

# MALADIE D'ALZHEIMER : QUAND LA PERSONNE

Johanne  
à 5h  
pour  
rien des vous

CETTE RECHERCHE PERMET DE RECONSTITUER LES SIGNIFICATIONS ASSOCIÉES À LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LA MANIÈRE  
LAQUELLE LE MALADE N'EST PLUS PERÇU COMME LA MÊME PERSONNE. S'AGIT-IL D'UNE FAÇON POUR LES PERSONNES

# PERSONNE N'EST PLUS

*La construction socioculturelle de la notion de personne : une recherche explore comment une personne atteinte d'Alzheimer est perçue par ses proches et ses intervenants.*

PAR FRANCE CLOUTIER, PH.D.

Ne pas acheter de lait.

Dû à la soupe.

DE DISCERNER UN POINT DE RUPTURE CHEZ LA PERSONNE ATTEINTE, SOIT UNE COUPURE IRRÉVERSIBLE APRÈS  
ROCHES DE S'ADAPTER À LA SITUATION ET D'ENFERMER LEUR SOUFFRANCE ?



Maladie d'Alzheimer, d'inconnue ou presque qu'elle était il y a quelques décennies, cette maladie est devenue des plus familières et de ces « maux » que l'on craint pour soi-même et pour ses proches. La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative du cerveau qui entraîne une détérioration des facultés cognitives et fonctionnelles. Elle s'attaque principalement à la mémoire. Elle change l'humeur et réduit la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne. Elle est incurable et son évolution est irréversible. Comment la personne qui en souffre est-elle considérée par ses proches ?

## NOTION DE PERSONNE

Le cadre théorique de cette étude reprend le concept de personne. Pour le définir, six des critères invoqués par différents auteurs ont été retenus :

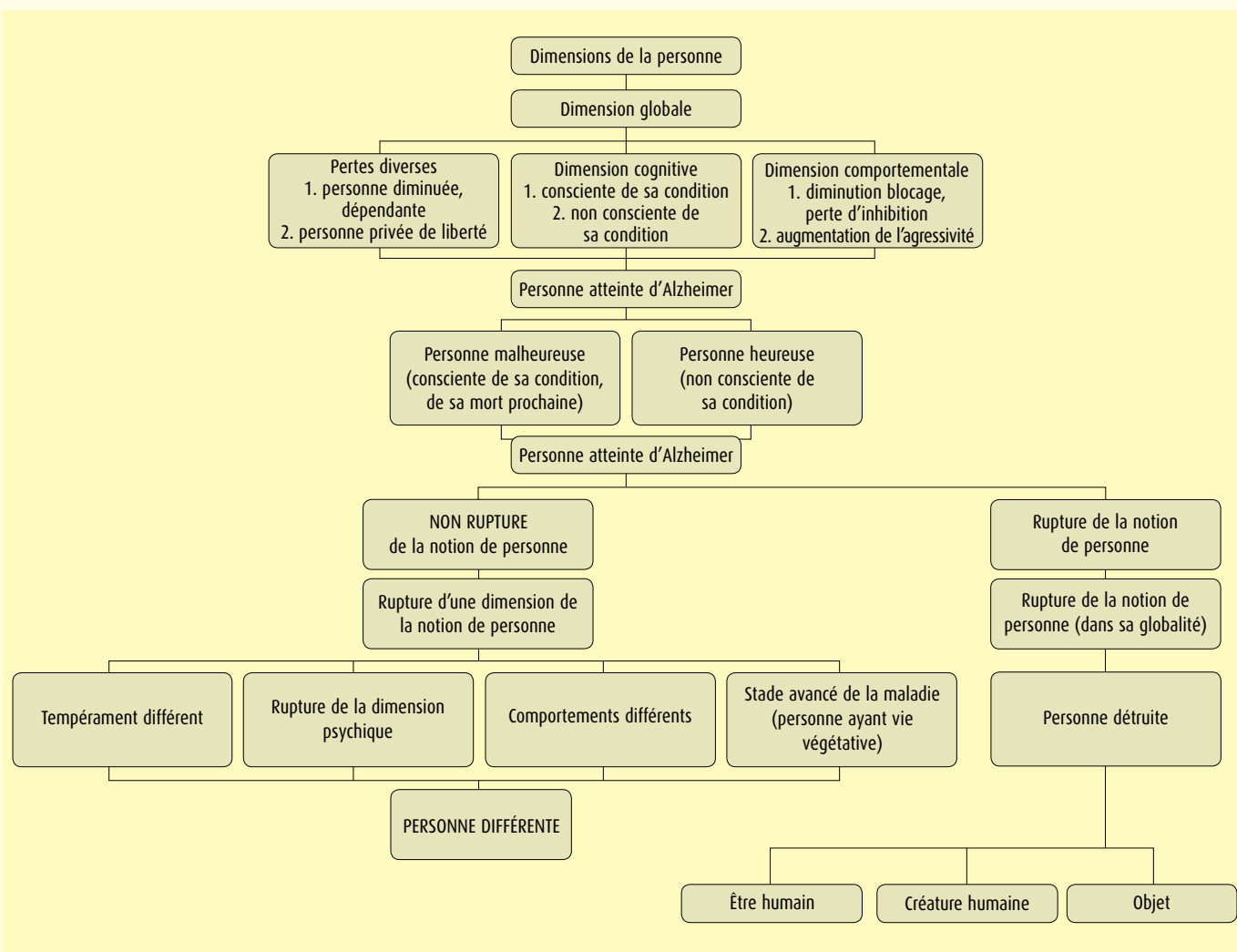
1. l'autonomie (Doucet, 1988 ; Gagnon, 1995 ; Kirmayer, 1989 ; Markus et Kitayama, 1991 ; Mauss, 1999 ; Yeide, 1992) ;
2. l'intégrité (Charmaz, 1983 ; Doucet, 1988 ; Harrison, 1993 ; Kirmayer, 1989) ;

3. la capacité de communiquer verbalement (Kirmayer, 1989 ; Harrison, 1993) ;
4. la capacité non verbale de communiquer ;
5. la capacité d'établir des relations sociales (Blackhall, Murphy, Frank, Michel et Azen, 1995 ; Doucet, 1988 ; Harris, 1989 ; Strathern, 1992) ;
6. la possession de facultés intellectuelles (Geertz, 1975 ; Harris, 1989 ; Harrison, 1993).

Pour décrire la réalité de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, certains auteurs parlent de perte totale de soi – *loss of self* (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit et Whitlatch, 1995 ; Cohen et Eisdorfer, 1986 ; Solomon, 1988) – d'anéantissement de soi – *deselfing process* (Tobin, 1991) – ou de *unbecoming of self* (Fontana et Smith, 1989). Ils désignent ainsi une rupture de la notion de personne – *a nonperson* – soit une perception entraînée par la perte ou la diminution des fonctions cognitives, tel que l'explique Leibing (2006). D'autres auteurs, notamment Sabat et Harré (1992), critiquent l'association de perte de soi à la maladie d'Alzheimer. Ils soutiennent

**Le mot rupture signifie ici scission, discontinuité, coupure irréversible dans la relation.**

**FIGURE 1 – RÉSEAU DE SIGNIFICATIONS DES REPRÉSENTATIONS DE LA PERSONNE ATTEINTE D'ALZHEIMER**



plutôt que la personne atteinte d'Alzheimer demeure toujours une personne (Cohen & Eisdorfer, 1986 ; Girardet, 2000 ; Harrison, 1993 ; Lévesque, Roux et Lauzon, 1990) bien que différente (Harrison, 1993 ; Lévesque *et al.*, 1990). Ces propos rejoignent ceux de Louria dans une lettre adressée à Sacks (1988). Il s'agit d'une non-rupture de la notion de personne, d'une modification et non de la perte de l'identité.

## RÉSULTATS

### Neuf éléments

Selon les participants, neuf éléments définissent la notion de personne : 1. être en vie ; 2. vivre un lien affectif ; 3. avoir une histoire de vie ; 4. avoir une âme ; 5. disposer de fonctions cognitives ; 6. être autonome ; 7. pouvoir communiquer verbalement ; 8. être un tout, et finalement, 9. être une créature de Dieu. Aussi longtemps qu'une personne est vivante, cette personne demeure une personne. Ainsi, pour la majorité des participants, *être en vie* est le critère principal.

La personne atteinte d'Alzheimer présente plusieurs autres éléments. Par exemple, elle est vivante, elle est une créature de Dieu et son âme est présente. Selon l'évolution de la maladie, elle maintient un lien affectif.

Certains éléments sont ou deviendront absents. Par exemple, le déclin des fonctions cognitives et la perte d'autonomie. Quant au lien affectif, les proches perçoivent qu'il est disparu lorsque la personne malade ne les reconnaît plus.

*« Je me dis : "Oui, j'ai perdu ma mère... elle n'est plus là". Son corps est là mais pas Juliette, pas ma mère. Ce n'est plus elle. Comme on dit, on vit le deuil avant la mort. Son rôle de mère, d'épouse, de grand-mère, il n'y a plus rien. »*

### Trois dimensions de la maladie

Selon les données recueillies, la maladie d'Alzheimer affecte trois dimensions de la personne : 1) la dimension fonctionnelle - perte d'autonomie et d'autres habiletés ; 2) la dimension cognitive - être consciente ou non de son état ; 3) la dimension comportementale - modification de la personnalité.

1) Dimension fonctionnelle : la personne atteinte vit de nombreuses pertes : celle de son permis de conduire n'est qu'un exemple parmi d'autres. Elle perdra son autonomie, sa liberté, sa vitalité. Elle aura des difficultés à communiquer ou en deviendra incapable.

Les trois quarts (75 %) des répondants définissent cette personne comme un être diminué ou dépendant. Quelque 21 % expriment que cette diminution leur inspire de la pitié. Une proportion de 15 % croient que la personne souffre. Retenue dans sa chambre, elle ne jouit plus de sa liberté. Les participants disent qu'elle semble « en cage ».

*« Leurs activités sont limitées : s'asseoir, se bercer, jaser et regarder les préposées faire le ménage et la cuisine. C'est dommage. J'ai l'impression qu'on les met en cage en attendant la venue du Messie ! »*

## MÉTHODOLOGIE

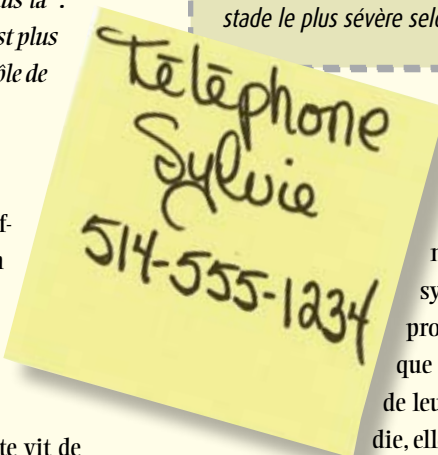
Nous avons retenu une approche interprétative en anthropologie pour mener l'étude dans trois municipalités rurales du centre du Québec. Le contexte socioculturel contemporain du Québec a été influencé par la Révolution tranquille qui « a pris son origine dans des changements d'idées, d'idéologies, de valeurs touchant la conception de la personne, de la vie, du développement, de la société, de l'Église, etc. » (Blanchet, 1989).

Par le biais d'entrevues semi-structurées (N = 48), nous avons cerné la façon selon laquelle des personnes de différents savoirs (professionnel/populaire) perçoivent la maladie d'Alzheimer et la personne qui en est atteinte. Des codes in vivo ont été utilisés et le codage a permis une analyse de contenu dans le but de reconstituer le réseau de significations culturelles (Good et DelVecchio Good, 1980) de la personne atteinte.

Les données ont été analysées en fonction de trois facteurs : le sexe, le groupe d'âge (30-59 ans/60 ans et plus) et le statut (intervenants/proches) des participants.

Les participants comprennent des membres de la famille (n = 33) - conjoints-conjointes, fils, filles - et des intervenants ou intervenantes (n = 15) - médecins, infirmiers, infirmiers auxiliaires et préposés. Ils représentent deux groupes en contact avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer\* et ayant des savoirs différents : populaire et professionnel.

*\*Les participants accompagnent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à un stade variant de 3 à 7, 7 étant le stade le plus sévère selon l'échelle de Reisberg (1988).*



*sion qu'on les met en cage en attendant la venue du Messie ! »*

2) Dimension cognitive : les pertes de mémoire sont le premier et le principal symptôme de la maladie d'Alzheimer. Une proportion de 31 % des participants croient que les personnes atteintes sont conscientes de leur état. Aux premiers stades de leur maladie, elles prennent conscience de la détérioration progressive de leurs capacités cognitives et comprennent que ces pertes s'aggraveront.

Alors que je marchais dans un centre d'hébergement, un patient m'arrête, me regarde et me dit : « Je suis Alzheimer. Sais-tu ce que cela veut dire ? ». Avant même que je puisse prononcer un mot, il enchaîne : « Quelqu'un qui oublie. Ce n'est pas drôle ». Pendant quelques instants, un éclair de lucidité a eu raison de son esprit oublieux et son regard traduisait une grande souffrance.

Au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie et de l'aggravation de ses symptômes, la personne atteinte devient moins consciente de son état. « Une personne qui n'est présente que de corps », explique un participant.

Aux premiers stades, rien dans l'apparence de la personne ne porte à croire qu'elle est atteinte d'une quelconque maladie puisque son corps semble intact. C'est seulement lorsqu'elle s'exprime qu'on décèle sa maladie.

« Je me souviens d'une dame qui est arrivée au début de sa maladie. La première fois que je l'ai vue, je l'ai prise pour un visiteur. Une belle madame, les talons hauts, toute « crêtée », ses enfants s'occupaient d'elle. Mais quand tu jaisais un peu avec elle, elle était incapable de dire un mot correctement, elle ne prononçait que des consonnes qui sortaient pêle-mêle. »

3) Dimension comportementale : la maladie d'Alzheimer provoque des changements de personnalité. Avec son évolution, certaines conventions sociales et inhibitions tendent à disparaître.

« C'est une maladie qui peut faire faire des choses bizarres. Pour moi, je n'avais jamais, jamais, jamais vu mon père se promener en bobettes, jamais. »

Des participants parlent d'une différente personnalité, parfois même d'un changement radical. Des manifestations d'agressivité verbale et physique peuvent survenir. Un comportement agressif peut engendrer de la peur chez les soignants et créer une barrière. Il est difficile d'entrer en relation avec un patient agressif, la personne étant peu réceptive. Conséquemment, l'implication relationnelle des intervenants diminue. Apparaît une sorte de désengagement, une prise de distance émotive.

## MALHEUREUSE ET HEUREUSE

La personne atteinte d'Alzheimer sera malheureuse et heureuse. Pour les soignants, cette perception est influencée par le stade de la maladie (Voir Figure 1). Au début, on la qualifie de malheureuse, elle dégage une profonde tristesse ou vit un grand vide intérieur. Ce chagrin provient du fait qu'elle constate ses pertes de mémoire,

qu'elle est consciente de ce qu'elle devient, qu'elle ne peut rentrer à son domicile et qu'elle sait que sa mort est prochaine. Une conjointe témoigne de la tristesse de Jacques, son conjoint, à l'occasion de la visite de leur fils Pierre.

« Ça faisait une heure et demie que Jacques était avec notre fils, jaisant de toutes sortes de choses puis tout d'un coup, il lui a dit : Tu es Pierre ! Il ne l'avait pas reconnu avant. C'était comme s'il jaisait avec le premier venu. Ça lui a fait mal au cœur quand il l'a réalisé. Ses yeux se sont remplis d'eau puis il a pleuré. »

Au fur et à mesure que la détérioration progresse, la personne atteinte est perçue différemment parce qu'elle n'est plus consciente de son état. Une participante affirme même que son mari est plus heureux qu'il ne l'a jamais été car plus rien ne le tracasse.

Pour certains proches, la personne atteinte demeure non seulement une personne mais reste toujours la même.

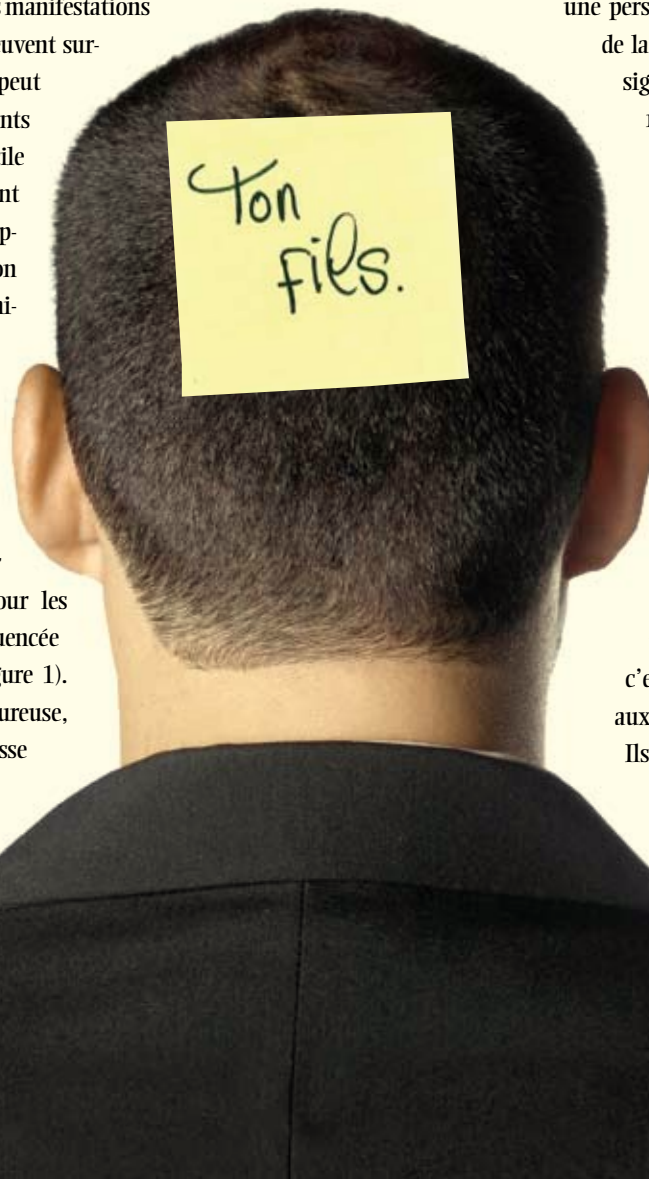
## LA RUPTURE DE LA NOTION DE PERSONNE

Dans notre contexte socioculturel, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est-elle toujours considérée comme une personne ? Existe-t-il un seuil de *rupture* de la notion de personne ? Le mot *rupture* signifie ici scission, discontinuité, coupure irréversible dans la relation. Il a été choisi en raison de sa forte référence à la finalité de quelque chose qui a été vécue dans le passé et qui ne peut se reproduire.

Les données recueillies ont permis de documenter trois niveaux de ruptures : individuel, familial et social. Seul le niveau individuel est traité dans cet article.

### Le niveau individuel

La majorité des participants reconnaissent l'irréductibilité de la notion de personne, c'est-à-dire l'absence de rupture même aux stades les plus avancés de la maladie. Ils reconnaissent toutefois que l'une des dimensions d'une personne puisse être l'objet d'une rupture, par exemple avec l'une ou plusieurs des trois composantes





suivantes : les changements de personnalité (tempérament et comportement), la rupture de la dimension psychique et la dégénérescence à un stade végétatif.

Ainsi, les modifications de comportement peuvent transformer radicalement le caractère d'une personne. Les participants ont signalé des attitudes et des réactions différentes, inhabituelles, étranges voire surprenantes.

*«Il n'est plus l'homme que j'ai épousé. Je préférerais qu'il soit mort plutôt que de le voir ainsi. C'est difficile pour lui (...). Le gros, gros, gros changement chez André est qu'il était un type plutôt autoritaire. Aujourd'hui, il est doux comme un agneau! Je me promène avec lui dans le corridor et parfois, il veut aller dans une chambre. Je lui dis : Non, on n'a pas le droit d'aller là et tout de suite, il tourne de bord. Avant, cela n'a jamais marché comme ça.»*

Finalement, même à l'état végétatif, au stade le plus avancé de la maladie, nombre de participants affirment toujours percevoir la personne comme une personne, bien qu'elle soit grandement diminuée. Peu importe la composante à laquelle réfère la rupture, la personne sera considérée comme différente mais demeurera toujours une personne, ce qui confirme l'irréductibilité de la notion de personne.

Par ailleurs, d'autres reconnaissent une rupture de la personne de façon globale. Ainsi, la personne atteinte est à ce point diminuée qu'on l'estime détruite et qu'on la compare à une créature humaine, un robot ou un objet. Un fils fait une analogie en disant que « parler à une personne atteinte d'Alzheimer, c'est comme parler à une table qui pourrait bouger. » Pour plusieurs, associer une quelconque rupture à la personne atteinte peut représenter un mécanisme d'adaptation, une façon d'encapsuler la souffrance que vit le soignant, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille. ■

## DISCUSSION

Le lien affectif et les croyances religieuses influencent les représentations de la notion de personne. Pour certains proches, la personne atteinte demeure toujours une personne parce qu'elle est le conjoint, la conjointe, le père ou la mère, et ce, quel que soit le stade de sa maladie. Pour d'autres, elle demeure non seulement une personne mais reste toujours la même. Cette insistance à percevoir la personne de la même façon rend évidente la forte influence du lien affectif dans la représentation de l'irréductibilité de la notion de personne.

Aussi, voir la personne comme une créature de Dieu fait ressortir l'influence des croyances religieuses tout particulièrement chez les proches. Chez les intervenants, les représentations de la notion de personne sont davantage influencées par des valeurs telles que le respect, l'éducation ou le soutien mutuel.

### D'autres auteurs

La majorité des participants ne reconnaissent pas de point de rupture de la notion de personne dans sa globalité. Ils parlent plutôt d'une rupture dans l'une des dimensions la constituant. Ainsi, la personne atteinte est toujours considérée comme une personne (Cohen et Eisdorfer, 1986 ; Girardet, 2000 ; Harrison, 1993 ; Lévesque *et al.*, 1990) bien qu'elle soit différente (Harrison, 1993 ; Lévesque *et al.*, 1990).

La personne serait une essence intérieure. Quand elle souffre de démence, cette personne est ce qu'il en reste, toujours présente mais réduite par rapport à son entité autrefois complète (Leibing, 2006).

Harrison (1993) observe que les proches, qui affirment que la personne atteinte n'est plus celle qu'ils ont connue et aimée et qu'elle ne le sera jamais plus, ne remettent jamais en question le fait que la personne demeure une personne mais plutôt qu'elle n'est plus la *même* personne.

Cohen et Eisdorfer (1986) supportent aussi la persistance de la notion de personne. Selon eux, les pertes cognitives ne signifient pas la perte de soi, la mémoire ne représentant pas le seul élément de la notion de personne. Des propos semblables tenus par Louria et Lévesque (2001) soutiennent qu'être une personne n'est pas seulement lié à l'intelligence et à la mémoire.

Explorer les représentations qu'ont les soignants de la notion de personne relativement à la maladie d'Alzheimer permet de mieux comprendre la souffrance et les difficultés qu'ils éprouvent et de mieux les soutenir. Un soutien adéquat des soignants leur permet à leur tour de mieux aider les personnes atteintes d'Alzheimer. Les deux sont intimement liés, l'un agit sur l'autre (Cloutier, 1999).

Selon Savishinsky (1988), la perspective anthropologique aide à reconnaître l'influence des attitudes et de la culture dans la relation soignant-soigné et ainsi à modifier les conceptions du vieillissement, de la stigmatisation ou encore à modifier le comportement comme l'utilisation du silence ou du toucher. L'auteur reconnaît l'importance de la dimension sociale et étudie dans quelle mesure les perceptions et attitudes à l'égard de la maladie d'Alzheimer et des personnes atteintes sont reliées à des perceptions culturelles plus larges de la santé, de la maladie, du vieillissement, de la normalité, de la déviance, du traitement et des soins.



Plusieurs aspects de la maladie d'Alzheimer demeurent un mystère. Encore aujourd'hui, il n'existe pas de traitement. Nous avons beaucoup à apprendre à propos de cette maladie. Il importe que la recherche ne se limite pas à ses composantes biologiques et pharmacologiques. L'accent doit aussi être mis sur la personne ou l'humanité de la personne atteinte.

La réduction de la maladie à sa seule dimension biologique « a donné à la biologie le droit exclusif de définir non seulement le mal mais aussi le malade » (Benoist, 1993, p. 193). L'Alzheimer n'est pas que biologique. Toutes ses différentes composantes s'imbriquent les unes dans les autres (Cloutier, 1999). Personne atteinte de démence ou de maladie d'Alzheimer, « personne » est un mot signifiant qui évoque l'humanité et qui transcende le corps et toute maladie.

Feuilles  
café.



*Ndlr : L'auteure tient à remercier la Société Alzheimer du Canada pour le financement de cette recherche. Elle veut aussi remercier Raymond Massé et Claude Bariteau de l'Université Laval et Jean Benoist de l'Université de Provence Aix-Marseille 1, le Dr Kenneth Rockwood et Bob Johnston pour leur précieuse collaboration.*

*L'auteure est enseignante au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ses intérêts pour l'enseignement et la recherche sont liés aux soins gériatriques et aux perspectives sociales et culturelles des soins. Elle est détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières et d'un doctorat en anthropologie.*

#### RÉFÉRENCES :

Aneshensel C.S., L.I. Pearlson, J.T. Mullan, S.H. Zarit et C.J. Whitlatch. *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*, San Diego, Academic Press, 1995.

Benoist J. *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.

Blackhall L.J., S.T. Murphy, G. Frank, V. Michel et S. Azen. « Ethnicity and attitudes toward patient autonomy », *The Journal of American Medical Association*, vol. 274, n° 10, 1995, p. 820-825.

Blanchet B. « La révolution tranquille et l'âme québécoise », in M. Lesage et F. Tardif (ss. la dir. de), *Trente ans de Révolution tranquille. Entre le je et le nous. Itinéraires et mouvements*, Actes du colloque " Elle aura bientôt trente ans, la Révolution tranquille ", Montréal, Les Éditions Bellarmin, 1989, p. 25-33.

Charmaz K. « Loss of self : a fundamental form of suffering in the chronically ill », *Sociology of Health and Illness*, vol. 5, n° 2, 1983, p. 168-195.

Cloutier F. *Bonheur et souffrance vécus par les intervenants auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Mémoire de diplôme d'études approfondies, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille, Aix en Provence, France, 1999.

Cohen L. *No Aging in India. Alzheimer's, the Bad Family, and Other Modern Things*, Berkeley, University of California Press, 1998.

Cohen D. et C. Eisdorfer. *The Loss of Self*, New York, W. W. Norton & Co., 1986.

Cohen, D. et C. Eisdorfer. *Alzheimer. Le long crépuscule*, Montréal, Les Éditions de l'Homme, 1989.

Doucet H. *Mourir. Approches bioéthiques*, Ottawa, Novalis, 1988.

Fontana A. et R. W. Smith. « Alzheimer's disease victims: the "unbecoming" of self and the normalization of competence », *Sociological Perspectives*, vol. 32, n° 1, 1989, p. 35-46.

Gagnon É. « Autonomie, normes de santé et individualité », in J. F. Côté (ss. la dir. de), *Individualismes et individualité*. Sillery, Septentrion, 1995, p.165-176.

Geertz C. « On the nature of anthropological understanding », *American Scientist*, vol. 63, n° 1, 1975, p. 47-53.

Girardet A. « Vie spirituelle et religieuse chez les déments », *Gérontologie*, n° 114, 2000, p. 45-49.

Good B. J. et M.-J. Delvecchio Good. « The meaning of symptoms : a cultural hermeneutic model for clinical practice », in L. Eisenberg et A. Kleinman (ss. la dir. de), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1980, p. 165-196.

Harris G.G. « Concepts of individual, self, and person in description and analysis », *American Anthropologist*, vol. 91, n° 3, 1989, p. 599-612.

Harrison C. « Personhood, dementia and the integrity of a life », *Canadian Journal on Aging*, vol. 12, n° 4, 1993, p. 428-440.

Harvey, J. « Le rapport Dumont, à court terme et à long terme », *Sociologie et sociétés*, vol. 22, n° 2, 1990, p. 127-132.

Kirmayer L.J. « Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress », *Social Science & Medicine*, vol. 29, n° 3, 1989, p. 327-339.

Kleinman A. « On illness meanings and clinical interpretation: not "rational man", but a rational approach to man the sufferer/man the healer », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 5, n° 4, 1981, p. 373-377.

Leibing A. « Divided gazes. Alzheimer's disease, the person within, and death in life », in A. Leibing et L. Cohen (ss. la dir. de), *Thinking about Dementia. Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*. New Jersey, Rutgers University Press, 2006, p.240-268.

Lesage M. et F. Tardif. « Du catholicisme dominant à la production de nouveaux dieux », in M. Lesage et F. Tardif (ss. la dir. de). *Trente ans de Révolution tranquille. Entre le je et le nous. Itinéraires et mouvements*, Actes du colloque " Elle aura bientôt trente ans, la Révolution tranquille. " Montréal, Les Éditions Bellarmin, 1989, p. 21-23

Lévesque L. « L'approche relationnelle d'accompagnement de la personne atteinte de troubles cognitifs », *Infirmière*, vol. 8, n° 3, 2001, p. 29-38.

Lévesque L., C. Roux et S. Lauzon. *Alzheimer. Comprendre pour mieux aider*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 1990.

McCall G. J. et J. L. Simmons. *Issues in Participant Observation : A Text and Reader*, Reading: Addison-Wesley, 1969.

Markus H. R. et S. Kitayama. « Culture and the self : implications for cognition, emotion, and motivation », *Psychological Review*, vol. 98, n° 2, 1991, p. 224-253.

Massé R. *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin, 1995.

Mauss M. « Une catégorie de l'esprit humain : La notion de personne, celle de "moi" », in M. Mauss (ss. la dir. de), *Sociologie et anthropologie*, Paris, Quadrige/PUF, 1995, p. 331-362.

Nathan L. *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était...* Principes d'ethnopsychanalyse, Claix, La Pensée sauvage, 1993.

Paillé P. « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 27, n° 23, 1994, p. 147-181.

Reisberg B., E. Franssen, S. H. Ferris et E. C. Bondoc. « The final stage of Alzheimer's disease : issues for the patient, family, and professional community », in R. Mayeux, B. Gurland, V. W. Barrett, A. H. Kutscher, L. Cote et Z. H. Putter (ss. la dir. de), *Alzheimer's Disease and Related Disorders. Psychosocial Issues for the Patient, Family, Staff, and Community*, Illinois, Charles C. Thomas, 1988, p.5-27.

Sabat S. R. et R. Harré. « The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease », *Ageing and Society*, vol. 12, 1992, p. 443-461.

Sacks O. *The Man who Mistook his Wife for a Hat and Other Clinical Tales*, New York, Harper & Row, 1988.

Saillant F. et É. Gagnon. « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et sociétés. Soins, corps, altérité*, vol. 23, n° 2, 1999, p. 5-14.

Savishinsky J.S. « Stigma, silence, contact: responses to patients with Alzheimer's disease in two nursing homes », in R. Mayeux, B. Gurland, V. W. Barrett, A. H. Kutscher, L. Cote et Z. H. Putter (ss. la dir. de), *Alzheimer's Disease and Related Disorders. Psychosocial Issues for the Patient, Family, Staff, and Community*. Illinois, Charles C. Thomas, 1988, p. 49-65.

Shweder R. A. et E. J. Bourne. « Does the concept of the person vary cross-culturally? », in A. J. Marsella et G. M. White (ss. la dir. de), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Company, 1982, p. 97-137.

Solomon D. « Look what happens to a person: the loss of autonomy in Alzheimer's disease and the impact on the client and the social worker », in R. Mayeux, B. Gurland, V. W. Barrett, A. H. Kutscher, L. Cote et Z. H. Putter (ss. la dir. de), *Alzheimer's Disease and Related Disorders. Psychosocial Issues for the Patient, Family, Staff, and Community*, Illinois, Charles C. Thomas, 1988, p. 29-36

Strathern M. « The progress of polite society », in M. Strathern (ss. la dir. de), *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 88-127.

Tobin S. S. *Personhood in Advanced Old Age*, New York, Springer, 1991.

Yeide H. Jr. « The many faces of autonomy », *Journal of Clinical Ethics*, vol. 3, n° 4, 1992, p. 269-274.