

La mort et la fin de vie dans *Gérontologie et société* (1972-2022)

Death and End-of-Life in “Gérontologie et société”
(1972-2022)

Frédéric BALARD

Maître de conférences en sociologie, Université de Lorraine,
Laboratoire Territoire, Travail, Âge et Santé (TETRAS)

Sophie PENNEC

Directrice de recherche,
Institut national d'études démographiques (Ined)

La revue *Gérontologie et société*, créée en 1972 par la Fondation Nationale de Gérontologie, et aujourd'hui éditée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, a fêté son cinquantième en 2022.

Au cours d'une journée-anniversaire organisée au ministère de la Santé et des Solidarités, des tables rondes ont exploré la façon dont des thèmes majeurs de la recherche en gérontologie en France ont été traités dans la revue sur un demi-siècle : Droits, Liberté et citoyenneté ; Habitats et environnements aux âges avancés ; Handicap et vieillissement ; Vieillesse au prisme du corps ; Fin de la vie et mort des personnes âgées ; Éducation et formations dans la deuxième moitié de la vie.

Procédant à une forme de sociohistoire, il s'est agi de regarder la façon dont un thème a émergé dans *Gérontologie et société* dans un contexte politique, social, scientifique particulier, et de relire les articles au regard du contexte actuel. Quelles voix ont porté quels sujets ? En quoi le positionnement de la revue a-t-il été singulier ? Comment la revue a-t-elle su renouveler des questions clés de la gérontologie ?

Cet article porte sur la façon dont le thème de la fin de vie et de la mort a été traité pendant 50 ans dans la revue. Il nous montre en quoi les articles et controverses portées ont fait avancer les idées, les débats et les recherches.

Introduction : *Gérontologie et société*, ressource en gérontologie et lieu de débats

En France, les revues qui concernent exclusivement le champ gérontologique sont peu nombreuses. *Gérontologie et société* y fait figure de référence notamment en raison de son antériorité et sa longévité en francophonie. La revue a été créée en 1972 sous l'égide de Fondation Nationale de Gérontologie soit un peu moins de 30 ans après la naissance du *Journal of Gerontology* (1946) et dix après *The Gerontologist* (1961). À titre de comparaison, la revue *Gérontologie* ne fut fondée qu'en 1981 par le Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie de Grenoble sous l'impulsion de Michel Philibert et a cessé sa publication au début des années 2010 après près de 30 ans d'existence. *Gérontologie et société* est donc demeurée la seule véritable revue du champ gérontologique assurant tout à la fois le rôle de support scientifique en accueillant des articles de chercheurs mais également un lieu d'expression pour les praticiens et les acteurs (professionnels, usagers...). La revue *Soins Gérontologie*, créée en 1995, ne s'inscrit pas dans la même perspective puisqu'elle est davantage tournée vers les professionnels du secteur gériatrique et ne bénéficie par conséquent pas de la même diffusion auprès des acteurs sociaux et des décideurs publics.

Alors que le projet de loi sur l'aide à mourir, promesse de campagne du président Emmanuel Macron, suscitait de très nombreux débats, nous avons profité de l'événement anniversaire des 50 ans de *Gérontologie et société* (G&S) en 2022 pour analyser la manière dont la mort et la fin de (la) vie ont été abordées par la revue. Cette « plongée » dans l'histoire de la revue a été heuristique non seulement pour mesurer la place de ces thématiques au sein de la revue et la manière dont elles ont été traitées mais cela nous a également permis de prendre acte du rôle de la revue dans ces débats sociétaux. Ainsi que nous le verrons, il apparaît que la revue n'a pas seulement été un lieu de discussion scientifique relatif à la fin de vie et à la mort des personnes âgées mais qu'elle fut également une tribune permettant l'expression de controverses relatives aux aides médicales à mourir. La position centrale de G&S dans le champ et sa capacité à être une tribune passerelle entre le scientifique et le politique n'est pas sans conséquence sur la place qui a été la sienne dans les débats relatifs à la mort et à la fin de vie qui se sont déroulés en France depuis la fin des années 1970. Le fait que des auteurs, reconnus comme incontournables sur ces questions, se retrouvent dans la revue en constitue une bonne illustration. À titre d'exemple et sans velléité d'exhaustivité, nous pouvons citer l'historien de la mort Philippe Ariès, l'anthropologue Louis-Vincent Thomas fondateur de la thanatologie, Geneviève Laroque à qui fut confiée la première mission sur les Soins Palliatifs en France, Maurice Abiven, créateur de la première Unité de Soins Palliatifs en France, Emmanuel Hirsch ou encore Pascal Hintermayer, un des premiers sociologues français à avoir abordé la question du mourir.

La mort, le mourir et la fin de vie : thèmes centraux pour G&S

La mort, une notion présente en clair-obscur durant 50 ans

Afin de rendre compte de l'apport de G&S sur les questions relatives à la mort et à la fin de vie, nous avons tout d'abord cherché à quantifier la place de ces thématiques dans la revue. Pour ce faire, nous avons procédé de plusieurs manières. G&S étant une revue thématique, il s'agissait dans un premier temps de compter le nombre de numéros dont la thématique est consacrée explicitement à la question de la mort. En 50 ans et 170 numéros, sept abordent directement la question :

- Vieillesse et mort, n°12 en 1980
- Quitter la vie, n°58 en 1991
- La mort du vieillard : Soins en fin de vie, numéro hors-série publié en 1995
- La fin de vie, n°90, en 1999
- Le bien mourir, n°108 en 2004
- Finir sa vie, hâter la mort au grand âge, n°163 en 2020
- Dé(s)mesures de la fin de vie, n°164 en 2021

Partant de ce constat, la mort et les thèmes qui lui sont associés pourraient apparaître comme assez peu représentés dans la revue puisque ne comptant que pour 1/24^e des thématiques traitées. En réalité, il n'en n'est rien. Pour s'en rendre compte, il a été nécessaire de compulser tous les sommaires de la collection et souvent de se plonger dans le contenu des articles. Sur les 5 premières décennies de la revue, nous avons repéré 213 articles traitant de mort ou de fin de vie dont 10 éditoriaux¹.

Le nuage de mots ci-dessous a été réalisé à partir des titres des articles (hors éditoriaux) traitant de la mort et de la fin de vie. Cette représentation graphique permet de visualiser que la question de la mort se trouve associée à une multiplicité d'enjeux gérontologiques même si les termes les plus fréquemment associés à la mort sont assez logiquement la vie, les personnes âgées, la vieillesse, le vieillissement mais aussi – et nous allons y revenir – l'euthanasie et les soins palliatifs. Les mots associés font également référence à l'entourage et au contexte : les proches, les soignants, les bénévoles, l'hôpital, le domicile et plus largement la société. On retrouve également un lexique relatif aux conditions du mourir avec la maladie, la médicalisation, la santé, la sédation, la thérapeutique, l'acharnement...

¹ Le fichier est disponible sur demande auprès des auteurs.

Vieillesse et mort : une association évidente ?

260 Gérontologie et société • n  180 • vol. 48/2026

article est assez illustratif de nombreuses contributions qui suivront tout au long de cinquante années de parution à travers plusieurs points. Tout d'abord, l'association du vieillissement, de la vieillesse et de la mort y apparaît présentée comme une évidence. L'auteur écrit : « *processus temporel individuel, (qui) se situe par rapport à la marche inéluctable du temps vers une finitude* » (p. 132). Par la suite, il évoquera une expression qui sera en débat à plusieurs reprises dans la revue : la mort de vieillesse. Enfin, et cela n'est pas anodin, dès ce premier article évoquant directement la mort, il est déjà question de suicide. En effet, Claude Balier cite Bela Grunberger qui avance que « *le facteur involution fournissait 40 % de tous les cas de suicide mélancolique* » (p. 135). Claude Balier considère que « *le désinvestissement* » lié au vieillissement conduit à la mort naturelle. Cette naturalisation du lien entre vieillesse et mort se retrouve également dans l'éditorial du rédacteur en chef Paul Paillat dans le numéro de 1980 « Vieillesse et mort » :

« Quand la mort frappe un vieux, c'est le lot commun, il y a moins de drame et jamais de scandale, tout au plus parfois, une mauvaise conscience des survivants » (p. 3).

Dans leur article sur la psychologie de la mort, René Laforesterie et Guy Missoum (1980) expliquent que le vieux, bien qu'étant le plus exposé à la mort est celui qui la craint le moins et justifient leurs propos par la radicalité des modes de suicides utilisés. Selon eux, la mort du vieux n'est comparable à aucune autre car le vieux porte la mort en lui. La mort l'habite et s'infiltre dans ses tissus. La vie de la personne âgée est jalonnée de la mort de ses proches. Les auteurs évoquent également la « *plasticité adaptative de la femme à l'égard de la mort* » aussi bien sur le plan biologique que sur le plan psychologique. « *Le psychisme de la femme adoucit la rigueur et le choc de l'angoisse... tandis que l'homme aveuglé par l'orgueil refuse d'avouer sa faiblesse face à la mort* » (p. 47). Ces propos, qu'il faut replacer dans leur époque, illustrent un double essentialisme, d'âge et de genre. Les personnes âgées sont réduites à l'image d'un « vieux » qui porte en lui la mort tandis que les hommes et les femmes se trouvent réduits à des stéréotypes moraux.

Critiques de la mort en institution

Dans le numéro de 1979 « Personnes âgées et institutions », plusieurs auteurs établissaient des liens entre la vieillesse et la mort en établissement. Geneviève Laroque évoque la fin de vie des vieillards et leur rapport au temps qui « *s'effiloche et perd en densité* » dans son article consacré aux hospices et établissements de moyens et longs séjours. Mireille Laurent, gériatre, explique qu'à cette époque la moyenne d'âge en long séjour est de 81 ans et que parmi les 4 principales tâches du médecin responsable en long séjour l'une est d'accompagner les mourants, veiller à la qualité et au confort de ces soins terminaux. Elle écrit :

« Il paraît utile de souligner à quel point il est important que, dans ces soins aux mourants, toute décision soit prise avec l'accord et la compréhension de toute l'équipe et que la prescription n'émane pas du médecin seul, sans compter le malade et la famille » (p. 79).

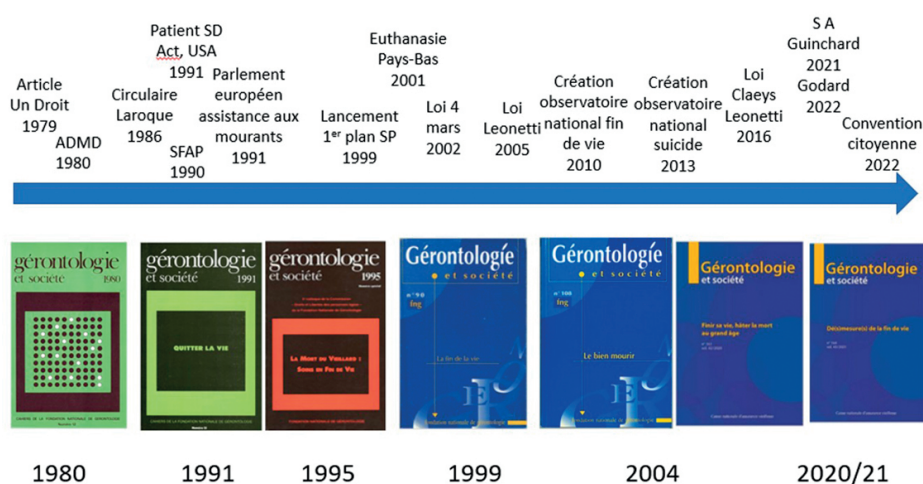
Il est édifiant de constater les libertés de ton et de lexique utilisées. En effet, ces auteurs écrivent avant le plein essor des mouvements de seniors militants (Viriot-Durandal, 2003) et le développement des soins palliatifs. Employer les termes de « vieillards » et de « mourants » n'est alors pas considéré comme  giste, discriminant ou mal-à-propos. En 2021, les propos de Véronique Lefebvre des No ttes relatifs à la fin de vie en Soins Longue Durée (SLD) sont, sur le fond, très similaires à ceux de Mireille Laurent mais le lexique diffère. Il n'est plus question de « mourants » mais de « malades en fin de vie ». Au cours des quarante années qui séparent ces deux « récits », bien des choses ont changé. L'espérance de vie a progressé, y compris pour les malades qui finissent leur vie en SLD. La médicalisation a conduit à ce que Véronique Lefebvre des No ttes nomme « *ces fins de vie qui n'en finissent plus de finir* » (p. 62). Enfin, la question qui reste en suspens est celle de la prise en soins par les soins palliatifs de ces fins de vie au long cours de personnes qui ne sont pas nécessairement atteintes d'une maladie incurable. On peut au moins espérer que quarante ans après le développement des soins palliatifs et plus de vingt ans après la loi de 2002 sur la démocratie sanitaire, les situations telles que celle rapportée par le psychologue Patrick Sansoy (1979)   propos de la médicalisation des longs séjours n'ont plus cours. L'auteur évoque le cas d'une femme âgée refusant d'être amputée de ses deux jambes et préférant mourir sans ces amputations. Il complète son récit en narrant que pour obtenir son accord, elle fut privée d'antalgiques jusqu'à ce que la douleur intolérable détermine sa décision puis fut amputée et mourut quelques jours après. Selon sa formule, dans ces cas : « *Aller mieux, c'est peut-être aussi mieux mourir* ». René Laforesterie et Guy Missoum (1980) souscrivent à cette critique de la médicalisation de la fin de vie en évoquant la volonté des personnes âgées de ne pas faire souffrir leurs proches par leurs dégradations et leur décès, et voient dans l'hôpital et l'hospice la conséquence des lâchetés et des indifférences de l'homme à l'égard de ses a n s. Selon eux, l'hôpital favorise la recherche d'un suicide lent, socialement autorisé. Dans son interview (1980), Georges Caussanel, directeur de maison de retraite, oppose la mort en hôpital avec ce qu'est la mort en Ehpad. Selon lui, le milieu hospitalier est le lieu où l'on mourrait mal à cause de sa dimension totalisante et au fait que, si l'on y atténue les souffrances, le « besoin de présence » n'y est pas assuré. Cela le conduit à une réflexion plus large sur la nécessaire normalisation de la mort dans la vieillesse.

« ... la vieillesse, c'est indispensable à la vie. C'est très important de se voir vieillir. La mort étant simplement l'aboutissement de cette espèce d'évolution naturelle du cycle de vie. Je ne trouve pas du tout anormal que des vieux, petit à petit, se déconnectent, donc qu'ils passent des journées à ne rien faire ;  a me paraît tout à fait normal et même indispensable. Voilà une bonne préparation à une bonne mort » (p. 83).

  travers ces mots, Georges Caussanel oppose en quelque sorte la mort à l'hôpital – et l'idéologie palliative où il s'agit d'être vivant jusqu'au bout – et la mort de vieillesse, qui impliquerait une mort progressive qui se traduirait par un retrait au monde.

Gérontologie et société : pionnière et porte-voix des débats sociétaux sur la fin de vie

La liberté de ton et de propos que l'on retrouve dans la revue à la fin des années 1970 souligne à quel point G&S s'est avérée être un lieu précurseur des débats sociétaux relatifs aux questions de fin de vie et plus largement à la démocratie sanitaire. Ainsi que l'illustre la frise ci-dessous, il apparaît que la revue, quand elle n'a pas été pionnière de ces débats, s'en est *a minima* fait le porte-voix.



Droit de mourir et droit aux soins

La question brûlante des aides actives à mourir (AAM) fait débat au sein du numéro 12 « Vieillesse et mort » publié en 1980. Si les propos sont centrés sur la question du droit au mourir et de l'acharnement thérapeutique, c'est parce que celle-ci est au cœur de l'actualité alors que se profile la présidentielle de 1981. En avril 1978, le sénateur Henri Cavaillet, avocat de formation, dépose la première proposition de loi relative au droit de « vivre sa mort ». S'appuyant sur l'exemple du Californian Natural Death Act promulgué le 1^{er} janvier 1977, la proposition de loi « cerne une situation particulière : le droit de mourir à son heure en refusant l'acharnement thérapeutique ».

Dans ce numéro 12, l'article du chirurgien, Jean Roger (1980), « Faut-il réglementer l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique ? » est une réponse claire à cette proposition de loi. Si l'auteur se défend de toute prise de position, son propos n'est pas neutre et son article – finalement peu centré sur les patients âgés – porte surtout sur le droit du médecin de soigner et de respecter la mort naturelle. Il est par ailleurs intéressant de constater que l'auteur explique ne pas être convaincu par les travaux du conseil de l'Europe de janvier 1976 sur le droit des malades et des mourants. Il écrit : « le médecin dissimule la vérité au patient qui, lui, sait qu'il va mourir, mais à son tour la dissimule ».

à son entourage (...) Dire la vérité, peut-être, mais ce qu'attend le patient ne correspond pas toujours à sa demande » (p. 72). On voit combien ces propos pourraient apparaître aujourd'hui – après la loi de 2002 sur la démocratie sanitaire – comme paternalistes et peu respectueux des droits des patients. En outre, on retrouve ici un argument qui sera très souvent repris par les opposants d'une loi pour l'aide à mourir : l'idée que la volonté du patient est incertaine et changeante.

Le propos de Jean Roger trouve un soutien dans l'article d'un autre chirurgien, Jean Roueil (1980), intitulé : « L'acharnement thérapeutique, le pouvoir médical et le déni de la mort : réflexion d'un homme de terrain ». L'auteur formule une question qui, loin d'être anodine, semble toujours d'actualité aujourd'hui : « comment appeler le contraire de l'acharnement thérapeutique et où s'arrêter ? » (p. 129). À partir du cas d'un médecin anglais ayant fait le choix de ne pas réanimer des patients de plus de 70 ans, il mobilise un argument toujours utilisé par les opposants aux aides actives à mourir (AAM) : le droit au soin et le risque de dérives âgistes. À l'idée d'acharnement thérapeutique, il oppose l'acharnement des malades à ne pas mourir en dépit de la lourdeur des soins.

En contrepoint, la revue a fait le choix de republier l'article « Mourir, un droit » de Michel Landa², paru dans *Le Monde* quelques semaines plus tôt. Alors que cet article n'était pas initialement destiné à la revue, la question du vieillissement est pourtant bien présente. Dans son argumentaire pour un droit de mourir, Michel Landa développe un argumentaire que d'aucuns pourraient aujourd'hui qualifier d'essentialisant et âgiste.

« Bien sûr, je ne me permettrai jamais de devenir geignard, pusillanime et capricieux comme l'oncle Machin qui réclame sa nourriture avec des cris perçants et bave en mangeant. Pas pour moi le destin de grand-mère sourde et aveugle, qui se parle avec des petits bruits effrayés et qui ne quittera son lit que pour sa tombe. Pas moi le radoteur, le gâteux, le grabataire qui ne contrôle même plus ses sphincters, dégage une puanteur atroce et dont les fesses ne sont qu'une plaie vive » (p. 133).

Michel Landa défend que le jeunisme ambiant ne permet pas d'« assumer sa vieillesse » et sous-entend que s'il n'y a pas plus de suicides de vieillards³, c'est que ces derniers n'en ont pas la force. Dans ce même numéro, Cécile Loinsard présente un article issu de son mémoire de gériologie intitulé « La mort réussie ». Entre citations d'auteurs et récit personnel, le propos de l'auteure est parfois confus même s'il en ressort l'idée que la mort serait un aboutissement et une délivrance pour les malades qui souffrent.

² Michel Landa et le médecin Pierre Simon fondent en 1980 l'Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité (ADMD).

³ Il s'avère que c'est justement dans les années 1980 que les taux de suicide en général et des personnes âgées en particulier furent les plus élevés en France. (Balard, 2024).

L'article d'Alain Rozenkier (1980), « Pour une action sur la mort » est davantage réflexif et ne revêt pas de dimension militante bien qu'il aborde la peine de mort⁴ et l'euthanasie. L'auteur voit l'euthanasie comme un dispositif qui participe à la fois à l'occultation et à la médicalisation de la mort. Partant de ce dernier point, il soulève la complexité des rapports de pouvoirs entre le corps médical, la personne concernée et son entourage qui pourraient se nouer au moment du mourir. Surtout, il évoque que, si convergence des avis il y a, cela implique « *la mise en place d'un ensemble de services quant à la phase terminale précèdent le dénouement final* » (p. 78). Par cette suggestion, Alain Rozenkier émet l'hypothèse de ce qui pourrait être la préfiguration d'un nouveau type de soins palliatifs qui accompagnerait les fins de vie et donnerait la mort... à une époque où les soins palliatifs n'existaient pas encore en France. Il pointe également la question relative à la formation des soignants et celle du lieu de la mort préconisant que la mort « *sujet de dissertation peut devenir objet d'action* » (p. 81).

Ce n'est qu'en 1986 que le secrétaire d'État à la Santé, Edmond Hervé, confie à Geneviève Laroque la création d'un groupe pluridisciplinaire consacré aux conditions de la fin de vie. La « circulaire Laroque », rapport produit par ce groupe, va fortement inspirer et rendre favorable le développement des Soins Palliatifs en France. La première unité de soins palliatifs est ouverte en juin 1988 sous la direction de Maurice Abiven. La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) est créée en 1990. À travers la majorité des débats qui eurent lieu dans la revue au début des années 1980, il s'avère que la question de la mort des personnes âgées fut presque escamotée au profit d'un débat sur le droit au mourir et les soins palliatifs.

Recul de la mort et dignité du mourant

Le numéro 58 « Quitter la vie » paraît en 1991, à une époque où les soins palliatifs sont débutants et alors que l'on prend véritablement conscience que les gains d'espérance de vie à la naissance sont désormais davantage liés aux gains d'espérance de vie dans les grands âges. Dans son éditorial, Paul Paillat indique que « *la mortalité recule davantage après 60 ans qu'avant 10 ans* » (p. 3). Dans son article « Où et de quoi meurt-on après 65 ans ? », il indique en s'appuyant sur les travaux de France Meslé et Jacques Vallin :

« À 60-74 ans, la dégénérescence constitue, pour les deux sexes et sur toute la période, la première cause de mortalité (...). À 75-89 ans, l'évolution de la mortalité totale est presque exclusivement soumise à celle de la mortalité par dégénérescence... » (pp. 26 et 27).

S'il n'est pas question de « mort de vieillesse », il est édifiant de constater qu'il y a 30 ans, la « dégénérescence » voire la « sénilité » était considérée comme une cause de décès.

⁴ Rappelons qu'à cette date la peine de mort n'a pas encore été abolie en France et ne le sera que le 18 septembre 1981 notamment sous l'impulsion de Robert Badinter, alors ministre de la Justice.

S'ils n'abordent pas la « mort de vieillesse », deux articles discutent néanmoins la définition même de la mort. Celui de Louis-Vincent Thomas aborde « *les multiples visages de la "mort sociale"* », dont notamment « *la mise à la retraite et l'abandon à l'hospice* » (p. 8) tandis que le médecin Marc Bernard traite du changement de définition de la mort opéré par la loi du 22 décembre 1976 qui consacre la mort cérébrale.

Néanmoins, ce ne sont pas ces sujets qui sont au cœur des débats de ce numéro mais la question de l'accompagnement de la fin de vie. Ce numéro est ainsi l'occasion, pour plusieurs auteurs, de plaider pour le développement des soins palliatifs contre l'euthanasie. En cela, le numéro s'avère assez illustratif de l'opposition historiquement structurante qui place d'un côté les médecins et les tenants d'une conception de la fin de vie influencée par une morale religieuse et de l'autre les militants de l'ADMD. C'est ainsi que France Quéré (1991), alors membre du Conseil national d'éthique, théologienne et éditorialiste pour *La Croix*, propose un article intitulé « Faut-il légaliser l'euthanasie ? ». Elle réagit ainsi à la proposition soumise au Parlement européen en faveur d'une légalisation de l'euthanasie. Son argumentaire est constitué de ce qui apparaît aujourd'hui comme des arguments « classiques » : le flou dans la temporalité du mourir, le paradoxe selon lequel le médecin passerait de celui qui soigne à celui qui donne la mort, le fait que le soulagement de la douleur éliminerait beaucoup de demandes de mort... Surtout, elle critique le texte proposé à partir de la notion de dignité. La perte de dignité ne doit pas, selon elle, être assimilée à la perte d'humanité. Elle renvoie le problème à la dignité de l'entourage qui porte un regard sur la dignité du malade. Elle conclut qu'il n'y aura jamais aucune légalité autour de la mort, que la législation de la mort doit être proscrite pour se prémunir des dérives (notamment économiques). Que lorsque le médecin aide à mourir dans des cas rares de douleurs que rien n'arrête, il effectue un acte de transgression⁵.

L'article de Robert Moulia (1991), « Mourir dans la dignité », va dans le même sens. L'auteur récuse totalement « *la délégation aux médecins du pouvoir de décider de la mort de leur prochain et d'en assurer l'exécution* » (p. 61). Selon lui, aucune demande de mort « *ne résiste au dialogue libre et confiant avec le médecin et les soignants* » (p. 61). Il insiste sur le fait qu'« *on ne peut légiférer sur la mort* ». Dans son article « Acharnement diagnostique et thérapeutique ou abandon », la médecin Yvette Lajeunesse rappelle quant à elle que « *L'objet de la médecine est de prévenir et de guérir les maladies, d'atténuer les souffrances et d'empêcher les malades de souffrir* » et que « *sans acharnement, la médecine n'aurait pas fait les progrès qu'elle a accomplis* » (p. 89).

⁵ L'idée de transgression et de « rupture anthropologique » fut d'ailleurs de nombreuses fois reprise lors des débats relatifs à la proposition de loi sur l'aide à mourir. Il est à noter que les anthropologues conduisant des recherches dans le champ de la mort ont toujours infirmé cette idée (cf. Balard et al., 2020).

Si Emmanuel Hirsch (1991) met en avant l'importance cruciale et l'avancée que constituent les soins palliatifs comme un élément de réponse à la question de la fin de vie, il considère également les débats relatifs à une aide à mourir en s'appuyant sur les travaux de Léon Schwartzberg présentés le 11 juillet 1990 au Parlement bien qu'il n'en partage pas, semble-t-il, le point de vue. À travers la formule « *ce n'est pas la mort que l'on donne, c'est la fin que l'on hâte* », les propos de Léon Schwartzberg apportent une nuance subtile au débat :

« Il s'agit au sens propre d'assistance à personne en danger. Il faut offrir à un patient les conditions optimales à en finir, s'il le souhaite. Il ne faut en rien comparer ce consentement à une approbation de la mort, mais à l'arrêt d'une existence qui a fini d'être une vraie vie » (p. 75).

Le sujet abordé par l'article de Renée Sebag-Lanoë (1991), médecin spécialiste en gériatrie et soins palliatifs, est sans doute celui qui est le plus pertinent pour la revue en ce qu'il pointe un questionnement pionnier qui, aujourd'hui encore, semble esquivé : l'accompagnement du vieillard. Elle souligne un « *vieillessement de la mort lié au vieillissement démographique* » puisqu'à l'époque où elle écrit, un décès sur deux concerne déjà une personne de 75 ans ou plus. Elle en conclut que « *accompagner un mourant, c'est donc de plus en plus souvent accompagner un mourant âgé* » (p. 98). Son plaidoyer pour les soins palliatifs s'appuie justement sur le fait que les gens meurent de plus en plus souvent à l'hôpital et que les soins en fin de vie doivent être développés. Elle évoque ensuite, avec une grande pertinence, la fin de vie des personnes âgées en expliquant que le modèle des soins palliatifs pensés pour les malades du cancer doit être élargi pour s'appliquer à la gériatrie. En cela, elle soulève la question complexe du « *début de la fin de vie* » quand il s'agit d'un vieillard. Elle pointe ainsi les limites de la protocolisation et plaide pour une approche qui tient compte des situations singulières et qui implique d'accepter le refus de soin comme une dimension du soin. Bien que doublement spécialiste de la question, les propos de l'auteure sont empreints d'une grande humilité face à ce qu'elle considère être un sujet complexe. Elle écrit :

« Les vieillards meurent-ils de maladie ou de ce que nous appelons "un consentement secret", et que Charlotte Herfray nomme un "acquiescement à la mort" ? » (p. 104)

Dans ce numéro, le contrepoint est donné à Jacques Pohier (1991) alors secrétaire général de l'ADMD, théologien condamné par l'Église catholique pour sa position pro-euthanasie. Son article « *Quitter la vie ? ou être quitté par elle ?* » aborde l'euthanasie en intégrant la question de l'âge avancé. Son argumentaire repose tout à la fois sur la naturalisation de la mort et sur sa dimension sociale. Ainsi, il défend qu'une demande de mort n'est pas la résultante d'une décision de quitter la vie mais du constat que c'est « *la vie qui nous quitte* ».

« "La vie" ne nous quitte pas. Encore moins la quittons-nous. Tout simplement, nous pouvons de moins en moins vivre. (...) Nous ne quittons pas la vie, c'est la vie qui nous quitte, ou plutôt qui s'autolyse en notre propre sein. (...) Une telle façon de mourir est entièrement le résultat de l'industrie humaine » (Pohier, 1991, p. 64).

L'auteur défend que les progrès de la médecine et des conditions de vie ont inventé puis généralisé une nouvelle phase de l'existence humaine et que si la mort est une étape de notre vie, alors il serait normal que quitter la vie soit un acte, une action humaine, une tâche relevant de la responsabilité du vivant. Selon lui, si les sondages de l'époque s'orientent massivement en faveur des aides actives à mourir, c'est que l'on souhaite « *quitter en humain une vie d'humain* » (p. 69).

Bien finir sa vie

Le numéro « La fin de vie » paraît huit ans après le numéro « Quitter la vie »⁶. Les éditoriaux sont désormais rédigés par Geneviève Laroque et les articles proposés par la revue sont sensiblement différents. Si l'on retrouve dans ce numéro des articles rédigés par des médecins et/ou de spécialistes des questions de fin de vie comme Maurice Abiven ou Emmanuel Hirsch ainsi qu'une interview d'Edgar Morin, il apparaît que les postures militantes se sont fortement atténuées. Le développement progressif des soins palliatifs en France à l'œuvre depuis près de 15 ans et le fait que l'on se situe 20 ans après la proposition de loi d'Henri Caillavet a sans doute amoindri la nécessité de défendre le « droit aux soins ».

Accompagner les fins de vie

Dans son article, « Vivre avec celui qui meurt », Maurice Abiven (1999) aborde en premier lieu la fin de vie des malades cancéreux avant d'en venir aux « grands vieillards », qu'il distingue des premiers au motif que leur fin de vie se compte « en mois voire en années ». Il considère néanmoins que ce qui s'applique à la fin de vie des malades s'applique aussi à la fin de vie des vieux et défend qu'il faille accompagner la « crise du mourir », à savoir les altérations physiques et modifications psychiques en tenant un discours de vérité aux mourants et surtout en les écoutant. La question de l'âge et des personnes âgées est quasi absente de l'article d'Emmanuel Hirsch (1999) – « Partager nos devoirs d'humanité » – qui défend l'idée que les soins palliatifs sont plus qu'un simple accompagnement mais qu'ils engagent les soignants et les proches à faire œuvre de sollicitude et de considération. Il note néanmoins que « *le trop grand âge pose à lui seul les questions les plus délicates* » car « *la personne elle-même semble absente à ce qui subsiste de son existence...* » (p. 74).

L'article « Éthique et fin de vie » du gériatre suisse Charles-Henry Rapin (1999) pourrait être qualifié de « politiquement incorrect » par son ton et les thématiques abordées. Il pointe que si l'espérance de vie a considérablement augmenté, « *on a surtout rajouté des années de maladie et de dépendance. C'est l'effet qu'on a n'a pas voulu. On est plus longtemps vieux* » (p. 149). Il évoque également les conséquences du maintien à domicile à Genève, à savoir un vieillissement de la moyenne d'âge des personnes en

⁶ Le numéro hors-série de 1995 intitulé « La mort du vieillard : soins de fin de vie » est constitué d'actes d'un colloque de gériatrie. Nous avons choisi de ne pas intégrer ce numéro à notre analyse car les articles qui y figurent sont trop atypiques par rapport à la ligne éditoriale de la revue. Ce numéro n'entre d'ailleurs pas dans la collection accessible en ligne via Cairn.

établissement. Il interroge ensuite la place de la mort dans l'univers médical et note que ses jeunes collègues médecins y semblent mal préparés de même que le CHU de Lausanne qui fut livré sans morgue. Il met cela en perspective avec le fait que la plupart des gens souhaitent mourir chez eux alors que c'est de moins en moins le cas. Enfin, il interroge ce qu'il nomme « l'ambiguïté des malades » âgés et de leurs proches qui espèrent la mort tout en la repoussant puis il souligne le (sur)coût financier des derniers mois et derniers jours de vie à hôpital. À travers des propos et des sujets provocateurs à dessein, l'auteur aborde des questionnements pionniers pour l'époque (avant la loi du 4 mars 2002) tels que l'abandon du « mensonge humaniste » pour « l'ambiance de vérité » à l'égard du mourant. Il aborde également la contention des mourants qui arrachent leurs perfusions d'« hyper-hydratation » ou encore les dimensions subjective et psychologique de la douleur. À travers différents exemples, il s'efforce de montrer qu'accompagner les fins de vie des personnes âgées soulève des questionnements plus complexes qu'il n'y paraît.

L'article d'Annick Sachet (1999) sur « les patients âgés et les structures de soins palliatifs » est pleinement dans la thématique du numéro. L'auteure rappelle que les plus de 65 ans représentent 79 % des décès et que 73 % des décès des plus de 85 ans surviennent en quelques jours ou quelques semaines. Cela fait dire à l'auteure que « les soins palliatifs sont incontournables en gériatrie » (p. 164). Chantal Berthelot et Frédéric Ravallec (1999) questionnent quant à eux les spécificités des soins palliatifs gérontologiques. Ils pointent notamment que certains des principes des soins palliatifs – telle la participation du patient aux types d'accompagnements – peuvent être mis à mal par les troubles cognitifs liés à l'âge mais aussi un « désinvestissement » et le risque « d'un syndrome de glissement ».

Vieillesse et fin de la vie en question

S'il est un questionnement ancien qui perdure via ce numéro, c'est la mise en questionnement du lien entre vieillesse et fin de (la) vie. Geneviève Laroque (1999) indique que « Mourir vieux, très vieux, serait atteindre la fin de la vie et cette fin, ce terme demanderait du soin, de l'attention, de la sollicitude... » (p. 8) tandis que dans le titre de son article, le médecin Robert Hugonot (1999) interroge simplement « Meurt-on de vieillesse ? ». Dans cet article, il montre la manière dont la mort des personnes âgées interroge moins que celle des jeunes. Il souligne ainsi que la recherche sur la cause de décès des personnes âgées est moins systématique tant au niveau clinique où la « mort de vieillesse » peut faire office de cause que sur le plan statistique où l'incertitude sur les causes de décès augmente avec l'âge des défunts. Selon l'auteur, cela s'explique d'une part par une « normalisation » de la mort des âgés qui se traduit par une diminution de la pratique des autopsies (y compris médico-légales) à mesure que l'âge augmente ; et d'autre part parce qu'il demeure difficile d'attribuer une cause de décès unique lorsque la personne souffrait de polypathologies. Il montre que seulement 18 % des décès sont liés à la maladie principale et que, dans près d'un cas sur cinq, aucune cause n'a pu être définie. Notons que ces réflexions et constats, opérés il y a 25 ans, ont émergé de manière particulièrement saillante lors des premières vagues de la Covid-19 lorsqu'il s'est agi de savoir si les personnes âgées étaient décédées « de » la Covid-19 ou « avec » la Covid-19.

D'autres articles de ce numéro rédigés par des sociologues viennent interroger le vécu des dernières années de la vie voire, comme le fait Ismaël Maïga (1999) dans son article « Quelle belle vie que la mort ! », remettre en question la conception linéaire de la vie humaine. Il rappelle que pour les sociétés traditionnelles, tels les Bambaras, ayant une conception cyclique de la vie et du temps, la mort n'est pas une fin mais une étape, ce qui change complètement le rôle social attribué aux aînés.

Serge Clément et Jean Montovani (1999), abordent quant à eux « Les déprises en fin de parcours de vie », mobilisant ainsi le concept (la déprise) qu'ils ont forgé et qui a fortement marqué le champ de la sociologie du vieillissement. Après une discussion sur le concept de désengagement, les auteurs abordent ce qu'ils nomment « les ultimes déprises » articulées à la dernière étape de la vie humaine. Ils expliquent qu'arrivée à un certain stade de son existence, la personne se reconnaît comme vieille et peut « se mettre en dépendance ». Selon les auteurs, cette attitude peut s'accompagner d'une certaine quiétude mais il est aussi des « déprises inquiètes » marquées par un processus de deuil de soi et de la société dans laquelle on a vécu ou encore de « mort anticipée ».

Dans un autre registre, l'article du psychiatre Jean Maisondieu (1999) « Fin de vie : démence ou suicide » s'avère être une dénonciation du jeunisme et de ses impacts sur les personnes âgées. Ainsi que le titre le laisse supposer, l'auteur avance que l'augmentation des taux de suicide avec l'âge et la survenue des démences à la fin de la vie seraient les conséquences d'une vision dépréciée de la vieillesse. Selon lui, les dernières années de la vie « *deviennent cauchemardesques d'être les années du rejet social, de la déchéance physique et psychique et de l'attente de la mort... et rien d'autre !* ». Face à une telle situation, le vieillard « *se tue donc alors faute d'accepter de souffrir, de se voir mourir et d'être rejeté...* » ou « *Il joue la carte de l'indifférence en anesthésiant son affectivité, en se détachant de la réalité et en refusant de penser* » (p. 87).

Enfin, l'article de Josiane Andrian (1999), simplement intitulé « Suicide des personnes âgées » est fondamental car il est sans doute le premier article de la sociologie francophone à interroger ce phénomène pourtant connu depuis Émile Durkheim (1897). En s'appuyant sur une enquête de morbidité hospitalière, elle soulève des faits qui font encore aujourd'hui l'objet de recherches, tels que l'augmentation des taux de suicide et la diminution du ratio tentatives de suicide et suicides accomplis avec l'âge. S'appuyant sur les données de l'Inserm, elle montre entre autres que si le taux moyen de suicide pour les hommes était en 1997 de 28.3/100 000, il s'élevait à 134.7 pour les hommes de plus de 85 ans. À la suite de ces constats, l'auteure propose des pistes d'explication notamment autour des transitions existentielles et les ruptures du parcours de vie : retraite, entrée dans la dépendance, maladie, veuvage, isolement, mise en péril du rôle social, etc.

Bien mourir

Le cent huitième numéro de la revue intitulé « Le bien mourir » paraît en 2004 soit un an avant la loi Leonetti. Dans son éditorial, Geneviève Laroque (2004) explique que :

La mort était « naguère, une catastrophe permanente et présente. Elle est devenue beaucoup plus rare, donc moins familière. Elle a été largement cantonnée aux âges élevés de la vie. La mort est devenue affaire de vieux, et les vieux ont été vus sous l'angle de la mort » (p. 11).

France Meslé (2004) dans son article « Allongement de la vie et évolution des pathologies » apporte des données démographiques qui illustrent ce déplacement des âges du mourir tel que le fait que l'espérance de vie à la naissance des femmes soit passée entre 1900 et 2003 de 47 ans à 82,9 ans. Ces progrès étant dus dans les dernières décennies à la baisse de la mortalité dans les grands âges. La démographe explique que même si à âge égal, la santé tend à s'améliorer, le vieillissement démographique étant plus rapide que l'amélioration de la santé, l'état de santé moyen de la population se détériore. Enfin, elle interroge la possibilité d'une rectangularisation de la courbe de survie traduisant le fait que de plus en plus de personnes seraient amenées à décéder autour d'un âge moyen élevé avec peu de dispersion autour de l'âge au décès.

Dans ce numéro, les articles d'Hubert Doucet (2004) et Jean-Marc Rohrbasser (2004) explorent les conceptions du bien mourir sans les interroger réellement au prisme de l'âge. Le premier le fait notamment à travers une mise en perspective des conceptions portées par les religions monothéistes tandis que le second s'appuie sur la pensée des grands philosophes. De son côté, Pascal Hintermayer (2004) aborde « les critères du bien mourir » à partir d'une approche sociohistorique et défend que ce qui tend aujourd'hui à définir le bien mourir se fait souvent via les manières d'envisager le mal mourir. Ainsi, le bien mourir se situerait dans « *une voie étroite entre mort prématurée et mort prolongée* » (p. 76) autour d'un consensus pour une mort « sans souffrance » (p. 85).

L'autre partie de ce numéro sur le « bien mourir » réactive les questions relatives aux aides actives à mourir et, à nouveau, le cas des personnes âgées est presque totalement escamoté. Le lecteur voit ainsi se dessiner, au fil des différents articles, les éléments qui se retrouveront dans la loi Leonetti de 2005 – et notamment l'empêchement de « l'obstination déraisonnable » – et l'influence de la loi de 2002 sur le respect de la volonté de la personne comme le rappelle l'article de Marie-France Callu (2004) sur les « mots de la fin de vie ». L'auteure aborde par ailleurs la question de l'euthanasie en expliquant que certains pays ont mis en œuvre ce dispositif mais précise, sans étayer son propos par la littérature scientifique, que :

« les "demandes spontanées d'euthanasie" semblent se multiplier dans ces pays alors que les médecins sont de plus en plus dubitatifs sur la liberté de ces demandes. Des pressions familiales très fortes peuvent conduire des patients à préférer demander la mort pour ne plus subir les violences familiales qui n'ont pour finalité que d'obtenir cette "demande spontanée" » (pp. 95-96).

L'auteure évoque ensuite des affaires douloureuses, dont le cas de Vincent Humbert, dont on sait qu'il est à l'origine de la mission sur l'accompagnement de la fin de vie confiée à Jean Leonetti par le président Jacques Chirac.

Dans son article « Le droit de mourir », Suzanne Rameix (2004), philosophe au CHU Henri-Mondor, interroge ce « droit » évoqué par le « projet de loi de Modernisation du système de santé, ou projet de loi sur le Droit des malades » soumis au Parlement à cette époque. Elle y voit trois dimensions : un droit aux soins palliatifs, un droit de refuser des traitements et un droit au suicide assisté ou à l'euthanasie. Si l'auteure considère que ces deux premiers droits sont complémentaires, selon elle, le troisième n'est invoqué que si les deux premiers ne sont pas respectés. L'article du cancérologue René Schaerer (2004) condamne lui aussi l'euthanasie en focalisant son propos sur la « *pratique clandestine de l'euthanasie réalisée "à l'insu du patient"* » (p. 177) depuis les années 1960. L'auteur mentionne que l'enquête qu'il a effectuée en 1989 auprès de 42 infirmières de services publics ou privés de cancérologie de toute la France lui a appris que le « *cocktail lytique était alors utilisé dans 88 % des services* » (p. 179), chiffres qui seraient, selon les enquêtes suivantes, en décroissance du fait du développement des soins palliatifs. L'article du docteur Marilène Filbet (2004) consacré à la sédation s'apparente à une sorte de guide pratique sur les démarches médicales à effectuer pour soulager la douleur et les difficultés inhérentes à la pratique en soins palliatifs et en particulier en lien avec l'usage du Midazolam.

Enfin, ce numéro publie à nouveau un article de Renée Sebag Lanoé (2004) sur le défi que représentent les soins palliatifs – issus de la cancérologie terminale – en contexte gériatrique. Si l'auteure pointe des difficultés d'ordre clinique et contextuelle (identification de la douleur, communication avec le patient, pharmacocinétique, durée de l'accompagnement gériatrique...) elle insiste sur le défi éthique en expliquant le risque relatif à mettre en œuvre des soins palliatifs par facilité plutôt que de s'engager dans une recherche étiologique approfondie. Elle signale également le travail qui reste à faire pour mettre en œuvre les soins palliatifs dans les lieux (domicile et institution) où les personnes âgées meurent ou souhaitent mourir et rappelle qu'avec le vieillissement de la population la question de l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées est un enjeu de plus en plus visible.

Conclusion

Ce retour sur cinquante ans de publications relatives à la fin de vie et à la mort montre tout d'abord que la mort est une thématique qui se décline dans de très nombreux articles, y compris hors des numéros qui y sont spécifiquement consacrés. Il apparaît par exemple que lorsqu'il est question de grand âge, de médicalisation ou d'institutions, il n'est pas rare que la fin de vie et la mort soient abordées. Dans certains cas, cela s'accompagne d'une assimilation entre la vieillesse et la fin de (la) vie, ainsi que de discussions sur la notion de « mort de vieillesse ». Dans d'autres cas, mort et fin de vie se trouvent attachées à des débats relatifs à l'accompagnement de la fin de vie et du mourir, voire à une dénonciation du traitement social des vieillards. Alors, le suicide, parangon de la mauvaise mort, devient un instrument de dénonciation de différentes formes d'âgisme.

Il ressort par ailleurs que la revue a constitué tout au long de cette période un lieu de débat particulièrement actif sur la question de la fin de vie. Les discussions et controverses qui s'y sont tenues ont parfois été publiées en réaction à l'actualité juridique (propositions de lois...) ou médiatique. Dans ces cas, la revue constitue un révélateur assez juste des grandes oppositions qui se sont structurées entre les défenseurs des aides actives à mourir – tels les militants de l'ADMD – et leurs opposants, souvent médecins et éthiciens engagés en faveur du développement des soins palliatifs. Parfois, les débats à l'œuvre dans la revue étaient pionniers et préfiguraient ce qui allait advenir aux plans juridique, institutionnel ou organisationnel. C'est ainsi que certaines idées présentes dans la revue se sont vues formalisées lors du développement des soins palliatifs⁷ ou lors de la publication des lois Leonetti puis Claeys-Leonetti. Nous pouvons noter à ce titre que, souvent, dans ces débats, la question de l'âge et des personnes âgées a été escamotée (souvent par les opposants aux AMM) ou instrumentalisée de manière assez maladroite (comme dans l'article de Michel Landa).

C'est pourquoi, dans les numéros les plus récents « Finir sa vie, hâter la mort » (2020) et « Dé(s)mesure(s) de la fin de vie » (2021), les coordinateurs du numéro se sont efforcés d'articuler le questionnement sur la fin de vie avec celui sur l'âge. Ces numéros sont sans doute aussi révélateurs d'un changement d'époque et d'une forme d'ouverture vers l'analyse de ce que produisent des dispositifs tels que le suicide assisté en Suisse ou l'euthanasie en Belgique. La part statistique que représente aujourd'hui les âgés parmi les personnes engagées dans des démarches d'aide médicale à mourir a certainement participé à faire de cette question, autrefois contournée, un véritable sujet de recherche. De même, les débats internationaux relatifs aux critères d'accès dont celui de fatigue de vivre et/ou vie accomplie amène à davantage considérer la condition du grand âge. Pour autant, et même si celles-ci s'avèrent plus feutrées que par le passé, on y retrouve toujours des oppositions d'ordre idéologique. Les opposants et les arguments ont évolué. L'opposition frontale entre les militants de l'ADMD et les médecins engagés en soins palliatifs semble avoir laissé place à une opposition entre des chercheurs engagés dans l'analyse des trajectoires de fin de vie en contexte d'aide médicale à mourir et des cliniciens. Alors que les premiers défendent la rationalité des trajectoires des personnes engagées dans un processus d'euthanasie ou de suicide assisté, les seconds mettent en avant les souffrances et troubles mentaux qui pourraient conduire des âgés à exprimer le souhait de mourir.

In fine, tous les articles publiés depuis 50 ans sur la mort et/ou la fin de vie, quelle qu'en soit leur teneur, contribuent (ou en tout cas le devraient) à l'état des connaissances qui alimentent aujourd'hui les réflexions sur un projet de loi relatif aux aides actives à mourir. Cependant, trois articles ont plus particulièrement retenu notre attention par leur dimension pionnière. Le premier est celui de Renée Sebag-Lanoë publié en 1991 car il est sans doute le premier à établir un lien entre soins palliatifs et grand âge et donc à interroger l'adéquation d'un modèle d'accompagnement de la fin de vie pensé pour la cancérologie à des patients gériatriques. Le deuxième est celui de Josiane Andrian sur le suicide des personnes âgées, qui paraît en 2004. Alors que le

⁷ C'est le cas pour le numéro « La fin de vie » publié en 1999.

suicide constitue un sujet fondateur de la sociologie et que le suicide au travail et celui des jeunes ont fait l'objet de nombreuses recherches, celui des personnes âgées est longtemps demeuré invisibilisé. Sans la revue, il est fort probable qu'il aurait continué de l'être quelques années encore. Enfin, le dernier article peut être qualifié de « choix du cœur ». Il s'agit de celui de Serge Clément et Jean Montovani sur « Les déprises en fin de parcours de vie » publié en 1991, qui constitue, à notre sens, un article majeur pour la sociologie du grand âge. C'est donc avec bonheur mais aussi avec effroi que nous avons « découvert » cet article à l'occasion de ce travail de relecture de la revue. En effet, si nous avions eu l'occasion (la possibilité ?) de le lire plus tôt, il aurait sans aucun doute constitué la référence incontournable de notre travail de thèse (Balard, 2010). Cela confirme que la mise à disposition sur Cairn d'articles qui n'étaient pas aisément accessibles il y a encore quelques années constitue une ressource unique pour les chercheurs et aussi, comme nous l'a rappelé à juste titre une collègue pionnière en sociologie du vieillissement, qu'il est souvent utile de (re)lire les travaux de ces pionniers.

Remerciements

Cet article reprend en partie des résultats et réflexions présentés lors de la journée anniversaire des 50 ans de la revue. Les auteurs remercient Sylvie Moisdon-Chataigner (Université de Rennes) pour sa contribution à la communication au colloque des 50 ans et Bénédicte Garnier (Institut national d'études démographiques) pour son apport à l'analyse textuelle.

Références

- Abiven, M. (1999). Vivre avec celui qui meurt. *Gérontologie et société*, 22(90), 137-146. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0137>
- Andrian, J. (1999). Suicide des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 22(90), 49-68. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0049>
- Balard, F. (2010). *Les plus âgés des âgés : une culture vivante aux portes de la mort. Analyse ethno-anthropologique d'une classe d'âge en devenir*. Éditions universitaires européennes.
- Balard, F. (2024). Ignoré, invisibilité, minoré ? L'interprétation du suicide des personnes âgées en France. *Déviance et Société*, 48(1), 113-146. <https://doi.org/10.3917/ds.481.0113>
- Balard, F., Moulin, P., & Schrecker, C. (2020). Finir sa vie, hâter la mort au grand âge. *Gérontologie et société*, 42(163), 9-28. <https://doi.org/10.3917/gs1.163.0009>
- Balier, C. (1976). Le rapport narcissisme-mort. *Gérontologie et société*, 1(4), 132-138. <https://doi.org/10.3917/gs.004.0132>
- Bernard, M. (1991). Les signes de la mort. *Gérontologie et société*, 14(58), 18-22. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0018>
- Berthelot, C., & Ravallec, F. (1999). Patient jeune ou âgé : des soins palliatifs différents ? *Gérontologie et société*, 22(90), 169-180. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0169>

- Callu, M.-F. (2004). Les mots de la fin de vie : cessation de traitement, sédation, euthanasie active et passive, en quoi ces mots heurtent-ils notre droit français ? *Gerontologie et société*, 27(108), 89-96. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0089>
- Caussanel, G., & Collot, C. (1980). Entretien sur la mort. *Gerontologie et société*, 3(12), 82-89. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0082>
- Clément, F. (1972). Population étudiée et méthodes, Migration et vieillissement. *Gerontologie et société*, 1(1), 11-15. <https://doi.org/10.3917/gs.001.0011>
- Clément, S., & Mantovani, J. (1999). Les déprises en fin de parcours de vie. *Gerontologie et société*, 22(90), 95-108. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0095>
- Doucet, H. (2004). Le bien mourir et les traditions religieuses. *Gerontologie et société*, 27(108), 35-54. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0035>
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide*. Alcan.
- Filbet, M. (2004). Les situations extrêmes en soins palliatifs : la sédation a-t-elle une place ? *Gerontologie et société*, 27(108), 129-136. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0129>
- Henrard, J.-C. (1979). Les problèmes de santé des personnes âgées. Données statistiques. *Gerontologie et société*, 2(9), 5-14. <https://doi.org/10.3917/gs.009.0005>
- Hintermeyer, P. (2004). Les critères du bien mourir. *Gerontologie et société*, 27(108), 73-87. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0073>
- Hirsch, E. (1991). Respect de la vie de l'existence à la mort. *Gerontologie et société*, 14(58), 70-81. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0070>
- Hirsch, E. (1999). Partager nos devoirs d'humanité. *Gerontologie et société*, 22(90), 69-81. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0069>
- Hugonot, R. (1999). Meurt-on de vieillesse ? Introduction légère à un thème sévère. *Gerontologie et société*, 22(90), 19-25. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0019>
- Laforestrie, R., & Missoum, G. (1980). Psychologie de la mort : vieillesse et mort. *Gerontologie et société*, 3(12), 37-53. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0037>
- Lajeunesse, Y. (1991). Acharnement diagnostique et thérapeutique ou abandon. *Gerontologie et société*, 14(58), 82-90. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0082>
- Landa, M. (1980). Points de vue : Mourir, un droit. *Gerontologie et société*, 3(12), 132-135. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0129>
- Laroque, G. (1979). Des hospices aux établissements de moyen et longs séjours. *Gerontologie et société*, 2(11), 65-68. <https://doi.org/10.3917/gs.011.0065>
- Laroque, G. (1999). Éditorial. *Gerontologie et société*, 22(90), 2-3. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0008>
- Laroque, G. (2004). Éditorial. *Gerontologie et société*, 27(108), 10-13. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0010>
- Laurent, M. (1979). La médicalisation dans les services de long séjour : le point de vue du médecin. *Gerontologie et société*, 2(11), 77-81. <https://doi.org/10.3917/gs.011.0077>
- Lefebvre des Noëttes, V. (2021). Fins de vies ou vies sans fin des personnes âgées en Soins de Longue Durée ? *Gerontologie et société*, 43(164), 53-65. <https://doi.org/10.3917/gs.164.0053>

- Loisnard, C. (1980). La mort réussie. *Gérontologie et société*, 3(12), 92-101. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0092>
- Maïga, I. (1999). Quelle belle vie que la mort ! Conception de la mort chez les Bambara. *Gérontologie et société*, 22(90), 35-47. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0035>
- Maisondieu, J. (1999). Fin de vie : démence ou suicide ? *Gérontologie et société*, 22(90), 83-93. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0083>
- Meslé, F. (2004). Allongement de la vie et évolution des pathologies. *Gérontologie et société*, 27(108), 15-34. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0015>
- Morin, E. (entretien avec). (1999). L'homme et la mort. Entretien de C. Delbès. *Gérontologie et société*, 22(90), 11-18. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0011>
- Moulias, R. (1991). Mourir dans la dignité. *Gérontologie et société*, 14(58), 60-62. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0060>
- Paillat, P. (1978). Éditorial. Un « avantage » cher payé ! Femmes et vieillissement. *Gérontologie et société*, 1(6), 3-4. <https://doi.org/10.3917/gs.006.0003>
- Paillat, P. (1980). Éditorial. Mourir vieux. *Gérontologie et société*, 3(12), 3-4. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0003>
- Paillat, P. (1991). Éditorial. Mourir n'est pas si simple. *Gérontologie et société*, 14(58), 3-4. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0003>
- Paillat, P. (1991). Où et de quoi meurt-on après 65 ans ? *Gérontologie et société*, 14(58), 23-30. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0023>
- Pohier, J. (1991). Quitter la vie ? Ou être quitté par elle ? *Gérontologie et société*, 14(58), 63-69. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0063>
- Quéré, F. (1991). Faut-il légaliser l'euthanasie ? *Gérontologie et société*, 14(58), 55-59. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0055>
- Rameix, S. (2004). Le droit de mourir. *Gérontologie et société*, 27(108), 97-111. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0097>
- Rapin, C.-H. (1999). Éthique et fin de vie. *Gérontologie et société*, 22(90), 147-161. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0147>
- Roger, J. (1980). Faut-il réglementer l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique ? *Gérontologie et société*, 3(12), 67-75. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0067>
- Rohrbasser, J.-M. (2004). Mourir en philosophe. *Gérontologie et société*, 27(108), 55-71. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0055>
- Roueil, J. (1980). Points de vue : L'acharnement thérapeutique, le pouvoir médical et le déni de la mort : réflexion d'un homme de terrain. *Gérontologie et société*, 3(12), 129-131. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0129>
- Rozenkier, A. (1980). Pour une action sur la mort. *Gérontologie et société*, 3(12), 76-81. <https://doi.org/10.3917/gs.012.0076>
- Sachet, A. (1999). Les patients âgés et les structures de soins palliatifs. *Gérontologie et société*, 22(90), 163-168. <https://doi.org/10.3917/gs.090.0163>

- Sansoy, P. (1979). Médicalisation des « longs séjours » pour personnes âgées : le point de vue du psychologue. *Gerontologie et société*, 2(11), 82-84. <https://doi.org/10.3917/gs.011.0082>
- Schaerer, R. (2004). Euthanasie : la situation française. *Gerontologie et société*, 27(108), 177-187. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0177>
- Sebag-Lanoë, R. (1991). L'accompagnement du vieillard, *Gerontologie et société*, 14(58), 98-106. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0098>
- Sebag-Lanoë, R. (2004). Soins palliatifs et gériatrie, un défi. *Gerontologie et société*, 27(108), 117-127. <https://doi.org/10.3917/gs.108.0117>
- Thomas, L.-V. (1991). Une société pour traquer la mort. *Gerontologie et société*, 14(58), 5-17. <https://doi.org/10.3917/gs.058.0005>
- Viriot-Durandal, J.-P. (2003). *Le pouvoir gris : sociologie des groupes de pression de retraités*. PUF.

e-mails auteurs

frederic.balard@univ-lorraine.fr
pennec@ined.fr