



Inspection générale
des affaires sociales
RM2013-130P

Inspection générale
de l'administration
13052/13029/01

Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation

RAPPORT

Établi par

Jean Paul SEGADE
Conseiller général
des établissements de santé

Dominique BELLION
Inspecteur général de
l'administration en service
extraordinaire

Jacques FOURNIER
Inspecteur général de
l'administration

- Juillet 2013 -

SYNTHESE

La mort relève de l'intime, de la sphère privée, mais aussi de la société et donc de la sphère publique. Progressivement nos sociétés ont organisé tout ce qui touche au funéraire et développé une réglementation qui prend en compte ces deux aspects : assurer l'ordre public mais aussi protéger les familles, fragilisées par la douleur.

Les soins de conservation, qui sont un des éléments des opérations funéraires, procèdent de cette dichotomie. Destinés aux proches, qui voient ainsi le visage d'une mort apaisée, ils sont facultatifs mais néanmoins réglementés dans le cadre du service public funéraire.

Particulièrement développée aux Etats-Unis, au Québec, et en Grande-Bretagne, cette activité est plus rare en Europe continentale. La France constitue un exemple à part, puisque, à ce jour, il s'agit du seul pays autorisant la réalisation des soins de conservation à domicile.

Cette particularité a conduit les ministres chargés de l'Intérieur, de la Santé et du Travail, à diligenter une mission, confiée à l'IGAS et à l'IGA, sur l'évolution de cette réglementation, n'autorisant la réalisation des soins de conservation que dans des lieux dédiés.

La mission a été d'abord étonnée par la confusion du vocabulaire relatif à la thanatopraxie et par l'imprécision des statistiques. Elle préconise que soit établi un référentiel précis des termes utilisés et que soit organisée une mise à jour régulière et documentée des informations sur cette activité.

Parce que le domicile ne répond plus à l'évolution des soins funéraires, qui sont des activités à risque, la mission recommande que la pratique de la thanatopraxie soit réservée aux seuls lieux dédiés que sont les chambres mortuaires et les chambres funéraires. Elle estime que les incidences de cette réforme peuvent être maîtrisées, notamment en procédant à quelques modifications réglementaires. Par ailleurs elle considère que la profession funéraire dans son ensemble est en capacité d'intégrer sans difficultés particulières ces modifications.

La mise en œuvre de cette réforme conduit, également, la mission à proposer que le VIH et l'hépatite soient retirés de la liste des maladies pour lesquelles la pratique des soins funéraires est interdite.

Par ailleurs, elle suggère que soit poursuivie la professionnalisation de l'activité de thanatopraxie, notamment par un renforcement de la formation initiale et la mise en place d'une formation continue, qui prenne en compte l'évolution des techniques.

Enfin, la mission estime qu'il est indispensable de donner aux familles une information fiable et loyale. Les contrats d'obsèques, dont le développement est significatif, doivent être l'un des principaux vecteurs de diffusion de cette information.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	7
1 LA REALITE DES SOINS DE CONSERVATION EST MARQUEE PAR UNE CERTAINE CONFUSION.....	8
1.1 Un vocabulaire imprécis	8
1.2 Une réglementation plus lisible.....	10
1.2.1 Un double service public	10
1.2.2 Une action publique multiple.....	11
1.3 Des rapports convergents qui confirment l'imprécision des termes et la confusion du rôle de chacun des acteurs.....	12
2 LES SOINS DE CONSERVATION NE DOIVENT PLUS ETRE FAITS A DOMICILE.....	13
2.1 Le domicile ne répond plus à l'évolution des soins funéraires	13
2.1.1 Vers la fin du domicile	14
2.1.2 Une activité isolée dans un processus collectif.....	15
2.1.3 Le développement et l'évolution d'un nouveau lieu : les chambres funéraires.....	16
2.2 Les soins de conservation constituent une activité à risque.....	16
2.3 Un élément de rupture d'égalité	18
3 LES CONSEQUENCES DE CETTE REFORME PEUVENT ETRE MAITRISEES.....	18
3.1 La maîtrise des incidences	18
3.2 Protéger les professionnels des risques	20
3.3 Associer les acteurs.....	21
3.3.1 Informer les médecins.....	21
3.3.2 Intégrer les assureurs.....	21
3.3.3 Impliquer les établissements de santé.....	23
4 LES CONDITIONS DE REUSSITE DE LA REFORME	23
4.1 De l'information au consentement	24
4.2 La poursuite de la professionnalisation de l'activité de thanatopracteur	25
4.2.1 En formation initiale	26
4.2.2 En lieux de formation	26
4.2.3 Lors de l'examen national.....	27
4.2.4 En formation continue.....	27
4.3 Une plus grande implication de l'Etat	27
4.3.1 Mieux connaître.....	28
4.3.2 Mieux reconnaître	29
5 CONCLUSION : VERS UN NOUVEAU MODELE	29
NOTE JURIDIQUE SUR LA PORTEE DES RECOMMANDATIONS	31
LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	33
LETTRE DE MISSION.....	35
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	37
ANNEXE 1 DESCRIPTION DES GESTES LORS D'UNE THANATOPRAXIE	41

ANNEXE 2 NOTE DE PRESENTATION DES RECOMMANDATIONS.....	43
SIGLES UTILISES	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47
PIECE JOINTE N°1 TRANSPORTS INTERNATIONAUX ET SOINS DE CONSERVATION : LISTE DES ETATS.....	49
PIECE JOINTE N° 2 PRIX MOYEN DES SOINS DE CONSERVATION CREDOC CSNAF 2012.....	51

RAPPORT

- [1] La réglementation funéraire a subi deux fortes évolutions dans son histoire. Au XXème siècle, elle est passée du statut religieux au statut communal (1904) et en 1993, elle s'est ouverte au secteur privé par l'abandon du monopole communal, tout en demeurant un service public. L'article L.2223-19 du code des collectivités territoriales précise en effet que le service extérieur des pompes funèbres est une mission de service public, comprenant les soins de conservation.
- [2] La thanatopraxie, pratique connue depuis l'antiquité égyptienne sous le terme d'embaumement, a attendu le XIXème siècle pour que soit formalisé son volet médical¹ et le XXème siècle pour que soit reconnu le terme de soins de conservation (décret 76-435 du 18 mai 1976) et créé un diplôme national de thanatopracteur (décret 94 -260 du 1er avril 1994).
- [3] La France se situe dans un contexte international très différencié. Cette activité est très épisodique en Allemagne, Espagne et Irlande, quasiment inexistante en Autriche, Grèce et Italie Portugal, Suisse, Belgique, Danemark, Hollande, Luxembourg et Pays Scandinaves. Inversement, elle s'est fortement implantée en Grande-Bretagne, au Québec et aux Etats Unis.
- [4] La dernière évolution réglementaire concerne les Pays Bas, qui ont autorisé les soins de conservation dans des lieux dédiés.
- [5] En dehors des obligations relatives aux transports internationaux, qui imposent dans certains pays les soins de conservation (pièce jointe 1), la France reste le seul pays qui a fait de cette activité un élément du service public des pompes funèbres avec une spécificité : la capacité de réaliser ces actes à domicile.
- [6] La thanatopraxie concernerait 200 000 des 545 000 personnes décédées par an en France, soit plus d'un décès sur trois, (l'utilisation du conditionnel est de rigueur comme il le sera vu ultérieurement)
- [7] La récente actualité médiatique, liée à la découverte de pratiques illégales de certains thanatopracteurs (avec la découverte récente d'un dépôt de sang dans le garage d'un thanatopracteur) et aux revendications de certaines associations de malades (notamment les malades atteints du VIH ou de l'hépatite) a coïncidé avec la parution dans la même période de deux rapports, le premier du Défenseur des droits (29 octobre 2012), le deuxième du Haut Conseil de la santé publique (20 décembre 2012). Tous deux font apparaître la nécessité d'une intervention des pouvoirs publics, sollicitée par ailleurs par des associations de patients dans un domaine jusqu'alors caractérisé par un silence convenu et une confusion des termes ne rendant pas facile la lisibilité d'un dispositif complexe.
- [8] La Ministre des affaires sociales, le Ministre de l'intérieur, le Ministre de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social ont saisi, par lettre du 20/02/2013, les chefs de l'IGA et de l'IGAS d'une mission sur l'évolution de la réglementation applicable aux soins de conservation. Par note du 28/02/2013, M. Dominique BELLION, IGSE, M Jacques FOURNIER, IGA, et M Jean Paul SEGADÉ, CGES ont été désignés respectivement par l'IGA et l'IGAS.
- [9] Au delà des questions posées, la mission s'est interrogée sur l'évolution de cette activité que doit accompagner l'évolution de la réglementation souhaitée dans la lettre de mission.

¹ Sous la forme d'un drainage artério-veineux qui a pour but de remplacer le sang par un liquide à base de formol de façon à fixer les tissus et à l'évacuation des liquides et des gaz contenus dans les cavités et les organes à l'aide d'un trocart.

- [10] Aujourd'hui, en France, les soins funéraires et soins de conservation sont impactés par une triple évolution :
- Evolution des techniques utilisées et de leurs incidences professionnelles.
 - Information accrue des professionnels comme des familles.
 - Aspiration de tous les acteurs à l'égalité de traitement à l'égard de soins qui se développent.
- [11] La réponse aux questions posées à la mission et la recherche d'un nouveau modèle économique, expliquant le jeu des différents acteurs, suppose au préalable que soient définis les termes utilisés et que soient analysés les lieux d'exercice.

1 LA REALITE DES SOINS DE CONSERVATION EST MARQUEE PAR UNE CERTAINE CONFUSION

- [12] La mission a rencontré dès le début de son travail des difficultés à répondre aux questions suivantes : de quoi parle-t-on ? quels sont les vrais chiffres ? quelle est la réalité de la pratique ? Il convient donc de préciser les termes, rappeler les règles et tirer les leçons de rapports successifs sur le thème général des soins funéraires et de la mort.

1.1 Un vocabulaire imprécis

- [13] A ce jour, trois techniques de soins sont possibles pour assurer une meilleure conservation du corps :
- Le froid par l'emploi de la glace carbonique, technique ancienne, efficace dans la plupart des cas et ne présentant pas de risques, sauf la nécessité de maintenir une application toutes les 24h à 36H.
 - L'utilisation des équipements réfrigérants reste plus adaptée aux chambres mortuaires et funéraires, mais la location possible la rend adaptable au domicile.
 - La thanatopraxie procède d'une technique invasive et chimique à la fois qui a pour but de retarder les effets visibles de la décomposition post mortem et permet lors des funérailles une présentation optimale du corps. La thanatopraxie, contrairement à l'embaumement, n'a pas pour objectif de conserver, voire immortaliser le corps, mais de suspendre la thanatomorphose, c'est à dire le processus de dégradation, afin qu'il soit plus présentable et que le deuil familial soit facilité par un regard du corps qui soit plus humain en effaçant les effets visibles de la mort.
- [14] La technique, détaillée dans l'annexe 1, repose sur une injection dans le système vasculaire de 4 à 6 litres d'un produit antiseptique afin de remplacer la même quantité de masse sanguine évacuée par drainage veineux auquel est associée l'évacuation des liquides et gaz. Ceci explique qu'après ces actes techniques très invasifs, des actes de présentation soient réalisés à visée plus esthétique et expliquerait la confusion ou l'imprécision des termes.
- [15] La profusion des terminologies pour aborder la thanatopraxie est surprenante : traitements somatiques, techniques de préservation, soins de conservation pour le décret de 1976, soins thanatiques, soins de post mortem, toilettes mortuaires à l'américaine, soins somatiques, embaumement, embaumement artériel, font partie de la liste non exhaustive rencontrée à la lecture des ouvrages, articles ou devis et factures. Ceci constitue un double handicap dans le recensement de cette activité, comme dans l'information des acteurs.

[16] Ainsi, la mission a tenu à travailler sur une définition des termes à partir de l'analyse du processus de prise en charge du corps après le décès. Plus concrètement, au moment du décès les phases suivantes peuvent être répertoriées :

- La préparation mortuaire qui incombe aux soignants et qui fait partie des missions de l'hôpital et donc à sa charge.
- La préparation funéraire appelée également présentation à visée esthétique restant à la charge de la famille mais souvent réalisée gratuitement dans certaines chambres mortuaires.
- Les soins de présentation et maquillage à visée purement esthétique comprennent la toilette, habillage, le rasage éventuel.

[17] Il convient donc de distinguer la thanatopraxie au sein des soins de présentation ou de préparation, mais aussi, de l'embaumement, de la toilette mortuaire comme de la toilette funéraire ou celle dite rituelle².

[18] Le tableau ci-dessous essaie d'apporter une comparaison utile pour la compréhension du sujet, comme l'information des acteurs. A ce titre, le sentiment partagé par la mission est que les familles ignorent la différence entre ces soins, et que cette confusion est à l'origine de certains abus avec des prestations effectuées sans information des familles, des prestations mal définies mais par contre bien facturées. Derrière la confusion des termes et le flou des techniques, se cachent des incertitudes sur le contenu des prestations et leur réalité économique et financière.

Tableau 1 : Analyse comparative des termes utilisés

Terme	Définition	Objet	Réalisé par	Observations
soins mortuaires	Premiers soins destinés à la personne immédiatement décédée sur le lieu du décès.	Premier soin au défunt visant à sauvegarder son apparence naturelle.	L'infirmière ou l'aide soignante dans le service hospitalier ou maison de retraite. Les salariés des services funéraires dans les autres lieux.	Article L 1232-5 code de la santé publique. Ils sont gratuits dans les EPS et s'inscrivent dans la continuité des soins.
soins funéraires	Préparation du corps de la personne décédée.	Les soins comprennent la toilette, la désinfection, le déshabillage et habillage et le maquillage.	Les salariés des services funéraires.	Ils sont appelés également soins de présentation.
soins de réparation	Réparation ou reconstitution de corps ayant subi des traumatismes.	Dans certains cas complètent les soins funéraires.	Les salariés des services funéraires.	Réalisés par les services de soins suite aux prélèvements d'organes.
soins de conservation	Acte invasif défini par des textes et appelés soins de thanatopraxie.	Visent à retarder la décomposition du corps pour effacer les effets visibles de la thanatomorphose. Par drainage de tous les liquides et gaz contenus dans le corps et par injection d'un produit biocide.	Les thanatopracteurs.	Activité réglementée réservée aux seuls thanatopracteurs. Artisans qui travaillent pour des opérateurs funéraires ou salariés de ces entreprises.
soins rituels	Soins codifiés par les rites religieux auxquels ils se rapportent.	Répondre aux exigences de la religion (juive et musulmane).	Personnes privées désignées par la famille et agréés par le responsable du culte.	Domaine privé par définition Représentent dans certains lieux près de 20 %.

Source : Note Igas.

² La toilette funéraire, dernier des soins, premier des rites par Françoise Gueullette. Etudes 2008.

- [19] Aujourd'hui, en dehors des cas où la thanatopraxie est obligatoire, notamment lors des transports en dehors du territoire national (pièce jointe 1), elle repose plus sur une fonctionnalité de présentation qu'une nécessité médicale ; hors des cas de décomposition rapide, notamment pour les décès après de fortes doses de chimiothérapie, elle représente un soin mais ne constitue pas un acte de soin. Soigner et prendre soin relève de deux registres différents, mêmes s'ils peuvent être complémentaires et donc non substituables. De la mauvaise appréciation de cette frontière, naît une confusion des termes.
- [20] Il en est de même pour les soins de restauration, qui ont une visée reconstructive, notamment quand les corps ont été victimes de traumatismes et sont souvent présentés comme la suite logique des soins de conservation.
- [21] Les soins rituels relèvent d'une autre sphère, celle du religieux, et possèdent leurs propres règles.
- [22] Rappelons par ailleurs que seuls les soins réalisés après le décès dans le milieu hospitalier et qualifiés de soins mortuaires sont gratuits.
- [23] Si le terme thanatopraxie a eu le mérite d'éviter la confusion avec l'embaumement, il n'en demeure pas moins que la thanatopraxie est une des modalités, certes principale, des soins de conservation mais qu'il est grand temps que les professionnels se fédèrent pour élaborer un discours homogène et informatif sur le terme et le contenu d'une activité qui allie l'incertitude de sa définition à l'incertitude des données disponibles. Sur ce dernier point, les incertitudes qualitatives sur les informations recueillies nécessiteront la plus grande prudence dans la définition ultérieure d'un nouveau modèle économique. Mais devant l'imprécision du vocabulaire, la mission a souhaité, en préambule, que soit établi un référentiel des termes utilisés, en sollicitant les professionnels concernés, le CNOF³ pouvant être cette instance de concertation (voir supra).

Recommandation n°1 : Etablir un référentiel des termes utilisés en distinguant les soins de conservation des soins de présentation et en définissant l'acte de thanatopraxie.

1.2 Une réglementation plus lisible

- [24] Relevant directement ou indirectement de deux services publics, la réglementation des soins de conservation est partagée entre plusieurs ministères.

1.2.1 Un double service public

- [25] La thanatopraxie fait partie du service public des pompes funèbres, au sens des dispositions de l'article L 2223.19 du code des collectivités territoriales.
- [26] En parallèle, elle rencontre dans son organisation le service public hospitalier lequel met à sa disposition des lieux d'exercice : les chambres mortuaires. La dualité entre les chambres funéraires et chambres mortuaires⁴ reproduit la dualité entre les deux natures du service public. Les premières relèvent du service public industriel et commercial, les deuxièmes du service public hospitalier. Les conséquences sur le plan fonctionnel concernent à la fois la nature du contentieux privé ou public, mais surtout déterminent le niveau d'intervention des pouvoirs publics, plus légitime quand il s'agit de service administratif.

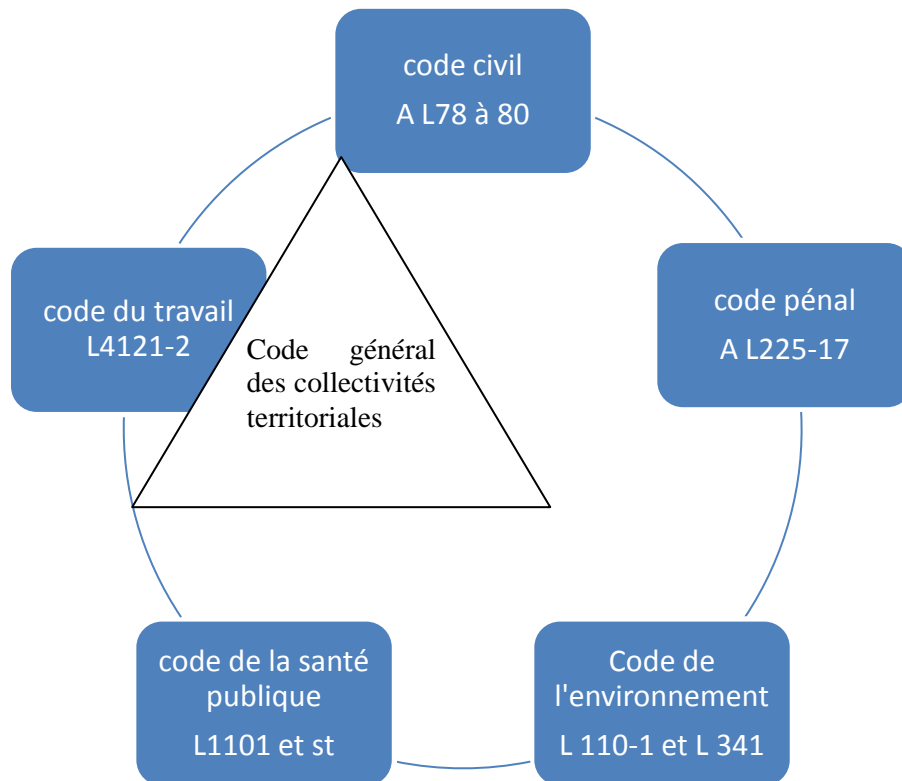
³ Conseil national des opérations funéraires qui est une instance consultative placée auprès du ministre de l'intérieur, créée par l'article 7 de la loi n°93-23 du 8 janvier 1993, composée de représentants des communes, des entreprises de pompes funèbres, associations de consommateurs et organisations syndicales, chargée de donner des avis sur les projets de textes relatifs à la législation funéraire.

⁴ Les chambres funéraires sont destinées à recevoir, avant inhumation ou la crémation, les corps des personnes décédées ; il s'agit d'établissements privés lucratifs dont l'objet est de répondre aux besoins de la population pour le dépôt des

- [27] De, la même manière, cette dualité a conduit à une séparation entre ces deux activités que le Conseil d'État avait, dans un avis du 24 mars 1995⁵, tranché en considérant la thanatopraxie comme étrangère aux missions et obligations des établissements de santé.
- [28] Il en ressort une confusion⁶ quand l'activité de thanatopraxie est réalisée dans les chambres mortuaires des établissements de santé et notamment sur l'étendue de leurs obligations en matière de soins funéraires.

1.2.2 Une action publique multiple

- [29] Force est de constater que, parti du domaine de la police administrative et du code général des collectivités territoriales, c'est-à-dire du ministère de l'intérieur, le débat s'est élargi aux ministères de la santé puis du travail et plus récemment au ministère de l'écologie et du développement durable et au ministère de l'économie et des finances. Il en ressort un dispositif juridique partagé entre le code général des collectivités territoriales, le code de la santé publique, le code du travail, le code de l'environnement et celui de la consommation.



- [30] Si cette activité demeure de la compétence principale du ministère de l'intérieur, en s'élargissant aux considérations sanitaires, sociales et demain environnementales, elle intègre une dimension interministérielle.

corps. Les chambres mortuaires sont des équipements hospitaliers imposés aux établissements de santé (privés ou publics) qui ont plus de 200 décès. Cette distinction est une spécificité du droit français.

⁵ Avis du conseil d'état du 24 mars 1995 Rapport public 1995, sections sociale et intérieur réunies 357.297.

⁶ La responsabilité des hôpitaux à raison de la gestion des chambres mortuaires. RTDSS 2007 p 484.

1.3 Des rapports convergents qui confirment l'imprécision des termes et la confusion du rôle de chacun des acteurs

[31] L'analyse des principaux rapports traitant de la prise en charge de la mort, et de ses incidences, n'a fait que conforter la nécessité de préciser le contenu des mots comme le rôle des différents acteurs.

- Le rapport sur les morgues hospitalières et les autopsies en France de 1976 du Professeur Muller⁷ constitue le premier document sur l'état des services mortuaires en France et a permis de recenser les morgues de tous les établissements hospitaliers publics et assimilés de la métropole. Au delà de la volonté d'encourager le nombre d'autopsies, il a lancé le débat sur le recensement et l'équipement de ces structures hospitalières.
- Le rapport de 1983⁸ de l'IGAS sur le prélèvement et la collecte des hypophyses humaines dans les établissements hospitaliers fait état, au-delà du dossier du prélèvement des hypophyses, du rôle mal défini des agents d'amphithéâtre et de l'ambiguïté du statut des morgues.
- Le rapport de 1989⁹ relatif à l'organisation des pompes funèbres réalisé par une mission interministérielle IGAS, IGA, IGF constitue le rapport de référence et recommande une réforme plus globale qui sera réalisée par la loi du 8 janvier 1993.
- Le rapport de l'IGAS de 1992¹⁰ sur l'hormone de croissance et la maladie de Creutzfeldt Jakob insiste sur le caractère juridique et organisationnel imparfait et préconise un contrôle direct et une réforme du statut des personnels incriminés.
- Le rapport conjoint IGAS et IGAENR de 2002¹¹ sur la conservation des éléments du corps humain en milieu hospitalier conclut en faveur d'une nouvelle organisation de la fonction d'agents d'amphithéâtre.
- Les rapports de 2004¹² sur les décès massifs demandés par les deux ministères de la santé et de l'intérieur relèvent l'absence de données élémentaires concernant les équipements existants et évoquent pour la première fois la question environnementale.
- Les rapports, de 2006¹³ de l'IGAS sur les pratiques hospitalières concernant les fœtus morts-nés et les nouveaux-nés décédés sont révélateurs d'un changement de regard et, à partir de préconisations sur le statut des agents des services mortuaires, ouvrent une réflexion plus large sur la mort à l'hôpital.
- Le rapport de 2009¹⁴ de l'IGAS sur la mort à l'hôpital soulève la problématique hospitalière des chambres mortuaires et, concernant la thanatopraxie, pointe le manque de contrôle et la nécessité de revoir les relations avec les opérateurs funéraires.

⁷ Muller Rapport sur les morgues hospitalières et les autopsies, octobre 1976.

⁸ Du Mesnil Du Buisson Marie Ange, Guiriec J, Tcheriatchoukine J, Rapport d'enquête sur le prélèvement et la collecte des hypophyses humaines dans les établissements hospitaliers, avril 1983, rapport Igas.

⁹ Philippe Lamoureux, JF Nouaille-Degorce, Frédéric Oueda, Pierre Pascal, Bernard Ronze, Philippe Sauzey, Jean Tcheriatchoukine, mission interministérielle 1989.

¹⁰ J-M Clement, F. Lalande, L. Reyrole, L-C Viossat, rapport sur l'hormone de croissance et la maladie de Creutzfeldt-Jakob, Igas 1992.

¹¹ Elisabeth Dufourcq, Françoise Lalande, Valerie Delahaye Guillocheau, Marc Ollivier, Conservation d'éléments du corps humain en milieu hospitalier.

¹² Didier Lacaze, Michel Laroque, Anne Marie Leger, Didier Noury, La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003 Igas. Patick lagadec, Hervé Laroche, Retour sur les rapports d'enquêtes et d'expertise suite à la canicule de l'été 2003. Cahiers du GIS, risques collectifs et situation de crise 4 mai 2005 Grenoble. Cnrs : maison des sciences de l'homme.

¹³ Claude Lavigne, Michel Vernerey, Patricia Vienne, Igas et Jean Geoffroy et Marc Ollivier, Igaenr, avril 2006.

¹⁴ Dr Françoise Lalande et Olivier Veber : La mort à l'hôpital, Igas, novembre 2009.

[32] De l'ensemble de ces rapports la mission a retenu quatre lignes fortes :

- L'absence de données statistiques et financières, et surtout leur caractère hétérogène, rendant difficile la mesure du problème.
- La professionnalisation de cette activité comme le démontre l'évolution du statut de la filière technique des agents hospitaliers vers un statut dépendant de la filière soignante.
- L'existence d'un consensus sur la nécessité d'une réforme plus partagée entre les acteurs de la chaîne funéraire (voir infra 2.1.2).
- L'urgence de dépasser les réponses ponctuelles et d'élaborer une politique globale des soins funéraires.

2 LES SOINS DE CONSERVATION NE DOIVENT PLUS ETRE FAITS A DOMICILE

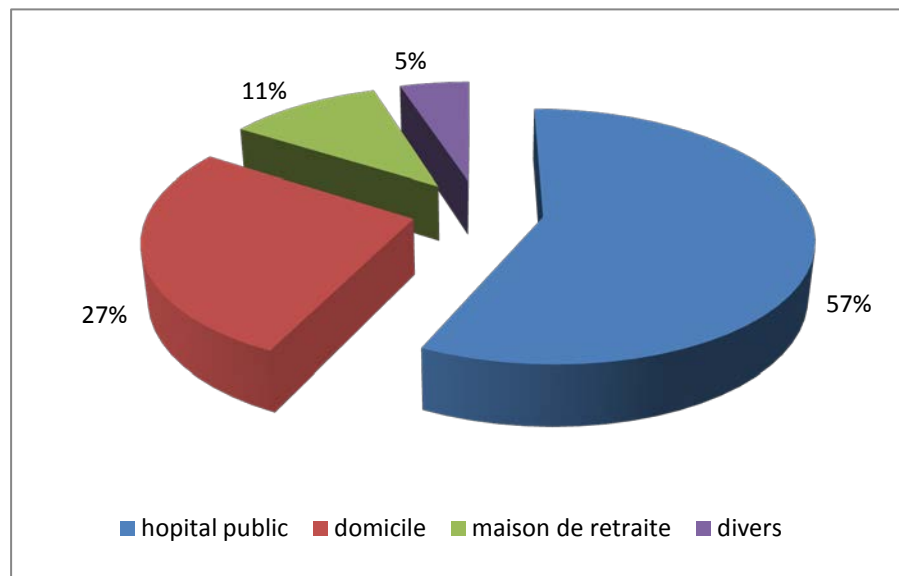
[33] Cette affirmation répond à la question principale posée par la lettre de mission et articulera les réponses apportées aux autres questions posées à partir de trois points :

- l'évolution du domicile dans le processus funéraire.
- les risques inhérents à cette activité.
- la rupture d'égalité entre acteurs pour les soins à domicile.

2.1 Le domicile ne répond plus à l'évolution des soins funéraires

[34] Si le nombre de décès reste compris entre 545 000 et 560 000, la projection dans les années futures fait état, à partir de 2025, de près de 620 000 décès et dépasserait 650 000 à partir de 2033. Or, depuis 1977, le taux de décès à l'hôpital dépasse celui du domicile (source Insee) et interroge sur la place du domicile dans le modèle des soins funéraires.

Graphique 1 : Répartition des décès en 2008

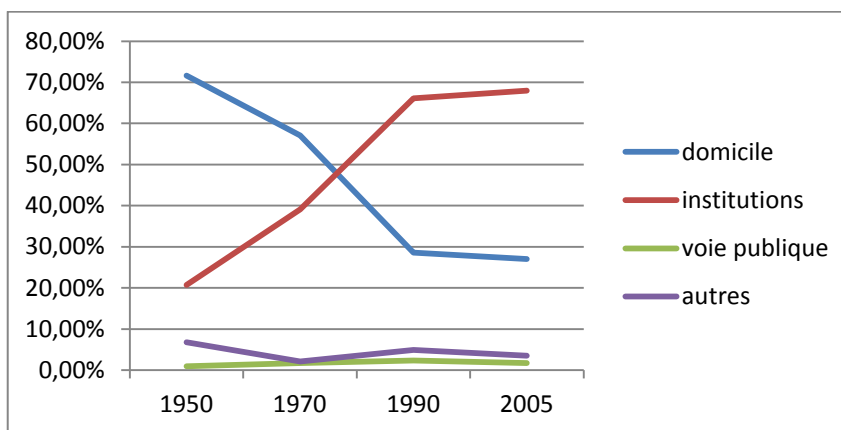


Source : B E H 11/12/2012 Où meurt-t-on en France, analyse des certificats de décès.

2.1.1.1 Vers la fin du domicile

- [35] L'une des principales ruptures de cette seconde moitié du siècle se joue dans la migration des morts du domicile vers l'établissement de santé. Qualifiée de « tribulation de cadavre¹⁵ » elle conduit à de nouveaux territoires professionnels que sont devenues les chambres funéraires ou mortuaires (voir supra).
- [36] Aujourd'hui, 335 chambres mortuaires dans les hôpitaux et 2600 chambres funéraires (90 % étant des structures privées et 10 % des sociétés d'économie mixte) sont recensées en France.
- [37] Lorsque le décès a lieu à domicile, la demande de transfert dans ces lieux est majoritaire, atteignant à Paris le chiffre de 94 % de décès. Ainsi, ne faut-il pas assimiler la volonté de mourir à domicile, qui est de plus en plus une revendication des malades¹⁶, de celle de garder le corps à domicile après le décès, qui n'est pas celle des familles.

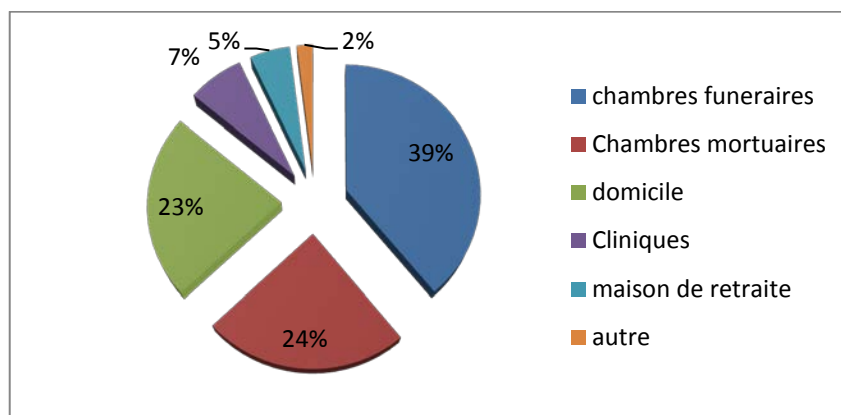
Graphique 2 : Evolution des lieux de décès



Source : Judy Wolf : *Des corps à l'hôpital*. Thèse 2010 Ecoles des hautes études en sciences sociales Tableau p 271

- [38] A cette baisse tendancielle du nombre de décès à domicile, s'ajoute une remise en cause du modèle funéraire par un déplacement des soins de thanatopraxie du domicile vers un lieu collectif. Aujourd'hui seuls près de 23 % des soins se feraient à domicile.

Graphique 3 : Répartition des lieux de thanatopraxie



Source : E. Rivolier, Ph. Berthelot, *Etats septiques ante mortem et soins de conservation. Hygiènes 2000, volume 3 numéro 5 page 264 à 274*

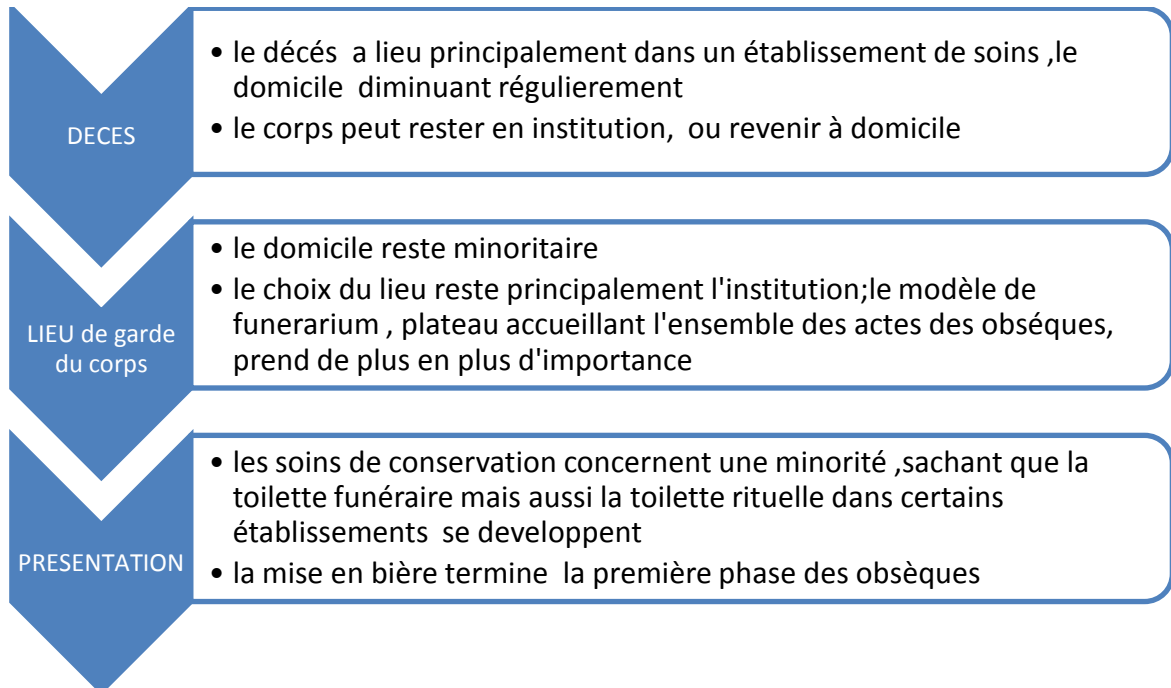
¹⁵ 2-2 Les tribulations du cadavre in O. Boissin et P. Trompette, Les services funéraires p37.

¹⁶ Le Monde du 18/03/2013 Mourir à domicile de Laetitia Clavreul.

De la même façon que le domicile n'est plus le lieu principal de la mort, le lieu principal de l'activité de soins funéraires abandonne le domicile pour un lieu collectif.

2.1.2 Une activité isolée dans un processus collectif

- [39] La thanatopraxie s'intègre dans une chaîne d'actes qui, de l'accueil en chambre mortuaire ou funéraire dans la majorité des cas, jusqu' à l'inhumation et de plus en plus la crémation, constitue un processus complexe s'articulant autour de trois phases :



- [40] Le véritable maître d'œuvre de la chaîne funéraire est l'opérateur des pompes funèbres. Cette chaîne funéraire rassemble, en tant que de besoin, des intervenants aussi divers que les soignants, les thanatopracteurs, les employés des pompes funèbres, voire même des policiers et des médecins légistes.
- [41] L'importance de cet acteur qui coordonne et organise correspond aux souhaits des Français. Interrogés par le Credoc, à la demande de la CPFM, lors de deux enquêtes¹⁷ de 2007 et 2009, ces derniers manifestaient le désir d'une prise en charge globale, d'un besoin d'expertises, et d'une relation unique, ce qui explique le rôle pivot de l'opérateur. Le thanatopracteur ne participe pas directement à cette relation entre le responsable des pompes funèbres et la famille. Inversement, dans le silence du plateau technique qu'est la salle de préparation de la chambre funéraire ou mortuaire, ou loin des regards de la famille à domicile, c'est le thanatopracteur qui réalise seul cet acte. Si certains thanatopracteurs sont leur propre employeur pour la moitié de leurs cas¹⁸ ou salariés de petites entreprises de pompes funèbres ou de grands groupes, ils sont dans leur exercice de leur activité dans un mode de gestion artisanal¹⁹.
- [42] Exerçant une activité de façon isolée, et en dehors des relations contractuelles entre la famille et l'opérateur funéraire, le thanatopracteur apparaît à la fois comme un expert indépendant et comme le sous-traitant d'une activité organisée en dehors de lui. Il a du mal à se situer dans cette chaîne des opérations funéraires qui voit émerger un nouveau modèle d'organisation reposant sur un nouveau lieu d'exercice.

¹⁷ Enquête bi annuelle du Credoc à la demande de la Confédération des Professionnels du Funéraire et de la Marbrerie.

¹⁸ Rapport du HCSP p 9.

¹⁹ La thanatopraxie : état des pratiques et risques professionnels, cité p 451.

2.1.3 Le développement et l'évolution d'un nouveau lieu : les chambres funéraires

- [43] Les chambres funéraires se sont développées en France depuis de nombreuses années. Ainsi on en comptait 11 en 1968 et plus de 1900 en 2006 (chiffre du rapport du CNOF 2005-2006). Aucune nouvelle enquête officielle n'ayant été effectuée, les seuls chiffres disponibles sont ceux de la CPFM qui les estime à un peu plus de 2600 en 2010.
- [44] Ces lieux connaissent une évolution vers le modèle du "funeral home" américain, lieu où les familles, le plus souvent géographiquement dispersées, se retrouvent et où le corps est confié aux bons soins de l'opérateur des pompes funèbres qui fera appel ou non au thanatopracteur.
- [45] Le risque est réel de voir dans cette évolution, l'émergence d'une plateforme technique se constituer sous la fonction d'un centre unique de prestations, les chambres funéraires devenant de véritables autoroutes drainant les cadavres que les hôpitaux comme les familles se pressent d'évacuer. Le développement des chambres funéraires risque d'accélérer les principes d'une économie de la captation²⁰ et accentuer la dépendance des familles à l'égard de mécanismes d'enchaînement et d'engrenage autour d'un espace structuré²¹.
- [46] Inversement, le caractère positif de cette évolution tiendrait à réduire les incidences d'une activité qui présente des risques réels, d'autant plus élevés quand ils sont réalisés à domicile.

2.2 Les soins de conservation constituent une activité à risque

- [47] Les soins de thanatopraxie sont des actes invasifs présentant des risques biologiques et chimiques, en raison de la nature des produits utilisés, et des modalités et conditions de mise en œuvre.
- [48] A ces risques pour le thanatopracteur s'ajoutent ceux encourus par les familles, lorsque ces actes sont réalisés à domicile notamment lors de la manipulation du formaldéhyde présentant un risque toxique, irritant et cancérigène. Ce dernier point a fait l'objet d'une fiche particulière de la Caisse Régionale Assurance Maladie d'Ile de France sur la prévention des cancers professionnels²².
- [49] De l'ensemble de la littérature étudiée²³, il ressort que la thanatopraxie, à l'exemple du travail d'autopsie, notamment dans tous les gestes d'incisions, d'injections ou d'aspiration comme au cours des manœuvres de nettoyage des instruments, présente de réels risques biologiques par l'utilisation des instruments (canule carotidienne, trocart épigastrique), la réalisation des points de suture ou tout simplement par contamination respiratoire par aérosolisation comme viraux par l'exposition au sang.
- [50] Concernant le risque infectieux, l'hépatite, l'infection cutanée de staphylococcus aureus et la tuberculose représentent 78 % des risques de cette nature. Si l'on ajoute le risque chimique lié aux produits utilisés, et notamment le formaldéhyde, classé depuis 2004 dans le groupe 1 des produits cancérigènes par le C I R C (Centre international de Recherche sur le Cancer), on comprend mieux pourquoi, au terme d'une enquête très poussée, les agences du Québec déclaraient : « au terme de l'analyse de risques, le processus d'embaumement (thanatopraxie) représente la tâche à plus haut risque d'acquisition d'infections ainsi que d'effets dommageables pour la santé causés par des produits chimiques » (Agences de Montréal et du Montérégie de la santé du Québec de juillet 2011).

²⁰ Pascale Trompette : Une économie de la captation, les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire Revue française de sociologie 2005/ 233-264.

²¹ Idem p 242 sur la notion d'état d'anomie.

²² Fiche d'information et de prévention 23 Prévention des cancers professionnels 1/04/2011.

²³ Gregory Bassens : les soins de la dernière heure. Travail et sécurité.

- [51] D'autres travaux ou rapports vont dans le même sens :
- L'enquête réalisée en 2004 sur la conformité et le risque infectieux en thanatologie dans les établissements hospitaliers publics français²⁴, réalisée par une équipe du CHU de Poitiers sur les risque infectieux en thanatopraxie démontre un risque d'exposition au sang de 8,8 sur une échelle de 10.
 - Le mémoire de Philippe Puymérial²⁵, publié en 2011, mentionne les risques plus élevés quand les soins sont réalisés à domicile (la concentration mesurée de formaldéhyde est supérieure à 33 % à domicile). Même par des moyens de ventilation portative, aucune technique ne peut concurrencer les moyens utilisés dans les salles de préparation de lieux dédiés et équipés.
 - Le Haut Conseil de Santé Publique, dans son rapport de 2012 précité²⁶, confirme la multiplicité des risques des actes de thanatopraxie, exposant les professionnels qui les réalisent à des risques infectieux et chimiques, entre autres, qui doivent être pris en considération dans l'organisation de ces actes.
 - Interrogé par la mission, l'institut de veille sanitaire reconnaît qu'il ne dispose pas de données sur les accidents exposant au sang chez les thanatopracteurs ni concernant la surveillance des contaminations professionnelles virales mais conclut au caractère légitime des recommandations du HCSP.
 - Le rapport du Défenseur des Droits²⁷, constatant que le domicile n'apporte pas la garantie de réalisation des bonnes pratiques, et ne dispose pas d'équipements optimaux, demande l'abandon de ce lieu comme exercice d'une activité à risque.
- [52] Deux principes justifient le choix fait par la mission :
- [53] Le principe de précaution : dans un contexte marqué par l'existence d'un risque certain, de la nécessaire protection de la santé des acteurs et de l'absence de transparence d'une telle activité mise en œuvre à domicile, il convient de réserver la thanatopraxie à des lieux dédiés. La lecture du rapport du Haut Conseil de Santé publique, comme la description en annexe 1 de la matérialité de l'acte de thanatopraxie, et l'analyse des documents susvisés expliquent que le principe de précaution s'impose.
- [54] Le principe d'unité : s'il est vrai que le risque, par définition, présente une probabilité pour qu'un certain dommage matériel ou corporel se produise, et si par définition un risque nul est impossible à atteindre, la détermination d'un niveau d'acceptabilité du risque ne peut être conditionnée par la localisation de cette activité. Alors que le risque est certain, il apparaît difficile d'admettre que la réglementation change pour une même activité exercée dans des lieux différents. En d'autres termes, alors que les locaux techniques font l'objet d'une réglementation stricte dans les chambres funéraires et mortuaires (article D 2223 -84), aucune réglementation ne s'impose pour le domicile et aucun contrôle n'y est possible.
- [55] Par ailleurs, une harmonisation des règles relatives aux chambres funéraires et mortuaires s'avère indispensable²⁸.

Recommandation n°2 : Réserver aux seuls lieux dédiés et équipés la pratique de la thanatopraxie. Cette disposition serait l'occasion d'harmoniser les dispositifs relatifs aux chambres funéraires et mortuaires.

²⁴ Journal de médecine légale Droit médical 2004/8 : p.369-374.

²⁵ Philippe Puymérial : les activités de thanatopraxie, mémoire CNAM 2004 p353-59.

²⁶ P 34-35.

²⁷ Le Défenseur des Droits Rapport relatif sur la législation funéraire p 32.

²⁸ Circulaire DGS/VS no 68 du 31 juillet 1995 pour les chambres funéraires et Circulaire DH/AF no 99 -18 du 14 janvier 1999 pour les chambres mortuaires.

2.3 Un élément de rupture d'égalité

- [56] L'exercice des soins à domicile crée une rupture d'égalité entre les personnes concernées comme entre les thanatopracteurs eux-mêmes.
- [57] Le débat sur l'interdiction des soins de conservation pour les personnes décédées atteintes du virus VIH ou de l'hépatite repose sur une prétendue opposition entre l'égalité d'accès aux soins et les précautions à prendre pour les acteurs qui réalisent cet acte, le domicile n'offrant pas toutes les conditions optimales de réalisation de cet acte.
- [58] Devant ce débat entre égalité des soins et risques encourus, la mission considère que l'on ne peut accepter que des risques soient assumés différemment selon les lieux d'exercice de cette activité. De la même manière, il n'est pas acceptable de se réfugier sur le terrain du domicile pour limiter l'accès aux soins à des patients.
- [59] Ainsi, il est tiré du principe d'égalité devant des soins²⁹, qui constitue une des modalités du service public des pompes funèbres, que les exceptions ne peuvent qu'être strictement limitées aux seules considérations tirées de l'intérêt général. Or, il est d'intérêt général de limiter l'exercice de cette activité à des lieux dédiés qui offrent la garantie des précautions standard, indépendamment du statut sérologique du défunt.
- [60] Ces considérations conduisent la mission à demander la révision de la liste déterminée par l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1998 portant interdiction de certaines opérations funéraires.

Recommandation n°3 : Supprimer le VIH et l'hépatite (VHB, VHC) de la liste visée par l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1998.

3 LES CONSEQUENCES DE CETTE REFORME PEUVENT ETRE MAITRISEES

- [61] La suppression de la thanatopraxie à domicile s'inscrit dans une évolution de la profession qui conduit à un nouveau modèle économique plus collectif et fonctionnant davantage en réseau. En effet, le renforcement de normes techniques, l'apparition d'une demande de qualité protégeant acteurs et bénéficiaires, conduit à substituer de plus en plus l'activité entrepreneuriale à l'activité artisanale.

3.1 La maîtrise des incidences

- [62] L'analyse des avantages et inconvénients de la mesure visant à limiter à des lieux dédiés les soins de conservation sont de trois ordres et concernent l'organisation du travail la famille et la réglementation. Le tableau ci-dessous formalise les avantages et les inconvénients de la suppression du domicile pour la famille ou les ayants droits, le thanatopracteur et l'Etat.

²⁹ Art L 1110-3 Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Tableau 2 : Incidences de la suppression du domicile comme lieu de thanatopraxie

	Avantages	Inconvénients	Observations
Pour la famille concernée	Possibilité de choisir entre plusieurs techniques Réduction des interdictions de réaliser des soins	Disparités selon les zones concernées Incidences financières	Garantie d'une prestation normalisée
Pour le thanatopracteur	Amélioration des conditions de travail Mise en place de protocoles Alignement des artisans et des salariés	Baisse d'activité Incidence financière concernant les transports Nécessité de s'organiser Nécessité de développer les salles techniques dans certains établissements	Professionnalisation du métier
Pour l'Etat	Contrôle facilité Organisation des lieux à mettre en place	Révision du délai pour transport du corps sans cercueil	Meilleur contrôle et respect des textes comme des procédures et élaboration d'un plan départemental opérationnel de sites

Source : Observations de la mission, tableau Igas.

Deux points de cette analyse méritent d'être explicités :

- **Le premier concerne le surcoût de la mesure** : l'étude récente³⁰ apporte des éléments de réponse. Le prix moyen de l'acte de thanatopraxie est de près de 300 euros avec quelques singularités constatées lors des entretiens de la mission (plus de 700 euros). Le prix moyen d'un convoi entre le domicile et la chambre funéraire pour réaliser l'acte, serait de l'ordre de 300 euros. Le surcoût conduirait donc à doubler le prix actuel facturé au client. Mais la réponse doit être pondérée par d'autres données (pièce jointe 2) :
 - La même étude précitée précisait que le taux de marge des soins funéraires est près de soit 9,4 % contre 8,4 % pour la marbrerie et 5,8 % pour les industriels (fabricants). Par ailleurs l'enquête a permis de constater des écarts importants entre la rémunération versée aux thanatopracteurs (parfois moins de 100 euros) et le prix appliqué aux factures ou devis (entre 350 euros en moyenne et 700 euros). Concrètement la mission estime que des efforts sur les marges peuvent être faits dans la facturation des actes liés aux soins de conservation.
 - Les soins de conservation représentent moins de 10 % des frais moyens d'obsèques estimés à 3800-4000 euros.
 - Les soins de conservation représentent moins de 6 % du chiffre d'affaires des sociétés funéraires.

[63] Face aux risques inhérents à toute bataille tarifaire de low cost ou au danger inflationniste d'élaborer un projet tarifaire, la mission considère que les problèmes d'organisation ne semblent pas insurmontables et peuvent être l'occasion de faire progresser les techniques moins onéreuses comme celles de la carboglace ou de la table réfrigérante.

[64] De plus, l'évolution des lieux de décès, associée à la volonté des familles de ne pas garder les corps à domicile, montre que le coût de transport ne constitue pas un argument déterminant pour s'opposer à l'interdiction du domicile comme lieu d'exercice de cette activité.

³⁰ Credoc-Csnaf, 2012 Assemblée Générale de la Chambre syndicale nationale de l'art funéraire (Csnaf) juin 2012.

- Le deuxième porte sur le **risque d'une rupture d'égalité des citoyens** résidant dans des départements qui seraient dépourvus de structures pour la réalisation de ces actes. Le développement des chambres funéraires est une réponse à cette question. Si dans certains lieux le déficit de chambres funéraires s'avérait réel (voir supra), il appartiendrait au préfet du département de prendre les mesures nécessaires, en lien avec l'ARS.

[65] La mission suggère ainsi de donner compétence au préfet de département pour autoriser les chambres mortuaires des établissements de santé à recevoir le corps des personnes décédées à domicile pour l'exercice de soins de thanatopraxie.

[66] Une modification réglementaire doit être effectuée pour permettre le transport des corps entre le lieu dédié, le domicile et leur retour.

Recommandation n°4 : Modifier l'article 1 du décret du 5 aout 2002 pour permettre le retour à domicile des corps ayant fait l'objet de soins de conservation.

Recommandation n°5 : Autoriser le Préfet de département à ouvrir les chambres mortuaires pour recevoir le corps des personnes décédées à domicile, en cas d'insuffisance de chambres funéraires (art 2223-39).

3.2 Protéger les professionnels des risques

[67] De la même manière que la mission préconisait une meilleure définition des termes pour les familles, il en va de même pour les professionnels, afin que ces derniers disposent de meilleures conditions de réalisation des soins de conservation. Définies par l'arrêté du 7 mai 2010, ces dernières doivent intégrer les dispositions que le Haut Conseil de la Santé Publique a rendues publiques en novembre 2012³¹, concernant l'usage unique, la protection individuelle et notamment le port des lunettes et la vaccination contre l'hépatite B.

Recommandation n°6 : Réviser l'arrêté du 7 mai 2010 définissant les soins de conservation et renforcer les mesures de protection pour les réaliser.

[68] Par ailleurs, selon les dispositions de l'article R 1335-1 du Code de la santé publique les déchets issus des activités de thanatopraxie sont assimilés aux activités de soins et leur élimination doivent respecter la réglementation relative aux Dasri³².

[69] Considérant le principe selon lequel l'élimination des déchets incombe aux responsables de l'activité qui les produit, et dans la mesure où cette activité est bien l'accessoire de l'activité de pompes funèbres, il est naturel que les opérateurs funéraires, qui sont à la fois le producteur de l'activité globale et le donneur d'ordre de l'acte de thanatopraxie, soient, conformément au code de l'environnement, responsables de l'élimination des déchets. Le principe pollueur / payeur sous-entend que c'est celui qui tire profit de cette activité qui doit réparer les conséquences de celle-ci. Or, le thanatopracteur est certes le réalisateur de l'acte mais pas l'ordonnateur de cet acte.

[70] A défaut d'une telle solution, une autre méthode serait de transférer cette obligation aux responsables des lieux dédiés, permettant une meilleure traçabilité des circuits. Les avantages d'une telle proposition sont nombreux ; outre la traçabilité et l'abandon de certaines pratiques, elle permettrait de réduire les coûts par une gestion plus globale et surtout plus sécurisée.

Recommandation n°7 : Transférer aux opérateurs funéraires qui sous-traitent cette activité et à défaut, aux responsables des chambres funéraires ou mortuaires, l'obligation réglementaire de collecte des Dasri.

³¹ Rapport du HCSP, décembre 21012, p35-36.

³² Dasri : déchets d'activités de soins à risque, article D 2223-84 du CGCT et dispositions R 1335-1 à R 1335-14 du code de la santé publique.

3.3 Associer les acteurs

- [71] Le modèle économique de la thanatopraxie est un sous ensemble du modèle des soins funéraires caractérisé par deux principes communs et une singularité.
- [72] Le premier principe concerne le regroupement de prestations diverses dans des forfaits globaux, rendant difficilement compréhensibles les informations pour les familles encore sous le choc.
- [73] Le deuxième principe définissant le marché est sa structuration en réseaux et la multiplicité des acteurs, les opérateurs funéraires assurant seuls la fonction de coordination.
- [74] La singularité concerne la place du thanatopracteur, qui apparaît comme un tiers dans la relation entre la famille et le représentant des pompes funèbres, et qui doit être reconnu et associé aux autres acteurs dans une démarche globale.

3.3.1 Informer les médecins

- [75] A l'information des familles, comme des ayants droits, doit être ajoutée celle des professionnels. La mission a pu constater les interrogations de certains praticiens sur le contenu réel des soins pratiqués sous le terme soins de conservation, et les difficultés qu'ils ont à répondre aux questions posées par les familles. Lors de la rencontre avec l'Ordre des médecins, il a été convenu que, si l'information sur le contenu de l'acte ne relevait pas du médecin, ce dernier devait pouvoir répondre aux questions posées par les familles :

Recommandation n°8 : Informer, par l'intermédiaire de l'Ordre, les médecins sur le contenu de l'acte de thanatopraxie leur permettant de répondre aux éventuelles questions des familles.

Par ailleurs, la mission a constaté l'absence de fiabilité du certificat de décès quant à la nature infectieuse ou pas du corps et estime que cette réflexion sur les soins de conservation devra être intégrée dans la réforme attendue du certificat de décès. La mention des soins de conservation possibles ou pas doit figurer expressément dans le certificat de décès.

Recommandation n°9 : Intégrer les soins de thanatopraxie dans la réforme en cours du certificat de décès permettant une information des thanatopracteurs qui respecte le secret médical.

3.3.2 Intégrer les assureurs

- [76] Ce secteur d'activités en pleine mutation voit arriver un autre acteur dans le processus de décision : l'assureur.
- [77] Cette nouvelle mutation tient à la montée en charge des contrats d'obsèques, qui aujourd'hui concernent 18 % des décès³³. Au rythme de 450 000 nouveaux contrats annuels, et avec un taux de croissance à deux chiffres par an, l'assureur va devenir un élément incontournable d'une régulation économique nouvelle.
- [78] Avec une collecte d'un milliard d'euros par an, les assureurs apparaissent comme un nouvel acteur qui participera à la recomposition du marché funéraire.

³³ Source FFSA 2012 cité dans livre blanc de la CPFM.

- [79] A ce titre, il conviendrait, là aussi, de préciser le contenu de l'assurance et de définir les termes utilisés. La proposition de loi n° 3975 du 22 Novembre 2011 (Assemblée Nationale) portant sur la diffusion des contrats d'obsèques, mentionne, à juste titre, comme élément de garantie de la qualité des prestations funéraires, la distinction entre les contrats de financement obsèques et les contrats prestations. Or, sous l'appellation contrats d'obsèques, on trouve des contrats d'assurance décès se traduisant par un versement en capital à un bénéficiaire sans que la garantie de ce capital soit utilisée en exclusivité pour les obsèques³⁴, mais aussi des contrats de prestations alliés à un contrat d'assurance. Par ailleurs, dans les contrats de prestations, ces dernières ne sont pas définies et, concernant les soins de thanatopraxie, leur contenu n'est pas suffisamment précisé.
- [80] L'utilisation anarchique de ces termes est susceptible d'engendrer la confusion dans l'esprit du grand public et donc d'être trompeur pour le consommateur. Le développement de ces contrats peut conduire à une inflation de la demande des soins poussée par leur gratuité apparente, organisée en amont des obsèques.
- [81] Le développement de l'offre de contrat d'obsèques, qui couvre aujourd'hui 20 % des Français, devrait en concerner 50 % dans la prochaine décennie, et accélérer ainsi l'évolution du modèle.
- [82] En faisant sauter le facteur temps dans l'achat de cette prestation souvent prise dans l'urgence, le client du contrat d'obsèques va pouvoir bénéficier d'un supplément de connaissances sur le contenu de la prestation et d'un choix plus raisonné. Cette évolution conduira à plus d'information mais également de consentement pour un acte qui sera choisi par l'intéressé. Les contrats d'obsèques peuvent être l'occasion de renforcer les choix du client sous réserve que l'information lui soit apportée (voir infra).
- [83] L'apparition sur le marché des obsèques des conventions de partenariat entre les assureurs, les banques et les opérateurs funéraires, relatives à des formules « tout compris », peuvent créer des situations d'abus de position dominante, mais aussi conduire à multiplier les actes.
- [84] Ainsi, la prise en charge des frais d'obsèques par l'assurance pour les contrats en capital peut avoir pour effet de multiplier les prestations afin d'atteindre le seuil fixé dans le contrat et donc présenter un risque inflationniste.

Recommandation n°10 : Suivre les recommandations de l'Autorité de contrôle prudentiel³⁵ en limitant l'utilisation de l'appellation contrats d'obsèques aux seuls contrats comportant un devis personnalisé des prestations, et mettre à disposition des clients des descriptifs types permettant une meilleure transparence.

³⁴ Pour 74 % des contrats selon la CPFM.

³⁵ Recommandations de l'Autorité de contrôle prudentiel du 15 juin 2011.

3.3.3 Impliquer les établissements de santé

- [85] Comme l'indiquait le dernier rapport de l'IGAS sur la mort à l'hôpital³⁶, force est de constater que la mort est largement occultée à l'hôpital et sa prise en charge ne figure pas parmi les missions de ce dernier. Même s'il a l'obligation de disposer directement ou indirectement de chambres mortuaires (article R 2223-90 du CGCT), l'organisation et le fonctionnement de ces chambres ne font pas l'objet d'une attention soutenue des responsables hospitaliers³⁷. Comme le notait le rapport de l'IGAS susvisé, l'activité des chambres mortuaires des établissements de soins constitue souvent une contrainte pour l'établissement, avec des difficultés à arbitrer pour ces dernières dans les choix budgétaires³⁸, même si la visite du CHU d'Angers a permis de constater une réelle volonté et un engagement de cet établissement à répondre positivement à la demande des familles.
- [86] Les soignants revendiquent à juste titre que la chambre mortuaire soit l'ultime lieu de soins³⁹. Sur le plan des métiers, il peut paraître paradoxal que le terme de soins mortuaires n'apparaisse pas dans les dispositifs régissant les soins infirmiers. Certes, l'article R 4311-2 définissant les soins infirmiers parle de la fin de vie et de l'accompagnement, en tant que besoin, mais ni l'article suivant, ni l'article R 4311-5 régissant le rôle propre de l'infirmière ne traite des soins mortuaires que l'on retrouve seulement au niveau de la définition du rôle de l'aide-soignante⁴⁰.
- [87] Ainsi l'opposition, voire la méfiance relevée dans le rapport de la Mire Dress (Mission de la recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2003⁴¹ et constatée dans les entretiens entre les soignants et les thanatopracteurs, conduit la mission à souhaiter une meilleure articulation entre le milieu hospitalier et les soins funéraires⁴². Les modalités d'intervention des thanatopracteurs dans les chambres mortuaires, et la question de la récupération des prothèses et pacemakers par les agents hospitaliers doivent être également précisées.
- [88] La procédure d'un règlement intérieur après saisine de la communauté soignante et médicale doit être enrichie par l'apport des représentants des usagers, dans la perspective d'associer l'ensemble des acteurs internes.

Recommandation n°11 : Pour les établissements de santé associer les représentants des usagers et la commission des soins infirmiers à l'élaboration d'un règlement intérieur des chambres mortuaires, règlement qui devra faire l'objet d'une saisine de la Commission médicale.

4 LES CONDITIONS DE REUSSITE DE LA REFORME

- [89] La thanatopraxie n'échappe pas à la règle universelle qui conduit toute activité économique à passer d'une phase primaire de son développement caractérisée par une organisation artisanale à une organisation plus professionnelle et industrielle.
- [90] Le travail en réseau et donc l'articulation entre les métiers nécessitera la définition de nouvelles règles entre les acteurs.

³⁶ Rapport Igas précité 2009, p76-77.

³⁷ Question écrite no 5464 de M Jean Pierre SUEUR publiée dans le JO Sénat du 21/03/2013.

³⁸ Marc Dupont et Yves Gaubert : coût de la prise en charge post mortem, un sujet tabou à l'hôpital, revue hospitalière de France 2013, p70-72.

³⁹ Revue Soins dossier La chambre mortuaire, un ultime lieu de soins. Soins 2011.

⁴⁰ Décret 2007-1188 du 3 Août 2007 portant statut du corps des aides-soignants et arrêté du 16 Juillet 2009 relatif à la formation des aides soignants.

⁴¹ Les services du défunt, acteurs, territoires de compétences et dynamiques professionnelles. Convention Mire Dress 2003 université Pierre Mendès France.

⁴² Voir Revue Soins décembre 2011 sur la chambre funéraire, série d articles.

4.1 De l'information au consentement

- [91] Il convient de reconnaître qu'une définition plus précise des termes permettrait une meilleure information des familles et une meilleure connaissance des prestations réalisées et donc facturées.
- [92] S'il est exact que les résultats de l'acte de thanatopraxie priment sur la technique elle-même, faut-il pour autant occulter cette technique dès lors qu'il s'agit d'informer la famille et éclairer ainsi un consentement pour un acte invasif à l'égard du corps humain ? Cette information est aujourd'hui insuffisante, comme l'ont souligné certains rapports, dont les conclusions ont été confirmées par les entretiens qu'a eus la mission sur ce thème.
- Le rapport précité de l'IGAS de 2009⁴³ a pu observer des pratiques face auxquelles « les familles ne sont pas en état d'effectuer un choix éclairé les patients ignorent souvent la limite entre les obligations de l'établissement et les prestations des entreprises funéraires ».
 - Le rapport 2010 sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé⁴⁴ a retenu la nécessité de favoriser les choix éclairés en mettant à disposition une information accessible comparative, simple, et aisément compréhensible.
 - Le rapport relatif à la législation funéraire d'octobre 2012 du Défenseur des droits, fait état de la nécessité d'une délivrance d'une information éclairée en constatant " une confusion fréquente chez les maires et les médecins entre soins de présentation et soins de conservation. Cette confusion les a amenés, parfois à tort, à refuser les soins de présentation. Des soins de thanatopraxie coûteux ont parfois été imposés à l'entourage du défunt, alors que de simples soins de présentation étaient suffisants⁴⁵".
 - Dans le dernier rapport de janvier 2013 de l'Igas⁴⁶ sur l'hôpital sont pointées les attentes en termes d'informations des patients comme de leurs familles mais surtout la nature et les modalités de l'information selon les circonstances.
 - Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique reprend le même constat : "les familles des défunts, et plus généralement le public, ne perçoivent pas en général la réalité des actes de thanatopraxie"⁴⁷. Ils devraient être mieux informés du type d'acte qui va être réalisé sur le corps, en particulier concernant la différence entre les soins de thanatopraxie et la simple toilette mortuaire.
- [93] Tous les rapports insistent sur une information éclairée des personnes concernées par ce soin, et à défaut des familles ou ayants droits. Or, l'information est éclairée lorsque celui qui décide dispose des éléments de comparaison avec d'autres techniques et peut choisir en toute connaissance de cause.
- [94] L'inégalité de l'information est facteur d'inégalités devant les soins et conduit à rendre inégalitaire le rapport demande/ offre. Favoriser des choix éclairés en mettant à la disposition des usagers une information aisément accessible, comparative, pertinente, simple et suffisamment compréhensible, est une préconisation essentielle permettant de répondre au flou des termes, au silence des textes comme à l'excuse de la pudeur ou au prétexte de protéger les familles et les soulager du deuil qui les frappe.
- [95] Les mairies pourraient être associées à cette information. Un guide des bonnes pratiques pourrait être établi par les ministères concernés et mis à la disposition des bureaux d'état civil des communes.

⁴³ Rapport sur la mort à l'hôpital, p81.

⁴⁴ P L Bras, P. Gohet, A.Lopez, Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé, juillet 2010.

⁴⁵ Rapport du Défenseur des droits précité, p 32.

⁴⁶ Rapport 2012, l'hôpital, Igas, p101-102.

⁴⁷ Rapport du HCSP précité, p 34.

Recommandation n°12 : Délivrer une information éclairée tant aux familles qu'aux ayants droits en mettant à la disposition des usagers une information aisément accessible comparative, pertinente, simple et facilement compréhensible. Cette obligation serait intégrée dans l'article R 2213-2-2.

Recommandation n°13 : Confier aux ministères concernés le soin d'établir un document sur les soins de conservation, les différentes modalités, le caractère substituable de certaines techniques sous la forme d'un dépliant qui serait déposé dans toutes les chambres funéraires et mortuaires, et dans les bureaux d'état civil des communes.

[96] Cette exigence d'une information éclairée doit être élargie au consentement dans le cas spécifique du contrat d'obsèques.

[97] Le droit au consentement éclairé est la conséquence du principe d'inviolabilité affirmé par les dispositions du code de la santé publique⁴⁸, comme du code civil⁴⁹.

[98] On ne voit pas pourquoi le consentement aux soins de conservation ne suivrait pas les mêmes principes et les mêmes règles que les actes médicaux quand ils portent atteinte à l'intégrité physique de la personne. Le caractère invasif de la technique utilisée plaide encore plus pour cette exigence d'information sauf à croire que les droits de l'homme s'arrêtent au moment où il rend son dernier souffle.

[99] Le respect dû aux morts est affirmé à la fois par le code pénal (art 225.17) le code civil (art 16) et le code de déontologie médicale (art 2). Il a été érigé par le Conseil d'état⁵⁰ en principe général du droit (Arrêt d'assemblée Sieur Milhaud 2 juillet 1993) « Considérant que les principes déontologiques fondamentaux relatifs au respect de la vie humaine, qui s'imposent aux médecins dans ses rapports avec ses patients ne cessent pas de s'appliquer avec la mort de celui-ci ».

[100] Le rappel des dispositions de l'article 16-3 du code civil selon lesquelles : « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne », et qui exige que le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, a conduit la mission à préconiser, lors de la signature de contrats d'obsèques, une obligation qui aille au-delà de l'information éclairée.

Recommandation n°14 : Imposer que les soins de conservation soient mentionnés dans les contrats d'obsèques portant prestations et exiger que le consentement à l'acte soit spécifié.

4.2 La poursuite de la professionnalisation de l'activité de thanatopracteur

[101] La thanatopraxie a été une profession mal connue mais également une activité à laquelle les pouvoirs publics ne se sont, en pratique, que très tardivement intéressés. Le décret 76-435 du 18 mai 1976 pour son organisation et le décret 94-260 du 1er avril 1994 relatif à la création du diplôme national de thanatopracteur comme la loi du 8 janvier 1993 (loi 93.23) ont créé une dynamique qui légitime l'intervention des pouvoirs publics.

[102] Cette réforme a conduit à une professionnalisation des métiers que tous les acteurs reconnaissent comme positive. Elle doit aboutir aujourd'hui, selon les mêmes exigences, à une organisation de la profession qui repose sur de nouveaux équilibres.

⁴⁸ Art L.1111-2.

⁴⁹ Art 16-3.

⁵⁰ Conseil d'État Assemblée du 2 juillet 1993 n° 124960.

- [103] L'autonomisation de la communauté professionnelle des thanatopracteurs jugée emblématique dans le rapport de la Mire-Dress précité, a renforcé le mouvement vers une professionnalisation d'un métier qui a été souvent, dans l'histoire, davantage le produit d'une transmission familiale que le résultat d'un parcours professionnel de connaissances. Cette professionnalisation concerne toutes les étapes de formation.

4.2.1 En formation initiale

- [104] La formation (sans sélection à l'entrée) exigée pour passer l'examen national institué en 1994⁵¹ comprend 195 heures de formation théorique et une formation pratique d'au moins 100 soins de conservation après l'examen. Elle est réalisée dans des centres de formation, et tous les acteurs rencontrés se félicitent de la mise en œuvre d'un processus de formation qui tourne le dos à une initiation souvent familiale. Les matières et durées minimales de l'enseignement théorique de la formation sont, de l'avis des personnes rencontrées, suffisantes. Cette formation mériterait d'intégrer les nouveaux aspects d'une évolution de la profession, à ce jour très artisanale, dans ses dimensions économiques mais également de la gestion des risques infectieux, ce qui motiverait une augmentation des heures d'enseignement⁵².

Recommandation n°15 : Intégrer les aspects économiques et gestion des risques dans la formation en élargissant le nombre d'heures à 215 H.

4.2.2 En lieux de formation

- [105] Les centres de formation, au nombre de 8 ou 10, sont inégalement répartis sur le territoire, ont des régimes juridiques différents et présentent des situations contrastées.
- [106] Il ressort des enquêtes réalisées la double nécessité d'accompagner la professionnalisation du métier par la professionnalisation des centres de formation et d'apporter plus d'informations aux candidats, voire d'envisager une sélection à l'entrée pour éviter que le tiers des candidats reçus n'exerce pas au terme de l'examen final. Il importe que le contrôle sur les modalités de formation, comme sur l'expertise des formateurs, soient renforcés pour éviter des abus qui ont des répercussions lors de la délivrance du diplôme national, mais aussi mettre un terme à la disparité anormale des tarifs compris entre 1000 et 10 000 euros sans que le contenu de ces formations en explique l'écart, et auxquels il faut ajouter les frais de stage.
- [107] Ce coût de formation a interrogé la mission quant à l'investissement réalisé par les candidats, face au taux d'échec à l'examen et au taux (30 %) d'abandon dès la première année d'exercice. La prise en charge par le pôle emploi de cette formation, expliquerait le nombre élevé de candidats comme l'émergence des centres de formation lié à des entreprises de pompes funèbres. Cette situation, non acceptable pour la mission, et qui interroge sur le nombre de places mises à l'examen national (voir supra) conduit la mission à demander plus de contrôles.
- [108] Le professionnalisme réclamé par les acteurs doit aller de pair avec des centres de formation labélisés en lien avec les UFR de médecine. L'exemple d'Angers démontre l'utilité de disposer de références universitaires sans tomber dans l'universitarisation des centres de formation (voir supra).
- [109] Au delà du contrôle de la pédagogie et de la qualité des formateurs, il apparaît urgent de soumettre ces centres de formation à un régime d'autorisation et organiser le contrôle de droit commun (Direccte) pour tous les organismes de formation à partir d'un référentiel.

Recommandation n°16 : Soumettre à autorisation et organiser le contrôle des centres de formation notamment sur le contenu des formations et la qualité des formateurs.

⁵¹ Modifié par le décret n°2010-516 du 18 mai 2010, arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation.

⁵² Annexe 1 de l'arrêté susvisé au point 44.

4.2.3 Lors de l'examen national

- [110] La délivrance d'un diplôme national est apparue comme un réel progrès qu'il convient de consolider en renforçant les modalités de l'examen.
- [111] Les différents contacts et entretiens ont permis à la mission de constater que, si des efforts ont été réalisés pour normaliser le déroulement des épreuves écrites, il importe que les pouvoirs publics régulent les modalités des épreuves pratiques qui, dans certaines régions, semblent relever plus d'un parcours « arrangé » que de la vérification des pratiques acquises.
- [112] Si la participation des professionnels de la thanatopraxie au jury national apparaît nécessaire et légitime, le risque est réel quand ces membres sont responsables de ces centres de formation⁵³. La nécessité de s'assurer de l'impartialité des membres du jury, et de vérifier que la présence de responsables des écoles susvisées n'apparaisse pas comme un élément de rupture d'égalité entre les candidats, conduit la mission à recommander de :

Recommandation n°17 : Réviser le processus de sélection propre à l'examen national et redéfinir les modalités de l'épreuve pratique.

4.2.4 En formation continue

- [113] En lien avec le point relatif aux risques encourus, comme avec l'évolution du modèle funéraire et la nécessité de renforcer le professionnalisme des acteurs, la mission préconise la mise en œuvre d'une exigence de formation continue. Cette formation continue pourrait être axée sur les risques encourus, les droits des familles et la réglementation du droit du travail. Elle pourrait servir de base aux procédures d'habilitation.

Recommandation n°18 : Instaurer un carnet de formation bi-annuel servant de base au renouvellement de l'habilitation.

4.3 Une plus grande implication de l'Etat

- [114] En avant-propos, il paraît utile de rappeler que la thanatopraxie est bien, au sens des dispositions de l'article L 2223.19 du code des collectivités territoriales, l'une des missions de service public funéraire.
- [115] A ce titre, si elle légitime l'intervention de l'Etat, la nature de service public industriel et commercial de cette activité funéraire induit l'application des règles de droit privé et donc des principes économiques de libre entreprise, comme le rappellent les conclusions du commissaire du gouvernement Frédéric Dieu sous l'arrêt du tribunal administratif de Nice du 5 janvier 2007⁵⁴.
- [116] Concrètement, la nature industrielle et commerciale du service public des pompes funèbres conduit à rejeter toute réglementation contraire au principe de liberté du commerce et de l'industrie. En ce sens elle justifie la non pratique de la thanatopraxie par le personnel hospitalier et limite l'intervention du service public hospitalier à la simple fourniture des locaux. Inversement le caractère de service public conduit à légitimer l'intervention de la puissance publique quand, conformément à la jurisprudence fondatrice du service public, il y a défaillance de l'initiative privée.
- [117] Dans un modèle où les enjeux économiques et financiers sont réels, les évolutions de ce modèle interrogent à la fois les acteurs et les pouvoirs publics. A ce titre il conviendrait de résister à la tentation toujours présente d'administrer une activité certes de service public, mais également industrielle et commerciale.

⁵³ Question écrite N 03874 de M Jean Pierre SUEUR publiée au JO Sénat du 27/12/2012.

⁵⁴ T A de Nice, revue de droit sanitaire et social 2007 p 484.

- [118] La dernière circulaire du ministère de l'intérieur du 14 mars 2013, relative aux modèles et devis et à la nécessité de renforcer les dispositifs de contrôle du secteur funéraire, démontre que les modalités d'action des pouvoirs publics sont doubles : au pouvoir de police administrative s'ajoute le contrôle d'une activité de service public.
- [119] La mission recommande que ces actions puissent être développées, traduisant un engagement plus fort de l'Etat :
- Par des réunions plus régulières du CNOF.
 - Par un suivi plus rigoureux des habilitations au niveau départemental. (habiliter n'est pas simplement enregistrer une activité).
 - Par une harmonisation des conditions de fonctionnement entre les chambres mortuaires et funéraires relevant de textes différents⁵⁵.
- [120] Encore faut-il que l'Etat ait une connaissance réelle de la situation pour mieux reconnaître une action par définition complexe de part son intégration dans une chaîne collective (voir infra).

4.3.1 Mieux connaître

- [121] Lors de la mission, le manque d'information qui avait été souligné dans les précédents rapports, est apparu comme un élément négatif dans la définition d'une meilleure politique publique comme dans la gestion d'un service public. Les interrogations sont multiples :
- Pourquoi le pourcentage de soins de conservation par rapport aux décès varie de 25 % à 30 % dans le rapport du Haut Conseil de Santé Publique contre 40 et 50 % dans le rapport du Défenseur des droits ? il en est de même pour le nombre de thanatopracteurs, qui varie de 888 dans la revue travail et santé à 1586 pour le ministère de la santé.
 - Quelles sont les raisons, en dehors des raisons culturelles et/ou religieuses, qui expliquent que selon les régions et les établissements les chiffres varient également de 15 % à Paris à 43 % en Province mais de 30 % à Annecy et de 15 % à Poitiers concernant le % de soins de conservation par rapport aux décès.
 - Pourquoi dans un hôpital donné les soins de conservation ont concerné 15 % des décès mais 11 % quand le corps est resté à l'hôpital et 65 % lorsque les corps ont été transportés à domicile ou vers une chambre funéraire ?
 - Comment se fait-il que le % des soins de conservation augmente quand le % de transferts en chambre funéraire augmente ?
 - Si les hôpitaux enregistrent bien 57 % des décès et que les soins de conservation ne concernent que 14 % des décès, à l'hôpital, alors que la moyenne nationale est de 35 %, comment peut-on expliquer que 45 % des décès hors hôpitaux représentent 78 % des actes de thanatopraxie ?
 - Par ailleurs, quelles raisons expliqueraient un taux de soins de 15 % dans les sociétés d'économie mixte et 50 % pour le leader français des soins funéraires, voir de 80 % dans certaines entreprises pour une moyenne nationale de 25 % ?
- [122] Certes, en l'absence de consensus sur le contenu des mots comme sur l'absence de données objectivables, les interrogations sur les différences de pratiques ne permettent pas de conclure à l'existence ou pas de comportements limites. De la même façon le chiffre de 50 places, arrêté chaque année pour l'examen national est davantage le produit d'une suite mathématique historique que le résultat d'une série statistique ou d'une analyse des besoins.

⁵⁵ Circulaire DGS/VS n 68 du 31 juillet 1995 pour les chambres funéraires et circulaire DH/AF n99-18 du 14 janvier 1999 pour les chambres mortuaires.

Recommandation n°19 : Organiser le recensement annuel et départemental des habilitations, et établir une liste départementale des thanatopracteurs en exercice et de leur activité à partir des déclarations déposées en mairie.

L'évolution réglementaire doit accompagner l'évolution du modèle économique de la thanatopraxie par une meilleure reconnaissance de la spécificité de cette activité.

4.3.2 Mieux reconnaître

- [123] Même si la profession de thanatopracteur est bien connue des pouvoirs publics, la mission considère que cette reconnaissance pourrait être renforcée par une participation des représentants des thanatopracteurs, en tant que de besoin, aux réunions du CNOF.
- [124] Cette participation serait de nature à faciliter la rédaction des normes et leur acceptabilité, dans le domaine des soins de conservation.
- [125] A cet égard, la mission a pris note du travail réalisé par l'AFNOR sur les prestations de service funéraire⁵⁶. Elle a noté notamment le peu de succès rencontré par l'obligation de certification qui, à ce jour, ne concerne que 10 entreprises et souhaite que ce mouvement de certification soit repris par les professionnels.
- [126] Elle suggère que la certification devienne une des conditions du renouvellement de l'habilitation.

Recommandation n°20 : Associer les professionnels de la thanatopraxie aux travaux du CNOF concernant les textes relatifs aux soins de conservation.

Recommandation n°21 : Encourager l'édiction des normes professionnelles et faire de la certification l'une des conditions du renouvellement des habilitations.

5 CONCLUSION : VERS UN NOUVEAU MODELE

- [127] La proposition de création d'un ordre professionnel soignant été reprise par plusieurs acteurs rencontrés⁵⁷. Elle présente le mérite de mieux reconnaître, réglementer, contrôler, et professionnaliser une activité sur la base d'un code de déontologie et d'une régulation professionnelle. Elle induit néanmoins des conséquences majeures, qui ont conduit la mission à la rejeter :
- Elle inscrirait les soins de thanatopraxie dans une démarche médicale, avec pour incidence une confusion entre soigner et prendre soin.
 - Elle séparerait les soins de conservation des soins funéraires, au détriment d'une démarche globale.
 - Elle dessaisirait le ministre de l'intérieur, au profit de la santé, d'une activité qui est partie prenante des soins funéraires.
 - Elle aboutirait, à terme, à une universitarisation des centres de formation, à l'exemple des instituts de formation paramédicaux. Il importe que cette profession reste en dehors du champ paramédical.
 - Elle conduirait, à terme, à inclure ces soins dans une activité hospitalière avec toutes les incidences financières.

⁵⁶ Norme EN 15017 du 20 décembre 2005.

⁵⁷ Lettre du Syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés au Président de la Commission des lois du Sénat, au cabinet du ministre de la santé et au Dgs en date du 28 mars 2013.

- [128] En ce sens, elle ouvrirait une réflexion étrangère aux questions de la lettre de mission.
- [129] La mission a préféré intégrer ses recommandations autour d'un fil conducteur, l'information plus conforme aux réalités sociologiques. L'information mérite de devenir un objectif en soi alors qu'elle n'était, jusqu'à présent que le sous-produit d'informations partielles dans un processus pluriel et complexe. A ce fil conducteur, se sont ajoutés deux éléments complémentaires : la transparence et la rigueur dans un modèle des soins funéraires en pleine évolution et qui exige une implication plus prononcée des pouvoirs publics.
- [130] Cette évolution caractérisée par le professionnalisme accru des acteurs, la normalisation des processus de production et le développement des plateaux techniques, ici les funérariums, décrit le passage d'une économie artisanale à une économie industrielle ou de type industriel, avant de basculer dans une dynamique proche du service⁵⁸.
- [131] Dans ce cadre l'Etat doit concilier les exigences liées à l'ordre public avec celles de la santé, des règles du droit du travail mais aussi des exigences nouvelles du droit de l'environnement.
- [132] L'ensemble de ces évolutions alliées aux trois fils conducteurs de la mission que sont l'information, la transparence et la rigueur, expliquent la liste des recommandations qui visent à accompagner l'évolution d'un modèle en pleine restructuration et à :
- ✓ mettre fin à la spécificité française du domicile,
 - ✓ assurer une meilleure protection des acteurs,
 - ✓ renforcer les droits des familles et des personnes concernées.

Signataires du rapport

Jean Paul SEGADE
Conseiller général
des établissements de santé

Dominique BELLION
Inspecteur général
de l'administration en
service extraordinaire

Jacques FOURNIER
Inspecteur général
de l'administration

⁵⁸ Credoc : les Français souhaitent un rite funéraire moins ostentatoire et plus centré sur l'intime. Fanette Recours, octobre 2009.

NOTE JURIDIQUE SUR LA PORTEE DES RECOMMANDATIONS

La mission a souhaité apporter des réponses aux questions posées en privilégiant une démarche pragmatique et professionnelle au détriment d'une réflexion plus large qui aurait conduit à des modifications législatives.

Ainsi sur les 21 recommandations

- ▶ **Quatre relèvent de la concertation et ne nécessitent pas de textes complémentaires**
 - ▶ R1: Elaboration d'un lexique des termes
 - ▶ R8: Information des médecins
 - ▶ R13 : Document d'information au public
 - ▶ R20 : Invitation des professionnels au CNOF en qualité des personnes qualifiées

- ▶ **Neuf concernent des modifications d'arrêtés ou de circulaire d'application**
 - ▶ R3 : Arrêté du 20 juillet 1998
 - ▶ R6 : Arrêté du 7 mai 2010
 - ▶ R11 : Circulaire du ministre de la santé
 - ▶ R15et R17 : Arrêté du 18 mai 2010
 - ▶ R18, R19, etR21 : Circulaire du ministère du ministère de l'intérieur

- ▶ **Huit concernent des décrets**
 - ▶ R2 : Réservations des soins de conservation aux seuls lieux dédiés
 - ▶ R4 : Autorisant le retour à domicile des corps après les soins
 - ▶ R5 : Autorisations pour les chambres mortuaires de recevoir des corps du domicile
 - ▶ R7 : Responsabilité des dasri aux propriétaires des chambres funéraires et mortuaires
 - ▶ R10 : Définition des contrats d'obsèques
 - ▶ R12 : Information des familles
 - ▶ R14 : Exigence du consentement pour les contrats d'obsèques prévoyant les soins de conservation
 - ▶ R16 : Autorisation des centres de formation

LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance envisageable
1	Etablir un référentiel des termes utilisés en distinguant les soins de conservation des soins de présentation et en définissant l'acte de thanatopraxie.	Ministère de l'intérieur	Fin 2013
2	Réserver aux seuls lieux dédiés et équipés la pratique de la thanatopraxie. Cette disposition serait l'occasion d'harmoniser les dispositifs relatifs aux chambres funéraires et mortuaires.	Ministères de l'intérieur et de la santé	Fin 2013
3	Supprimer le VIH et l'hépatite (VHB, VHC) de la liste visée par l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1998.	Ministère de la santé	Septembre 2013
4	Modifier l'article 1 du décret du 5 août 2002 pour permettre le retour à domicile des corps ayant fait l'objet de soins de conservation.	Ministères de l'intérieur et de la santé	Septembre 2013
5	Autoriser le Préfet de département à ouvrir les chambres mortuaires pour recevoir le corps des personnes décédés à domicile, en cas d'insuffisance de chambres funéraires (art 2223-39).	Ministère de l'intérieur	Fin 2013
6	Réviser l'arrêté du 7 mai 2010 définissant les soins de conservation et renforcer les mesures de protection pour les réaliser.	Ministère de la santé	Fin 2013
7	Transférer aux opérateurs funéraires qui sous-traitent cette activité et à défaut aux responsables des chambres funéraires ou mortuaires l'obligation réglementaire de collecte des dasri.	Ministère de la santé	Fin 2013
8	Informer, par l'intermédiaire de l'Ordre, les médecins sur le contenu de l'acte de thanatopraxie leur permettant de répondre aux éventuelles questions des familles.	Ministère de la santé	Fin 2013
9	Intégrer les soins de thanatopraxie dans la réforme en cours du certificat de décès permettant une information des thanatopracteurs qui respecte le secret médical.	Ministère de la santé	Fin 2014
10	Suivre les recommandations de l'Autorité de contrôle prudentiel en limitant l'utilisation de l'appellation contrats d'obsèques aux seuls contrats comportant un devis personnalisé des prestations, et mettre à disposition des clients des descriptifs types permettant une meilleure transparence.	Ministère de l'intérieur	Fin 2014

11	Pour les établissements de santé associer les représentants des usagers et la commission des soins infirmiers à l'élaboration d'un règlement intérieur des chambres mortuaires, règlement qui devra faire l'objet d'une saisine de la Commission médicale.	Ministère de la santé	Fin 2013
12	Délivrer une information éclairée tant aux familles qu'aux ayants droits en mettant à leur disposition une information accessible, comparative, pertinente, simple et aisément compréhensible. Cette obligation serait intégrée dans l'article R 2213-2-2.	Ministères de l'intérieur et de la santé	Fin 2013
13	Confier aux ministères concernés le soin d'établir un document sur les soins de conservation, les différentes modalités, le caractère substituable de certaines techniques sous la forme d'un dépliant qui serait déposé dans toutes les chambres funéraires et mortuaires, et dans les bureaux d'état civil des communes.	Ministère de l'intérieur	Fin 2013
14	Imposer que les soins de conservation soient mentionnés dans les contrats d'obsèques portant prestations et exiger que le consentement à l'acte soit spécifié.	Ministère de l'intérieur	Fin 2014
15	Intégrer les aspects économiques et gestion des risques dans la formation en élargissant le nombre d'heures à 215 H.	Ministère de la santé	Fin 2014
16	Soumettre à autorisation et organiser le contrôle des centres de formation notamment sur le contenu des formations et la qualité des formateurs.	Ministères de la santé et de l'intérieur	2014
17	Réviser le processus de sélection propre à l'examen national et redéfinir les modalités de l'épreuve pratique.	Ministère de la santé	2014
18	Instaurer un carnet de formation bi-annuel servant de base au renouvellement de l'habilitation.	Ministères de la santé et de l'intérieur	2014
19	Organiser le recensement annuel et départemental des habilitations, et établir une liste départementale des thanatopracteurs en exercice et de leur activité à partir des déclarations déposées en mairie.	Ministère de l'intérieur	Fin 2013
20	Associer les professionnels de la thanatopraxie aux travaux du CNOF concernant les textes relatifs aux soins de conservation.	Ministère de l'intérieur	Fin 2013
21	Encourager l'édiction des normes professionnelles et faire de la certification l'une des conditions du renouvellement des habilitations	Ministère de l'intérieur	2014

LETTRE DE MISSION

<p style="font-size: small;">Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</p> <p style="text-align: center;">MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Inspection Générale Des Affaires Sociales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: large;">21 FEV. 2013</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">N° 119</td> </tr> </table>	Inspection Générale Des Affaires Sociales	21 FEV. 2013	N° 119
Inspection Générale Des Affaires Sociales				
21 FEV. 2013				
N° 119				

Paris, le **20 FEV. 2013**

La Ministre des affaires sociales et de la santé
Le Ministre de l'intérieur
Le Ministre du travail, de l'emploi, de la formation
professionnelle et du dialogue social

à

Monsieur le chef de l'Inspection générale des
affaires sociales
Monsieur le chef de l'Inspection générale de
l'administration

Objet : Mission sur l'évolution de la réglementation applicable aux soins de conservation.

Les soins de conservation (thanatopraxie) sont des actes invasifs post mortem ayant pour objectif de suspendre pour une durée approximative de trois semaines le processus de décomposition du corps. Ils consistent notamment en une extraction sanguine et l'évacuation des gaz (incisions de la carotide et épigastrique), puis en injection de formol.

Les soins de thanatopraxie sont, comme les autres opérations funéraires, réglementés par le code général des collectivités territoriales. Ils sont pratiqués par des thanatopracteurs diplômés, après déclaration préalable auprès du maire de la commune en cause, dans les chambres funéraires (funérariums) et les chambres mortuaires (relevant des établissements de santé), ainsi qu'au domicile des personnes défuntés.

Plusieurs rapports récents ont souligné les risques sanitaires (infectieux, chimiques) et environnementaux auxquels sont exposés les thanatopracteurs lors de la réalisation de ces soins, notamment dans des lieux non dédiés (domicile des défuntés en particulier). Le Gouvernement souhaite en conséquence examiner les conditions d'une évolution de la réglementation applicable aux soins de conservation, par exemple en interdisant leur réalisation en dehors de lieux dédiés tels que les chambres funéraires et mortuaires, mais également en examinant la pertinence de mesures moins restrictives pour l'exercice de la profession, tout en garantissant des conditions optimales de sécurité pour les professionnels.

Nous vous demandons en conséquence de diligenter une mission commune, qui s'attachera à apprécier :

- l'adéquation aux besoins d'un dispositif s'appuyant sur les seules chambres funéraires et mortuaires ;
- la nécessité, en cas d'utilisation plus intense des locaux dédiés, d'un renforcement de l'encadrement technique ou des contrôles, et la place des protections personnelles des thanatopracteurs (gants, masques...);
- les conséquences sur le montant des frais d'obsèques d'une mesure de restriction de la pratique de la thanatopraxie à des lieux dédiés ;
- les conséquences financières pour les établissements de santé et les modalités possibles de compensation des coûts supplémentaires par les bénéficiaires (usagers, thanatopracteurs et opérateurs funéraires publics ou privés) ;
- les contraintes organisationnelles et professionnelles pesant sur les thanatopracteurs, notamment pour les travailleurs indépendants qui devront négocier, pour pouvoir exercer, la mise à disposition des chambres auprès des organismes gestionnaires de ces lieux, et les conséquences juridiques, notamment au regard du droit de la concurrence ;
- le niveau requis d'information des familles, relative notamment aux autres techniques comme les soins de présentation ou la conservation par le froid, et les conditions de recueil du consentement des familles.

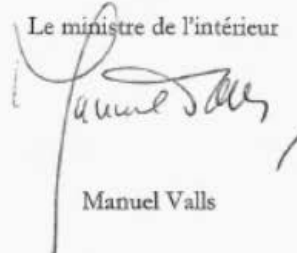
Le rapport de cette mission devra nous être remis dans un délai de trois mois.

La ministre des affaires sociales
et de la santé,



Marisol Touraine

Le ministre de l'intérieur



Manuel Valls

Le ministre du travail, de l'emploi,
de la formation professionnelle et du dialogue social



Michel Sapin

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet du ministre de la santé

Professeur Olivier Obrecht : conseiller chargé de la politique de santé publique et de la sécurité.

Professeur Jérôme Salomon : conseiller chargé de la sécurité sanitaire.

Cabinet du ministre du travail

Lionel de Taillac : conseiller inspection du travail, santé, sécurité et qualité de vie au travail

Direction Générale de la Santé

Jean Yves Grall : directeur général.

Marie christine Favrot : adjoint au DGS, chef des politiques de santé.

Jean Luc Richon : adjoint au chef de bureau.

Direction du travail

Stéphanie Giraldin : administrative civile chef de bureau.

Elise Vigier : responsable bureau gestion des risques.

Direction générale de l'offre de soins

Yannick Leguen : sous directeur du pole pilotage.

Emmanuel Luigi : adjoint du sous directeur.

Paule Kujas : adjoint au chef de bureau qualité et sécurité.

Direction générale des collectivités locales et Conseil national des opérations funéraires

Mathieu Duhamel : chef de bureau des services publics locaux

Emilie Braive : secrétaire du Cnof.

Association des maires de France

Rollon Mouchel-Blaisot : directeur général.

Julie Roussel : chargée d'études.

Défenseurs des droits

Bernard Dreyfus : délégué général à la médiation avec les services publics.

Marie Laudijois : adjointe au délégué.

Conseil National du Sida

Laurent Geffroy : conseiller expert.

Institut National de la Recherche et de la Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles

Véronique Caron : conseiller médical.

Ordre National des Médecins

Dr. Romestaing : responsable santé publique.

Cecile Bissonnier : chargée de mission.

Personnalités

M Jean Pierre Sueur Président de la commission des lois du Sénat.

M Philippe Gosselin député de la Manche.

Professeur Gehanno professeur de médecine du travail au CHU de Rouen.

Associations

Union Nationale des associations familiales

Nicolas Revenu : coordonnateur économie.

Nicolas Brun : coordonnateur santé.

Aides

Bruno Spire : président national.

Renaud Persiaux : plaidoyer santé.

Act up

Cecile Lhuilier :co présidente Paris.

Jérôme Martin : président Paris.

UFC:Que choisir ?

Cédric Musso : directeur du département des relations institutionnelles.

Professionnels

Confédération des Professionnels du Funéraire et de la Marbrerie

Richard Feret : directeur général délégué.

Pierre Larribe : responsable juridique.

A P H Paris- Direction des affaires juridiques

Laure Bedier : directeur.

Marc Dupont : responsable juridique.

Association des thanatopracteurs de France

Dominique Lepape : médecin urgentiste.

Michel Guenanten : trésorier.

Claire Sanezin : chargée de la communication.

Gaetan Lonnat : président.

CHU d'Angers et Faculté de médecine

Professeur Mercier : professeur de médecine.

Yan Bubien : directeur général.

Bernard Lenfant : directeur.

M Vasseur : cadre supérieur.

Ville de Paris, services funéraires

François Michaud Nerard : directeur général.

Fédération Française des Pompes Funèbres :

Florence Fresse : déléguée général.

Union du pôle funéraire public

Marie-Claude Chéramy : trésorière.

Institut français de thanatopraxie

Réné Déguisne : président.

Office français de la prévoyance funéraire

Meziane Benarab : directeur général.

Hygeco:

Patrick de Meyer : vice président.
Carmen de Oliveira : directrice division post mortem.
René Deguisne : directeur qualité.

AFNOR :

Marie Mussard : ingénieur certification.
Jocelyn Loumeto : chef de projet.

Syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés

Cédric Ivanés : président.
Régis Narabutin : secrétaire général.

Le médiateur de la fédération française des sociétés d'assurance

Francis Frizon : médiateur.

Personnes contactées téléphoniquement et ayant apporté leurs contributions

Odile Tonnerre cadre soignant au Centre hospitalier d Annecy
Joelle Brisse cadre supérieur en charge de la morgue de la Timone (APHM)
G Leonetti doyen de la Faculté de médecine et professeur de médecine légale à APHM
Francoise Weber directeur de l'Institut de la Veille Sanitaire
Stephane Gobel du Collectif inter associatif sur la Santé
P Lafeuille professeur au CHU de Clermont Ferrand
O Rodat professeur au CHU de Nantes
Thomas Talec directeur du CH de Sud Essonne
Martine Potiron cadre soignant au CHU de Poitiers
Eric Merlet directeur général de SOS hépatites fédération

ANNEXE 1

DESCRIPTION DES GESTES LORS D'UNE THANATOPRAXIE

2.2. Description des gestes lors d'une thanatopraxie

Le travail réel des thanatopracteurs a été observé et rapporté par Guez-Chailloux en 2005 [Guez-Chailloux, 2005].

En premier lieu, le thanatopracteur installe son matériel : instruments chirurgicaux et matériel à injection près de la tête, matériel à ponction près des pieds. Il enfile sa blouse et ses deux paires de gants (le tout de type chirurgical, à usage unique), et après avoir dénudé le corps, sous lequel il glisse une alèse imperméable, il vérifie qu'il n'y a ni trace de perfusion ni plaie, ni escarre, qui pourraient donner lieu à des fuites.

Il mobilise avec attention les articulations du défunt. La fermeture des yeux est complétée par la pose, sous les paupières, de couvre-yeux, afin de compenser l'effet produit par l'affaissement des globes oculaires.

A l'aide d'un scalpel, le thanatopracteur dégage l'artère carotide qu'il incise sur un centimètre. Les autres voies d'accès principales sont les voies fémorale et sous-clavière, le choix de la voie dépendant de la cause de la mort et de l'état général du corps. Il en clampé la partie supérieure, et introduit dans l'artère une canule à bords émoussés, ni coupante, ni piquante, reliée par un tuyau au bidon de cinq litres contenant le liquide d'injection (liquide dosé entre 1 et 1,5 % d'aldéhyde formique, préparé à l'avance).

La préparation du fluide d'injection artériel varie en fonction de la corpulence et de l'état général du défunt.

Dans un second temps, la manœuvre sera inversée (canule vers le haut et clampage de la partie inférieure de l'artère), afin d'irriguer tête et cou.

Après avoir essuyé son scalpel sur un gros morceau de coton, l'opérateur pratique une deuxième incision, dans la région épigastrique. Il y insert un trocart, qui permettra l'extraction sanguine : introduit dans l'oreillette droite, il est relié à un système d'aspiration (un tuyau relié à un bidon en plastique de cinq litres, vide, relié à une pompe d'aspiration manuelle ou électrique).

Le thanatopracteur débute l'injection de la solution artérielle, à l'aide d'un appareil à injection (ou d'une pompe manuelle) relié au bidon d'injection. Il arrête l'injection après les trois premiers litres, le temps d'amorcer le drainage, grâce à la pompe d'aspiration.

L'injection de solution artérielle et l'évacuation du sang se font ensuite simultanément. En moyenne six à huit litres sont perfusés en un quart d'heure environ.

En fin d'opération, l'opérateur procède, à l'aide du trocart épigastrique, à l'évacuation des liquides et des gaz contenus dans les cavités et les organes (surplus de sang, urine, contenu gastrique, gaz intestinaux). Un mouvement rotatoire du trocart permet l'exploration systématique des cavités thoracique et abdominale.

Le thanatopracteur démonte ensuite le tuyau d'aspiration du bidon, et le branche sur une petite bouteille d'un litre contenant du formaldéhyde concentré à 22 %, dont il injecte environ la moitié dans les cavités abdominale et thoracique, toujours grâce au trocart.

Temporairement, avant désinfection et afin d'éviter les fuites liquidiennes le tuyau d'injection est démonté du bidon d'injection à un bout, et à l'autre extrémité, la canule est retirée de l'incision carotidienne. L'opérateur emboîte ces deux extrémités l'une dans l'autre en circuit fermé. Le trocart relié au bidon d'aspiration par la tubulure est retiré du corps, et plongé dans le bidon d'injection.

Ayant le champ libre, le praticien introduit alors un peu de formaldéhyde en poudre et du coton dans les incisions, avant de les fermer à l'aiguille courbe, ou bien à l'aide d'une vis sans fin en plastique pour l'incision épigastrique, et la pose de points de colle cyanoacrylate pour l'incision carotidienne (chaque bout de l'artère ayant auparavant été ligaturé).

Le thanatopracteur comble ensuite la bouche et les narines (en remontant jusque dans les sinus) avec du coton imbibé d'un produit désinfectant. La fixation de la bouche passe également par la pose d'un point de suture (à l'aide d'une grosse aiguille courbe, sans pince). La fin de l'intervention comprend l'habillage, le maquillage et le coiffage du défunt.

Avant de retirer et de jeter blouse et gants (dans une poubelle à ordures ménagères), le thanatopracteur range les bidons contenant les déchets de soins dans une valise spécialement adaptée. Il jette le scalpel à usage unique dans un collecteur à piquants/tranchants, essuie puis rince au-dessus de l'évier les instruments à usage multiple (trocart et tuyau d'aspiration relié, canule et tubulure d'injection reliée, pince Kocher, aiguille courbe) à l'eau de javel puis à l'eau courante, sans utilisation préalable de produit détergent.

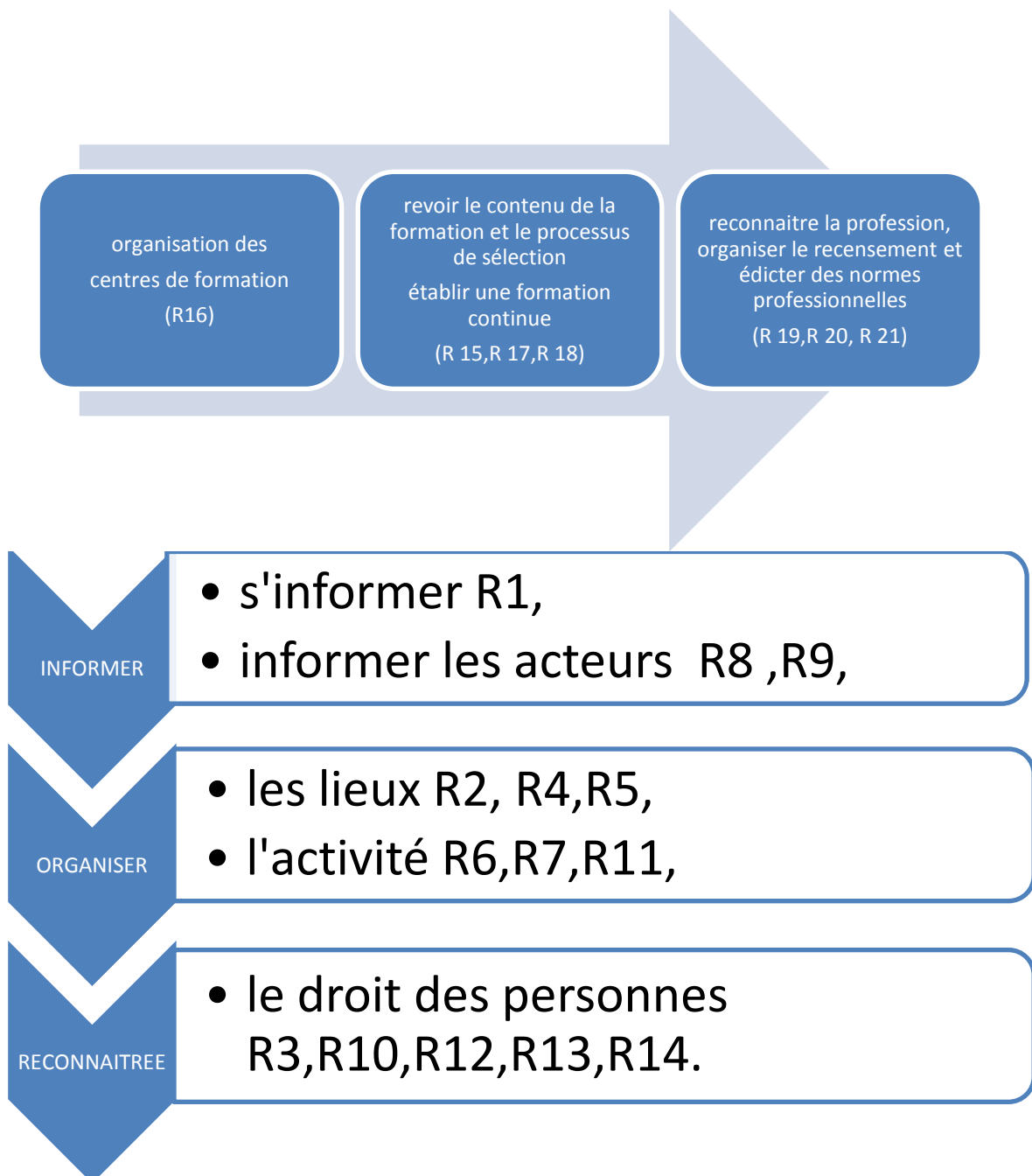
HCSP- Recommandations

Source : HCSP Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie 2012 p 7-8

ANNEXE 2

NOTE DE PRESENTATION DES RECOMMANDATIONS

LES RECOMMANDATIONS concernent à la fois l'organisation de la profession comme de l'activité



SIGLES UTILISES

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGA	Inspection générale de l'administration
IGF	Inspection générale des finances
HAS	Haute autorité de la santé
ARS	Agence régionale de la santé
AFNOR	Agence française pour la normalisation
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
CH, CHU	Centre hospitalier, Centre hospitalier universitaire
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNOF	Conseil national, des opérations funéraires
CPFM	Confédération des professionnels du funéraire et de la marbrerie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
UNAF	Union nationale des associations familiales
VHC	Virus de l'hépatite C
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
Mire Dress	Mission de la recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
CGCT	Code général des collectivités territoriales
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
CSNAF	Chambre syndicale nationale de l'art funéraire

BIBLIOGRAPHIE

(Bibliographie principale)

ARTICLES :

Dossier coordonné par Daniel Maroudy : la chambre mortuaire un ultime lieu de soins, revue Soins décembre 2011

Damien Dutrieux : La chambre mortuaire : aspects juridiques, Revue hospitalière de France, juillet 2002

Grégory Brasseur : thanatopraxie, les soins de la dernière heure, Travail et sécurité 09 -2006

Pascale Trompette : Une économie de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire, revue française de sociologie 2005/2

P Puymérial, C LE Bacle et Guez Chailloux, La thanatopraxie, état des pratiques et risques professionnels, INRS 2005.

Jean Marie Gueullette : La toilette funéraire, dernier des soins, premier des rites, Etudes novembre 2008.

OUVRAGES /TRAVAUX

Marc Dupont et Annick Macrez le décès à l'hôpital, Presses de EHESP 2008.

Olivier Boissin, Pascale Trompette : les services funéraires : du monopole public au marché concurrentiel études pour la Dares, octobre 2002.

Sandrine Caroly, Valérie Rocchi, Pascale Trompette et Dominique Vinck : les services au défunt, acteurs territoires de compétences et dynamiques professionnelles, Mire Dress décembre 2003

François Michaud Nérard, Une révolution rituelle : accompagner la crémation. Editions de l'Atelier 2012

Clin Paris nord et Assemblée régionale des infirmières hygiénistes de la région Nord-pas de calais : Recommandations relatives à la prise en charge de la personne décédée en établissement de santé, décembre 2001.

Directe Ile de France : Chambres funéraire de ville et thanatopraxie : guide d'aide et de contrôle 2012.

Judy Wolf Des corps morts à l'hôpital. Thèse 2010 Ecoles des hautes études en sciences sociales.

RAPPORTS

Haut Conseil de la Santé Publique : Avis du 27 Novembre 2009 relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires.

Haut Conseil de la Santé Publique : Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie, décembre 2012.

Le Défenseur des droits : Rapport relatif à la législation funéraire, 29 octobre 2012.

PIECE JOINTE N°1

TRANSPORTS INTERNATIONAUX ET SOINS DE CONSERVATION : LISTE DES ETATS

LISTE DES ETATS EXIGEANT DES SOINS DE CONSERVATION

AFRIQUE DU SUD	ISLANDE
ALBANIE	ISRAËL
ARABIE SAOUDITE	JAPON
ARGENTINE	JORDANIE
AUSTRALIE	LIBAN
BARBADE	LIBERIA
BANGLADESH	LIBYE
BENIN	MALAISIE (sauf pour les musulmans)
BOLIVIE	MALDIVES
BRESIL	ILE MAURICE
BULGARIE	MEXIQUE
CANADA	MONGOLIE
CEI (ex URSS)	NICARAGUA
CHILI	NOUVELLE ZELANDE
CHINE	PAKISTAN
CHYPRE	PANAMA
COLOMBIE	PARAGUAY
COSTA RICA	PEROU
CUBA	PHILIPPINES
REPUBLIQUE DOMINICAINE	PORTO RICO
EGYPTE	ROUMANIE
GHANA	SALVADOR
GRANDE BRETAGNE (recommandés)	SYRIE
GUATEMALA	SRI LANKA
HONDURAS	TAÏWAN
HONGRIE	URUGUAY
INDE	USA
INDONESIE	VENEZUELA
IRAN	VIET-NAM SUD
IRAK	

PIECE JOINTE N° 2

PRIX MOYEN DES SOINS DE CONSERVATION

CREDOC CSNAF 2012

