

# SŒUR DE CHARITÉ OU DIACONESSE ? LA CONFESSIONNALISATION DES SOINS AUX MALADES DANS L'ALLEMAGNE DU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE

Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN

**Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN**

Université Lumière Lyon 2

Centre Pierre Léon

1 - Voir HUMMEL (E.C.), *Krankenpflege im Umbruch 1876-1914. Ein Beitrag zum Problem der Berufsfindung « Krankenpflege »*, Fribourg-en-Brisgau, 1986, HELMERICH (J.), *Krankenpflege im Wandel 1890-1933. Sozialwissenschaftliche Untersuchung zur Umgestaltung der Krankenpflege von einer christlichen Liebestätigkeit zum Beruf*, Göttingen, 1992 et SCHAPER (H.P.) *Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Opladen, 1987.

**E**n Allemagne comme en France, le monde infirmier a, depuis une dizaine d'années, attiré l'attention des historiens qui, pour répondre à la quête d'identité et de reconnaissance des représentants d'une activité professionnelle qui reste quasi exclusivement féminine, se sont attachés à reconstituer sa généalogie<sup>1</sup>. Les enquêtes nées de cet intérêt nouveau isolent très clairement le tournant du XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle comme un moment charnière, marqué par l'émergence d'un corps d'infirmières laïques qui rompt avec le monopole exercé jusque là par le personnel religieux sur les soins aux malades. Ce type d'approche a pu, comme en France, conduire à exagérer

2 - Voir KAUFFMAN (C.J.), *Dienst am Kranken. Geschichte der Alexianerbruder von 1789 bis zur Gegenwart*, New York, 1978.

3 - GATZ (E.), « Caritas und soziale Dienste », in RAUSCHER (A.) (sous la dir. de), *Der soziale und politische Katholizismus*, t. 2, Munich, 1982, p. 312-351, p. 317.

la rupture de la laïcisation et à gommer les continuités et les filiations qui existent entre un personnel laïc et un personnel religieux qui, jusque très avant dans le XX<sup>e</sup> siècle, ont travaillé côte à côte, en particulier dans les hôpitaux. Elle a aussi eu pour effet d'occulter l'action des religieuses dans le domaine des soins aux malades puisque dans une logique fondée sur l'équivalence établie entre laïcisation et professionnalisation, celles-ci apparaissent tout naturellement comme des obstacles à la modernisation de l'activité infirmière.

Mon propos n'est pas de réhabiliter ces « religieuses qui soignent », pour reprendre l'expression de Jacques Léonard, sous prétexte qu'elles auraient été victimes d'une discrimination historiographique mais d'essayer de montrer, en ouvrant la chronologie à l'ensemble du XIX<sup>e</sup> siècle, que la cléricisation du champ infirmier, ou plus exactement sa confessionnalisation, n'a pas été un frein à la médicalisation des soins et de l'hôpital mais qu'elle l'a au contraire accompagnée et stimulée à une période où, en l'absence de véritables moyens thérapeutiques, les soins occupent une place centrale dans la prise en charge de la maladie.

### UNE CLÉRICISATION TARDIVE

Un premier constat vient relativiser la rupture introduite par la laïcisation dans l'histoire des soins infirmiers : la cléricisation des soins aux malades s'est imposée beaucoup plus tardivement en Allemagne qu'en France. A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, c'est un personnel quasi exclusivement laïc et salarié (*Lohnwärtersystem*) qui dessert les hôpitaux dans ce qui constitue encore le Saint Empire Romain Germanique. Certes, dans les

régions catholiques, quelques ordres religieux, qui pour la plupart remontent au Moyen Age, ont pour vocation de soigner les malades et entretiennent quelques établissements : ainsi les sœurs franciscaines de Dillingen ou d'Augsbourg, les sœurs cellitines d'Aix-la-Chapelle et de Cologne, qui continuent la tradition des béguines, ou encore les élisabethines, également franciscaines, qui sont implantées en Rhénanie, en Autriche, en Bavière et en Silésie. Ces ordres ne sont pas exclusivement féminins, quelques communautés masculines accueillent également des pauvres malades : les alexiens ou cellites, qui se sont spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales<sup>2</sup>, ou encore les frères de Saint-Jean-de-Dieu venus d'Espagne au XVII<sup>e</sup> siècle. Cette énumération ne doit cependant pas faire illusion : il semble qu'à la veille de l'occupation française, l'ensemble de ces communautés n'ait pas rassemblé plus de 250 frères et sœurs soignants soit un chiffre dérisoire au regard des effectifs français<sup>3</sup>.

Cette faiblesse de l'emprise religieuse sur les soins aux malades peut s'expliquer assez aisément en pays protestant ; la Réforme a en effet été marquée par le rejet du salut par les œuvres et a entraîné la suppression des ordres religieux et la municipalisation de l'assistance, en particulier des hôpitaux, même si ce mouvement s'est en réalité amorcé dès la fin du Moyen Age. En terre de catholicité, le problème apparaît plus complexe ; on peut en particulier se demander pourquoi la Réforme catholique ne s'est pas traduite, dans le cadre de la revalorisation du salut par les œuvres, par l'apparition de communautés charitables nouvelles sur le modèle français. Force est en effet de constater que cette « révolution silencieuse » du champ caritatif que constitue, aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, le développement des

congrégations féminines en France n'a pas eu lieu dans les pays allemands<sup>4</sup>. Les ordres religieux créés ou réformés sous l'impulsion de la Réforme catholique sont tournés vers la contemplation ou vers l'enseignement beaucoup plus que vers l'action charitable, qui reste enfermée dans le cadre traditionnel des paroisses et des fondations (*Stiftungen*).

Cette sclérose, qui s'inscrit dans un contexte de crise généralisée de l'assistance privée et publique, renvoie à des blocages d'ordre religieux, difficiles à élucider. On sait tout d'abord que, dans sa situation de frontière confessionnelle, le catholicisme allemand a été beaucoup plus mobilisé par la nécessité de combattre le protestantisme que son homologue français ; or ce combat est avant tout passé par le développement d'une abondante littérature de controverse et d'une activité pastorale, liturgique et missionnaire intenses qui fait une large part aux Jésuites. Dans ce contexte, le catholicisme allemand a également accordé plus d'importance au secteur éducatif (en tout cas à l'éducation des élites) qu'au secteur caritatif. En outre, l'Église catholique allemande est beaucoup plus étroitement liée au pouvoir politique que son homologue française, ce qui a pu paralyser ses capacités d'innovation ; elle est également dominée par une aristocratie accusée, plus encore qu'en France, de monopoliser ses revenus sous forme de prébendes juteuses, privilégiant les voies les plus lucratives de la vocation, celles qui la conduisent vers les chapitres cathédraux, les innombrables collégiales et les ordres contemplatifs ; par leur grande attractivité, ceux-ci ont pu saturer le champ des vocations et mobiliser les ressources nécessaires au développement de formules nouvelles<sup>5</sup>.

Les arguments religieux ne suffisent pourtant pas à rendre compte du faible dynamisme des ordres soignants à la fin

de l'époque moderne. La structure particulière du réseau hospitalier allemand est un autre argument à prendre en compte ; il semble en effet qu'à la veille de la Révolution française, celui-ci soit beaucoup moins développé qu'en France, sans que l'on soit en mesure de chiffrer l'écart entre les deux pays. Le moindre développement des ordres soignants pourrait donc s'expliquer par une moindre densité du parc hospitalier<sup>6</sup>. Celle-ci renvoie à des causes multiples qui recourent en partie la question confessionnelle mais s'explique sans doute surtout par le degré d'urbanisation relativement faible du Saint Empire, ou en tout cas par la moindre représentation des grandes villes susceptibles d'accueillir de grands établissements hospitaliers particulièrement demandeurs en gardes-malades<sup>7</sup>. En outre, les désordres et les destructions occasionnés par la guerre de Trente ans ont probablement, au moins dans certaines régions, perturbé voire empêché le développement du réseau hospitalier sans que l'on puisse chiffrer le manque à gagner<sup>8</sup>.

Le rattrapage s'opère dans le dernier tiers du XVIII<sup>e</sup> siècle, dans un contexte marqué par l'attention nouvelle portée aux questions de santé publique et par l'affirmation du pouvoir médical. Ici beaucoup plus qu'en France, la *Gesundheitsaufklärung* (Lumières médicales) se traduit par la construction ou l'extension de vastes hôpitaux urbains en particulier dans les villes de résidence princière telles que Vienne, Berlin, Wurtzbourg, Bamberg ou Cassel. Dans ces grands établissements modernes à la vocation médicale plus affirmée, le problème des soins aux malades se pose de façon aiguë, tant sur un plan quantitatif que qualitatif. Les médecins éclairés sont en effet unanimes à dénoncer, de façon extrêmement virulente, le personnel laïc, tour à tour vilipendé pour son incompé-

4 - Sur l'apparition des congrégations en France voir JONES (C.), *The charitable imperative. Hospitals and nursing in Ancien Régime and revolutionary France*, Londres, 1989, LANGLOIS (C.), *Le catholicisme au féminin. Les congrégations françaises à supérieure générale au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, 1984 ainsi que les articles de DINET-LECOMTE (M.C.), en particulier : « Les sœurs hospitalières au service des pauvres malades aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles », *Annales de Démographie Historique*, 1994, p. 277-292 et « Les religieuses hospitalières dans la France moderne : une même vocation dans une multitude d'instituts », *RHEF*, LXXX-205, VII-XII, 1994, p. 195-215.

5 - A ce sujet : DUHAMELLE (C.), « L'héritage collectif. Vocation, patrimoine et famille dans la noblesse rhénane aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 105, 1994, p. 37-45.

6 - On sait en effet qu'en France, le dynamisme des congrégations a été stimulé par le développement

hospitalier. Voir  
IMBERT (J.) (sous la dir.  
de), *Histoire des  
hôpitaux en France*,  
Toulouse, 1982,  
chapitre 7 rédigé par  
J.P.GUTTON.

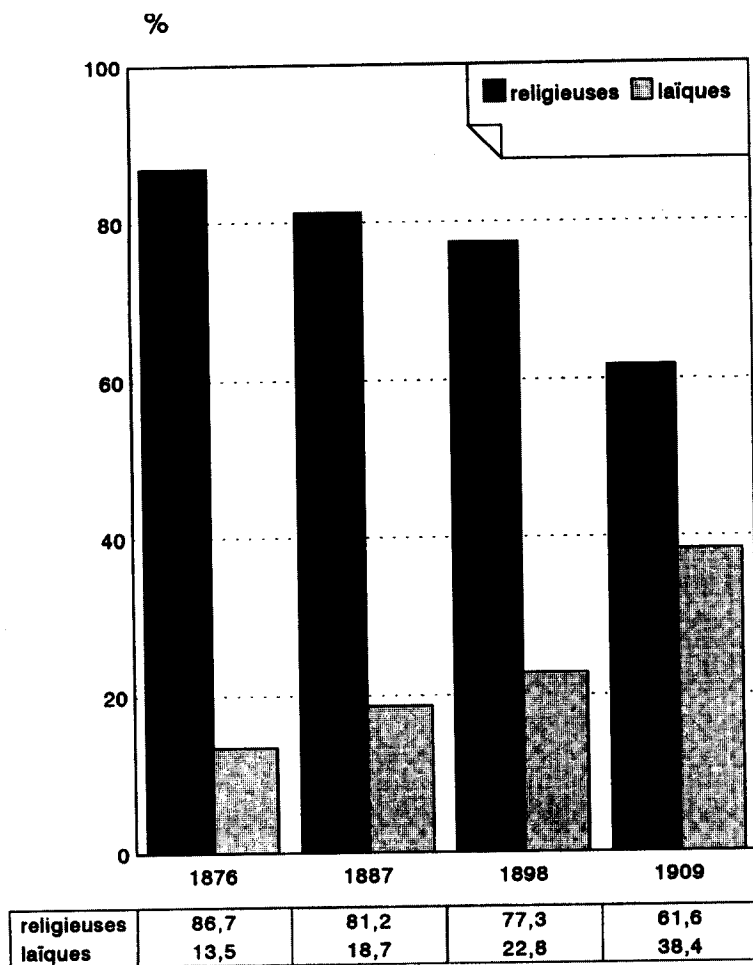
7 - A ce sujet, voir en  
français : FRANCOIS  
(E.), « Des Républiques  
marchandes aux  
capitales politiques :  
remarques sur la  
hiérarchie urbaine du  
Saint Empire à  
l'époque moderne »,  
*RHMC*, oct-déc 1978,  
p. 587-603.

8 - Le XVII<sup>e</sup> siècle voit  
néanmoins la  
construction de  
quelques grands  
hôpitaux, en particulier  
à Wurtzbourg (hôpital  
Julius), à Munich  
(hôpital ducal) ou à  
Augsbourg (hôpital du  
Saint-Esprit). La  
Charité de Berlin  
n'ouvre ses portes  
qu'en 1727. Voir  
JETTER (D.), *Geschichte  
des Hospitals*, tome 1 :  
*Westdeutschland von  
den Anfängen bis  
1850*, Wiesbaden,  
1966 et MURKEN  
(A.H.), *Vom  
Armenhospital zum  
Großklinikum. Die  
Geschichte des  
Krankenhauses  
vom 18. Jahrhundert  
bis zur Gegenwart*,  
Bonn, 1988.

9 - Voir en particulier  
HORN (E.),  
*Oeffentliche  
Rechenschaft über  
meine zwölfjährige  
Dienstführung als*

tence, son immoralité, sa grossièreté, sa  
vénalité, sa dureté, sa paresse et son  
indocilité<sup>9</sup>. Sans doute très proche de la  
population domestique dans sa sociologie  
comme dans ses fonctions, ce person-  
nel salarié ne convient plus aux  
ambitions de la médecine éclairée qui  
désormais valorise fortement le rôle des  
gardes-malades dans la prise en charge  
de la maladie<sup>10</sup>. Les projets visant à créer  
un corps d'infirmiers formés, diplômés et  
mieux payés se multiplient sans trouver  
de traduction concrète : la tentative de

Franz Mai, médecin personnel de l'élec-  
teur du Palatinat, qui crée deux écoles de  
gardes-malades à Mannheim (1781) puis  
à Carlsruhe (1783) reste isolée. Il s'avère  
en effet impossible d'attirer dans une  
fonction fortement dévalorisée, qui  
impose des conditions de vie particuliè-  
rement difficiles et incompatibles, au  
moins pour les femmes, avec les exi-  
gences de la moralité, une population  
disposant d'un bagage culturel suffisant  
pour assimiler un quelconque enseigne-  
ment. A l'orée du XIX<sup>e</sup> siècle, le problè-



GRAPHIQUE I : Part des religieuses et des laïques dans le  
personnel infirmier 1876-1909

me de la pénurie et de la mauvaise qualité du personnel infirmier reste donc entier. A partir des années 1820-1830, une solution semble néanmoins se dessiner : celle de la cléricisation.

### DE LA CLÉRICISATION À LA CONFESSIONNALISATION

Celle-ci s'opère en plusieurs étapes. La première coïncide avec l'occupation napoléonienne qui marque une rupture importante dans l'histoire de la médica-

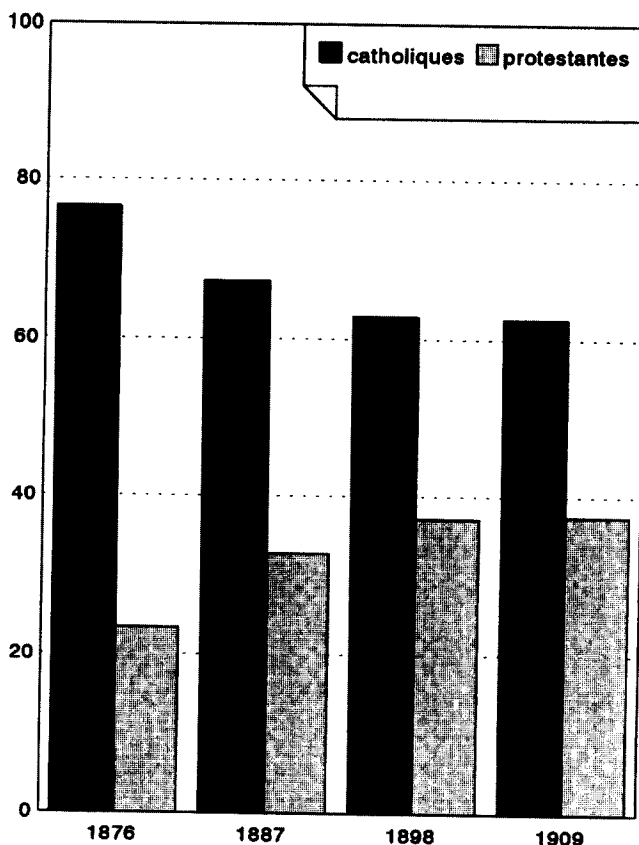
lisation en Allemagne<sup>11</sup>. L'annexion de la rive gauche du Rhin favorise en particulier le transfert du modèle congrégatif français dans l'espace germanique à un moment où les hôpitaux font pourtant l'objet d'un vaste mouvement de laïcisation. Ainsi, en 1811, des sœurs de charité françaises, appartenant à la congrégation Saint-Charles de Nancy (sœurs borroméennes), s'installent à Trèves afin de desservir l'hôpital municipal<sup>12</sup>. Le mouvement se poursuit dans les années 1820-1830 et s'étend à l'ensemble de

zweiter Arzt des königlichen Charitékrankenhauses zu Berlin, Berlin, 1818, p. 81-92 et DIEFFENBACH (J.F.), *Anleitung zur Krankenwartung*, Berlin, 1832, p. 5.

10 - Voir à ce titre l'article « Krankenwärter » de la célèbre encyclopédie Krünitz publiée en 1789.

11 - Pour plus de précisions : HUDEMANN-SIMON (C.), *L'état et la santé. La politique de santé publique ou « police médicale » dans les quatre départements rhénans 1794-1814*, Sigmaringen, 1995.

12 - Voir la thèse de NEISSES (G.), *Die Trierer Borromäerinnen als Wegbereiter der missionarischen Krankenpflege 1811-1889*, Cologne, 1990. Sur l'implantation des congrégations en Rhénanie-Westphalie voir GATZ (E.), *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preussischen Provinzen Rheinland und Westphalen*, Munich, 1971.



catholiques	76,6	67,2	62,9	62,6
protestantes	23,4	32,8	37,1	37,4

GRAPHIQUE II : Part des catholiques et des protestantes parmi les religieuses infirmières 1876-1909

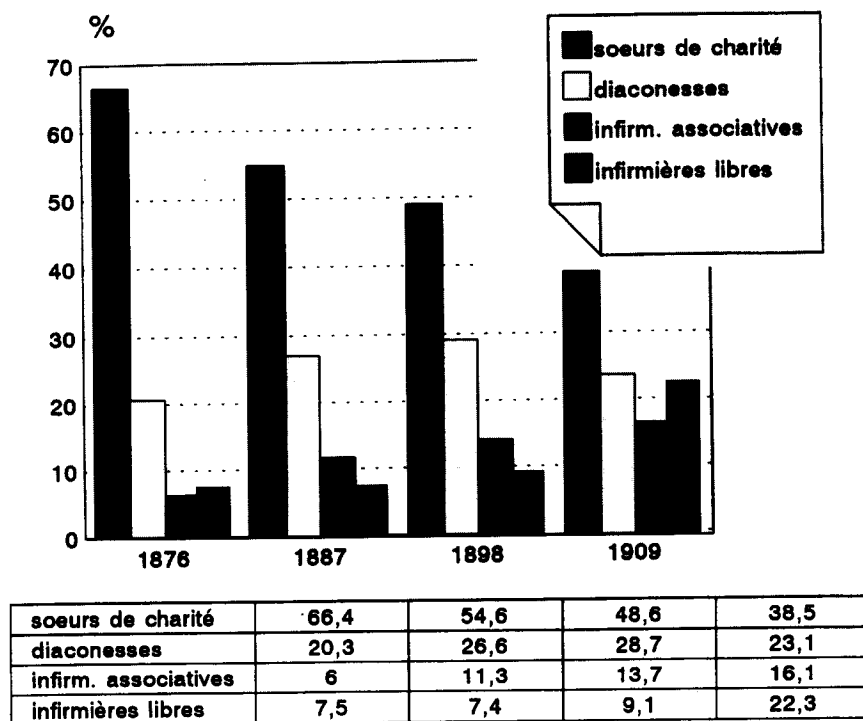
13 - On pourrait en citer de nombreuses autres telles que les Dames du Bon Berger, les Sœurs de Saint-Hedwig, les Sœurs de Saint-Mauritz ou encore les Sœurs de Saint-Joseph.

l'Allemagne catholique : en Autriche et en Bavière, ce sont des vincentines de Strasbourg qui sont appelées par les autorités. Bien que d'importation française, dans un contexte marqué par la force du sentiment anti-français, la greffe des congrégations prend avec une étonnante facilité.

Une seconde étape s'amorce dans les années 1840. D'abord parce que s'opère une germanisation du mouvement congrégatif. Les filiales allemandes des congrégations françaises s'émancipent progressivement en se transformant en maisons mères qui permettent de stimuler le recrutement local et de créer d'autres filiales. En outre, le relais est pris par des congrégations allemandes ; les deux plus importantes sont celle des clémentines, ainsi nommées parce qu'elles

desservent l'hôpital Saint-Clément de Munster à partir de 1820 et celle des sœurs de Dernbach (ou pauvres sœurs du Christ) créée en 1851<sup>13</sup>. On assiste enfin à une réorganisation, souvent laborieuse, des anciens ordres soignants, pour la plupart épargnés par la sécularisation.

Mais la grande innovation des années 1840 est l'apparition d'équivalentes protestantes aux sœurs de charité : les diaconesses. Créée en 1836 à Kaiserswerth près de Dusseldorf, dans cet espace rhénan où les protestants, minoritaires mais bien représentés dans certaines villes, se trouvent au contact direct d'un mouvement congrégatif catholique particulièrement dynamique, l'institution des diaconesses s'organise sur un modèle très proche du modèle

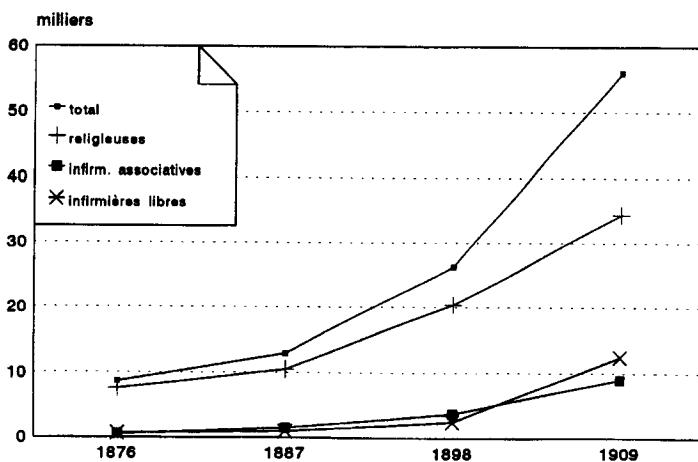


GRAPHIQUE III : Évolution de l'appartenance institutionnelle des infirmières 1876-1909

congrégatif, acclimatant en particulier le système de la maison mère (*Mutterbaussystem*) ; comme chez les catholiques, celle-ci est à la fois communauté de vie, de foi et de travail et, reproduisant la structure patriarcale de la famille, permet à la femme de concilier vie religieuse et vie active, à un moment où son statut ne l'autorise guère à d'autres formes d'engagement dans la sphère extra-familiale<sup>14</sup>.

À la fin des années 1840, le processus de cléricisation des soins aux malades se double donc d'un phénomène nouveau : celui de leur confessionnalisation. Celle-ci s'affirme dans les décennies suivantes ; car autant chez les protestantes que chez les catholiques, les effectifs sont encore très modestes et de nombreux établissements restent entre les mains de laïcs. La croissance se poursuit à un rythme rapide dans les années 1850 et 1860 mais la véritable explosion intervient dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> siècle.

Entre 1876 et 1909, le nombre de sœurs catholiques et protestantes occupées dans les seuls soins aux malades, dans les hôpitaux mais aussi à domicile, passe de 7500 à près de 35 000, soit une multiplication par plus de 4,5<sup>15</sup>. La croissance annuelle moyenne est d'un peu plus de 3 % entre 1876 et 1887, d'un peu plus de 6 % entre 1887 et 1898 puis recule légèrement tout en se maintenant à un niveau élevé, autour de 5 %, entre 1898 et 1909. Si l'on prend en compte l'appartenance confessionnelle de ces sœurs soignantes, on constate en outre que les catholiques sont très fortement majoritaires : en 1876, elles représentent plus des trois quarts, en 1909 encore près de 63 % des effectifs d'infirmières confessionnelles dans un pays qui, lui, est catholique à moins de 40 %. Bien que plus rapide depuis 1876, la croissance des diaconesses, plus tard venues sur le marché des soins, s'essouffle dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, si bien qu'elles ne seront jamais en mesure de rattraper les effectifs catholiques.



total	8,681	12,971	26,427	55,937
religieuses	7,523	10,544	20,416	34,45
infirm. associatives	0,525	1,465	3,613	8,986
infirmières libres	0,655	0,962	2,398	12,461

GRAPHIQUE IV : Évolution du nombre des infirmières par catégories 1876-1909

14 - Voir PRELINGER (C.M.), « Die deutsche Frauendiakonie im 19.

Jahrhundert : Die Anziehungskraft des Familienmodells », in JOERES (R.H.B.) et KUHN (A.) (sous la dir. de), *Frauen in der Geschichte*, tome VI, p. 268-285.

15 - Ces chiffres ainsi que les suivants sont tirés de : *Kaiserliches Statistisches Amt* : « Die Aerzte und das medizinische Hilfspersonal (...) im Deutschen Reich nach dem Bestande vom 1. April 1876 », *Monatshefte zur Statistik des deutschen Reiches für 1877*, Septemberheft, Berlin, 1877 ; *Kaiserliches Gesundheitsamt* : *Die Verbreitung des Heilpersonals, des pharmazeutischen Personals im Deutschen Reich nach den amtlichen Erhebungen vom 1. April 1887*, Berlin, 1889 ; *Kaiserliches Gesundheitsamt* : « Die Verbreitung des Heilpersonals im deutschen Reiche, nach den amtlichen Erhebungen vom 1. April 1898 », *Medizinal-Statistische Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, tome 6, Berlin, 1901 ; enfin *Kaiserliches Gesundheitsamt* : « Die Verbreitung des Heilpersonals, der

pharmazeutischen  
Anstalten und des  
pharmazeutischen  
Personals im deutschen  
Reiche, nach der  
statistischen Aufnahme  
vom 1. Mai 1909 »,  
*Medizinal-Statistische  
Mittheilungen aus dem  
Kaiserlichen  
Gesundheitsamte*,  
tome 15, Berlin, 1912.

16 - Voir RUGEL (L.),  
« Die Anfänge der  
Barmherzigen  
Schwestern in  
Augsburg », *Jahrbuch  
des Vereins für  
Augsburger  
Bistumsgeschichte*, 28,  
1994, p. 133-159.

## DES CAUSES MULTIPLES

Pour élucider cette formidable percée des sœurs confessionnelles sur le marché des soins aux malades depuis les années 1820, en particulier dans les hôpitaux, il faut croiser plusieurs niveaux d'analyse qui ont pu s'articuler différemment selon les périodes. Le contexte religieux est un premier élément à prendre en compte. La période qui suit les guerres de libération est en effet marquée par un mouvement de renouveau spirituel qui touche les deux confessions ; celui-ci se traduit par une reformulation de la caritas et, sur le terrain, par le développement d'un christianisme social pratique qui dépasse très largement le cadre des soins aux malades. L'engagement charitable prend deux formes principales : une forme congrégative (comme en France, ce sont les communautés féminines qui montrent le plus grand dynamisme, témoignant de la féminisation du champ religieux décrite par Claude Langlois) et une forme associative. De multiples comités de laïcs, formés de notables, suscitent et soutiennent activement de nombreuses initiatives caritatives, favorisant en particulier l'installation de communautés de sœurs de charité ou de diaconesses. Ainsi, l'installation de sœurs borroméennes à Coblenche en 1826, qui prépare l'expansion des vincentines dans l'ensemble de l'Allemagne, est l'œuvre d'un des premiers cercles caritatifs catholiques. A Augsbourg, c'est la volonté de voir s'implanter une communauté de sœurs de Saint-Vincent qui entraîne la création, en 1840, d'un comité catholique soutenu par le gouvernement de Souabe, qui compte parmi ses membres le médecin chef de l'hôpital<sup>16</sup> ; l'installation de diaconesses dans la ville est également préparée par un cercle de laïcs créé en 1854.

L'expansion des congrégations et des diaconesses est en outre favorisée par de nombreux legs et dons, qui permettent en particulier la multiplication des maisons mères ; elle est aussi encouragée par la hiérarchie, en particulier côté catholique : c'est à Wilhelm von Ketteler que l'on doit en particulier l'introduction de sœurs de charité dans l'évêché de Mayence.

Enfin, l'expansion des communautés de soignantes doit également se lire, dès les années 1830, comme un élément fondamental de la rivalité qui oppose les deux confessions, dans le cadre d'états nouveaux, confessionnellement beaucoup plus mêlés. Cette atmosphère d'émulation peut facilement s'observer dans la chronologie des fondations, au moins dans les villes d'une certaine importance, l'implantation d'une congrégation entraînant souvent l'installation d'une communauté de diaconesses ou inversement. Dès cette période, le choix de sœurs catholiques ou protestantes pour desservir un hôpital n'a rien d'aléatoire alors que l'appartenance confessionnelle des médecins semble moins décisive.

Cette logique de concurrence se renforce à partir des années 1860-1870, dans un contexte marqué par l'accroissement des tensions religieuses. Dans les hôpitaux, le processus de confessionnalisation des soins s'accélère alors que le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle correspond également à un formidable développement des hôpitaux confessionnels : un phénomène qui montre qu'à cette date, l'hôpital est devenu un élément fondamental de l'identité confessionnelle. Bien qu'extrême, le cas d'Augsbourg apparaît révélateur. Ville paritaire par excellence, Augsbourg avait toujours eu soin d'entretenir un hôpital ouvert aux malades des deux confessions ; cette volonté ne se dément pas avec la construction du nou-



vel hôpital municipal qui ouvre ses portes en 1859. Mais bien que paritaire, l'établissement présente une particularité qui témoigne d'un durcissement des fronts et vient, pour inverser la formule d'Etienne François, tracer une « frontière visible » entre les deux communautés<sup>17</sup>. En effet, les malades sont désormais séparés selon leur confession ; les uns sont confiés à des diaconesses, les autres à des sœurs vincentines. Bien qu'exceptionnelle, cette situation n'est pas unique. On la retrouve à Carlsruhe où le « tri » confessionnel des malades est introduit en 1858 ; les catholiques sont pris en charge par des sœurs de Niederbronn et occupent la partie est de l'établissement alors que les protestants sont accueillis dans la partie ouest.

Là encore le facteur religieux ne suffit pourtant pas à tout expliquer. L'évolution du contexte socio-économique, marqué par la transformation en profondeur d'une société qui doit faire face à une industrialisation et à une urbanisation tardives mais accélérées est un autre élément à prendre en compte car elle se traduit par une croissance sans précédent des demandes de santé ; celles-ci se manifestent en particulier par le développement rapide du réseau hospitalier qui, comme dans la période antérieure, détermine très largement celui des communautés de soignantes, même si celles-ci ne sont pas toutes ou exclusivement des hospitalières<sup>18</sup>. Cette corrélation entre les deux phénomènes apparaît clairement dès l'époque napoléonienne qui marque une première phase de croissance, encouragée par Napoléon pour des raisons militaires mais aussi par les municipalités et par les élites soucieuses de santé publique et conscientes du sous-encadrement médical de la population ; la création de nouveaux établissements est par d'ailleurs facilitée par la suppression des ordres monastiques qui

partout libère des bâtiments spacieux aisément reconvertibles en hôpitaux. A partir des années 1830, les épidémies de choléra stimulent également la création d'hôpitaux et l'installation de sœurs soignantes. Appelées par les municipalités à la faveur de situations dramatiques, celles-ci demeurent bien souvent sur place. Ainsi à Osnabruck, les sœurs de charité sont introduites à l'occasion de l'épidémie de choléra de 1859 alors que des diaconesses et des diacres s'étaient installés dans la ville un an plus tôt pour aider à combattre une épidémie de varicelle. Enfin, dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, l'explosion des effectifs de sœurs catholiques et protestantes est à mettre en relation avec l'accélération de la croissance hospitalière, elle-même liée au contexte de haute industrialisation, à une forte progression démographique et au développement des assurances maladie qui concernent des catégories de plus en plus larges de la population. Cette croissance se lit dans le nombre des établissements qui, dans les frontières du *Reich*, passe de 2 000 à près de 4 000 entre 1876 et 1913 mais davantage encore dans le nombre des lits qui passe de 75 000 à près de 290 000 et surtout dans le nombre des malades soignés qui passe, dans la même période, de près de 407 000 à près de 2.5 millions<sup>19</sup>.

Cet emballement de la conjoncture hospitalière place les communautés de soignantes dans une situation délicate ; malgré la démocratisation du recrutement, effective dès le départ chez les protestantes<sup>20</sup>, plus progressive côté catholique avec sans doute des différences importantes entre les congrégations, celles-ci ont en effet de plus en plus de difficultés à répondre à la demande. Ce problème d'ajustement entre offre et demande se manifeste dès la première moitié du siècle ; malgré la multiplication des maisons mères qui a

17 - FRANCOIS (E.), *Die unsichtbare Grenze : Protestanten und Katholiken in Augsburg 1648-1806*, Sigmaringen, 1991.

18 - Sur la conjoncture hospitalière allemande au XIX<sup>e</sup> siècle voir SPREE (R.), « *Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts* », *Historische Zeitschrift*, 260, 1, 1995, p. 75-105 et SPREE (R.), « *Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert* », in LABISCH (A.) et SPREE (R.) (sous la dir. de), *Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses*, Francfort, 1995.

19 - Quant au taux d'hospitalisation il passe de 93 pour 10 000 habitants en 1873 à 364 pour 10 000 habitants à la veille de la guerre. Chiffres tirés de SPREE (R.) (sous la dir. de), *Statistik des Gesundheitswesens vom frühen 19. Jahrhundert bis 1938*, Constance, 1990.

20 - Voir PRELINGER (C.M.), « *Die deutsche Frauendiakonie im 19. Jahrhundert* », op. cit.

21 - Si la question des rapports entre médecins et malades commence à être bien explorée, celle des rapports entre malades et personnel infirmier n'a pas fait l'objet d'enquêtes spécifiques.

22 - Il convient peut-être de relativiser l'antériorité protestante à un moment où les savoirs médicaux sont encore mal assurés. De façon générale, il apparaît que les emprunts et les influences dans le domaine des soins infirmiers ont été réciproques.

permis de stimuler le recrutement, les administrateurs des hôpitaux ont toujours déploré la pénurie de sœurs qui les obligent souvent à patienter de longues années avant de voir leur demande aboutir : ainsi à Osnabruck, il faut attendre 1880 pour que les diaconesses, appelées une première fois au début des années 1850, desservent enfin l'hôpital ; même chose à l'hôpital de Bamberg où les vincentines appelées en 1838 n'arrivent qu'en 1854. Dans de nombreux cas, les municipalités contactent plusieurs maisons mères voire, côté catholique, en particulier dans la région rhénane où l'offre est la plus variée, plusieurs congrégations avant de trouver des sœurs disponibles.

### LES RAISONS D'UN SUCCÈS

Nourri par la conjoncture religieuse et hospitalière, le « succès » des sœurs soignantes s'explique également par leurs qualités intrinsèques : comme en France, elles se sont répandues dans la quasi totalité des hôpitaux parce qu'elles ont su donner satisfaction à toutes les parties impliquées dans l'hôpital. Aux pouvoirs publics, centraux et locaux qui partout encouragent l'implantation des communautés, soumise à autorisation, aux administrateurs des hôpitaux, aux médecins et, semble-t-il, aux malades<sup>21</sup>. L'introduction de sœurs dans un hôpital comporte en effet un certain nombre d'avantages soulignés dans de multiples rapports et témoignages y compris les plus critiques. Qu'elles soient catholiques ou protestantes, les sœurs sont louées pour leur dévouement sans borne en particulier en temps d'épidémie ; ce dévouement développe chez les contemporains l'idée que l'activité infirmière est une vocation, qu'elle n'est possible que grâce à la force que donnent la foi et la

vie communautaire. La signature d'un contrat avec une maison mère permet également de résoudre le problème insurmontable du recrutement puisque la communauté s'engage à fournir un nombre donné de sœurs, à les remplacer en cas de défaillance et qu'elle accompagne, lorsqu'elle le peut, la croissance de l'établissement en augmentant progressivement les effectifs. Mais surtout il semble que les sœurs soient parvenues à convaincre de leur compétence y compris les médecins les plus réticents. On sait que les critères d'admission des novices varient selon les communautés, mais que les candidates doivent en principe témoigner de leurs capacités physiques et intellectuelles, en tout cas savoir lire, écrire et compter ; au cours de leur noviciat, elles suivent une formation essentiellement pratique, les sœurs les plus âgées transmettant aux plus jeunes le capital de leur expérience et les initiant aux gestes essentiels de leur nouvelle fonction : poser un bandage ou des sangsues, appliquer des ventouses, préparer les drogues et les remèdes. Chez les protestantes, cette formation pratique est dès l'origine complétée par une formation théorique assurée par un médecin, innovation qui par la suite est reprise côté catholique<sup>22</sup>. Mais si l'on en croit les témoignages, le mérite essentiel des sœurs est d'avoir su introduire à l'hôpital l'ordre, la propreté et l'économie, autant de valeurs qui vont dans le sens de l'entreprise de rationalisation voulue par les médecins. Leur arrivée coïncide d'ailleurs souvent avec une période de restructuration ou d'agrandissement de l'établissement. Les sœurs ont en outre l'avantage de la polyvalence : dans de nombreux cas et comme en France, elles n'ont pas en charge le seul secteur des soins aux malades mais également l'économat voire une partie de la gestion.

Pourtant, s'il existe, jusque très tard dans le XIX<sup>e</sup> siècle et même au delà, un remarquable consensus sur l'activité des sœurs, qui tranche avec la virulence des attaques dont elles font l'objet côté français dans un contexte marqué par la montée de l'anticléricalisme<sup>23</sup>, celles-ci ne sont pas sans présenter des inconvénients ; dans certains cas ceux-ci ont pu s'avérer dissuasifs ou conduire à l'annulation d'un contrat passé avec telle ou telle communauté. Le principal grief concerne la trop grande autonomie dont jouissent les sœurs au sein des établissements, autonomie qui en cas de conflit peut se transformer en véritable contre-pouvoir : placées sous la seule autorité de la supérieure de leur maison mère, parfois lointaine, les sœurs échappent à celle des administrateurs et des médecins. La possibilité qu'a la supérieure de rappeler à tout moment une sœur qu'elle destine à d'autres tâches, droit dont elle use apparemment souvent en période de « flux tendu », est particulièrement mal ressentie par les médecins qui sont nombreux à déplorer le *turn over* ainsi créé<sup>24</sup>. Pour autant, il ne semble pas que les relations entre les médecins et les sœurs aient été particulièrement conflictuelles ; en l'absence d'enquêtes sur cette question, on serait tenté de penser que l'arrivée beaucoup plus tardive qu'en France des sœurs à l'hôpital, à un moment où le pouvoir médical y est déjà relativement établi, a peut-être permis de limiter les querelles de pouvoir et de préséance.

L'introduction de sœurs dans un hôpital a pu avoir des conséquences autrement plus problématiques sur un plan religieux ; sans que les sœurs se soient forcément livrées à un prosélytisme intensif, le fondement religieux de leur activité a pu être mal ressenti par les malades des autres confessions en particulier en période de tensions. Ainsi l'introduction, en 1849, de sœurs de

Saint-Charles à l'hôpital de Bonn, qui se fait contre l'avis des protestants et des juifs, conduit la communauté protestante à fonder son propre hôpital cinq ans plus tard. A Carlsruhe, l'expérience du partage confessionnel des malades, qui défie tous les principes de l'économie et de la médecine, est abandonnée en 1872 et en 1883 l'administration fait appel à l'Association des infirmières de Bade qui dépend de la Croix-Rouge. Le cas de l'hôpital universitaire de Göttingen est également significatif : jusqu'à la fin des années 1870, malgré l'implantation dans la ville d'une communauté de *vincennes* et de diaconesses, les soins restent entre les mains d'un personnel laïc salarié qui ne donne guère satisfaction mais dont les carences sont probablement compensées par une forte présence médicale, en particulier grâce à la nomination d'assistants qui effectuent une partie des tâches qui ailleurs incombent au personnel infirmier ; en 1878, l'établissement fait finalement appel à des infirmières de la Croix-Rouge venues de Hanovre. En tant qu'association inter-confessionnelle, la Croix-Rouge permet en effet, au moins en partie, de lever l'hypothèque de la confessionnalisation des soins à un moment où celle-ci pose un problème aigu<sup>25</sup> ; elle présente en outre les mêmes avantages que l'institution des sœurs, l'organisation des associations rattachées à la Croix-Rouge étant calquée sur celle des maisons mères. Pour autant, on ne peut parler de laïcisation car les infirmières de la Croix-Rouge continuent de mettre en avant leur engagement chrétien comme fondement de leur activité. De même les infirmières de l'*Evangelischer Diakonieverein* fondé en 1894 insistent sur le caractère confessionnel de leur action : elles défendent en revanche, dans un contexte marqué par l'évolution de la condition féminine, la dissociation entre vie religieuse et vie

23 - Celui-ci concerne également certains états allemands tels que le Bade.

24 - De nombreuses communautés catholiques refusent également de prendre en charge les malades vénériens et les femmes en couches.

25 - Au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'apaisement des tensions religieuses et le repli des sœurs sur les établissements confessionnels modifient les données du problème. Sous Weimar, protestantes et catholiques se rapprochent pour défendre leurs intérêts communs.

26 - HELMERICH (J.),  
*Krankenpflege im Wandel*, op. cit.

27 - Ce chiffre tient compte des sœurs travaillant dans un cadre ambulatoire.

28 - Voir SPREE (R.),  
« Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts », op. cit. et  
BUELTZINGSLOEWEN (I. von), « Pour une sociologie des populations hospitalisées : le recours à l'hôpital dans l'Allemagne du premier XIX<sup>e</sup> siècle », *Annales de Démographie Historique*, 1994, p. 303-316.

professionnelle et affirment leur volonté d'autonomie sociale et économique en rejetant le modèle du *Mutterhaus* désormais ressenti comme insupportablement autoritaire<sup>26</sup>.

### UNE LAÏCISATION EN DOUCEUR

Au moment où s'opère, dans un climat passionnel, la laïcisation, d'ailleurs relative et progressive, des hôpitaux français, les sœurs catholiques et protestantes restent très majoritaires dans les hôpitaux allemands malgré une lente érosion de leurs positions au profit de catégories qui ne rejettent pas forcément le caractère religieux de leur engagement : en 1909, elles représentent encore près de 62 % du personnel infirmier<sup>27</sup>. Les congrégatives et les diaconesses, plus économiques et moins revendicatives que les laïques, conservent de solides positions sous Weimar, dans le cadre d'un système dual qui, à côté des institutions étatiques, laisse une grande place à l'assistance « libre » (*freie Wohlfahrtspflege*). Le véritable recul n'intervient que dans les années 1950, reflet de la crise des vocations et du vieillissement des effectifs. La longévité du marquage religieux de la fonction d'infirmière, qui persiste également en dehors du cadre congrégatif et renvoie à la sécularisation plus lente de la société allemande, peuvent se lire dans le vocabulaire : aujourd'hui encore, dans le langage courant, le terme de *Krankenschwester* (sœur des malades) pour désigner l'infirmière, qu'elle soit laïque ou religieuse, l'emporte toujours sur le terme laïcisé de *Krankenpflegerin* qui est employé au masculin pour désigner les infirmiers.

Cette laïcisation « en douceur » des soins aux malades conduit à reconsidé-

rer la question du rapport entre cléricisation et médicalisation et par suite entre laïcisation et professionnalisation. Les sœurs, catholiques et protestantes, ont, pendant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, accompagné et stimulé la médicalisation, aussi bien à l'hôpital qu'hors de l'hôpital. Leur vocation et la moralité que celle-ci garantissait ont contribué à améliorer considérablement l'image de marque de la fonction mais aussi celle de l'hôpital et des médecins dans une société encore très marquée par les valeurs morales et religieuses. En œuvrant de façon décisive à l'amélioration des soins aux malades, à un moment où la thérapie n'a pas grand chose à offrir, elles ont en outre permis l'ouverture de l'hôpital à une clientèle qui, comme l'ont montré plusieurs enquêtes récentes, n'est plus celle des seuls miséreux et marginaux mais englobe des catégories plus larges de la population, le critère de l'isolement l'emportant sur celui de la pauvreté<sup>28</sup> ; ces nouveaux malades qui sont des « ayants droit » peuvent en effet, parce qu'ils participent au financement de leur séjour, se montrer plus exigeants sur la qualité des soins. Plus que de simples relais, les sœurs doivent donc être considérées comme des acteurs à part entière de la médicalisation.

La continuité de l'institution des sœurs soignantes bien au delà de la rupture introduite par la « révolution pastoriennne » tend en outre à montrer que le progrès médical et la médicalisation de la fonction d'infirmière, ce passage de la *Krankenwartung* à la *Krankenpflege* décrit par les historiens, n'ont pas été oblitérés par le maintien, aux côtés des médecins, d'un personnel confessionnel ; les religieuses ont fort bien su, comme dans la période précédente, s'adapter aux évolutions : si elles n'ont pas secondé les laïques dans leur combat pour l'amélioration de leurs condi-

tions de travail et de salaire, elles ont bel et bien participé à la course à la qualification et au diplôme et sauf peut-être pour les plus âgées d'entre elles – mais là le blocage est d'ordre générationnel – ont assimilé, sans pour autant abandonner la dimension spirituelle et caritative de leur action, les innovations liées à la technicisation de la profession. Une attitude qui montre que, au delà d'un discours souvent rétrograde, les Eglises ne sont pas restées à l'écart de la dynamique modernisatrice de la société.

