

Appel à articles

« La fin de la vie des personnes âgées »

Coordonné par : Frédéric BALARD, Université de Lorraine ; Pierre MOULIN, Université de Lorraine et Cherry SCHRECKER, Université de Grenoble Alpes

Numéro 164, volume 43, Publication en mars 2021

Les publications scientifiques et les débats éthiques, légaux et politiques relatifs à la fin de la vie sont aujourd'hui nombreux. L'objectif de cet appel à articles est de problématiser ce vaste sujet au sein du champ gérontologique. Ainsi, il s'agit tout à la fois d'interroger en quoi les questions relatives à la fin de la vie dans l'âge avancé soulèvent des enjeux spécifiques, mais aussi d'analyser en quoi les différentes lectures de la fin de la vie produisent des conceptions différenciées des « personnes âgées ».

Ce sujet, sans doute plus qu'aucun autre, est vecteur de normes sociales, éthiques, religieuses, morales, culturelles mais également médicales et scientifiques. Ce sont souvent ces normes qui font l'objet de discussions laissant parfois supposer que les (bonnes) pratiques à l'égard de la fin de la vie ne seraient déterminées que par la loi. Or, les grands principes s'avèrent souvent mis en défaut par les situations concrètes, qu'il s'agisse de la manière dont les personnes âgées pensent et organisent la fin de leur vie ou des procédures médicales et sociales destinées à soulager, accompagner ou « précipiter » la fin de vie.

Axe 1 - Fin de vie ou fin de la vie ?

La différence de sémantique entre « fin de la vie » et « fin de vie » renvoie habituellement à des différences conceptuelles. La fin de la vie fait écho à la dernière étape de la vie et, pour ce qui nous intéresse, peut se trouver confondue avec certaines définitions de la vieillesse. Pour autant, les bornes, les normes et les critères définitoires de la fin de la vie sont mouvants, contingents et discutés (Castrà, 2003 ; Higgins, 2003). Parler de fin de la vie d'une personne âgée a-t-il du sens et si oui dans quels contextes ? Comment définir et circonscrire cette ultime étape de l'existence ?

Poser la question d'un « début de la fin de la vie » implique de porter un regard sur les seuils (retraite et/ou arrêt du travail, effritement des liens sociaux, survenue d'une incapacité, veuvage, relogement, etc.) et les expériences individuelles (événements du parcours de vie, ressenti personnel, etc.) qui signifieraient l'entrée progressive ou le basculement dans l'ultime étape de l'existence.

Quel est le poids de la santé et de l'autonomie fonctionnelle selon les individus et de leurs inscriptions sociales ? La conception biologique d'un affaiblissement des fonctions vitales se double-t-elle d'une conception psychosociale d'un ralentissement ou d'un désengagement de la vie sociale ? Si tel est le cas, quels sont les marqueurs biologiques ou physiologiques (mesures de la marche, de la mobilité, etc.), psychologiques (pertes mémorielles et/ou cognitives) et sociaux (participation sociale ou isolement...) d'une entrée dans la dernière étape de l'existence ? En quoi ces représentations sont-elles tout à la fois les fruits de notre époque mais aussi la sève des normes légales, scientifiques et médicales ? Enfin, peut-on considérer des formes réversibilité dans ces divers parcours de fin de la vie ?

La « fin de vie » apparaît davantage comme un temps emboîté dans cette étape floue qu'est la fin de la vie, comme s'il s'agissait de l'ultime segment de vie qui précède la mort. Dans cette optique, ce temps de la vie à la frontière de la mort est souvent conceptualisé et administré à partir de notions et de procédures médicales encadrées par la loi.

En France, il existe un arsenal juridique conséquent (mais parfois méconnu du grand public, voire des professionnels de santé) concernant la fin de vie et venant explicitement soutenir le développement et la démarche des soins palliatifs (circulaire 26 août 1986, loi relative au droit des malades et à la

qualité du système de santé du 4 mars 2002, loi Kouchner du 9 juin 1999, loi Leonetti du 22 avril 2005, loi du 16 février 2010, loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016).

La loi Claeys-Leonetti donne, pour la première fois, la possibilité au médecin d'administrer une « *sédation profonde et continue* » jusqu'au décès afin « *d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable* ». Cette sédation spécifique consiste à endormir le patient et à la prolonger jusqu'à ce qu'il décède et s'applique uniquement à des « *patients atteints d'une affection grave et incurable* » dont le pronostic vital serait engagé à court terme. Il apparaît que l'évolution de ces dispositifs juridiques repose sur des constructions historiques (parfois influencées par des cas médiatiques¹) et culturelles qui pourraient être éclairées par des comparaisons internationales (Maglio, 2019) portant une focale particulière sur les personnes âgées.

Les personnes âgées sont-elles, dans ces différents contextes culturels et politiques, des patients comme les autres ? Dans les processus de décision collégiale pour les patients pouvant ou non s'exprimer, l'âge, dans toutes ses dimensions (chronologique, physiologique, psychologique, sociale...) entre-t-il en ligne de compte ? Alors que certains travaux (Pennec *et al.*, 2014) ont montré que dans 2/3 des cas de décès, les personnes décédées ont bénéficié de « *traitements à visée palliative* » dans les derniers jours de leurs vies, dans quelles proportions et conditions les personnes âgées bénéficient-elles de sédation profonde et continue jusqu'au décès ? Comment se trouvent-elles accompagnées vers la mort ? Peut-on parler de critères ou de cas qui « *signent* » pour les personnes âgées des formes « *d'obstinations déraisonnables* » ou de « *pratiques euthanasiques* » ?

Si la sédation profonde et continue jusqu'au décès n'a pas vocation à accélérer la fin de vie, existe-t-il des procédures (dosage spécifique ou autre) pour les personnes âgées au regard de critères physiologiques ou de syndromes gériatriques particuliers ? Qu'en est-il des personnes âgées qui refusent les soins et qui, de ce fait, se trouvent en situation de fin de vie ?

Que sait-on des soins palliatifs pour les personnes âgées (proportions par âges, causes spécifiques d'admission ou de non admission, durée, modalités de séjours, etc.) ?

Ce premier axe de l'appel à articles s'ouvre aux réflexions épistémologiques, éthiques, sociales, légales, épidémiologiques, médicales (gériatriques, oncologiques, etc.), médico-économiques, psychologiques, historiques et philosophiques (Quentin, 2016) relatives à la fin de la vie ainsi qu'à des articles venant interroger les pratiques cliniques quotidiennes, et notamment les procédures techniques et décisionnelles d'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées.

Axe 2 - Accompagner et/ou hâter la mort des personnes âgées

Dans ses réflexions sur le suicide assisté et l'euthanasie, Anthony Philip Glascock (1997) évoquait les « *death hastening behavior* » de certaines sociétés traditionnelles qui pouvaient selon lui se décliner en trois types : *killing, abandoning and forsaking*². Pour expliquer le « *meurtre* » des anciens chez les Chuckchee de Sibérie, l'abandon pratiqué par la Lau de Polynésie ou les « *actes de négligences* » des Siriono de Bolivie, ce sont souvent des explications matérialistes qui ont été avancées. Ainsi, pour des sociétés pauvres, la vie de l'ancien mettait en péril la survie des plus jeunes. Cet argument sera d'ailleurs repris et restitué sous la forme d'un « *évolutionnisme moral* » selon lequel : « *dans une démocratie évoluée, on ne donne pas la mort. On soulage la souffrance, on accompagne. Le jour où on donnera la mort aux plus vulnérables d'entre nous, même à leur demande, il y aura une déchirure du pacte de fraternité qui existe dans notre pays*³ » (Jean Leonetti, le 25 septembre 2018). En effet, comme le confirme l'avis du CCNE (2019), la loi Claeys-Leonetti n'a absolument pas vocation à autoriser

¹ On pense entre autres en France à la médiatisation dite de « l'affaire Vincent Humbert » mais également au décès par suicide de Mireille Jospin relaté par sa fille, Noëlle Châtelet (2004).

² Traduction personnelle : tuer, abandonner, négliger

³ <https://www.europe1.fr/societe/jean-leonetti-sur-leuthanasie-dans-une-democratie-evoluee-on-ne-donne-pas-la-mort-3764036>

tacitement les médecins à accompagner des patients vers la mort mais de soulager les souffrances jusqu'au bout.

À l'inverse, certains pays comme la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Canada et l'état de l'Ohio aux États-Unis ont dépénalisé et/ou légalisé l'euthanasie ou l'aide médicale à mourir (Pelluchon, 2016). D'autres encore, comme la Suisse, ont dépénalisé le suicide assisté⁴, du moment où l'acte n'est pas effectué en vue d'un gain financier. Comment se sont historiquement construites les législations spécifiques relatives à la fin de vie de ces pays et quelle place fut accordée aux personnes âgées dans ces contextes ? Quelles sont aujourd'hui les proportions de personnes âgées concernées par ces différentes « procédures euthanasiques » et y sont-elles considérées comme des « usagers comme les autres » ?

En juillet 2014, Édith Schippers, Ministre de la Santé Publique et Ard van der Steur, Ministre de la Justice des Pays-Bas, mandatent une Commission consultative pour créer un rapport approfondi sur l'opportunité d'ouvrir le cadre légal à l'euthanasie pour « vie accomplie » (*voltooid leven*)⁵. Le rapport rendu en 2016 a conclu qu'il n'était pas opportun d'étendre la loi euthanasie aux cas de demandes pour « vie accomplie » sans fondement principalement médical sous-jacent. Outre les enquêtes menées auprès de ces Hollandais âgés s'exprimant sur leur « vie accomplie » et leur souhait de ne plus continuer à vivre (Van Wijngaarden *et al.*, 2015), ce questionnaire interroge plus largement les registres argumentaires et ce qui constituerait, pour les défenseurs de l'argument de la vie accomplie, les critères d'une vie finie ou dépourvue de sens. Il est à noter d'ailleurs que des débats similaires existent en Belgique ou au Canada autour de l'extension des critères de l'euthanasie.

Malgré son rejet aux Pays-Bas, l'évocation d'un tel critère souligne une ouverture vers l'idée que l'accompagnement sociétal vers la mort pourrait s'appuyer sur des arguments qui n'auraient plus rien à voir avec des contraintes matérielles ou même d'une volonté d'échapper à la souffrance ou d'anticiper une mauvaise mort mais davantage à une demande de mort de personnes âgées considérant être arrivées au bout de leur vie.

Pour autant, cela suffit-il à évacuer la question économique des fins de vie des personnes âgées alors que les derniers rapports (Libault, 2019) ne cessent de marteler le coût du grand âge et de la perte d'autonomie ?

Cette demande de mort de certaines personnes âgées (ou de personnes s'instituant comme leurs porte-parole) peut-elle être rapprochée des formes de fatigues de vivre qui sont exprimées par certaines personnes très âgées ? Ces comportements, peuvent-ils être assimilés à des formes de dépression comme ils le sont parfois par la psychiatrie ou à des syndromes mal définis tels que le qui « syndrome de glissement » (Péru et Pellerin, 2010) ou de « *failure to thrive* » (Berkman *et al.*, 1989) parfois utilisés. Dans cette optique, peut-on parler d'un mal-être, de troubles mentaux spécifiques liés à l'âge, d'une étiologie spécifique de la dépression du sujet âgé ?

Quelles sont les différences ontologiques qui séparent l'attente de la mort, le désir de mort, l'abandon de la vie et le suicide ?

Les données de l'Observatoire National du Suicide (ONS, 2018) confirment que les personnes âgées sont la catégorie d'âge qui se suicide le plus. En 2014, le taux de suicide des hommes entre 85 et 94 ans en France était de 83,8/100 000. Le suicide des personnes âgées (Charazac-Brunel, 2014) a longtemps été négligé parce qu'il ne représente qu'une faible cause de mortalité et sans doute aussi parce qu'il choque moins les consciences au regard du reste à vivre des suicidés. S'appuyant sur la démarche dite « d'autopsie psychologique », certaines recherches en suicidologie (Rigaud *et al.*, 2014) indiquent que 60 à 90 % des personnes âgées suicidées souffraient de dépression. Ainsi, les programmes d'information ou de formation destinés au personnel d'EHPAD ou aux médecins généralistes (Doutreligne *et al.*, 2013 ; Lefebvre des Noëttes, 2014) visent essentiellement à améliorer la détection de la dépression et des troubles mentaux. Cette conception du suicide des personnes

⁴ L'association américaine de suicidologie préfère le terme de « *mort volontaire médicalement assistée* »

⁵ <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20180413-dossier-vie-accomplie-pays-bas.pdf>

âgées s'oppose aux conceptions du suicide philosophique (Lemoine, 2017) ou rationnel (Richard, 2011).

D'un point de vue légal, la Suisse tolère l'assistance au suicide, qu'elle comptabilise à part dans la statistique du suicide depuis la fin des années 90. Ainsi, il y a eu en 2016, 12 décès sur 1000 par suicide et 11,5 décès sur 1000 par assistance au suicide⁶. Les travaux menés sur le sujet soulignent les dilemmes moraux dans lesquels se trouvent les proches engagés dans cet accompagnement (Gamondi *et al.*, 2015). Dans ce contexte spécifique, comment sont considérés les suicides assistés des personnes âgées par les proches, les médecins qui les pratiquent et ceux qui les réfutent ? Un questionnaire pourrait aussi s'appliquer à ceux qui pratiquent des euthanasies/aides médicales à mourir.

De manière générale, comment les soignants et les familles interprètent et répondent aux demandes de mort des personnes âgées entre l'argument d'une mort choisie (Carré, 2015) et celui d'une absence de prise en considération des souffrances morales et physiques ?

Comment interpréter le courant pro-euthanasique, voire les pratiques d'accompagnement au suicide non légales, qui semblent aujourd'hui portées, certes par des personnes issues de milieu social favorisé, mais qui s'avèrent aussi appartenir à une génération particulière⁷. En dépit de leur hétérogénéité, y a-t-il chez les baby-boomers une conception commune du bien mourir ?

Ce deuxième axe vise à recueillir, entre autres, des articles qui analysent les pratiques d'accompagnement vers la mort telles qu'elles sont mises en œuvre dans et hors du contexte français ainsi que des articles qui portent sur les suicides des personnes âgées dans toutes leurs déclinaisons. Les articles qui interrogent les discours et comportements « morbides » et/ou des syndromes associés à la fin de vie seront également considérés.

Axe 3 - Bien finir sa vie, bien mourir

En 2004, *Gérontologie et société* avait déjà abordé la question du « Bien mourir » (2004). Geneviève Laroque rappelait, à juste titre, que la mort dans les sociétés occidentales est devenue « une affaire de vieux ». Elle l'est à plus d'un titre. Statistiquement tout d'abord puisque l'âge modal au décès est supérieur à 85 ans. Sur les presque 600 000 décès annuels, 85 % concernent des personnes de plus de 60 ans et 50 % des personnes de plus de 80 ans (Pennec *et al.*, 2014). En outre, les nombreux travaux conduits sur les transformations socio-historiques de la mort (Thomas, 1975 ; Ariès, 1977 ; Clavandier, 2009 ; Castra, 2015) montrent la manière dont celle-ci a été mise à distance des vivants, institutionnalisée et médicalisée, faisant de la mort des personnes âgées la seule qui serait socialement acceptable. Les travaux portant sur les trajectoires de fin de vie (Pennec *et al.*, 2017) des personnes très âgées ont montré que les trajectoires médicales et résidentielles sont étroitement liées et qu'au cours du dernier mois de vie, les transferts vers l'hôpital restent nombreux, y compris pour les personnes déjà institutionnalisées.

Outre les dimensions matérielles, cela pose aussi la question des représentations et des imaginaires thanatiques contemporains qui influencent les pratiques des professionnels de santé mises en œuvre lors des situations de fin de vie (Moulin, 2016). Cela pose également la question de comment les professionnels, les proches et les résidents de ces institutions vivent ces décès à répétition ? Quelles procédures ou rituels permettent à ces institutions de continuer à accueillir des vivants ?

Cet axe de l'appel sera l'occasion d'interroger le « bien mourir » des personnes âgées et par là même de tenter de dépasser, peut-être, l'opposition qui est classiquement faite entre « soins palliatifs » et « droit au mourir » pour penser la question de la bonne mort au grand âge. L'une et l'autre s'inscrivent dans des processus de médicalisation et démedicalisation et s'appuient sur une revendication constante de plus de dignité (Hintermeyer, 2016 ; Richard, 2011). Dans ces revendications, le droit et la médecine se trouvent souvent mobilisés. D'aucuns (Cheynet de Beaupré, 2019) considèrent même

⁶ <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>

⁷ https://www.lemonde.fr/vous/article/2008/11/22/l-admd-milite-pour-une-nouvelle-liberte_1121894_3238.html

que la médecine et surtout le droit seraient trop mobilisés voire instrumentalisés pour interroger une sorte de « droit de mourir » (Fournier, 2016 ; Ricot, 2017).

Alors que la mort de vieillesse faisait figure de bonne mort parce que « naturelle », est-ce toujours le cas aujourd'hui ? Qu'en est-il de ces vies qui s'éternisent (Guillemard, 2015) ? L'allongement de la vie pose la question de la qualité des années de vie gagnées sur la mort. Si, aujourd'hui, les progrès de l'espérance de vie à la naissance sont les fruits des gains d'espérance de vie dans le grand âge, ces années sont-elles des années qui permettent de « bien » finir sa vie (Balard, 2016) ?

Les discours sur la mort (et surtout leur propre mort) des personnes très âgées (Balard, 2010) laissent penser qu'il n'y a pas de spécificité liée à l'âge puisque les personnes souhaitent une mort rapide, sans souffrance et inconsciente (durant le sommeil par exemple) et redoutent fréquemment un « passage » difficile, douloureux, angoissant, non maîtrisé, empêché dont l'issue va dépendre d'un certain pouvoir/arbitraire médical (Amar, 2014). Cette représentation de la « belle mort » contemporaine (Ariès, 2005)⁸ peut-elle s'articuler avec celle de la « bonne mort » traditionnelle, consciente, préparée, accompagnée, parlée et narrée à travers un retour réflexif sur soi-même et une mise en récit de soi comme le préconise aujourd'hui le modèle palliatif (Barrau, 1993 ; Higgins, 2003 ; Moulin, 2016) ?

Par ailleurs, qu'en est-il des conditions concrètes du mourir contemporain pour les personnes âgées ? Ce troisième axe de l'appel vise à recueillir des analyses portant sur la mort des personnes âgées qui interrogent les manières dont ces morts sont catégorisées et traitées.

Depuis plusieurs années, les structures de soin et d'hébergement des personnes âgées développent des programmes et des actions pour répondre aux critiques (CCNE, 2018) qui leur sont opposées et en particulier celle de la « mort-disparition ».

Ainsi, nous serons attentifs à considérer les initiatives, démarches pilotes ou retours d'expériences et comparaisons internationales, qui abordent le traitement social de la mort des personnes âgées en institution, voire aussi des études sur les inégalités sociales des personnes âgées devant la mort (tant en matière d'accès aux structures sanitaires ou de qualité des soins/traitements en fin de vie) en regard des autres catégories d'âge.

Enfin, cette dernière dimension de l'appel à articles interroge les choix offerts aux personnes âgées à la fin de leur vie et questionne les manières de vivre ce qui reste de sa vie et de préparer sa mort. Cela englobe la question des directives anticipées mais va surtout au-delà. Comment les personnes âgées se préparent-elles à leur propre mort ? Sur quelles marges (temporelles, spatiales, interactionnelles, pratiques, etc.) s'exercent les choix des personnes âgées ? Quels sont leurs interlocuteurs privilégiés pour ce sujet et comment ces derniers reçoivent-ils ce discours ? Il est probable que l'on n'évoque pas la mort, sa mort et son désir de mort de la même manière avec son médecin, son conjoint et ses enfants. Selon Michel Castra (2015), de nos jours, la « bonne mort » c'est celle que choisit le mourant et le même processus est à l'œuvre pour le deuil. Dans un contexte d'« individualisation des pratiques » préparer sa mort peut également signifier préparer les modalités administratives et légales du post mortem. La gestion des obsèques, par exemple, peut être à la fois le moyen d'éviter d'être une charge pour ses proches et d'affirmer sa volonté, voire sa personnalité, après sa mort (Véron, 2010).

Enfin, dans certains cas, préparer sa mort signifie également la mettre en œuvre, c'est-à-dire administrer concrètement ses modalités dans le cadre d'un suicide actif ou passif. Quel est le rôle de l'entourage dans l'accompagnement de la fin de la vie des personnes âgées et comment les proches vivent-ils les temps qui suivent le décès du parent âgé ?

Ce troisième axe attend des contributions qui interrogeront le « mourir » des personnes âgées et ses normes dans ses déclinaisons sociales, légales, médicales, etc. Il cible également des articles portant sur les lieux du mourir des personnes âgées, les pratiques et procédures concrètes mises en œuvre pour encadrer la mort auprès des mourants, des défunts et de leurs survivants qu'il s'agisse de proches ou de professionnels.

⁸ Représentation de la bonne mort contemporaine qui a longtemps symbolisé la mauvaise mort ou malmort (Bonnet-Carbonnel, 2005).

Références

- Amar, S. (2014). Le nouveau roman de la mort. *Revue JALMALV*, (116), 27–36.
- Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Paris : Le Seuil.
- Balard, F. (2010). *Les plus âgés des âgés, une culture vivante aux portes de la mort: analyse ethno-anthropologique d'une population en devenir*. Sarrebruck, Allemagne : Éditions universitaires Européennes.
- Balard, F. (2016). Longévité et immortalité : en quête de sciences, en quête de sens ? (coord.), *Gérontologie et société*, 38(151), 9-19. Doi : [10.3917/g1.151.0009](https://doi.org/10.3917/g1.151.0009)
- Barrau, A. (1993). *Humaniser la mort. Est-ce ainsi que les hommes meurent ?* Paris : L'Harmattan.
- Berkman, B., Foster, L. W. et Champion, E. (1989). Failure to thrive: paradigm for the frail elder. *The Gerontologist*, 29(5), 654-659.
- Bonnet-Carbonnel, J. (2005). *Malmorts, revenants et vampires en Europe*. Paris : L'Harmattan.
- Carré, D. (2015). Fin de vie, vers une mort choisie. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(4), 478-485.
- Castra, M. (2003). *Bien mourir*. Paris : PUF.
- Castra, M. (2015). Les transformations sociales de la fin de vie et de la mort dans les sociétés contemporaines. *Empan*, (97), 12-18.
- Charazac-Brunel, M. (2014). *Le suicide des personnes âgées*. Toulouse : Erès.
- Châtelet, N. (2004). *La dernière leçon*. Paris : Le Seuil.
- Cheyne de Beaupré, A. (2019). Fin de vie... encore et toujours, *Médecine et droit*, (159), 43-47.
- Clavandier, G. (2009). *Sociologie de la mort : vivre et mourir dans la société contemporaine*. Paris : Armand Colin.
- Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). (2018). *Avis n° 128 (15 février 2018), Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?* Repéré à : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_128.pdf
- Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). (2019). *Avis n° 129, Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019*. Repéré à : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_129_vf.pdf
- Doutreligne, S. et Ruault, G. (2013). La question éthique dans le programme mobiquel. *Gérontologie et société*, 36(144), 147-160. Doi : [10.3917/g1.144.0147](https://doi.org/10.3917/g1.144.0147)
- Fournier, V. (2016). *La mort est-elle un droit ?* Paris : La documentation Française.
- Gamondi, C., Pott, M., Forbes, K. et Payne, S. (2015). Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ supportive & palliative care*, 5(2), 146-152.
- Glascok, A. P. (1997). When is killing acceptable: The moral dilemma surrounding assisted suicide in America and other societies. Dans J. Sokolovsky (dir.), *The cultural context of aging: Worldwide perspectives* (pp. 56-70). Westport CT: Bergin et Garvey.
- Guillemard, A. M. (2015). La vie qui s'éternise. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(2), 203-212.
- Higgins, R.W. (2003). L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. *Esprit*, (1), 139-169.

- Hintermeyer, P. (2016). Succès et limites de l'euthanasie. Le développement d'un militantisme de la mort. *Études sur la mort*, (150), 53-62.
- Laroque, G. (2004). Éditorial « Bien mourir ». *Gérontologie et société*, 27(108), 8-13. Doi : [10.3917/g.s.108.0010](https://doi.org/10.3917/g.s.108.0010)
- Lefebvre des Noëttes, V. (2014). Prévention du risque suicidaire du sujet âgé : une exigence éthique. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 14(83), 246-251.
- Lemoine, M. (2017). Introduction à la philosophie des sciences médicales. Paris : Hermann.
- Libault, D. (2019). *Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, remis à Agnès Buzin le 28 mars 2019*. Repéré à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
- Maglio, M. (2019). Une nouvelle loi pour la fin de vie, *Détour par l'Italie*. *Médecine/Sciences*, 35(3), 258-252.
- Moulin, P. (2016). Imaginaires thanatiques médicalisés de l'Occident contemporain. *Revue Francophone Psycho-oncologie*, 10(1), 11-16. Doi : [10.1007/s11839-016-0552-8](https://doi.org/10.1007/s11839-016-0552-8)
- Observatoire National du Suicide (2018). *Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence*. Repéré à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
- Quentin, B. (dir.) (2016). Des philosophes devant la mort. Paris : Les éditions du Cerf.
- Pelluchon, C. (dir.). (2016). Fin de vie et éthique du soin. *Cités*, (66), 192 p.
- Pennec, S., Gaymu, J., Monnier, A., Riou, F., Aubry, R., Pontone, S. et Cases, C. (2014). Les lieux de la fin de vie des personnes de 80 ans et plus en France. *Soins gérontologie*, (110), 12-15.
- Pennec, S., Gaymu, J., Morand, E., Riou, F., Pontone, S., Aubry, R. et Cases, C. (2017). Trajectories of care home residents during the last month of life: the case of France. *Ageing & Society*, 37(2), 325-351.
- Péru, N. W. et Pellerin, J. (2010). Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. *L'Encéphale*, (36), D1-D6.
- Richard, L.A. (2011). *Plaidoyer pour une mort digne. Les raisons de nos choix et les choix de soins appropriés en fin de vie*. Laval, QC : PUL.
- Ricot, J. (2017). Le suicide est-il un droit de l'homme ? Dans B.N. Shumacher (dir.). *L'euthanasie de la personne vulnérable* (pp. 157-182). Toulouse : Erès.
- Rigaud, A. S., Gallarda, T., Guillaumot, P., Ploton, L., Bonin-Guillaume, S. et Drunat, O. (2014). *Prévention du suicide chez les personnes âgées*. Comité national pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Âgées et des personnes handicapées (CNBD), 1-74. Repéré à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf
- Thomas, L-V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris : Payot.
- Van Wijngaarden, E., Leget, C. et Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social Science & Medicine*, (138), 257-264.
- Véron, B. (2010). Planifier ses obsèques : raisons et enjeux identitaires d'une pratique nouvelle. *Sociologie*, 1(2), 199-213. Doi : [10.3917/socio.002.0199](https://doi.org/10.3917/socio.002.0199)

Calendrier et procédure de soumission

Les auteurs adresseront leur **proposition de contribution, en français ou en anglais** (maximum 40 000 signes, espaces compris) accompagnée d'un **titre** et d'un **résumé** (250 mots maximum) pour le **9 décembre 2019**.

Celles-ci devront **impérativement** s'inscrire dans l'une des trois **rubriques de la revue** (articles originaux, perspectives et retour d'expériences, libre propos) et **mentionner ce choix** en première page en complément du titre et du résumé. Pour rappel, les articles originaux et les perspectives et retour d'expériences sont expertisés en double aveugle par des relecteurs externes, les textes en libre propos – plus courts – sont relus par le comité de rédaction. Pour plus d'informations sur les rubriques et processus d'évaluation, merci de se référer au site de la revue.

Les propositions seront soumises à l'avis du comité de rédaction de la revue, qui informera les auteurs de l'acceptation ou du refus de la proposition.

Les **soumissions sont à envoyer à** : Cnavgerontologieetsociete@cnav.fr

Les **consignes aux auteurs sont en pièce jointe** ([ici](#)).

D'autres informations sur la revue, sa ligne éditoriale, et son fonctionnement sont disponibles sur le [site de la revue](#).

Coordinateurs du numéro : Frédéric BALARD, Pierre MOULIN et Cherry SCHRECKER

Rédacteurs en chef : Frédéric BALARD et Aline CORVOL

Comité de rédaction : Pascal ANTOINE, Frédéric BALARD, Pascale BREUIL, Catherine CALECA, Arnaud CAMPÉON, Christophe CAPUANO, Aline CHAMAHIAN, Aline CORVOL, Olivier DUPONT, Roméo FONTAINE, Agathe GESTIN, Fabrice GZIL, Dominique KERN, Pascal LAMBERT, Sylvie MOISDON-CHATAIGNER, Bertrand PAUGET, Sophie PENNEC, Bertrand QUENTIN, Alain ROZENKIER, Dominique SOMME, Benoît VERDON

Coordination éditoriale : Hélène TROUVÉ et Valérie ZILLI

Date limite de soumission : 9 décembre 2019
Pour publication du numéro en mars 2021
Pour toute information ou question : Cnavgerontologieetsociete@cnav.fr