

Le mourir et le lien social **Dying and the social bond** **El morir y el lazo social**

Marcel Drulhe et Serge Clément

Numéro 23 (63), printemps 1990

Vieillir et mourir. À la recherche de significations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1033999ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033999ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Drulhe, M. & Clément, S. (1990). Le mourir et le lien social. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (23), 113–120. <https://doi.org/10.7202/1033999ar>

Résumé de l'article

La désocialisation de la vieillesse et de la mort est-elle aussi généralisée qu'on le dit et ce processus supposé en touche-t-il tous les aspects ? Dans cet article, on part au contraire de l'hypothèse d'un changement du rapport social aux personnes âgées et aux mourants, de telle sorte que les divers traitements contemporains du mourir manifestent de nouveaux modes de socialisation, parce qu'à chaque épisode du vieillir et du mourir, le problème central du lien social se pose nécessairement.

Le mourir et le lien social

M. Drulhe et S. Clément

À peine avait-on tiré le troisième âge de l'ombre que s'élevaient les contours d'un quatrième âge, associé à l'impuissance d'une société dont le rêve de maîtrise de la nature trouvait là une limite. En même temps les alarmes ont partout sonné pour tenter de déchirer le rideau de l'interdit qui occultait la mort, témoignant là aussi d'une autre limite à la socialité conquérante qui se nourrit d'interaction et d'action. Pour mieux montrer les impasses de nos sociétés de masse, d'abondance et de consommation, d'aucuns appellent à la rescousse un passé mythifié, sorte de paradis perdu où la sagesse de l'ancien est valorisée et où le mourant, aidé de sa famille et des églises, met en scène sa propre mort. Par contraste, la marginalité, l'abandon et la solitude de nos grands vieillards et de nos mourants sont interprétés comme des marques de dégradation et de décadence (Ariès, 1970 et 1975 ; Élias, 1987). Malgré la justesse des descriptions, la nostalgie qui

imprègne ces discours dramatisants est bien trop évidente pour qu'on ne soupçonne pas de réductionnisme de pareils modèles interprétatifs (Chamboredon, 1976 ; Vovelle, 1983) : la désocialisation de la vieillesse et de la mort est-elle aussi généralisée qu'on le dit et ce processus supposé en touche-t-il tous les aspects ? On fera au contraire l'hypothèse d'un changement du rapport social aux personnes âgées et aux mourants, de telle sorte que les divers traitements contemporains du vieillir et du mourir manifestent de nouveaux modes de socialisation.

Il n'est pas rare d'entendre nos contemporains opposer la mort « naturelle » d'autrefois à la mort « artificielle » d'aujourd'hui : y a-t-il une mort purement naturelle ? Chaque société globale ou plus précisément chacune des sociétés dans la société ne signifie-t-elle pas de diverses manières à certains de ses membres qu'il est l'heure pour eux de mourir ? De ce point de vue, il s'agit d'analyser quelles sortes de cadres sociaux

de la vieillesse et de la mort produit notre modernité. À un autre niveau, lorsque quelqu'un, jeune ou vieillard, décroche de sa carrière habituelle et entre dans une trajectoire de trépas, on peut observer combien le mourir est loin d'être uniforme : a-t-il le même sens pour l'agonisant et pour les bien-portants qui « tournent » autour de lui à des distances fort inégales ? On montrera comment les formes du mourir contemporain dépendent des perceptions différenciées des protagonistes du drame et de leur position. Quand le mourant devient un « disparu », la socialisation de la mort apparaît encore sous un autre angle : autour de l'altérité du cadavre et de sa séparation se recomposent des formes de socialité. À chaque épisode du vieillir et du mourir, le problème central du lien social se pose nécessairement. Pour Roger Bastide,

Trois personnages marquent les frontières d'une société ; ils la mettent en question en même temps qu'ils contribuent à lui donner du sens : l'étranger qui en dessine

114

le pourtour, le fou qui en est la frontière interne et intériorisée, le dieu par lequel l'homme se signifie et se limite (Lalive d'Épinay, 1973).

Il faudrait ajouter à ces figures celle du mourant, qui rappelle que la vie a ses propres frontières, qui dérange les bien-portants se croyant, eux, les normaux et qui projette déjà l'ombre d'un ancêtre distant et attirant, fascinant. C'est pourtant de la confrontation à ces limites de l'altérité que les êtres humains apprennent ce qui fait signe, ce qui fait sens et ce qui fait groupe (R. Lemieux, 1982). Mais le mourant trouve-t-il encore dans la solidarité sociétale une réponse à l'étrangeté fondamentale de sa situation ?



Les cadres sociaux de la mort : modernité de la thanatomanie

En même temps qu'il désignait à l'investigation scientifique un nouvel objet, la thanatomanie, définie comme « les cas de mort

causés brutalement [...] tout simplement parce que [les individus] savent ou croient (ce qui est la même chose) qu'ils vont mourir », Mauss en restreignait la pertinence aux seules sociétés « primitives » (éd. 1950 : 313). Louis-Vincent Thomas récuse cette restriction en se fondant sur les cas d'occidentaux contemporains « qui, sans commettre un acte suicidaire, meurent au moment exact où ils l'avaient prévu » (Thomas, 1975 : 338). Cette observation n'appelle-t-elle pas à son tour une définition trop limitative ? Arrêtons-nous un instant au cas que nous rapporte Fabre-Luce : « un autre malade demande à quel moment sa mort dérangerait le moins l'hôpital et meurt le lendemain à l'heure dite » (Fabre-Luce, 1966 : 202). Ce qui apparaissait dans la formulation de L.-V. Thomas comme conscience d'un destin aléatoire se manifeste ici d'une autre façon : le destin du malade qui *se donne à la mort* se construit dans l'interaction entre le patient et le personnel soignant. Si l'on élargit l'observation, on notera d'autres canaux par lesquels la collectivité exprime à l'un de ses membres qu'elle n'attache plus aucune importance à sa vie : une personne de la famille, un ami, un camarade, un voisin... Mourir à l'heure prévue ne signifie pas que la personne concernée soit totalement assujettie, victime d'un déterminisme extérieur qui lui échappe : les contraintes sont aussi objet de réflexion et peuvent devenir la raison des comportements (Giddens, 1987 : 374).

La fréquentation des personnes âgées permet d'entendre fréquemment des occurrences du type : « j'ai fait mon temps », « il ne me reste plus qu'à attendre que le bon Dieu veuille de moi », « j'ai vu tout ce qu'il y avait à voir »... On a noté leur goût pour la lecture quotidienne des notices nécrologi-

ques dans les journaux : il traduit une quête de nouvelles concernant tout particulièrement la mort des pairs connus. Par cette pratique répétée, ces lecteurs ne constituent-ils pas à leur insu une sorte d'« espérance de vie » à l'égard de laquelle ils prendront une plus ou moins grande distance selon la proximité de ceux qui sont leurs référents ? Hélène Reboul a remarqué que l'âge de la mort d'un père pour les hommes, d'une mère pour les femmes (que ce soit la personne « réelle » ou celle qui les a marqués au point d'en avoir le statut symbolique) faisait souvent l'objet d'une comparaison fatidique : un cap dangereux à atteindre (Reboul, 1973 : 85). A contrario, c'est ce qui est mis en scène dans la pièce de L. Atlan, *M. Fugue ou le mal de la terre* : des enfants apprennent à rêver leur vie jusqu'au moment où, convaincus d'être devenus vieux, ils acceptent de mourir. Suffit-il de dire que la mort est culturellement acceptable aux âges avancés ? N'est-elle pas aussi culturellement « suggérée » ?

Au cours de cette installation progressive en mort sociale, prélude à la mort biologique, l'abandon progressif ou brutal d'une activité qui a jusqu'alors structuré la vie de la personne âgée constitue un autre élément de non-conformité très durement ressenti : le déclin des forces physiques empêche de bricoler ou de faire le jardin, une baisse importante de la vue ne permet plus de faire la cuisine ou de lire le journal, une hémiplégie n'autorise plus les longs voyages ou les visites rendues aux enfants... Ces personnes se sentent trahies et abandonnées par elles-mêmes (Barthe, Clément et Drulhe, 1988 : 21-25). À cela l'entourage réagit et on observe que ces réactions se situent entre deux pôles : d'un côté, un interventionnisme cajoleur qui grignote et réduit les

initiatives de la personne âgée sous le prétexte de l'aider ; de l'autre, ce qu'il faut bien appeler un « acharnement psychologique », dont le but explicite est de stimuler mais qui sollicite une énergie que la personne ainsi « secouée » est incapable de mobiliser. Voilà deux façons contraires de signifier la déviance : dans le premier cas, on nie à la personne sa capacité de sujet en la transformant en objet d'intervention ; dans le second on induit la culpabilité néfaste de ne pas « être à la hauteur ».

Implacable pression de l'environnement social ? Sans doute, mais certains sujets font la preuve que la résistance est possible, telle cette vieille agricultrice cohabitant avec son fils et sa bru, qui continue obstinément à « faire sa soupe » dans un contexte d'accaparement de la cuisine par sa belle-fille. La résistance peut se produire aussi dans l'autre sens : la personne très âgée, « persuadée » qu'il est temps de « partir », se heurte à une personne aimée dont l'affection la rappelle à l'ordre des vivants.

Autant d'éléments qui interpellent à la mort et dont le bilan n'est pas exhaustif : ils invitent seulement à l'attention pour déceler les détails qui prennent corps à notre insu et engagent quelqu'un à « se donner à la mort », selon l'expression maussienne. Les situations évoquées mettent en scène des sujets âgés : elles ne doivent pas occulter la généralité de ces mécanismes. En témoignent les cas des cancéreux analysés par Alicia Kaufmann : deux hommes, de 50 et 60 ans, ayant le même type de cancer, aboutissent au terme de leur parcours thérapeutique, l'un à la mort, l'autre à la guérison. Au-delà de l'interprétation de l'auteur, nombre de détails permettent d'apercevoir combien l'interaction avec l'environnement a été déterminante : soutien, affectif et matériel, accompagné de l'appel répété

à la guérison pour l'un ; succèsions d'obstacles insurmontables et solitude pour l'autre (Aiach, Kaufmann et Waissman, 1989 : 80-101). Toutes sortes de témoignages de médecins, d'infirmières, d'aumôniers d'hôpital vont dans le même sens : « faire mourir », comme « faire vieillir », relève aussi d'un travail de la société, même si nous sommes incapables aujourd'hui d'expliquer « l'interfaçage » du biologique et du social.



De la mort aux mourirs

Entrer dans une trajectoire de trépas implique la rupture avec toutes les autres carrières, y compris avec celle de malade (l'acharnement thérapeutique est une négation de cette nécessaire rupture). Mais comment décider de ce changement de cap ? Reconnaissons qu'il n'y a pas de critères évidents et sûrs permettant de déterminer le seuil de l'itinéraire du mourir. C'est affaire de perception et de conscience « intuitive », que l'expérience des soignants ou

de personnes frappées de deuils successifs et proches transforme en une sorte de savoir souvent indicible ; c'est ce savoir aussi qui est à l'oeuvre dans la lucidité de certains mourants. Savoir indicible mais aussi peu précis et incertain : en témoignent les dissimultanités d'appréciation entre patient et entourage, et au sein de l'entourage.

Bien sûr, l'entrée en agonie n'est pas une affaire purement subjective, fût-elle au carrefour de la confrontation intersubjective : il existe bien un processus irréversible de dégénérescence biologique. Ce qui est problématique, c'est à la fois sa perception (le processus est-il déclenché ou pas ?) et la détermination de son commencement (faut-il se fier à la parole du patient, à l'examen clinique ou aux résultats d'examens hautement techniques ?). Dans la ligne de l'interactionnisme symbolique (Becker, 1985), on peut mettre en perspective la réalité du processus de dégénérescence biologique et la présence-absence de sa perception. Encore faut-il être plus nuancé au regard d'une série d'observations : tantôt il n'est pas perçu (surprise d'une mort inattendue), tantôt il est perçu mais dénié (pour toutes sortes de raisons), tantôt le processus biologique est bien perçu et reconnu. Cette mise en perspective permet de discerner *différentes formes des trajectoires du mourir*, comme le montre le tableau ci-après.

115

		<i>Perception du processus irréversible de dégénérescence biologique</i>		
		<i>N'est pas perçu</i>	<i>Est perçu mais dénié</i>	<i>Est perçu et reconnu</i>
<i>Matérialité du processus irréversible de dégénérescence biologique</i>	<i>N'existe pas</i>	A Le malade ordinaire	B Le patient « condamné » qui « s'en sort »	C Les « cliniquement morts » qui reviennent à eux
	<i>Existe</i>	D La « belle mort »	E La « mort escamotée »	F La « bonne mort »

116

Le croisement des deux variables permet d'ordonner des éléments connus, au moins chez les « spécialistes ». En même temps il schématise des processus complexes et laisse dans l'ombre quantité de problèmes, à commencer par le plus évident : *qui perçoit ?* Si, lorsque le grand âge approche, celui qui veut parler de lui évoque plus souvent son passé que son présent, le « silence » de l'agonisant ou l'inattention à ses paroles permet l'envahissement d'un discours d'extériorité incapable de restituer l'expérience vécue. Pour le vieillir comme pour le mourir, la séparation des perceptions entre celui qui est directement concerné et celui qui se croit « hors de portée » rend nécessaire une comparaison : le tableau, on le voit, représente surtout le point de vue des survivants.

Quand les vivants ont affaire aux mourants...

Écartons d'emblée le cas d'une absence de processus irréversible de dégénérescence, ni perçu par le patient ni diagnostiqué par l'entourage des soignants (case A) : on est tout simplement dans la logique thérapeutique du rétablissement. Avec « le patient condamné et abandonné qui s'en sort » (case B), le cas de figure se complexifie : retenons seulement le fait que l'ensemble de l'entourage médico-social est d'accord sur le pronostic

fatal (attitude la plus typique mais non la seule possible) ; même si cela constitue un handicap « thánatomaniaque » supplémentaire, l'attente ne rejoint pas la réalité : celui qu'on croyait mourant, tout en le traitant comme simple malade (déli), s'inscrit de fait dans une trajectoire de malade ordinaire et sa fausse « résurrection » s'explique par la croyance erronée de l'entourage. Évoquons les personnes cliniquement mortes et qui reviennent à elles : elles posent l'énorme problème de la détermination certaine de la mort (case C). Ce cas de figure permet de prendre la mesure de ce que le point de vue des survivants, même corroboré par des techniques sophistiquées d'évaluation (électrocardiogramme, électroencéphalogramme), peut être mis en échec là même où il se croyait le plus assuré, c'est-à-dire en posant avec certitude la reconnaissance d'un processus irréversible de dégénérescence. Quant aux personnes concernées, elles peuvent témoigner d'un itinéraire de maladie quelque peu extraordinaire (Lorimer, 1987).

La « belle mort » (case D) est la mort douce que souhaitent nos contemporains parce qu'elle raccourcit au maximum la trajectoire du mourir et qu'elle protège l'entourage du spectacle d'une lente agonie. À travers les entretiens avec des gens âgés, on perçoit que le grand souci est de « mourir sans déranger » : ils rêvent d'un mourir qui ne soit pas l'événement suscitant l'horreur et la distance des personnes aimées. Ce désir est dans la droite ligne d'un autre : « Surtout, qu'on ne les handicape pas (les enfants) ! C'est tout ce qu'on demande », nous confiait un homme de 84 ans, vivant seul avec son épouse. Trois caractéristiques produisent la fascination pour cette forme du mourir : la non-conscience partagée du processus irréversible de dégénéres-

cence dont l'efficacité est d'une grande rapidité (« il ne s'est pas vu mourir » revient à dire : « nous ne l'avons pas vu mourir ») ; l'ambiguïté de sa survenue, qui attise la conscience de son artificialité jusque dans son avènement naturel (on aurait peut-être pu l'éviter si on lui avait rappelé de prendre à temps son médicament, si le médecin était arrivé plus tôt, si...) ; enfin, la brièveté de la parenthèse sociale ouverte seulement par le temps des funérailles (la trajectoire du mourir n'appelle pas ici le temps désorganisé de l'attente et la rupture des prévisions essentielles des survivants).

Mort escamotée (case E) ? L'expression est devenue classique : mieux vaudrait dire « le mourir escamoté ». Elle est souvent associée aux établissements de soins dont la logique des activités se réduit à la dimension curative : quand le pronostic fatal est établi, le comportement des personnels soignants tient d'une absence, négation et fuite, comme de nombreuses études l'ont montré (Thomas, 1975 : 247-289). Déni, distance et rejet ne sont pas toujours le seul apanage des soignants : on peut mourir seul dans son lit au terme d'une longue agonie. Dans tous les cas de ce genre, entre le guérir et la mort, il n'y a pas de place pour le mourir : la double mort (mourir en ayant conscience que l'on est en agonie) est socialement « volée », comme le suggèrent ces propos de Rilke : « Je veux mourir de ma propre mort, pas de la mort des médecins ». Le mourir escamoté, fortement lié aux pratiques d'acharnement thérapeutique, trouve aussi une de ses sources dans l'euthanasie souterraine et clandestine qui ne se réfère ni au désir ou à la volonté du patient ni à celle de son entourage (Thomas, 1987 : 209-211). L'objectif essentiel n'est pas l'évaluation d'une possible communication avec le mourant : il est

de préserver l'ordre bureaucratique hospitalier et l'ordonnement d'une vie quotidienne avec le moins de vagues possibles chez les familiers.

La « bonne mort » est une mort préparée (case F), dont l'effacement des formes religieuses traditionnelles ne rend pas l'éventualité impossible. À Glen Brae, village de résidents âgés, on parle facilement des derniers instants de ceux qui viennent de disparaître. On rencontre collectivement des médecins qui expliquent comment les mourants seront traités (alimentation, oxygène et soulagement de la souffrance). Ainsi, chacun acquiert des modèles d'anticipation qui sont légitimés dans les échanges et acceptés comme « fait convenable » (Marshall, 1985 : 1124-1144). Lorsque se dessine l'engagement dans le chemin du trépas, le travail de deuil sur soi et de soi est très largement entamé et la sereine acceptation de la mort est un détachement des êtres et des choses, une maturité de vie qui permet de vivre seul sans cesser d'aimer (Kipman, 1987 : 31-34). Ce cheminement et son terme nécessitent la présence des autres, ce que l'on appelle « accompagnement ». Pour l'essentiel, cela consiste à soigner dans le sens le plus large de ce mot, en témoignant d'une attention au bien-être global du mourant qui n'est pas seulement soins du corps mais aussi entretien (au double sens de maintien d'une relation par une présence et un échange, verbal ou non, et de souci d'une « bonne présentation mutuelle de soi »). Soigner et se soigner pour panser (et penser) le « dol » du déchirement : dans l'interaction des accompagnements, donner toute sa place à la parole, c'est permettre à chacun de trouver sa place de sujet et de conforter le lien social.



... et quand ceux qui savent qu'ils vont mourir donnent leur sentiment

Il n'est sans doute pas facile de se convaincre qu'on a atteint l'âge où il est normal de trépasser. Vercors (1988 : 48) nous avoue : « Une autre des surprises aux abords puis à l'avènement de la vieillesse c'est (sauf accès de douleurs) de n'en rien sentir intérieurement. Pour constater ces atteintes de l'âge il me faut voir de l'extérieur, quand je me rase, mon visage raviné dans la glace ».

Des images apprises au fil du temps constituent ce savoir qui permet de dire, mais seulement par le reflet, qu'on est vieux. L'image que l'on donne n'a pas d'équivalent à une perception venant de l'individu lui-même. L'entourage de celui qui est très âgé s'étonne souvent du processus de « détachement » qui l'affecte (ce que nous avons appelé par ailleurs « déprise » : voir Barthe, Clément et Drulhe, 1988). Mais Matthieu Galey (1989 : 412) remarque :

La sérénité est enviable, mais la résignation, pouah ! En fait n'est-ce pas l'envers et l'endroit du même sentiment ? Sérénité pour les autres, résignation pour soi. Appelons-le détachement ; et cela vous a tout de suite un petit air de noblesse plus respectable.

C'est en fait, face au mourir, la simple attente qui domine chez les personnes très âgées, avec par exemple la volonté de se « tenir

prêt », par la construction d'un caveau, l'arrangement familial pour l'héritage. Cette matérialité des choses de la mort, parfois discutée devant les plus jeunes, qui protestent (« le caveau est au sud, j'y serai bien »), aide le plus vieux, ainsi que, fréquemment, le lien qu'il peut établir avec le cycle naturel : « Vous savez ce qu'elle disait ma grand-mère ? Mémé, pourquoi tu marches comme ça, avec la tête en bas, comme ça ? — Eh, je vais te dire pourquoi : parce qu'on sent l'odeur de la terre ». Le lien avec la terre, avec le végétal, est mis en évidence par le travail du jardin, quand c'est possible, ou l'entretien des plantes d'appartement. S'occuper des plantes n'a pas seulement valeur symbolique (comme les fleurs sur la tombe), c'est aussi un moyen de poursuivre une activité en diminuant peu à peu l'intensité et le temps consacré, à la mesure de ses forces. Le rythme de la plante qui pousse est approprié bien plus facilement que celui de la vie des enfants... Le désintéret des personnes âgées pour les choses de la vie sociale, souvent mentionné par les plus jeunes, n'a peut-être pas le même sens pour tout le monde. Vercors (1988 : 49) souligne qu'il est toujours intéressé, mais ce qui a changé, pour lui, c'est la volonté d'agir. Car c'est par l'action ou le désir d'action que nous mesurons l'intérêt, n'imaginant pas qu'il puisse rester caché dans l'intériorité de l'individu.

Plus le moment du mourir approche, plus le sentiment de l'irruption d'une altérité au plus profond de soi peut être évoqué. On trouve dans le journal de Matthieu Galey (1979), à partir du moment où il se sait condamné, de multiples remarques sur cette impression :

Ce que je crains le plus désormais, c'est la nuit. Être seul avec l'Autre à l'intérieur de soi (p. 294).

118

Je me regarde, je m'écoute, je ne me reconnais plus guère. Un autre m'habite. C'est le moi de la fin (p. 363).
Et puis je suis le veuf de celui que j'étais Voilà tout : un autre. Si différent du premier qu'il n'a pas besoin de courage pour survivre [...] Aucun courage à être quand on ne se souvient plus d'avoir été (p. 398).

C'est un véritable processus d'éloignement de soi-même qui permet de quitter le monde des vivants, jusqu'au point de ne plus être tout à fait une personne :

L'expression est de Blanchot, elle me plaît : je suis « presque personne ». Pas tout à fait disparu, mais déjà moins qu'une part entière (p. 353).

On voit toute la différence avec la mort africaine décrite par L.-V. Thomas, dans laquelle le moi qui disparaît n'est que la partie d'un moi plus global. Dans les sociétés occidentales, l'individu face à l'altérité radicale de la mort ne peut qu'imaginer l'incorporation d'une part de cette altérité même.

Le lien social au risque du mourir

Ce qui caractérise la socialisation de la mort et du mourir aujourd'hui, c'est la privatisation, dans le sens que la mort et le mourir sont sortis du contrôle de la religion et, en grande partie, de la famille. Mais cette privatisation s'accompagne, on l'a vu, d'autres formes institutionnalisées du mourir : on n'en a jamais fini avec la question de la perturbation qu'il provoque. La diversité actuelle

des tentatives pour réduire cette perturbation a peut-être pour horizon une médecine « psychosociale », à laquelle la médecine technique passe le relais, et dont l'objet est l'emprise sur les subjectivités, avec l'aide des familles et éventuellement des religions (Lemieux, 1982) : faute de s'inscrire dans les modèles traditionnels, qui proposaient des séquences de comportements convenables et attendus, il s'agit de réduire et maîtriser une chaîne de réactions émotionnelles imprévisibles qui feraient perdre, tant au patient qu'aux soignants et à la famille, tout contrôle de soi, et d'éviter ces « scènes violentes » qui arrachent les protagonistes à leur rôle social (Glaser et Strauss, 1968). Quelles que soient les formes de ces recompositions du rapport social à la mort, elles témoignent de la permanence d'un enjeu social fondamental : celui de l'articulation du mourant, corps et individu toujours vivant, à l'ordre du vital, à l'organisation et à la vie sociétales. Le travail de trépas, comme celui d'accompagnement et de deuil, est une forme d'apprivoisement, c'est-à-dire que l'on se risque à « apprendre par voix » de qui ou de quoi il s'agit : exprimer le « dol » (la douleur, le deuil) et lui donner forme. C'est par la parole et la communication qu'on donne forme à l'altérité, qu'on peut trouver une place, sa place par rapport à elle, qu'on peut la constituer en partenaire. Le surgissement de l'altérité au mourir diffère peu de toute rencontre authentique avec l'autre, jusque dans l'inquiétude de la proximité :

C'est toute proximité qui est inquiétante [...] Ainsi la proximité d'une femme aimée vient-elle parfois perturber le cours de l'itinéraire amoureux. Il n'y a pour l'amant de risque d'inhibition sexuelle ni quand son amante est loin, ni quand il est en elle mais seulement lorsque celle-ci est proche et que vient donc le moment de passer aux actes (Rosset, 1982).

Quand toute figure de l'altérité advient, le choc qu'elle provoque est toujours « une peur du dernier moment », non pas peur de l'altérité dans sa réalité mais « en tant qu'elle menace de le devenir » (Rosset, 1982).

Lorsque le mourir a fait son oeuvre et que les proches n'ont plus qu'un corps sans parole, un cadavre, la toilette du mort, quelle que soit sa forme, vise à mettre en scène une dernière fois ce qui va retourner à l'indifférenciation de la poussière. Ainsi l'immontable, l'innommable devient présentable. Autour du cadavre ainsi préparé, on pourra raconter, faire le tri dans sa vie des restes de l'autre qu'on gardera dans la mémoire. En même temps cette douleur de déchirement et de perte reçoit un soutien de la mobilisation du réseau des relations : décès et obsèques sont l'occasion de rassembler tous ceux pour qui l'existence du défunt a compté. Sa trace, c'est aussi l'écriture des dernières volontés ou du testament, dans les objets de l'héritage. « Recevoir le dernier souffle », c'est recevoir ce qu'il sera à jamais impossible de rendre au disparu, une dette qui s'inscrit dans l'histoire des survivants.

Cet enjeu social est fondamental pour ceux qui restent, mais qu'en est-il pour les mourants ? Celui qui est prêt à mourir, par exemple parce qu'il sait qu'il a l'âge pour cela, s'est préparé à sa manière, sans pouvoir beaucoup transmettre son expérience à son entourage. Une expression revient souvent chez les personnes âgées : à partir d'un certain moment « on se laisse vivre », une façon sans doute de dire ce manque d'intérêt pour l'action, mais aussi une sorte de sentiment de liberté par rapport aux contraintes de la vie en société. On n'en est plus à bâtir du lien social, tout au plus demande-t-on

à profiter de ce qui a été construit auparavant. Alors que le bien-portant envisageant sa mort peut craindre une altérité radicale dont le social est incapable de parler et tentera de répondre à son angoisse en faisant ressurgir à tout prix le lien social, la personne très âgée apprivoise son mourir par un oubli progressif du lien social, en particulier par un recentrage sur un « moi », seul désormais devant le monde social et non social. Lorsqu'on interroge sur leurs activités de la vie quotidienne des personnes très âgées, un thème fréquent est celui du passage. Il est important pour elles que des connaissances soient passées : ce n'est pas l'intensité de l'activité qui compte mais le fait que le temps est passé. « Ce n'est pas une rue très gaie, mais je l'aime bien comme ça, on est tranquille, mais pas seul, il passe du monde » (Sallenave, 1989). Au moment même du mourir, l'opposition peut être grande entre le désir du mourant et celui des survivants. Certes, le souhait généralement exprimé d'en finir vite (« partir tout de suite ») rejoint celui de l'entourage. Mais de plus celui-ci oppose à ce premier espoir celui de ne pas vouloir laisser mourir son parent ou ami. Matthieu Galey évoque l'agonie de son grand-père (1989 : 53) :

Ces prolongations absurdes surtout quand le mourant sort de son semi-coma pour vous demander de l'expédier. Mais quand Mamé se penche et lui dit : embrasse-moi, et que ce mort-vivant l'embrasse, comment distraire une seconde de cette vie qui s'en va.

D'un côté celui qui n'est déjà plus là, qui a rompu avec le monde social, qui réclame le droit de prendre la responsabilité de décider de sa mort, de l'autre le désir de la communauté familiale de retarder jusqu'au bout l'instant qui marquera son échec par la perte d'un de ses membres. Le vivre du mourant prépare à la mort un individu qui sait qu'à l'instant du

mourir, il sera fondamentalement solitaire. Lui qui regardait passer le monde sait que le monde devra le laisser passer. Même si la fiction de l'affection peut être maintenue jusqu'au bout, l'autre qui jusqu'ici pouvait tant, cette fois-ci ne pourra rien.

Conclusion

La perdurance du lien social, son maintien, son entretien ou sa recomposition nécessitent une véritable confrontation à l'altérité qui manifeste l'incomplétude. Revenant à l'*Essai sur le don* de Mauss, on remarquera que la circulation des biens suppose un écart : A offre un cadeau à B qui le donne à son tour à C, et C le retourne plus tard à A. L'échange arrive parce que l'altérité (figurée ici par C) apporte une pluralité : elle est ce qui sépare avant de réunir (Pellegrin, 1989). Le lien social, ainsi conçu, n'est pas une structure ou pouvoir extérieur qui vous oblige, il est le résultat du risque de la dette à un tiers. Dans la situation du mourir, expérience peut être faite de ce surgissement imminent d'une altérité qui paraît d'abord odieuse et innommable, avant d'être approchée et acceptée, avant de donner naissance à un cri et à une parole porteuse d'un sens qui scellera une alliance collective, qui s'intégrera dans l'espace social et la mémoire. Mais dans quelle mesure tout cela concerne-t-il le mourant ? Les tentatives d'élaboration de nouvelles ritualités du mourir font peut-être trop vite le choix du point de vue de la communauté immortelle. Avant de faire ce choix, devant le problème individuel du mourir, il paraît important de laisser davantage la parole à ceux qui sont les plus proches de la mort.

Marcel Drulhe

Serge Clément

Centre de recherches

sociologiques

Université de Toulouse-Le Mirail

Bibliographie

- AIACH, Pierre, Alicia KAUFMANN et Renée WAISSMAN. 1989. *Vivre une maladie grave*. Paris, Méridiens-Klincksieck.
- ARIÈS, Philippe. 1970. *La Mort inversée. Les changements des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales*. Paris, Cerf.
- ARIÈS, Philippe. 1975. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-âge à nos jours*. Paris, Seuil.
- BARTHE, Jean-François, Serge CLÉMENT et Marcel DRULHE. 1988. « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les Cahiers de la recherche sur le travail social*, 15 : 11-31. NDLR : article repris intégralement dans ce numéro de la RIAC ; voir plus haut.
- BECKER, Howard S. 1985. *Outsiders*. Paris, A.M. Métailié.
- CHAMBOREDON, Jean-Claude. 1976. « Sociologie et histoire sociale de la mort : transformations du mode de traitement de la mort ou crise de la civilisation ? », *Revue française de sociologie*, XXII, 4.
- ÉLIAS, Norbert. 1987. *La Solitude des mourants. Vieillir et mourir*. Paris, C. Bourgois.
- FABRE-LUCE, Alfred. 1966. *La Mort a changé*. Paris, Gallimard.
- GALEY, Matthieu. 1989. *Journal 1974-1986*. Paris, Grasset.
- GIDDENS, Anthony. 1987. *La Constitution de la société*. Paris, Presses universitaires de France.
- GLASER, Barney G. et Anselm L. STRAUSS. 1968. *Time for Dying*. Chicago, Aldine.
- KIPMAN, Simon David. 1987. « Le scandale le plus grand », *Autrement*, 87 (février).
- LALIVE D'ÉPINAY, Christian. 1973. « Roger Bastide et la sociologie des confins », *L'Année sociologique*, 25.
- LEMIEUX, Raymond. 1982. « Pratique de la mort et production sociale », *Anthropologie et Sociétés*, 6, 3.
- LORIMER, David. 1987. *L'Énigme de la survie*. Paris, Laffont.
- MARSHALL, Victor W. 1985. « Socialization for impending death in a retirement village », *American Journal of Sociology*, 80, 5.
- MAUSS, Marcel. 1950. *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France.
- PELLEGRIN, Marie-Louise. 1989. « Des valeurs "en creux" », *Actes du XIIIe colloque de l'AISLF*, Genève, Université de Genève, 29 août-2 septembre 1988.

- 120 REBOUL, Hélène. 1973. *Viellir. Projet pour vivre*. Lyon, Le Chalet.
- ROSSET, Clément. 1982. « La proximité du réel », *Traverses*, 25 (juin).
- ROSSET, Danielle. 1989. *Adieu*. Paris, POL.
- THOMAS, Louis-Vincent. 1975. *Anthropologie de la mort*. Paris, Payot.
- THOMAS, Louis-Vincent. 1987. « Au-delà de la violence et de la passion », *Autrement*, 87 (février).
- VERCORS. 1988. « Vivre vieux », *Lettre internationale*, 16.
- VOVELLE, Michel. 1983. *La Mort et l'Occident de 1300 à nos jours*. Paris, Gallimard.