

L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers (note de recherche)

Marie-Françoise Collière

Culture et clinique

Volume 14, Number 1, 1990

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/015115ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/015115ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (print)

1703-7921 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Collière, M.-F. (1990). L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers (note de recherche). *Anthropologie et Sociétés*, 14 (1), 115–123.
<https://doi.org/10.7202/015115ar>

L'APPORT DE L'ANTHROPOLOGIE AUX SOINS INFIRMIERS

(Note de recherche)



Marie-Françoise Collière

En m'appuyant sur vingt-cinq années de tentatives de réinsertion des soins infirmiers dans leur tissu anthropologique, je montrerai, dans le sillage de Françoise Loux (1981, 1982), ce que peut apporter l'anthropologie dans le champ des soins infirmiers. Je ne saurais le faire sans exposer ce qui m'a amenée à recourir à cette discipline dans ma pratique professionnelle ni sans évoquer très brièvement comment les soins infirmiers ont été dépouillés de leur assise anthropologique.

Histoire d'une pratique

Dès mon enfance, j'ai côtoyé différentes cultures et avant d'entreprendre mes études d'infirmière, j'ai bénéficié du renouveau apporté par les historiens et les ethnologues à la connaissance de l'homme, de ses façons de vivre, de ses croyances, de ses mythes, en relation avec son insertion dans tel ou tel environnement. Lorsque j'ai pris contact avec le milieu hospitalier, j'ai éprouvé un véritable choc culturel devant le vide créé par la pensée rationnelle et scientifique d'une médecine fragmentant aussi bien les personnes non malades — telles les accouchées — que les malades, qui devenaient des « tuberculoses », des « œdèmes aigus du poumon », des « foies », des « reins » ou des « estomacs ». Ce découpage atteignait même les enfants, qui devenaient « un rachis », une « sténose du pylore »... Cette réduction des personnes soignées à leur organe ou à la maladie qui les frappait oblitérait ce qui donne sens à tout : être atteint d'une maladie, en tant qu'homme ou femme appartenant à un réseau social tissé d'us et coutumes, ayant tel âge indicateur de l'étape du parcours de vie. Ce choc ne fut pas moins grand en dehors de l'hôpital lorsque je découvris que les infirmières assuraient des traitements (piqûres, pansements, sondages...) chez les malades, mais que ceux-ci étaient laissés à eux-mêmes pour affronter le plus difficile, les nécessités de la vie quotidienne. Quant aux mères ou aux futures mères, elles étaient l'objet de jugements de valeur donnant lieu à moult conseils et à des décisions relevant implicitement du contrôle social.

Constatant l'inadéquation de cette façon de procéder auprès des familles, je voulus comprendre ce qui poussait les infirmières à pratiquer de cette façon et redonner aux soins une assise socio-culturelle. Sans cette dernière, toute tentative d'amélioration me paraissait illusoire, car totalement détachée de la façon dont les hommes et les femmes, tant soignés que soignants, s'efforcent d'appréhender les

problèmes qui, pour eux, sont ou apparaissent vitaux. Mes connaissances en anthropologie et en histoire me permirent une analyse de ma pratique professionnelle, que je n'ai cessé de poursuivre, à partir de constatations faites dans les situations de soins et de leur interférence entre personnes soignées et soignants. Par la confrontation de ces constatations à un questionnement sur l'évolution de l'approche et de la nature des soins dans la longue durée¹, je pus mieux saisir l'influence de certains phénomènes dont j'ai décrit les mécanismes dans différents travaux (Collière 1982, 1984, 1988).

Je n'évoquerai ici que quelques points qui me paraissent d'une importance toute particulière pour illustrer ce qu'implique aujourd'hui une approche anthropologique des soins. La pratique soignante des sages-femmes, puis des infirmières, demeure encore aujourd'hui tributaire du pouvoir séculaire des détenteurs de l'écriture, les prêtres, et, à leur suite, les médecins. Il s'ensuit une désappropriation des savoirs développés par les femmes, accompagnée d'un mépris des savoirs empiriques, qui s'accrut avec la publication de manuels à l'usage des sages-femmes, des gardes-malades, des infirmières et... des mères, sous l'autorité exclusive des médecins. Les préceptes se répandirent sans plus laisser place aux savoirs empiriques. Ce faisant, furent expurgées des pratiques de soins non seulement les représentations symboliques qui leur sont attachées, mais encore les liens de signification constituant le tissu existentiel de la personne nécessitant des soins, en fonction de sa place comme homme ou femme, de son âge, de son rôle social et de son environnement. Ainsi le champ des soins s'aseptisa au point de laisser croire qu'il ne relevait que d'une application de principes, prenant forme aujourd'hui de théories scientifiques, fréquemment en marge de l'expérience acquise des situations concrètes. Théories et expériences non seulement ne se rejoignent pas, mais le plus souvent s'excluent. À ceci s'est ajoutée la valorisation inconsidérée des traitements aux dépens de ce qui aide à vivre... jusqu'à vivre sa mort. La confusion entretenue entre les traitements et les soins qui permettent de continuer à vivre, ainsi que la parcellisation de la pratique des « soins » en tâches, tant à l'hôpital qu'à domicile, accrurent la dissociation des pratiques soignantes de leur insertion culturelle. Cette dissociation touche aussi bien le milieu des soignants professionnels que le public, tout particulièrement les mères. Tel est le contexte dans lequel se situe aujourd'hui tout soignant qui cherche à retrouver les fondements anthropologiques des soins et à les intégrer à sa pratique.

L'anthropologie dans un service de soins à domicile

Une équipe de sept infirmières et un infirmier d'un service de soins à domicile rattaché à un organisme de paiement voulait entreprendre une action de prévention. Mais devait-elle agir en dehors des situations rencontrées lors des soins à domicile ou à partir de constatations faites lors de ces soins ? Influencées par l'exécution d'actes prescrits par le médecin, répondant à des demandes

1. Cette nécessité de comprendre les faits sociaux dans la longue durée a été introduite par les historiens de l'École des Annales Lucien Fèbvre et Marc Bloch, pour être magistralement développée par Fernand Braudel.

individuelles, les infirmières de soins à domicile ne sont pas incitées à s'interroger sur le genre de personnes qu'elles soignent ni sur la raison qui engage les soins à domicile. La parcellisation des tâches ne les amène pas à dégager une vue d'ensemble de la nature et de la fréquence de leurs interventions. Par ailleurs, beaucoup d'actions de prévention naissent sous la pression de diverses influences, mais sont, de fait, très peu enracinées dans la réalité culturelle, sociale et économique.

Au lieu de se lancer dans une grande enquête systématique sur les besoins de la population, les infirmières de cette équipe se sont demandées comment mieux découvrir *quelles* personnes elles soignaient et pourquoi elles intervenaient. Elles prirent en considération les maladies affectant ces personnes, en relation avec leur âge et leur environnement. Cette analyse faite par secteur géographique à partir des situations de soins à domicile leur permit de mettre en évidence les problèmes de santé qui se présentaient fréquemment, et qui passaient inaperçus tant que l'équipe ne resituait pas ses interventions de soins à domicile dans une vision d'ensemble, pendant une période donnée.

Les infirmières constatèrent ainsi la fréquence « d'otites à répétition » dans plusieurs quartiers. Mais l'habitude de désigner les gens par la pathologie qui les affecte et qui les identifie au regard des soignants rendait illusoire toute action préventive centrée sur les otites et négligeant la personne affectée. Peut-on parler de la même affection — au sens de ce qui la déclenche et de ses conséquences — selon qu'il s'agit d'un très jeune enfant, d'un adolescent qui fréquente la piscine ou d'un adulte qui accomplit un travail déterminé ? Après avoir pris explicitement conscience que ces otites touchaient prioritairement de très jeunes enfants ayant entre cinq à six mois, puis de seize à dix-huit mois jusqu'à vingt-quatre mois et légèrement au delà, l'équipe put établir un lien entre les « otites à répétition » et l'âge des enfants chez qui elles survenaient. Il devenait également important de connaître la fréquence de réapparition des otites, leur durée, quelle oreille était atteinte. Ces questions, qui peuvent paraître d'une banalité déconcertante, fournissent des précisions indispensables, qui font de l'otite un événement qu'il s'agit de situer dans le contexte de l'enfant atteint et offrent aux mères la possibilité de réagir à ces atteintes autrement qu'en spectatrices désarmées. Tant que les infirmières n'avaient considéré que les « otites à répétition », elles parlaient des mères comme de « bonnes mères s'occupant bien de leurs enfants » puisqu'elles consultaient le pédiatre, qui prescrivait un traitement d'antibiotiques pour lequel elles faisaient appel à l'infirmière. Les mères reconnaissaient les signes du mal d'oreille, mais ne savaient pas ce qui le produisait ou comment l'éviter.

Ces interrogations mobilisèrent les infirmières. On fit appel à l'expérience de celles qui avaient ou s'étaient occupées d'enfants afin de retrouver ce qui occasionnait les otites des enfants de cet âge. Faire parler l'âge permit aux infirmières d'élaborer un savoir de groupe et de se rappeler que l'otite pouvait être le signe d'une complication de poussées dentaires. Ces dernières provoquent une hypersécrétion des muqueuses qui engendrent à leur tour un encombrement des voies respiratoires, réclamant une attention et un savoir. Les mères se communiquaient autrefois ce savoir empirique, au point que les poussées

dentaires étaient l'objet de rites pour en faciliter le passage. Ainsi, les rites instaurés autour de la première dentition en raison de passages reconnus difficiles aussi bien pour l'enfant que pour la mère (Loux 1981) permettaient d'en identifier les signes et de porter remède à ce qui risquait de mal se passer. Le remède, à la différence du traitement et comme son nom l'indique, remédie à une situation pour ne pas basculer dans l'installation du mal, qui devient alors maladie.

La mise en commun des savoirs d'expérience des infirmières, rapprochée de l'instruction reçue dans des cours qui n'avaient absolument pas été intégrés (parce que sans liens avec les situations concrètes), permit de saisir les signes des poussées dentaires ainsi que ce qui pouvait donner lieu à leurs complications : otites, bronchites, feux de fesses, érythèmes... Cette réflexion déboucha sur un savoir reconstruit au sein du groupe, qui adopta une approche analogue avec les mères. Les infirmières comprirent que l'action préventive trouve ses racines, non dans des conseils et des explications dissociés de la réalité et pouvant donner lieu à l'erreur, mais dans ce que la situation révèle si, comme en anthropologie, on sait faire apparaître les liens structurants et significatifs.

Ce fut autour de soins apparemment très banals, consistant à repérer les signes avant-coureurs de poussées dentaires, à retrouver comment dégager les voies respiratoires et aériennes, qu'il leur devint possible de s'intéresser à ce que les mères avaient pu observer, savaient repérer, et aux façons dont elles pouvaient s'y prendre pour désencombrer les trajets respiratoires, remédier à la douleur, soulager les feux dentaires... Les infirmières découvraient et apprenaient des mères comme ces dernières ont pu découvrir grâce à l'intérêt des infirmières pour ce qu'elles savaient ou cherchaient à trouver. Les effets de cette approche se firent sentir dès les premiers mois de réflexion et de mise en route d'une action soignante entreprise avec les mères. Après un an d'un travail suivi auprès de vingt-quatre enfants, trois seulement avaient eu une rechute. En fait, l'aboutissement d'un tel travail est beaucoup plus large qu'un simple résultat épidémiologique. Il permet la réélaboration de savoirs tant du côté des soignants professionnels que des mères, il valorise les personnes au lieu de les culpabiliser ou de les discréditer, il entraîne intérêt et satisfaction de part et d'autre ; mais il a aussi des incidences économiques majeures, qui sont loin d'être reconnues en raison des enjeux socio-économiques du système de santé.

L'apport de l'anthropologie pour éclairer la situation de soins

À l'encontre de tous les systèmes d'application théorique, l'approche anthropologique consiste à se rendre proche des gens en laissant venir à soi ce que l'on peut saisir et apprendre d'eux à partir de ce qu'ils révèlent d'eux-mêmes. On ne peut le faire qu'en se distançant de ce que l'on sait a priori. Cette approche ne part d'aucune structure préétablie : grille, système ou théorie. Par contre, elle s'efforce de découvrir ce qui structure la situation à partir des liens qui forment une configuration significative permettant de saisir ce qui se tisse entre des personnes et le tissu social dans lequel elles sont insérées. Ces liens donnent lieu à des façons d'agir, des croyances, des représentations de ce qui semble bon ou mauvais, souhaitable ou non (Loux 1982). Une telle approche considère toute

personne comme source première et irremplaçable de connaissance, à laquelle viendront se confronter, s'ajuster, se compléter d'autres sources de connaissance, en vue d'améliorer la compréhension de la situation et d'agir de manière éclairée.

Lecture des situations à partir de la compréhension des signifiés

L'approche anthropologique permet de rendre la situation signifiante par la lecture des signes dont celle-ci est porteuse. Cela consiste le plus souvent à rendre visible ce qui paraît évident ou normal, en faisant apparaître les liens qui donnent du sens à des faits qui, isolément n'en auraient aucun ou peu. Ce sont ces liens de signification, saisis à partir des situations rencontrées — situations de soins pour les soignants —, qui permettent de ne pas s'égarer dans des interprétations sauvages. En fait, la lecture s'opère par la mise en relation de plusieurs faits en cernant la façon dont ils se manifestent, à partir des personnes qui les vivent — comme on a pu le voir dans l'exemple précédent. Cela suppose d'apprendre à décrypter ce qu'apporte d'irremplaçable chaque fait à la lecture de l'ensemble. Ainsi, l'âge d'une personne indique où elle se situe dans sa trajectoire de vie et permet de faire apparaître des liens de signification avec tel événement ou telle conséquence de la maladie en raison d'incidences précises sur cette période de vie. Toute lecture des faits dans le temps, dans la durée, révèle des liens de signification insoupçonnables. De la même façon, toute représentation de dimensions spatiales donne des clés de lecture.

Les liens de signification peuvent nécessiter le recours à des savoirs élaborés par les anthropologues à partir de ce qu'ils ont pu apprendre des gens. Cela peut être des formes de visualisation structurante permettant de se représenter rapidement un ensemble, tels les modes de représentation des structures de la parenté qui autorisent d'emblée la lecture d'un ensemble familial à partir d'Ego (Lévi-Strauss 1971). Ce peut être des connaissances dégagées de constatations retrouvées dans différents groupes sociaux, même si leurs manifestations prennent des formes différentes. Ainsi de la notion de rite de passage, mise en évidence par Arnold Van Gennep (1981) et reprise par Françoise Loux dans plusieurs de ses écrits, notamment dans *L'ogre et la dent* (1981). La compréhension de ce qu'est un passage — notion qui ne peut être développée ici —, accompagné ou non de rite, apporte aux situations de soins des clés de lecture irremplaçables. En effet, la vie est jalonnée d'une succession de passages, qui se traversent plus ou moins bien, et la maladie est elle-même signe d'un passage. La compréhension de ce que représente un passage et de ce qu'est un rite de passage est aussi indispensable à la compréhension des situations de soins que celle de « deuil », de « séparation » — si l'on apprend toutefois à lire les passages dans l'immense diversité de leurs manifestations et non à partir d'un concept. Étiqueter une situation par un concept — qu'il s'appelle « deuil », « autonomie » ou « dépendance » — produit un phénomène de sidération : le concept est une idée abstraite qui peut se dégager de différentes représentations, mais qui empêche une lecture significative des faits en anéantissant ce que révèlent leurs manifestations. Le sens ne peut apparaître que par la mise à jour des liens de signification cachés derrière leur apparente évidence ou marqués par ce que l'on considère comme banal. De là, il est possible d'aboutir au concept. La compréhension des signifiés

se dévoile non à partir de concepts, mais de représentations. Les gens pensent et agissent en images à partir de leurs façons de faire et de voir la vie : leur vie, la vie des autres, à partir de leur environnement, mais aussi de leur imagination... jusqu'à l'imaginaire technologique et scientifique. Plus on apprend à décoder les représentations, plus on peut s'en servir dans des situations de soins, plus l'action soignante prend racine dans la réalité concrète. La médicalisation ignore les représentations et la fonction symbolique de tout ce qui, de près ou de loin, fait vivre au quotidien. Pourtant cette ignorance cause de grands méfaits. Ainsi un régime, s'il consiste pour le médecin en une série d'aliments à proscrire et pour l'infirmière en une prescription à faire observer, se traduit dans la réalité en repas. Or le repas est un ensemble d'habitudes alimentaires, de goûts, de réactions affectives et sociales qui engendrent des représentations de ce qui est désiré ou refusé, pour les raisons les plus variées. C'est un ensemble structuré par les liens de signification qui n'a rien à voir avec la prise en compte exclusive de tel ou tel aliment, et a fortiori de protides, lipides et glucides.

La compréhension des signifiés passe également par le poids des mots, le langage (Bourdieu 1982). Le langage professionnel peut totalement estropier, dévier, déplacer, gommer, exclure les significations. Ainsi désigner les gens par leur pathologie exclut tout lien de signification avec ce qui est l'enracinement de tout sens, à savoir qui vit cette pathologie : un enfant ? une femme ? un homme ? quel est l'âge de cette personne ? Le langage est porteur de significations symboliques tant du côté des personnes soignées que des soignants. Ces significations sont rarement décryptées. Parler des « grossesses à risques » mène à ne plus considérer la future mère que comme un utérus sujet à risques. Parler de « lits », même plus de malades, est bien symbolique des représentations prédominantes du monde médicalisé. Parler de « cancers », de « foies », de « reins » est bien significatif de représentations d'exclusion de la personne en cause. Le champ de représentations des soignants s'appauvrira chaque jour de plus en plus si ces derniers ne s'efforcent pas de retrouver les mots et de décoder les représentations de ceux qu'ils soignent et d'élucider leurs propres représentations, celles forgées par leur champ professionnel.

Élaboration et structuration de savoirs

L'élaboration et la structuration de savoirs sont facilitées par l'approche anthropologique des situations de soins. En stimulant l'observation active, celle-ci suscite le questionnement et elle favorise l'utilisation de l'expérience et sa confrontation à d'autres sources de connaissances. À l'encontre de ce qui s'est instauré dans les institutions sanitaires où le médecin, et à sa suite le soignant, est celui qui « professe », donc celui qui sait, qui informe, qui conseille, qui éduque (jusqu'à l'éducation aveugle), l'approche anthropologique situe chaque personne comme source de savoirs. Ce sont en premier lieu des savoirs empiriques, auxquels peuvent être associés d'autres savoirs. Par savoirs empiriques, il faut entendre les savoirs d'expérience explicitée, devenant transmissibles et transposables à d'autres contextes. À l'origine de tous les autres savoirs, ils sont tout aussi indispensables ; leur non-reconnaissance, et a fortiori leur disparition, entraîne des méfaits très graves. Comme soigner est d'abord et avant tout un art (au sens étymologique du terme) reposant sur une pratique faite de nombreuses

observations, les savoirs empiriques y tiennent une place majeure. Certains d'entre eux ne passeront jamais par l'écriture. On ne fera jamais un traité sur la façon de dégager le nez d'un enfant de cinq à six mois, pourtant ne pas savoir le faire et ne pas s'apercevoir d'une poussée dentaire peuvent entraîner une diminution de son niveau d'audition ou de sa capacité respiratoire.

L'approche anthropologique permet aussi aux soignants de reconnaître et d'utiliser les multiples informations qu'ils ont reçues durant leur formation, ce qui est loin d'être évident. L'instruction en soi n'a jamais structuré des savoirs. Déjà structurée par celui qui la dispense, elle est reçue comme une masse d'informations, qui reste informe si elle n'est pas confrontée à l'expérience ou si elle ne l'est qu'occasionnellement, à titre démonstratif (Charlot 1979). L'approche anthropologique, en partant de la réalité des situations, oblige à affronter le concret, à discerner ce qui se passe, à faire appel à ce qui reste de l'instruction reçue en la dépoussiérant, mais surtout en la mobilisant avec flexibilité, non en corps de connaissances appliquées ou en catégories fictives que l'on projette sur la situation. Souvent, l'instruction agit d'abord comme une entrave pour les infirmières ou les sages-femmes, car elle est mal digérée, trop rigide, trop généralisante et conceptuelle, tandis qu'on leur a appris depuis des décennies à taire leur expérience, à ne jamais faire état de savoirs empiriques. Quand on a appris à se servir des liens de signification pour comprendre ce qui se joue dans une situation de soins, on voit mieux comment conjuguer savoirs d'expérience et informations reçues par l'instruction pour en dégager les nouveaux savoirs qui émanent des situations de soins.

Il y a davantage encore : l'utilisation de l'anthropologie pour aborder ces situations permet, grâce à la compréhension des signifiés, de ne pas dissocier les faits rencontrés de leur retentissement affectif, des émotions qu'ils entraînent et, ce faisant, d'en élaborer des savoirs. Apprendre à percevoir émotions et sentiments, tant des personnes soignées que ceux éprouvés par les soignants, est source incommensurable de savoirs, si on ne les dissocie pas des situations pour les grossir ou les éluder, si on dégage ce qu'on en apprend et les possibilités de s'en servir. La médicalisation a éradiqué les émotions, les affects, qui pourtant sont inhérents à toute situation de soins. Même s'ils peuvent paraître d'une grande banalité, ces affects sont présents et influencent la situation au delà de ce qu'on saurait imaginer : saisir le dégoût d'une mère pour dégager le nez de son enfant, sa peur de ne pas savoir s'y prendre ou de le voir souffrir est tout aussi important à prendre en considération que ce qu'elle sait sur l'apparition des dents. Appréhender les émotions, les façons de ressentir, saisir leur relation avec les faits vécus et constatés permet de les prendre en compte au même titre que d'autres aspects de la situation. En fait, on ne peut pas les dissocier sans rendre infirmes nos facultés intellectuelles. L'intelligence naît de notre capacité à appréhender, comprendre et utiliser tout ce qui nous relie au monde et nous fait vivre.

Les infirmières et l'anthropologie

Il apparaît souhaitable de clarifier notre position, en tant qu'infirmière, face à l'anthropologie. L'enjeu par rapport à notre domaine de compétence est-il

l'enseignement de l'anthropologie ou la capacité d'utiliser cette dernière pour approcher les situations de soins, en dégager une compréhension qui contribue à la mise en œuvre appropriée d'une action soignante ? Pourquoi les infirmières se substitueraient-elles aux anthropologues de métier pour enseigner ce très vaste domaine, qu'elles n'ont pas exploré elles-mêmes ? Pourquoi faudrait-il que les étudiantes infirmières, les sages-femmes ne bénéficient pas de la pluridisciplinarité des étudiants universitaires pour découvrir les vastes horizons de l'anthropologie ? Par contre, il importe que ce soit des infirmières et des sages-femmes ayant recours à l'anthropologie dans leur propre champ de compétence qui initient leurs collègues. C'est en tant que cliniciennes qu'il nous est possible de nous servir de l'anthropologie. C'est en apprenant comment prendre d'abord en compte l'homme (anthropos) dont tel événement ou la maladie vient affecter les habitudes de vie, les croyances, les façons de faire, qu'il est possible de redonner aux soins leur dimension culturelle. De plus, les situations de soins sont en soi un champ anthropologique, aussi les infirmières, les sages-femmes et autres soignantes peuvent-elles faire apparaître des connaissances que seules les situations de soins révèlent. L'anthropologie peut très bien être pratiquée par les gens eux-mêmes dans leur propre milieu, s'ils ont appris à opérer la distanciation nécessaire (Gast 1983). Tout un ensemble de savoirs très progressistes, transmis par la tradition orale, ont été élaborés de cette façon. C'est ce type d'approche qu'a utilisée Élisabeth Kübler-Ross (1970) auprès des mourants. Nous pouvons puiser aux apports de l'anthropologie hors du champ de notre travail², mais c'est dans le champ de notre travail que nous pouvons valablement utiliser son approche, alimenter les savoirs des soins et révéler de nouveaux savoirs, c'est-à-dire trouver ce qui peut aider à vivre, faciliter ce qui donne envie de vivre sa vie jusqu'au seuil de la mort.

Références

- BOURDIEU P.
1982 *Ce que parler veut dire*. Paris : Fayard.
- CHARLOT B.
1979 « Dis-moi ce que tu comprends et je te dirai ce que tu es. Apprentissage, pouvoir et rapport au savoir », *Éducation permanente*, 47 : 5-21.
- COLLIÈRE M.-F.
1982 *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterÉditions.
1984 « La créativité, un défi au cours de l'histoire de la profession infirmière », in *La créativité dans le rôle propre infirmier*. Numéro spécial des Journées de perfectionnement du Centre chrétien des professions de santé, novembre.
1988 « Une histoire usurpée... l'histoire des femmes soignantes » : 24-45, in M.-F. Collière et É. Diébolt (dir.), *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. Cahiers de l'AMIEC, 10.

2. Il est impossible de citer ici tous les ouvrages d'anthropologie pouvant contribuer à faciliter une approche et retrouver ou élaborer des savoirs dans le domaine des soins. Les bibliographies des ouvrages cités dans cette note apportent de nombreuses références.

GAST M.

1983 « L'ethnologie, pour qui ? pour quoi ? », *Autrement*, 5 : 182.

KÜBLER-ROSS É.

1970 *On Death and Dying*. New York : Doubleday.

LÉVI-STRAUSS C.

1971 *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris : Mouton.

LOUX F.

1981 *L'ogre et la dent*. Paris : Berger-Levrault.

1982 *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris : InterÉditions.

VAN GENNEP A.

1981 *Les rites de passage*. Paris : Éditions Picard.

*Marie-Françoise Collière
Département d'enseignement
infirmier supérieur
Institut supérieur de formation
des cadres en santé
162, avenue Lacassagne
69424 Lyon
France*