

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### Quelle vision de l'homme construit la recherche biomédicale sur le vieillissement et la démence?

Rigaux, Natalie

*Published in:*  
Gérontologie et Société

*Publication date:*  
1996

#### [Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*  
Rigaux, N 1996, 'Quelle vision de l'homme construit la recherche biomédicale sur le vieillissement et la démence?', *Gérontologie et Société*, numéro 79, pp. 175-185.

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Quelle vision de l'homme construit la recherche biomédicale sur le vieillissement et la démence ?

**Natalie Rigaux**

DANS **GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ** 1996/4 (VOL. 19 / N° 79), PAGES 175 À 185  
ÉDITIONS **FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE**

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/gs.079.0175

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-1996-4-page-175.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Fondation Nationale de Gérontologie.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# QUELLE VISION DE L'HOMME CONSTRUIT LA RECHERCHE BIOMÉDICALE SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA DÉMENCE ?

Natalie RIGAUX \*

Comment décrire l'anthropologie que contribue à produire la recherche biomédicale sur le vieillissement et la démence ?

Cette question prend tout son sens si l'on veut bien situer la recherche scientifique dans une perspective constructiviste. Selon celle-ci, la science ne « découvre » pas son objet – ici, ce que « serait » l'homme –, mais elle le produit par son activité de connaissance. Comment cela ? D'abord, bien sûr, en focalisant son attention sur certains traits de l'humanité, qu'elle découpe de par son intérêt de l'indifférencié. Mais aussi, plus que cela, en ne pouvant produire une connaissance sur l'homme qu'en entrant en relation avec lui, la science modifie son objet, elle devient « *productrice d'existence* » (Stengers, 1993). L'homme, plus encore sans doute que tout autre être vivant, ne peut rester indifférent aux questions qu'on lui pose, au regard qu'on lui porte, au discours que l'on tient à son propos.

Si l'on choisit de considérer que la science ne « découvre » pas un homme existant en dehors de sa visée de connaissance, d'où lui vient donc l'anthropologie qu'elle contribue à produire ? Il ne s'agit pas, comme tel, d'un choix raisonné, « purement scientifique » mais plutôt d'une adhésion à la vision dominante que notre culture a façonnée de l'homme (en l'occurrence, une vision cartésienne). Cette vision issue du « *sol anthropologique* » occidental (Schlanger, 1983), la recherche biomédicale ne va pas faire que la véhiculer, elle va la transformer et, en particulier, la durcir, la « purifier » de ses douteuses origines philosophiques et culturelles. Autrement dit, la représentation des rapports entre science et société que l'on suivra ici est de l'ordre d'une intrication très intime, la frontière même entre l'une et l'autre étant un des enjeux des opérations scientifiques (Latour, 1989).

**On a parlé jusqu'à présent du sol anthropologique comme s'il était sans failles, sans strates diverses et de la culture comme si elle était monolithique. Rappeler ici qu'il n'en est rien permet d'ouvrir de nouvelles questions.** Certains chercheurs ne s'inspirent-ils pas d'une vision de l'homme non cartésienne ? Que leur permet-elle d'apprendre de neuf à propos de l'homme vieillissant ? Quelle autre image de nous-mêmes nous propose-t-elle ?

---

\* Sociologue et docteur en Santé Publique, Facultés Universitaires Notre-Dame-de-la-Paix, Rempart de la Vierge 8, B-5000 Namur, Belgique.

Ces questions mettent en évidence l'intérêt des descriptions anthropologiques menées ici : le choix d'une anthropologie est épistémologique – il conditionne ce que nous pouvons connaître de la vieillesse normale ou démente; il engage aussi notre « *statut philosophique* » d'être humain (Foucault, 1978).

## MÉTHODE

L'analyse des anthropologies construites par les chercheurs a été menée à partir d'une revue systématique de la littérature médicale des années 80 (Rigaux, 1992) et d'une actualisation pour les années 90. À cela s'ajoute une recherche plus approfondie autour des travaux de Louis Ploton (à partir d'une revue de ses publications, d'entretiens et d'observations de déments institutionnalisés sous sa supervision).

**J'ai focalisé mon attention sur les recherches traitant du vieillissement « normal » et des démences.** Dans le cadre de cet article, celles-ci m'intéresseront moins en tant que telles, qu'en ce qu'elles sont présentées par la plupart des chercheurs comme se situant en continuité par rapport au vieillissement normal, aussi bien au niveau physiologique que cognitif ou comportemental (par exemple, Derouesne et Thibault, 1995; Gottfries, 1985). Les démences sont ainsi présentées comme poussant à l'extrême les détériorations associées au vieillissement « normal » (*aging related deficiencies*); elles sont, dès lors, comme le verre grossissant à partir duquel voir plus facilement les traits de l'homme vieillissant.

Pour le vieillissement normal et les démences, je me suis particulièrement intéressée aux instruments de mesure élaborés par les chercheurs pour évaluer leurs « objets » à diverses fins : diagnostiques, thérapeutiques, épidémiologiques, économiques. Ce moment de la mesure de l'homme est significatif à plus d'un titre. Il est une des occasions où s'établit une relation entre le chercheur et l'homme à connaître qui contribue à produire celui-ci. Ces outils de mesure peuvent être, également, considérés comme une anthropologie réifiée, figeant ce qui de l'homme est considéré comme relevant. La mesure enfin a un poids particulier dans la recherche biomédicale qui, comme une part significative de la science contemporaine, ne considère comme « fait » que ce qui peut être objectivé par une mesure.

## UNE VISION MAJORITAIREMENT CARTÉSIENNE DE L'HOMME

**Développons d'abord l'anthropologie que l'on retrouve dans la majorité des recherches publiées dans les grandes revues.** Dans la perspective de ce courant dominant de recherche l'homme est sa Raison (qui s'appellera, dans la langue indigène, cognition ou fonctions supérieures). C'est elle qui définit son humanité. Dès lors, lorsqu'il perd sa raison (comme dans les

démences), il se déshumanise. Ou, à l'inverse, s'il la conserve davantage que ceux de son âge, on parlera de vieillissement « réussi » (Rowe et Kahn, 1987 ; Roos et Havens, 1991).

**Par contre, l'homme a un corps, un corps attribut, comme extérieur à son identité même** (Le Breton, 1992). Ainsi, dans la santé, le corps peut être oublié; le signe même de sa santé est son silence (selon la fameuse définition de Le Riche, « La vie dans le silence des organes », reprise par Canguilhem).

Dans la maladie, par contre, le corps se rappelle à nous avec toute la puissance aveugle de la nature : il a la force des choses, il a leur réalité indubitable. Il est le lieu de la détermination causale par excellence, celui vers lequel il faut toujours d'abord commencer par orienter ses recherches lorsque l'homme (au sens défini plus haut) est affecté. Ainsi, dans la démence de type Alzheimer, même si l'on n'a pas pu identifier à ce jour de mécanisme organique, ce sont les lésions neuropathologiques qui font fonction de cause, auxquelles on reconnaît le pouvoir de définir l'essence même de la démence; l'essentiel des recherches va de même se focaliser sur le cerveau dans sa matérialité neuro-bio-chimique dans l'espoir d'y trouver du même coup la cause et le remède à la démence. De la même manière, ce n'est que lorsqu'il faut reconnaître son impuissance à traiter le corps que l'on va s'intéresser à d'autres types de déterminants, qui ont un certain pouvoir bien sûr, mais moindre que celui du corps, tels que l'environnement matériel et humain (Banazak, 1996 ; Ylief, 1989). Dans l'ordre de la détermination, le corps est comme cette puissance maléfique, à laquelle il faut toujours commencer par offrir quelque sacrifice (investigation approfondie, essai thérapeutique) avant de pouvoir, faute de mieux, s'intéresser aux divinités mineures que sont l'environnement ou la psychologie. C'est un des préceptes fondamentaux de tout gériatre qui se respecte.

**En quoi peut-on qualifier cette vision de cartésienne ? Elle l'est par son dualisme** (le corps matière est d'une toute autre nature que l'esprit, il est la force brute, sans signification, de la nature) ; **elle l'est par la manière hiérarchisée de concevoir l'esprit**, où réside exclusivement la noblesse de l'homme, comme étant supérieur au corps. Cette inspiration cartésienne fondamentale va bien sûr être retravaillée, élaborée par les chercheurs. Soyons maintenant suffisamment cartésien pour consacrer l'essentiel de notre description à cette faculté définitoire de l'humain : la Raison.

## L'HOMO SAPIENS

Mettons ici en évidence quelques-uns des éléments permettant de montrer ce caractère central de la Raison dans la définition de l'homme et, pour ce qui nous intéresse, de l'homme vieillissant. Beaucoup de chercheurs soulignent que, parmi toutes les détériorations qui accompagnent le vieillissement (physiologiques, cognitives, comportementales), **ce sont les détériorations cognitives qui ont le plus attiré l'attention, apparaissant comme le trait central du vieillissement** (voir, par exemple, Barberger-Gateau *et al.*,

1992). Cette focalisation de l'intérêt des chercheurs sur les fonctions cognitives va se marquer, entre autres, par une meilleure connaissance de cet aspect du vieillissement et, en même temps, par un développement tout à fait spectaculaire des instruments de mesure de ces fonctions (Ramsay *et al.*, 1995 ; Tombaugh et Mc Intyre, 1992). Les discussions concernant la validité et la fiabilité de ces instruments prennent une part importante des débats entre scientifiques. Ainsi, dans la revue de la littérature consacrée au Mini-Mental State Examination de Folstein *et al.* (1975) réalisée par Tombaugh et Mc Intyre (1992), plus de cent cinquante articles discutant de la qualité des mesures cognitives et du MMSE en particulier sont recensés sur vingt-six années. Enfin, quand les fonctions supérieures se détériorent jusqu'à la disparition complète comme dans les démences, la description qui est faite est de l'ordre d'un véritable naufrage (Maisondieu, 1997).

Si la Raison est donc centrale dans les recherches menées sur l'homme vieillissant et dément, elle n'est pas la seule à être prise en compte. En particulier, quand elle se détériore, l'évaluation du caractère socialement adapté du comportement de l'individu entre en scène. **Il s'agit de comparer le comportement du vieillard à une norme ou, plutôt, à un ensemble de normes.** La première parmi celles-ci est l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ et AIVQ) ; les autres renvoient à toute une série de comportements considérés comme dérangeants (les cris, l'agitation, l'impudeur, les hallucinations, l'agressivité, ...). Si la dimension comportementale de l'humanité est une approche moins noble et moins cardinale de celle-ci – moins d'instruments de mesure y sont consacrés – certains chercheurs soulignent néanmoins l'importance pratique de cette dimension, permettant d'évaluer la facilité avec laquelle les soignants pourront s'occuper (*to manage*) des patients, la charge en soins (et dès lors le coût) que ceux-ci représentent (Mortimer *et al.*, 1992 ; Bucks *et al.*, 1996 ; Spiegel *et al.*, 1991).

La manière dont est appréhendée cette dimension comportementale la fait apparaître comme un amendement pragmatique quasi gestionnaire de la Raison cartésienne. Il ne suffit pas de savoir dans quelle mesure le vieillard participe encore à la pleine dignité humaine, il s'agit aussi de pouvoir évaluer la charge physique (par les AVQ pour lesquelles il a besoin de l'aide des tiers) et psychique (par la manifestation de comportements mal tolérés par l'entourage) qu'il représente pour son entourage.

## UNE SOMME DE PERFORMANCES

**Qu'il s'agisse d'évaluer les processus cognitifs ou les capacités instrumentales, la mesure qui est faite est celle d'une performance, se définissant comme écart par rapport à une norme.**

La norme utilisée peut varier : capacités moyennes des adultes (s'il s'agit de mettre en évidence les caractéristiques du vieillissement normal), ou des individus du même âge (pour mettre en évidence soit un vieillissement pathologique, soit au contraire un vieillissement « réussi »).

L'écart par rapport à la norme peut être nul, jouer en défaveur de l'individu (comme l'a souvent souligné une approche que l'on a pu qualifier de déficitaire (Blanchard *et al.*, 1995) ou, au contraire, le faire apparaître comme « meilleur » que son groupe (comme dans ce que Rowe et Kahn (1987), Roos et Havens (1991) ont pu appeler le vieillissement réussi).

Le principe reste le même : un individu se définit par sa capacité à faire un certain nombre de choses (se souvenir, compter, reconnaître, ou se laver, s'habiller, être calme, coopérant, ...), plus ou moins bien qu'un groupe de références défini en termes d'âge. Dès lors, que l'on soit plus sensible aux déficits, aux pertes, aux détériorations ou, au contraire, comme certains aujourd'hui, qui en appellent à « *ce qui reste encore* » (Van der Linden, 1995 ; Ylief, 1989), cela ne change rien à la conception anthropologique sous-tendant l'évaluation.

**Le critère utilisé est la performance pour un certain nombre d'items jugés pertinents, l'idéal étant la performance maximale.** Souligner que la bouteille est à moitié pleine plutôt qu'insister sur le fait qu'elle est à moitié vide peut paraître effectivement plus positif dans la logique utilisée mais ne change rien au dessin de la bouteille, identique pour tous les individus : il n'y a qu'une manière d'être un homme (en étant doué de raison et socialement adapté).

De même, s'intéresser davantage à l'hétérogénéité des performances intra- et interindividuelles comme on l'a fait davantage ces dernières années (Rowe et Kahn, 1987 ; Van der Linden, 1995 ; Dubois Remund, 1995) affine certainement avantageusement l'analyse et ouvre de nouvelles questions mais ne met en rien en cause la référence anthropologique implicite utilisée.

**C'est à dessein que l'on a parlé d'une somme de performances et non, par exemple, d'un ensemble intégré.** Cela apparaît particulièrement clairement au niveau des « traitements » non curatifs mis au point pour faire face aux déficits. La plupart d'entre eux vise une fonction spécifique, sans s'intéresser à l'effet de la prise en charge sur d'autres capacités que celle visée, ni *a fortiori* sur la globalité du patient (comme on pourrait envisager de le faire *via* une évaluation de son humeur ou de son bien-être global, par exemple).

## OPTIMISER LES PERFORMANCES PAR L'ACTIVATION

**Adhérant à une vision de l'homme comme somme de performances, les chercheurs que nous suivons ici ne peuvent que poursuivre un but : chercher à optimiser celles-ci.** Cette visée n'est jamais discutée : elle découle directement de la conception de la dignité humaine développée plus haut. Cette optimisation peut prendre, bien sûr, différents visages selon la détérioration initiale des individus concernés : elle peut aller de l'amélioration des performances (pour les vieillards normaux) au ralentissement de la détérioration (dans le cas des démences modérées, par exemple).

**Le moyen par excellence de cette optimisation est la stimulation, l'activation des fonctions restantes et/ou des fonctions détériorées, selon les cas et les auteurs.** Elle peut être tous azimuts (Karlsson *et al.*, 1985), viser plusieurs cibles (Ylief, 1989), ou être plus focalisée et théorisée (Van der Linden et Seron, 1989 ; Van der Linden, 1995), le principe de base est le même : il faut activer les fonctions et les capacités, les entraîner, les stimuler. Même si des difficultés méthodologiques sérieuses rendent l'évaluation des résultats difficiles (Ramsay *et al.*, 1995 ; Van der Linden, 1995), même si les résultats ne suivent pas (comme pour les démences modérées en institution d'après (Moulin *et al.*, 1995), on continue à croire dans le bien-fondé de ce principe fondamental de la gérontologie. **Une forme d'adulto-centrisme, faisant de l'activité la norme de la vie humaine, contribue sans doute à expliquer la force de cette adhésion au principe d'activation.**

### **L'INDIVIDU VIEILLISSANT OU DÉMENT ADHÈRE-T-IL À CETTE FIGURE DE SON HUMANITÉ ?**

La première chose à remarquer est que les chercheurs ne se posent pas cette question qui, pourtant, a des répercussions directes sur l'individu au niveau de la prévention du vieillissement ou du traitement du vieillissement pathologique (en l'occurrence, ici, des démences).

**Dans la perspective dominante, il va sans dire que l'individu considère lui aussi – comme les chercheurs – que l'optimisation de ses performances est souhaitable pour lui, qu'elle est l'objectif prioritaire à atteindre.** Ceci vaut autant pour les performances cognitives qu'instrumentales (certains vont jusqu'à faire de l'indépendance dans les AVQ un indicateur de bien-être comme le remarquent Blanchard *et al.* (1996)) et plus généralement comportementales. Banazak (1996) considère ainsi que l'amélioration de la qualité de vie du patient passe par le contrôle des problèmes comportementaux liés à la démence semblant, pourtant d'abord motivé par la tolérance de l'entourage.

Ce postulat vaut aussi pour les patients plus éloignés de la norme, comme les individus souffrant de démence profonde. Cela mérite pourtant d'être analysé pour deux raisons. Certains chercheurs reconnaissent eux-mêmes que la stimulation n'est efficace que lorsque le processus démentiel n'est encore que peu avancé (Van der Linden, 1995 ; Moulin, 1995). Comment concevoir que, pour les patients dont la démence est plus sévère, une représentation de l'homme qui les exclut de toute prise en charge leur soit bénéfique ? Par ailleurs et plus fondamentalement, si bien sûr l'anthropologie sur laquelle s'appuie la recherche bio-médicale est proche d'une représentation commune (qui de nous ne craint pas la détérioration cognitive ou la dépendance ?), ne peut-on concevoir que la représentation que chacun se fait de la valeur humaine est aussi affectée par son expérience vécue et que, celle-ci s'éloignant (avec le grand âge et la maladie) du standard de performance cognitive et instrumentale, chacun soit amené à revoir cette représentation et, avec elle, le type de soutien qu'il attend d'autrui ?



## L'ABSENCE DE MOTIVATION COMME SYMPTÔME

Lorsque les chercheurs constatent que la motivation des individus à adhérer à ces traitements de stimulation est faible, elle n'est pas interrogée comme manifestation d'un possible désaccord entre le projet du thérapeute et celui du patient. **L'absence de motivation va être, tout de suite, reprise comme un « comportement problème »**, auquel il faut pallier par la détermination des « *conditions favorisant l'acceptation* » (Ylief, 1989). De même, Moulin *et al.* (1995) analysent la faible motivation de certains patients comme le signe même de leur détérioration. N'étant plus conscients de leur état (anosognosie), ils ne réalisent plus les bénéfices qu'ils pourraient retirer d'une stimulation ; vivant dans des contextes institutionnels souvent peu stimulants, leur volonté de lutter contre leurs échecs est affaiblie. Ainsi, dans la perspective de cette anthropologie de la performance, un homme ne peut être appréhendé qu'en termes de capacité à rencontrer certains standards ; manifester son refus d'adhérer à cette visée de performance ne peut être pensé que comme signe d'une détérioration.

## UNE ANTHROPOLOGIE NON CARTÉSIENNE EST-ELLE POSSIBLE ?

Parce que la culture occidentale, comme toute culture, n'est pas monolithique, d'autres ressources existent que le fond cartésien qui y domine pour penser l'homme (Le Breton, 1992). Certains chercheurs, dont la diffusion est souvent plus « locale », passant moins par le réseau des grandes revues internationales, vont dès lors reprendre et construire une autre perspective anthropologique pour connaître l'homme vieillissant et dément. **Non cartésienne, cette perspective va attribuer un autre statut au corps : celui-ci n'est plus le lieu de la force causale brute et sans signification, il est porteur de sens.** Que le corps signifie (par la communication analogique par exemple, L. Ploton (1990) nous fait sortir d'emblée de la position dualiste séparant radicalement la matière (aveugle) et l'esprit (porteur de toute la dignité humaine). La maladie présentée par le corps peut, dès lors, avoir un sens (par exemple, la démence comme thanatose chez Maisondieu (1989) et ne plus être considérée comme exogène.

**Les facteurs organiques ne vont plus apparaître avec la même force aveugle.** Ils sont réintroduits au sein d'une causalité complexe (Ploton, 1996), interrogés dans leur pouvoir de causer en même temps que d'autres facteurs causaux, comme le système familial, social ou subjectif.

**Les fonctions supérieures, elles-mêmes, peuvent être incarnées.** Ainsi, par exemple, la mémoire implicite met en évidence un apprentissage inscrit dans le corps sans passer par la représentation (Dewavrin, 1997 ; et plus généralement, Varela *et al.*, 1993). L'esprit n'est plus conçu comme pur et désincarné ; le corps n'est plus uniquement matière brute.

## LA RECONNAISSANCE D'UNE MULTIPLICITÉ DES MANIÈRES D'ÊTRE UN HOMME

Là où le courant dominant situe tous les hommes le long du même axe, **unique, des performances** (la question centrale devenant d'évaluer les capacités perdues et celles qui restent encore), **les chercheurs qui nous intéressent ici reconnaissent la multiplicité des manières d'être un homme**. Ainsi, Maisondieu (1997) s'interroge sur « *l'être au monde* » du dément ou Blanchard *et al.* (1995) s'interrogent avec N. Feil sur le sens de cette étape spécifique qu'est la vieillesse (relativement à l'âge adulte), la désafférentation sensorielle n'étant pas vue à travers le spectre de la stimulation (limitée) mais comme occasion d'un retour sur soi permettant la remise en ordre de sa vie.

La prise en compte d'une pluralité des expériences humaines permet de reconnaître à chacun – quelle que soit la détérioration de ses performances – une pleine dignité humaine (Blanchard *et al.*, 1995 ; Kitwood et Bredin, 1992). Celle-ci est d'ailleurs conçue comme produite dans un rapport intersubjectif (et non par les qualités intrinsèques d'un individu pris isolément), l'humanité d'un être se constituant dans le regard des autres. C'est dans cette perspective qu'on peut comprendre l'intérêt de Kitwood et Bredin (1992), Ploton (1993) ou Maisondieu (1995) pour tous les processus qui déshumanisent la personne âgée, *a fortiori* démente (comme l'infantilisation, la réification, l'abjection).

C'est, paradoxalement en apparence, la reconnaissance de cette pluralité des manières d'être un homme qui permet l'identification du soignant aux personnes même les plus « dégradées » (selon les standards dominants).

## LA SUBJECTIVATION PAR LA RECHERCHE DU PLAISIR ET DE L'AUTONOMIE

**La reconnaissance de la dignité humaine de tous est un axe important de l'approche que nous décrivons ici ; elle peut, même, apparaître comme un des enjeux de la prise en charge, lorsque celle-ci est nécessaire**. Par quels moyens l'humanité de l'individu peut-elle être déployée ? La recherche du plaisir pour lui-même (Dewavrin, 1997) et non comme *second best* (ainsi qu'il apparaît – d'ailleurs peu souvent – dans les recherches dominantes (Moulin, 1995 ; Ylief, 1989), en est un des facteurs. La recherche du développement de l'autonomie également. Il ne s'agit plus ici de viser l'indépendance (c'est-à-dire le non-recours à l'aide de tiers dans les AVQ) mais bien l'autonomie, cette possibilité pour l'individu de faire lui-même les choix qui le concernent, des plus quotidiens (que manger ? avec qui ? et éventuellement aidé par qui ?) aux plus fondamentaux (vivre au domicile ou en institution, vivre ou mourir). Le déplacement de la visée de l'indépendance (la personne dépendante étant identifiée à une charge) à l'autonomie (pouvant aller de pair avec la dépendance) est certainement une des pierres d'angle du changement de perspective décrit ici.

La qualité de la relation humaine entre soignant et soigné (Blanchard *et al.*, 1995) est certainement une autre dimension des « soins » visant la reconnaissance du sujet âgé.

## UNE NOUVELLE PISTE À DÉVELOPPER

**Les recherches développant une anthropologie non cartésienne permettent de faire voir de la vieillesse et de la démence de nouveaux aspects, ignorés jusque-là.** L'expérience clinique de ceux qui s'inscrivent dans cette perspective semble indiquer qu'elle permet à la fois de revaloriser le rôle du soignant et l'identité de la personne prise en charge, accroissant par là son bien-être (Blanchard, 1995). Parce que cette perspective semble épistémologiquement intéressante et éthiquement souhaitable, il serait sans doute utile qu'elle puisse se développer davantage, trouvant ainsi un plus large écho mais aussi, en cherchant les moyens qui lui sont propres, renforcer le débat entre les chercheurs qui s'y intéressent.

### RÉSUMÉ

Le courant dominant de la recherche biomédicale sur le vieillissement et la démence reprend et contribue à produire une vision de l'homme très cartésienne et se ramenant à une somme de performances. En constituant une autre anthropologie, reconnaissant au corps une signification et à l'esprit son incarnation, des chercheurs plus minoritaires permettent de connaître le vieillard, normal ou dément, d'une nouvelle manière, en visant essentiellement son bien-être et la reconnaissance de sa pleine dignité humaine.

### SUMMARY

Mainstream bio-medical research on ageing and dementia presents a very cartesian view of human beings, focused purely on performance. However a few research workers with a different anthropological approach are spreading new light which focuses on the well-being of the elderly and on the full recognition of their human dignity, be they normal or demented.

## BIBLIOGRAPHIE

- BANAZAK, D.A. (1996). Difficult Dementia : Six steps to control problem behaviors. *Geriatrics*, 51, n° 2, 36-42.
- BARBERGER-GATEAU, M.D. *et al.* (1992). Instrumental Activities of Daily Living as a Screening Tool for cognitive Impairment and Dementia in the Elderly Community Dwellers. *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 40, 1129-1134.
- BLANCHARD, F. *et al.* (1995). Pour un autre regard sur la démence. *Gérontologie et Société*, n° 72, 156-166.
- BLANCHARD, F. *et al.* (1996). Évaluation de la qualité de vie du dément : quelques perspectives. *Psychologie médicale*, n° spécial, 1-4.
- BUCKS, R.S. *et al.* (1996). Assessment of Activities of Daily Living in Dementia : Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age and Ageing*, n° 25, 125-129.
- DEROUESNE, C., THIBAUT, S. (1995). Les frontières de la démence. Intérêt et limites des critères de diagnostic. In : *Neuropsychologie clinique des démences*, F. Eustache et A. Agniel, Marseille : Solal, 35-48.
- DEWAVRIN, P. (1997). Neuropsychologie et psychanalyse : une rencontre inattendue. In : *Psychothérapie des démences*, M. Grosclaude (dir.), Paris : John Libbey Eurotext, 40-53.
- DUBOIS REMUND, C. (1995). La prise en charge des troubles du langage et de la communication : étude de cas. In : *Neuropsychologie clinique des démences*, F. Eustache et A. Agniel, Marseille : Solal, 283-300.
- FOLSTEIN, M.F. *et al.* (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, n° 12, 189-198.
- FOUCAULT, M. (1978). *Naissance de la clinique*. Paris : PUF, 214 p.
- GOTTFRIES, C.G. (1985). Definition of normal aging, senile dementia and Alzheimer's disease. In : *Normal Aging, Alzheimer's Disease and Senile Dementia*, C.G. Gottfries (ed.), Bruxelles : Éditions de l'université de Bruxelles, 11-18.
- KARLSSON, I. *et al.* (1985). Mental activation-Brain plasticity. In : *Normal Aging, Alzheimer's Disease and Senile Dementia*, C.G. Gottfries (ed.), Bruxelles : Editions de l'université de Bruxelles, 267-272.
- KITWOOD, T., BREDIN, K. (1992). Towards a theory of Dementia care : Personhood and well-being. *Ageing and Society*, n° 12, 269-287.
- LATOUR, B. (1989). *La science en action*. Paris : La découverte, Textes à l'appui, 450 p.
- LE BRETON, D. (1992). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 263 p.
- MAISONDIEU, J. (1989). *Le crépuscule de la raison*. Paris : Centurion, 224 p.
- MAISONDIEU, J. (1995). *L'idole et l'abject*, Paris : Bayard éditions, 217 p.
- MAISONDIEU, J. (1997). Le naufrage sénile: une catastrophe existentielle liée à l'abjection. In : *Psychothérapie des démences*, M. Grosclaude (éd.), Paris : John Libbey Eurotext, 127-132.
- MORTIMER, J.A. *et al.* (1992). Predictors of cognitive and functional progression in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology*, n° 42, 1689-1696.
- MOULIN, F. *et al.* (1995). La stimulation cognitive en institution : conditions et préalables. *Gérontologie et société*, n° 72, 111-119.
- PLOTON, L. (1990). *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon : Chronique sociale, 244 p.
- PLOTON, L. (1993). L'ambiguïté des relations familiales avec les déments. *Gérontologie*, 2, n° 86, 6-9.

- PLOTON, L. (1996). *Maladie d'Alzheimer : à l'écoute d'un langage*. Lyon, Chronique sociale, 170 p.
- RAMSAY, M. *et al.* (1995). Review : Measures to determine the Outcome of Community Services for People with Dementia. *Age and Ageing*, n° 24, 73-83.
- RIGAUX, N. (1992). *Raison et Déraison. Discours médical et démence sénile*. Bruxelles : De Boeck, 223 p.
- ROOS, N.P., HAVENS, B. (1991). Predictors of Successful Aging : A Twelve-Year Study of Manitoba Elderly. *American Journal of Public Health*, 81, n° 1, 63-68.
- ROWE, J.W., KAHN, R.L. (1987). Human Aging : Usual and Successful, *Science*, 237, n° 10, 143-149.
- SCHLANGER, J. (1983). *L'invention intellectuelle*. Paris : Fayard, 277 p.
- SPIEGEL, R. *et al.* (1991). A New Behavioral Assesment Scale for Geriatric Out- and In-Patients : The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 39, 339-347.
- STENGERS, I. (1993). *L'invention des sciences modernes*. Paris : La découverte, 209 p.
- TOMBAUGH, T.N. (1992), The Mini-Mental State Examination : A Comprehensive Review. *American Geriatrics Society*, n° 40, 922-935.
- VAN DER LINDEN, M., SERON, X. (1989). Prise en charge des troubles cognitifs. In : *La maladie d'Alzheimer*, O. Guard et B. Michel, New York : Medsi, McGraw Hill, 289-302.
- VAN DER LINDEN, M. (1995). Prise en charge des déficits mnésiques chez les patients Alzheimer. In : *Neuropsychologie clinique des démences*, F. Eustache et A. Agniel, Marseille : Solal, 267-282.
- VARELA, F.J., THOMSON, E., ROSCH, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit*. Paris : Seuil, La couleur des idées, 378 p.
- YLIEFF, M. (1989). Analyse et traitements comportementaux. In : *La maladie d'Alzheimer*, O. Guard et B. Michel, New York : Medsi, Mc Graw-Hill, 303-316.