité des actes à effectuer, la difficulté de situer par rapport à un travail qui ne fait guère appel à la formation initiale ni aux compétences acquises au fil du temps, à quoi s'ajoutent les effets lassants de la routine. Où situer la frontière entre l'acte réalisable par tout profane, et ce qui relève du professionnel? C'est toute la question de l'identité professionnelle : comment con-

quérir, faire reconnaître et occuper un espace professionnel qui soit propre au personnel infirmier en MRS?

Néanmoins, derrière ces difficultés, ces aspérités, s'ébauchent de nouvelles modalités du travail infirmier. Cela a été dit, la MRS offre au personnel infirmier une marge de liberté particulière à l'égard du pouvoir médical. La coordination des activités peut reposer sur les seules infirmières. Au cœur de la centralisation des tâches, elles portent en permanence et collectivement l'ensemble de la prise en charge. Leurs contacts suivis avec la patientèle les placent dans une position qui peut être vécue comme privilégiée. Ainsi, une aspiration maintes fois répétée — celle d'une « prise en charge globale » de la personne — trouve en MRS des éléments favorables à sa réalisation. Se dessine çà et là une tentative ou une tentation d'élargir l'espace et les contours des soins dans plusieurs directions : asseoir la légitimité des affinités du *care*, déborder d'une définition stricte du *care*, se démarquer du *cure*.

Il faut cependant nuancer : cette marge de manœuvre demeure peu utilisée, peu investie. L'infirmière a appris à travailler sous les ordres du médecin ; construire l'autonomie qui lui est offerte n'est pas aisé (Collières, 1982 : 75-100). Les discours infirmiers sur l'autonomisation professionnelle en MRS sont largement connotés du poids de l'histoire professionnelle, source d'un tiraillement profond : il y a à la fois aspiration à une plus grande autonomie et difficulté de l'assumer. Les aspirations à un élargissement des responsabilités par une extension du pouvoir d'initiative dans l'organisation des aspects curatifs entrent en conflit avec l'attachement à l'image tra-

ditionnelle de l'infirmière hospitalière, d'autant que la pratique en milieu fermé renforce la reproduction de stéréotypes organisationnels (Goffman, 1986: 48). Dans un monde clos, à l'organisation du temps quasi complètement planifiée, une marge ténue est laissée à l'initiative. « Ce n'est pas tellement la technicienne que je regrette que l'initiatrice ». En d'autres termes, cette réflexion d'une responsable du nursing dénonce un effet délétère d'une organisation du travail qui avantage la fonctionnalité immédiate des actes et des gestes, au détriment de leur inscription dans un projet temporel et dans une unité d'intention.

L'uniforme : plus qu'un symbole

Au sein des MRS, les fonctions soignantes se répartissent entre les infirmières (graduées ou brevetées) et les aides soignantes¹³. À ces dernières sont confiées les tâches qui ne relèvent pas du nursing. Toutefois, étant donné la place modeste du nursing et le rôle important des actes quotidiens du « prendre soin », les infirmières sont fréquemment amenées à s'adonner aux tâches théoriquement réservées aux aides sanitaires. La confusion des rôles qui en résulte ajoute à la crise identitaire. Le corporatisme infirmier se consolide en grande partie en référence à l'échelon inférieur de la profession de santé que représentent les aides sanitaires ou soignantes. La charge de « s'occuper de », exprimée, dans ce cas précis, par des actes comme effectuer une toilette, relever un oreiller, prendre la température, aider aux repas, soutenir une marche défaillante, est identique que l'on soit infirmière ou aide soignante. « C'est l'infirmière qui fait les tâches de l'aide. Elle donne les tartines. » « L'infirmière est exac-

tement considérée comme l'aide et finalement fait le même travail que l'aide. » Aussi l'importance accordée par les infirmières-chefs à l'uniforme, loin d'être anecdotique, est-elle chargée de sens. Elle révèle un point névralgique, qui traduit une incapacité de se situer professionnellement autrement que par le truchement de ce repère visible et tangible. Les tâches exécutées se rapprochent tellement des tâches domestiques qu'elles donnent l'effet de « niveler par le bas ». La différenciation par l'uniforme s'assoit sur la revendication du maintien (ou de la restauration) d'une hiérarchie rigoureuse, calquée sur celle de l'hôpital. En fait, les infirmières tentent de se démarquer de ces tâches domestiques comme les médecins l'ont fait au cours de leur histoire. « Des gens qui ont des habitudes cliniques, c'est mieux. » « Les gens [ici les aides] ne se sentent pas très à l'aise dans le milieu, pas très bien formés. On ne sait pas d'où elles sortent. » Comme l'objet du travail se prête peu à la distinction, il faut marquer cette distinction ailleurs: elle se retrouve, lourde de tradition, dans l'uniforme. En institution, l'uniforme fait la différence: il affirme, et il protège. Il nous introduit dans une autre dimension du *caring* en MRS, celle d'un rapport inédit entre le dehors et le dedans, entre l'intériorisation du regard extérieur et celle de l'expérience.

L'enfermement dedans et dehors

Si, en MRS, la tradition d'enfermement est pesante, en contrepartie, la relation de l'infirmière à son travail s'alimente tant avec le « dehors » qu'avec le « dedans ». Du dedans, c'est-à-dire de ses propres choix professionnels — fussent-ils des rationalisations face aux limites de l'offre d'emploi —,

de ses relations avec les autres catégories professionnelles, de l'histoire des professions de soins, des liens qui se nouent avec la patientèle. Par le « dehors », il faut entendre la famille des hébergés, les visiteurs, mais également, dans un autre registre, les représentations sociales de la profession. Comment s'organise et se vit cette relation entre le dehors et le dedans ?

La MRS est, plus encore que l'hôpital, un milieu clos. Le plus souvent il s'agit de la dernière demeure de la personne âgée. Dure et incontournable réalité: le « turn over » élevé des résidents est principalement lié au taux de décès. Le degré de dépendance physique et (ou) psychique des personnes prises en charge est élevé. L'enfermement se prolonge d'ailleurs en dehors de la MRS. Les activités extérieures, généralement en groupe, s'accompagnent souvent d'incidents divers: il ne fait pas bon exhiber la décrépitude de l'âge. Les lieux où il est loisible de sortir du cadre quotidien ne sont pas légion. Aussi, même dehors, les hébergés restent-ils enfermés dans leur dedans.

Des réflexions souvent entendues — comme celle-ci: « Les gens ne sont pas valorisés au niveau de la relation » — sont illustratives d'une perception de la charge de travail, subjective-ment définie et vécue comme excessive. Cette charge est lourde de plusieurs composantes que nous définirons comme « affectives » (affectant l'individu dans sa propre sphère de sensibilité, dans son intimité) et « sociales » (affectant l'individu dans son identité professionnelle). Effet de miroir d'une vieillesse qui s'étirole. Naufrages du corps et de l'esprit, ou derniers combats d'une dernière vie, les multiples réalités de la

vieillesse dépendante demandent à être affrontées au quotidien, le sont sans le demander. Gageure ici, plus encore qu'en hôpital, que de pratiquer la classique dichotomie de la profession infirmière entre le corps et l'esprit. Entre les deux se logent à la fois la technicité du geste et la ponctualité des soins, l'une et l'autre pourvues de limites incertaines. Ici, le geste est familier, il appelle à l'intimité. La demande est grande du temps à partager. Dans ces trames, chaque fois recommencées, se nourrissent sympathies et espoirs, aversions et découragements. « Il faut faire avec », disait une chef de nursing. C'est bien là une charge « affectivement » lourde.

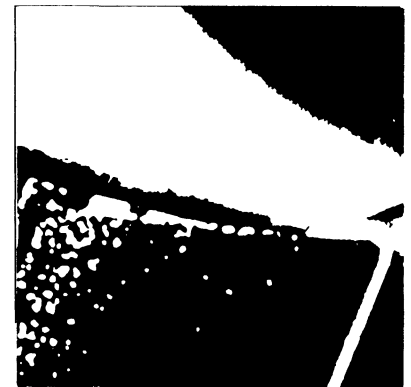
« Parmi les divers objets que l'individu doit manier en présence des autres », écrit Erving Goffman, « il en est un qui mérite une attention particulière : les autres en personne. L'impression qu'il produit par ses rapports et les traits qu'on lui attribue en conséquence influent beaucoup sur sa réputation car, là, les témoins ont un intérêt personnel direct à ce qu'ils voient » (Goffman, 1974 : 138). Si la valorisation est inscrite dans le comportement de l'autre, rien n'est moins gratifiant que de constater l'inéluctable dégradation physique et (ou) psychique. Dans ce regard qui s'éteint, comme dans celui des familles,

apeurées ou indifférentes, exigeantes ou compréhensives, s'alimente la « lourdeur » sociale de la tâche, effectivement, et par son image. On ne peut dès lors s'étonner du taux d'absentéisme élevé dans le secteur. Bien des soignantes elles-mêmes affirment chercher à l'extérieur le bol d'oxygène nécessaire pour supporter la vie institutionnelle.

L'affrontement des morales

En tant que professionnelle, l'infirmière de MRS affronte des situations conflictuelles qui mettent aux prises une morale privée — ou en tout cas traditionnellement dévolue à la sphère de la vie privée — et une morale de responsabilité collective. La première relève de la morale domestique qui prévaut dans les familles et considère comme un devoir la prise en charge des plus faibles. La morale de responsabilité collective, héritage des révolutions politiques et sociales du dix-neuvième siècle, confère à l'État la prise en charge collective de certains services¹⁴, en tout cas ceux sur lesquels se fonde la solidarité obligée dont il sera question plus loin. Les infirmières et les aides soignantes de MRS sont chargées d'assumer leur rôle, conformément à une morale privée et fortement individualisée, au nom de cette morale de responsabilité collective, fortement externalisée. La démission de certaines familles, leur éclatement, leur découragement, parfois leur mauvaise conscience, ou encore leur infirmité psychosociale, qui les rend inaptes à assumer le deuil d'une séparation « honteuse », mais que leurs conditions de vie ne permettent pas d'éviter, les amènent à se percevoir comme disqualifiées. Elles ont failli aux injonctions adressées à la morale individuelle et familialiste, en s'ajustant

aux services offerts par la morale collective, incarnée par la responsabilité publique, qui n'est jamais à la hauteur des attentes individuelles et collectives lorsqu'il s'agit de combler les béances de la réciprocité. Dans la rencontre entre les familles et le personnel soignant, lorsque le recours à la responsabilité collective se fonde sur ce sentiment de faillite, il provoque immanquablement des heurts : reproches mal perçus par les professionnels, sentiment d'incompréhension de la part des familles. Sur le seuil entre l'univers institutionnel et le monde extérieur s'affrontent deux morales, et les infirmières se vivent en otages de cet affrontement.



La longue vue

Estimer le poids respectif des habitudes institutionnelles (voire des tendances institutionnalisantes) et de la répartition sexuelle des tâches dans le fonctionnement des MRS, et surtout entendre ce que les professionnelles ont à en dire, a éclairé la dialectique entre le *care* et le *cure* tels qu'ils sont construits à l'endroit des personnes âgées hébergées « à vie ».

Prenons à présent cette « affaire de femmes » à témoin, comme signe des lames de fond qui traversent actuellement les politiques sociales et leur force

prescriptive. Les lignes de forces repérables dans cette abstraction qu'on appelle le « macrosocial » peuvent à leur tour expliquer pour partie la quotidienneté institutionnelle décrite autour du *care* et du *cure*. En particulier, on peut essayer, à partir de ces coupes diachroniques et en intériorité, de remonter à l'appareil idéologique qui sous-tend les politiques sociales, vouées à gérer un équilibre fragile entre l'offre de services et les citoyens.

Aux sources de la solidarité

L'appareil idéologique qui concerne notre propos prend sa source pour partie dans la construction des démocraties parlementaires et constitutionnelles ; il se trouve renforcé et sans cesse réajusté par leur évolution. En effet, nombre d'États ont construit depuis un demi-siècle des instances politiques fondées sur le principe de solidarité. Ce dernier puise ses règles de fonctionnement dans au moins trois ordres de l'instance idéologique, étroitement liés à notre propos.

L'effet de catégorisation. Le droit à la solidarité, ainsi que le devoir qui lui est corollaire, fonde sa légitimité sur le travail. Il s'agit là d'un appareil idéologique massif, dont l'effet marque radicalement l'organisation sociale puisque la société est divisée en travailleurs et en non-travailleurs, sur la base du critère des revenus du travail. Cette inscription sociale s'exprime dans toutes les instances (économique, politique, idéologique), et on la retrouve dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, il est bon de le rappeler¹⁵.

Le partage des ressources. Subséquemment, il en découle une organisation intergénérationnelle de la solidarité dans laquelle se creuse une fois encore une division radicale entre les actifs et

les non-actifs (les termes eux-mêmes sont tout un programme !). Des modes de production jusqu'au discours social, en passant par toutes les modalités d'intervention étatiques, cette règle préside à la concrétisation de toutes les valeurs. Les limites de sa force organisatrice en tant que représentation hégémonique de l'ordre social (paix, justice, progrès...) apparaissent à présent, par le double effet révélateur de l'état de l'économie¹⁶ et du vieillissement de la population. Toujours est-il que cette logique du partage des ressources s'imbrique de manière très cohérente dans l'ensemble de l'appareil idéologique qui entoure le travail. Il s'y ajoute de surcroît le poids considérable du statut de la propriété privée comme pivot de la liberté, autre axe majeur de l'appareil idéologique des droits de l'homme, et complémentirement celui des règles de transmission du patrimoine¹⁷.

L'intervention de l'État. Enfin, l'évolution des interventions de l'appareil d'État joue également un rôle considérable dans l'imprégnation idéologique du principe de la solidarité. Sans reprendre ici un débat largement entamé à tous niveaux, soulignons néanmoins l'efficacité — bien plus que symbolique — du mythe irrationnel d'un État rationnel sur le caractère opératoire et prescriptif du principe de solidarité. Le rôle hégémonique de l'État s'en est vu renforcé au fil du temps, tel un corrélat inévitable de la responsabilité étatique en matière de services publics et de mise en ordre et en clair de la justice distributive, de l'équité, en un mot des règles de partage des ressources. Là aussi, on est arrivé à un point de non-retour devant les limites du financement public. Peut-être aussi a-t-on atteint le seuil d'acceptabilité des inégalités sociales dans le partage des tâches de solidarité et

de réciprocité, en coût humain cette fois.

Les pesanteurs cumulées

Catégorisation par le travail, solidarité intergénérationnelle et hégémonie de la responsabilité morale de l'État aux abois se renforcent mutuellement et ne peuvent en tout cas plus faire l'objet d'une analyse selon les termes de la seule instance économique. Les conditions d'existence des soignantes en MRS sont certes tributaires de ce filet serré d'instances idéologiques, et leur vie quotidienne est marquée à la fois par la force des intrications et par leur fragilisation actuelle de ces instances. Mais cela ne suffit à expliquer ni la totalité des ingrédients de la chape institutionnelle, ni les tentatives de redessiner les contours du professionnalisme au sein des MRS.

À ce registre macrosocial viennent s'ajouter différents volets de l'histoire des institutions, qui apportent de manière diffuse leurs pesanteurs à la réalité quotidienne et au potentiel d'innovation politique. On ne peut ici que les énumérer pour compléter le tableau : la tradition de charité, dont la perpétuation a toujours pesé sur les épaules des femmes ; la logique implacable de la relégation, hors du regard commun, des plus fragiles, considérés comme inutiles et encombrants ; les effets du triomphalisme des sciences biomédicales, qui ont fait de la médicalisation de nombreux pans de l'aide sociale un parcours quasi obligé, encore amplifié et sanctionné par le système de remboursement et de financement à l'acte.

Du dehors des institutions enfin, et ce phénomène n'est pas le moindre, s'infiltré un peu partout dans les esprits le sentiment de la nécessité, à la fois de se situer dans sa « niche écologique

locale » et de se référer, voire de se plier, aux valeurs et aux méthodes de la gestion planétaire. Ce dernier point rassemble sans doute le plus grand nombre de questions, dites aujourd'hui d'ordre éthique, et rejoint la question de la moralisation déjà évoquée.

Les enjeux

Le décor ainsi planté, on peut voir l'histoire « des soignantes de personnes âgées en institution » comme celle de femmes, enfermées en quelque sorte dans un filet complexe, avec les personnes âgées (le plus souvent des femmes, elles aussi). Le terme de « chape institutionnelle » utilisé plus haut retrouve ainsi sa justification. Partant, le mouvement de revendication de ces soignantes s'avère lourd à porter, lent et complexe à faire entendre par les décideurs et le grand public, en raison de sa spécificité d'une part, de son inscription dans un mouvement social large et complexe d'autre part. Envisageons successivement ces deux aspects.

Les revendications spécifiques

Dans le mouvement de revendication actuel des infirmières¹⁸, on retrouve en substance tous les éléments évoqués précédem-

ment. Au chapitre des conditions de travail, les revendications portent sur une revalorisation générale de la profession qui dépasse largement les préoccupations salariales: la reconnaissance interne et externe de la spécificité du métier en est le centre. L'enjeu est celui de la qualité des soins et des services, irrémédiablement liée à la qualité des conditions de travail des soignant-e-s¹⁹. La responsabilité publique est ici clairement interpellée pour garantir le bon déroulement des tâches de réciprocité.

De plus, l'autonomie de l'exercice du métier est posée comme une condition de la qualité globale de la vie institutionnelle envisagée dans son entièreté. Cette exigence d'autonomie s'adresse prioritairement aux médecins, mais c'est tout le fonctionnement du modèle hospitalier qui est visé, particulièrement là où précisément le *care* prend le dessus, sans pour autant jouir d'une reconnaissance spécifique. Le modèle hospitalier accorde la prééminence aux actes techniques et intellectuels fondés sur les connaissances biomédicales. Aussi la reconnaissance et la valorisation du temps et de gestes qui reposent sur d'autres savoirs et des finalités différentes doivent-elles réellement se conquérir, non dans le prolongement ou le réajustement du modèle dominant, mais par autonomisation, et là où ce modèle dominant est tenu en échec.

Enfin, les personnels soignants des MR et MRS affirment clairement la spécificité de leur situation, en dénonçant une vision élitiste du système des institutions de soins: mieux vaut être un beau cas aigu dans un service de chirurgie de pointe qu'un vieux grabataire dans une MRS. On dénonce les filières de relégation en tant que telles, à la

fois pour entrer en connivence avec le public, et pour affirmer la lucidité des professionnels du secteur sur leur propre relégation.

Un mouvement plus profond se dessine

La relégation de ce « monde gris » des services est vécue globalement comme une blessure de l'identité professionnelle et comme une inégalité des chances d'accès à un travail « intéressant ». Même si cette frustration peut être dépassée dans des moments de lutte sociale, globalement, le sentiment dominant est celui d'une injuste hiérarchisation des activités compétentes d'aide et de services. Il ne faut cependant pas sous-estimer, on l'a vu, l'incidence de la hiérarchisation interne, au sein d'une même institution, entre les différentes catégories de soignant-e-s, en particulier entre les infirmier-e-s et les aides soignant-e-s, c'est-à-dire entre différents échelons de qualification.

De plus, et il est difficile de l'évoquer sans tomber dans le piège du passéisme, nous avons rencontré des infirmières et des aides-soignantes heureuses, et heureuses d'être où elles sont. Leur métier leur plaît, elles ne se plaignent nullement de leurs conditions de travail, elles s'estiment à leur place, sans aspiration particulière à une progression ou ascension sociale, ni revendication à une autre manière de vivre.

Ces pesanteurs s'inscrivent parmi les composantes de l'enjeu qui se dessine peu à peu pour l'ensemble des métiers de services. D'abord marqué du sceau de l'économie, c'est tout un mouvement de redéfinition des territoires et des légitimités du travail domestique, du secteur marchand, du non-marchand, de la participation publique à l'offre de services, du monde associatif (et

du bénévolat par la même occasion) qui s'esquisse ainsi dans la zone d'incertitude entre *care* et *cure* en MRS. Ce phénomène, qui dépasse de loin la réalité des seuls personnels de MRS, est d'autant plus complexe que s'y surimposent les catégories de l'activité sociale façonnées par la culture technoscientifique.

Plus profondément encore, c'est le statut même du travail — au sens large d'activité sociale — qui est monté en épingle par la professionnalisation du *care*, en un temps où sa redéfinition est déjà en marche. Ici aussi, la teneur du lien social est directement interpellée : le succès du travail à temps partiel (pour des mobiles autres que financiers), la recomposition ambiguë des notions de travail, emploi, tâches, activités, engagement, et parfois leur incompatibilité radicale, posent question. On ne peut pas — on ne peut plus — restreindre la prise en compte en termes de coût social au seul travail rémunéré. C'est un défi posé à la responsabilité collective (et pas seulement « publique ») et un enjeu pour l'invention de règles de réciprocité à venir. En particulier, la règle qui se fonde sur la solidarité intergénérationnelle risque bien de ne pouvoir résister face à la double contrainte de la démographie et de la charge sociale et affective des plus faibles.

Conclusion

Une démarche heuristique

Ce texte ne part pas d'un point de vue féministe classique. Nous avons voulu donner à entendre des paroles de femmes, en tant qu'elles disent autrement ce quotidien — le leur, au premier chef — qui fonde la réalité en actes de politiques sociales construites le plus souvent en dehors

d'elles, mais pourtant cimentées par leurs gestes et leurs actes quotidiens.

Ce faisant, nous voudrions faire valoir l'hypothèse suivante : l'abord qualitatif, anthropologique, en intériorité peut éclairer des mouvements sociaux profonds, et guider une réflexion prospective prudente. Cette position requiert que l'on admette à titre heuristique que la complexité des relations sociales trace aussi le cours des politiques, car il y a toujours une négociation, intuitive autant que rationnelle, entre « l'état des mentalités » et les infléchissements donnés aux décisions politiques. Cette négociation repose, dialectiquement et en continuum, sur des évaluations subjectives de la part des acteurs.

Il ne fait pas bon, pour le chercheur, s'égarer dans l'assurance d'une hiérarchisation a priori de ces registres de la réalité. En cela, cet article se voudrait également heuristique, et partant méthodologique. Comment, sans ce regard sur l'intériorité, comprendre les intrications entre *care* et *cure* ? Comment aborder la complexité du mouvement de recomposition entre les valeurs associées à la responsabilité publique et à la réciprocité immédiate, reléguées l'une et l'autre au rang d'aspirations platoniciennes ?

Le concept de MRS

Le concept de MRS et sa quotidienneté institutionnelle agissent en quelque sorte comme une double métaphore : celle de la division sexuelle du travail — en ce qu'elle amplifie la dévalorisation des tâches dévolues aux femmes — et celle d'une société vieillissante mue par le déni de la vieillesse et du vieillissement. À ces faiblesses de notre tissu social répond une extension de l'aide sociosociale

qui reste imprégnée par le modèle hospitalier, alors pourtant qu'elle se déploie face à des situations qui ne requièrent pas d'être globalement médicalisées.

Par ailleurs, le vieillissement de la société et des personnes soulève des questions bousculantes et à chaud, en raison des peurs projectives qui y sont associées, plus que celles qui concernent par exemple le sort institutionnel d'enfants socialement fragilisés. Confronté à la vieillesse, chacun y trouve l'ombre portée de sa propre finitude, de ses propres échéances. Soigner les vieillards et en prendre soin revient aussi à prendre soin des pudeurs sociales à l'égard des vieux, à soigner (préventivement ?) les blessures narcissiques que nous inflige le spectacle du poids subjectivement éprouvé du vieillissement croissant de la population.

Les ouvertures d'un milieu clos

Il n'est pas innocent que la prise en charge institutionnelle des personnes âgées soit assurée par un personnel lui-même en fin de parcours professionnel : le vieillissement du personnel soignant risque d'accentuer le rôle de filière de relégation de la MRS, déjà cul-de-sac pour les patients. Dans ce milieu clos, la relégation se fait donc double, en même temps qu'elle offre un lieu de régulation, double également : les personnes âgées y sont soustraites à la vie sociale et au regard des autres, et le personnel qui y travaille est sorti de la problématique soulevée par sa présence sur un marché de l'emploi où la pyramide des âges tend à s'inverser.

Comme dans toute institution « totale », les dangers de dérives vers des prises en charge totalisantes ne sont pas à négliger. On

sait que la marge entre une démarche globale et la tentation totalisante, voire totalitaire, peut être étroite dans un monde clos. La situation demande donc à être envisagée aussi sous l'angle de l'éthique, et plus particulièrement en termes de respect des droits de l'homme.

De plus, les stéréotypes, en ce qu'ils traduisent l'absence de souplesse adaptative des institutions, doivent également faire l'objet d'une attention critique. En effet, si la prise en charge institutionnelle des personnes âgées est admise avant tout comme une « affaire de femmes » dès lors que le *care* l'emporte sur le *cure*, c'est en partie malgré les femmes: culture et structures sociales se conjuguent pour faire d'elles les responsables désignées d'une vieillesse socialement disqualifiée.

Cette situation n'est cependant pas univoque. À tout le moins, les contraintes ne s'abatent pas uniquement du dehors: c'est aussi une « affaire de femmes » d'accepter ou de refuser que ce monde-là soit une « affaire de femmes ». Elles donnent un ton personnel et spécifique à ce mode de prise en charge. Mais encore, en y mettant ainsi « du leur », elles disent quelque chose à la médecine « technologique », elles rusent avec elle, y résistent. Entrant en

dissidence, elles essaient de remodeler le visage de la profession d'infirmière, elles tentent d'imprimer un sens nouveau au métier, dans le cadre d'une gériatrie non stabilisée sur les sables mouvants du *care* et du *cure*. Mais cette histoire là est encore à venir.

La lame de fond

En attendant, avant qu'émergent des contours acceptables et acceptés de ce professionnalisme revisité, une autre histoire, bien tangible, est en train de se dessiner sous nos yeux: celle de la formidable interrogation actuelle sur la teneur du lien social, sur son sens autant que sur ses modalités.

Le triangle femmes-vieux-MRS offre un éclairage intéressant de cette recomposition profonde, poussée tant par les mouvements macrosociaux que par les quêtes d'identité microsociales: objet de politiques sociales, sujet de questionnements éthiques, ce triangle « phare » conduit à de nouvelles accordailles entre responsabilité publique et réciprocité, force à repenser les implications de l'indissociabilité de ce couple, pousse à imaginer de nouvelles modalités de contrat entre elles.

Cette exigence s'impose, de manière générale, dans tout le champ des services, mais elle prend aussi des formes très spécifiques, que l'on peut résumer ainsi: le travail professionnel de femmes (souvent) âgées auprès de personnes âgées (souvent femmes) dans un milieu institutionnel où il s'agit plus de prendre soin que de soigner renvoie à une triple problématique, qui traverse toute l'interrogation éthique et politique à propos du lien social. Sont en cause les limites de définition et d'acceptabilité du travail domestique sous toutes

ses formes, la valorisation du travail non technique (et plus encore les moyens de le faire valoir), et le statut du travail relationnel et par nature hors commerce, non comptabilisé parce que non comptabilisable.

Ces trois pistes, lieux des tâtonnements actuels, posent un défi majeur aux années à venir. Bien au-delà de la question des limites de l'intervention publique, elles conduisent à celle du sens de l'activité humaine en tant qu'elle est fondatrice, productrice et garante des liens sociaux. Pour s'y engager hardiment, il faut une responsabilité publique qui compte autrement, et une réciprocité qui se compte autrement.

Jacqueline Brau
Madeleine Moulin
Centre de sociologie de la santé
Institut de sociologie
Université libre de Bruxelles

Notes

¹ Signalons entre autres, parmi les recherches les plus récentes (et disponibles), sous la direction scientifique de M. Moulin: « Les soins à domicile et le 3^e âge », *Communauté française*, 1986. « Développement de réseaux de prévention en santé mentale auprès des personnes âgées », *Communauté française*, 1991. « Soins institutionnels et personnes âgées. Méthodologie d'évaluation de la qualité de la prise en charge », *Programmation de la politique scientifique*, 1990. Recherche en cours: « Contribution à une éthique des vieillissements », Programme national de recherches en sciences sociales, SPSS.

² Nous faisons référence ici au concept d'appareil développé par Robert Fossaert (1978), qui « permet de démêler d'immenses écheveaux de liens sociaux, sur lesquels l'étude des structures économiques ne nous a rien appris » (p. 8). Nous retiendrons également sa définition provisoire: « toutes les institutions sociales qui participent, de façon spécialisée, à la formulation et à la circulation d'une quelconque

représentation du monde, globale ou fragmentaire, sont des appareils idéologiques ».

- 3 Ces deux modèles de MRS, le modèle hospitalier et le modèle résidentiel, recouvrent des réalités plus complexes et plus diverses. Une étude menée par le Centre de sociologie de la santé (ULB, 1989-1991) a mis en évidence quatre modèles de prise en charge des personnes âgées qui distinguent trois variétés au sein des MRS de type résidentiel : le modèle résidentiel mixte, le modèle de revalidation et le modèle de sociothérapie. Les critères d'élaboration de ces modèles sont ceux de la place accordée au nursing, à l'action paramédicale et aux activités de loisirs. Voir Moulin et autres, 1992.
- 4 Même si la place du secteur résidentiel reste prépondérante, la référence à l'hôpital est récurrente. Les raisons sont diverses : la formation infirmière s'effectue en hôpital, seul modèle institutionnel de soins. Le personnel soignant lui confère une aura prestigieuse, celle de la technicité, assimilée à une tâche noble.
- 5 En fait, 20 % des MRS sont sises dans un complexe hospitalier. A celles-là doivent s'ajouter des établissements entièrement destinés à la MRS, et qui sont généralement des hôpitaux entièrement reconvertis. Ils constituent 6 % de l'ensemble de ces institutions. Au total, un quart des MRS actuelles se situent dans l'environnement immédiat d'un hôpital ou sont le fruit d'une reconversion hospitalière. Ajoutons que 61,7 % des établissements appartiennent au secteur public. Nous désignons par personnel soignant les infirmières (graduées et brevetées) et les aides sanitaires.
- 6 Voir notamment Knibielher et Fouquet, 1983 : 184-200.
- 7 Par stéréotype, nous entendons les modèles de comportements valorisés, reconnus, intériorisés par lesquels on forge sa légitimité, et qu'on s'attend à recevoir d'autrui comme une évidence. Le stéréotype est assorti de préjugés et d'inerties, et contribue à renforcer une organisation figée du travail social.
- 8 Pour reprendre E. Goffman, il s'agit de s'intéresser aux interactions comme à des « relations syntaxiques qui unissent les actions de diverses personnes mutuellement en présence » (1974 : 8).
- 9 Voir la note 3. Cette recherche a donné lieu à deux rapports : Moulin et autres, 1992, et Brau et autres, 1992.
- 10 Ces « hearings » ont fait l'objet de comptes rendus inédits déposés auprès du commanditaire, le ministère des Affaires sociales. Ils constituent,

avec des entretiens personnels approfondis, le matériau de base de cet article.

- 11 Elle constitue un élément non négligeable de la professionnalisation de la médecine. Le médecin, fort d'une formation savante, se doit de faire la distinction d'avec des tâches de soins connotées de domesticité. On sait le rôle majeur de l'hôpital, au dix-neuvième siècle, dans ce processus de professionnalisation. Sur ce thème, voir notamment Faure (1982), Foucault (1963), Freidson (1986), Léonard (1977) et Waddington (1973).
- 12 Il faut préciser que la législation prescrit l'obligation d'un médecin coordonnateur. Cette fonction n'étant néanmoins nullement définie ni rémunérée, elle reste souvent purement formelle, voire inoccupée.
- 13 Les normes d'encadrement prévoient la présence de cinq infirmières (A1 et A2) pour trente lits et six aides sanitaires pour trente lits (catégorie C, soit les personnes les plus dépendantes). Les catégories de dépendance sont calculées d'après une échelle qui s'inspire de celle de Katz.
- 14 Au dix-neuvième siècle s'affrontent, autour de l'éducation et du travail des femmes, une morale de la vie privée et « une morale de la responsabilité politique et publique » (Martin-Fugier, 1983 : 20).
- 15 « Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage » (Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 23, 1). « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté » (*ibid.*, art. 25, 1).
- 16 La formule, on ne peut plus simplificatrice, évoque de façon elliptique à la fois les effets de la mondialisation et le coup d'arrêt donné aux politiques de l'État providence.
- 17 « 1. Toute personne, aussi bien seule qu'en collectivité, a droit à la propriété. 2. Nul ne peut être arbitrairement privé de sa propriété » (Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 17).
- 18 La colère des blouses blanches des hôpitaux privés s'est concrétisée en

Belgique en juin 1992 par une grève « au finish » : pour la première fois, les infirmières des grandes institutions hospitalières n'ont pas été les seules à se faire entendre : tous les personnels de la nébuleuse éclatée et décentralisée sont sortis de leur zone grise (MRS, MR, homes, soins à domicile, maisons psychiatriques, centres de revalidation...). De plus, la solidarité entre les échelons de la hiérarchie symbolique entre les institutions a fonctionné et fait aboutir positivement le mouvement. Il est évidemment prématuré de tirer les enseignements à terme de cet événement.

- 19 En soi, cet argument n'a rien de spécifique, tous les corporatistes s'en servent, à commencer par les médecins, comme l'a analysé Freidson.

117

Bibliographie

- BRAU, J., C. VAN WANSEELE et A. LENAERTS. 1992. *Rapport de synthèse* (vol. 2). Bruxelles, Centre de sociologie de la santé. Vol. 1 : voir MOULIN et autres, 1992.
- COLLIÈRES, M.-F. 1982. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, Interéditions.
- FAURE, O. 1982. *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Lyon.
- FOSSAERT, R. 1978. *La Société*, t. III, *Les Appareils*. Paris, Seuil.
- FOUCAULT, M. 1963. *Naissance de la clinique*. Paris, PUF.
- FREIDSON, E. 1986. *Profession Powers: A Study of the Institutionalisation of Formal Knowledge*. Chicago.
- GOFFMAN, E. 1974. *Les Rites d'interaction*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- GOFFMAN, E. 1986. *Asiles*. Paris, Éditions de Minuit.
- JECKER, N. S., et D. I. SELF. 1991. « Separating Care and Cure: An Analysis of Historical and Contemporary Images of Nursing and Medicine », *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16 : 285-306.
- KNIBIELHER, Y., et C. FOUQUET. 1983. *La Femme et les médecins*. Paris, Hachette.
- LÉONARD, J. 1977. « Femmes, religion et médecins, les religieuses qui soignent en France au XIX^e siècle »,

118

Annales ESC, septembre-octobre :
887-907.

MARTIN-FUGIER, A. 1983. *La Bourgeoise*. Paris, Grasset.

MOULIN, M. (dir. sc.), A. LENAERTS et
C. VAN WANSEELE. 1992. *La Position des M.R.S. dans l'échelonnement du système national de santé. Évaluation quantitative de la prise en charge*. Rapport de recherche destiné au Ministre des Affaires sociales (vol. I). Bruxelles, ULB. Vol. 2 : voir BRAU et autres, 1992.

WADDINGTON, I. 1973. « The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine: A Sociological Analysis », *Sociology*, VII : 211-224.