

# **Le décès à l'hôpital : règles et recommandations à l'usage des personnels**

Marc DUPONT  
Annick MACREZ

2012  
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

## INTRODUCTION

Mourir à l'hôpital n'est plus, comme c'était le cas jadis, une exception réservée aux pauvres et misérables dépourvus d'un foyer ou d'un entourage. Aujourd'hui en France, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), près de 70 % des décès ont lieu dans un établissement de soins ou d'hébergement médicalisé<sup>1</sup> (tableau 1). Cette proportion est encore plus importante dans les grandes villes. Quel que puisse être le « vieillissement de la mort » (on meurt de plus en plus vieux dans nos sociétés)<sup>2</sup>, les décès à l'hôpital concernent toutes les catégories sociales et tous les âges.

Tableau 1. Répartition des lieux de décès en France selon le sexe, l'âge, le statut matrimonial et les causes médicales de décès, année 2008 (%)

	Total effectifs	Hôpital		Domicile		Maison de retraite (%)		Autres lieux* (%)		Total (%)
		Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	
<b>Ensemble</b>	543 149	312 354	57,5	144 780	26,7	59 088	10,9	26 927	5,0	100,0
<b>Sexe</b>										
Homme	277 608	—	60,3	—	26,8	—	6,7	—	6,1	100,0
Femme	265 541	—	54,5	—	26,5	—	15,3	—	3,7	100,0
<b>Âge</b>										
< 40	17 935	—	49,4	—	25,9	—	0,3	—	24,4	100,0
40-69	124 459	—	62,1	—	28,7	—	1,5	—	7,6	100,0
70-79	112 984	—	65,7	—	24,7	—	5,9	—	3,7	100,0
80-89	192 121	—	58,2	—	25,0	—	13,8	—	3,1	100,0
90+	95 650	—	42,0	—	29,8	—	25,1	—	3,0	100,0

1. Cette proportion s'est stabilisée depuis les années 1990 après une longue évolution : en 1964, 75 % des décès avaient encore lieu dans un logement (*Le Nouvel Économiste*, n° 1514, 25 au 31 mars 2010).

2. Désormais, la mort frappe très majoritairement des personnes âgées dont les proches (conjoint, enfant, frère ou sœur, voire père ou mère) sont de plus en plus âgés. La mort des proches parents est un ensemble d'événements qui prend place au seuil de la vieillesse, voire en pleine vieillesse. Dans un avenir pas très éloigné, les décès se concentreront encore plus à des âges très élevés (voir notamment M.-F. Bacqué, « Augmentation de la longévité, multiplication des deuils : les nouveaux "vieux" sont aussi de grands endeuillés », *Études sur la mort*, vol. 126, n° 2, 2004, p. 149-158).

	Total effectifs	Hôpital		Domicile		Maison de retraite (%)		Autres lieux* (%)		Total (%)
		Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	
<b>Statut matrimonial</b>										
Marié	217 831	—	64,8	—	26,1	—	4,9	—	4,2	100,0
Veuf	205 823	—	52,4	—	26,0	—	18,6	—	3,1	100,0
Divorcé	42 177	—	57,7	—	29,3	—	6,9	—	6,1	100,0
Célibataire	77 318	—	50,6	—	28,7	—	9,2	—	11,5	100,0
<b>Cause de décès</b>										
Maladies	494 969	—	58,7	—	26,3	—	11,3	—	3,6	100,0
Causes traumatiques	33 266	—	37,8	—	34,5	—	5,6	—	22,0	100,0
Autres	14 914	—	61,8	—	23,3	—	8,7	—	6,2	100,0

Source : INSERM, CépiDC, Observatoire national de la fin de vie, *Rapport 2011*.

\* Voie publique et autres lieux.

Les projections démographiques indiquent que le nombre annuel de décès dans notre pays va s'accroître de façon significative au cours des prochaines années<sup>3</sup>. Cet aspect des choses mérite forcément l'attention, même si une incertitude existe sur l'impact de cette évolution programmée : des modalités alternatives des pratiques feront-elles que l'on décèdera moins à l'hôpital, rejoignant ainsi le souhait de la plupart de nos concitoyens<sup>4</sup>? Les corps des patients décédés seront-ils davantage transférés, hors l'hôpital, vers des lieux privés? Ou, au contraire, l'hôpital conservera-t-il sa fonction actuelle et doit-il en conséquence s'organiser dès à présent dans la perspective de cette situation nouvelle?

En tout état de cause, les données statistiques témoignent du fait que la mort, de même d'ailleurs que la naissance, a quitté en grande partie, et peut-être définitivement, la sphère du domicile privé. L'hôpital est devenu, sans qu'on en soit plus ou moins conscient, le dernier refuge de la plupart de nos contemporains : il est le lieu où l'on lutte pour la vie, mais aussi celui où l'on vient mourir.

3. Dans les années à venir, il faut s'attendre à une importante hausse du nombre des morts. Ainsi, le nombre annuel de décès devrait commencer à s'élever dès maintenant pour atteindre plus de 750 000 d'ici une trentaine d'années. En 2049, la France devrait compter 773 000 décès (contre 530 900 en 2005). Selon ces projections, le nombre de décès devrait connaître une hausse de près de 50 % d'ici 2050 (A. Monnier, S. Pennec, « La mort est au centre de la vieillesse », communication à la XXXIV<sup>e</sup> conférence générale de la population, INED, UIESP, non publiée; J. Wolf, *Des corps morts à l'hôpital : transformations des pratiques professionnelles et enjeux anthropologiques*, École des hautes études en sciences sociales, p. 275).

4. Selon un rapport de l'Académie de médecine (mars 2001), 70 % des Français interrogés souhaitaient mourir à leur domicile. Cette donnée semble stable malgré le développement des politiques de santé visant à encourager le maintien à domicile (voir le rapport 2011 de l'Observatoire national de la fin de vie, *Fin de vie, un premier état des lieux*, La Documentation française, p. 85 et les différents travaux qui y sont cités). Les évolutions en la matière ne seront pas dépourvues d'incidence sur les modalités de prise en charge par les lieux d'accueil des morts, face à l'afflux soutenu de défunts attendu pour les décennies à venir.

Des études récentes ont montré également que, dans la plupart des cas, les patients y décèdent seuls, uniquement entourés par les soignants, et ceci même lorsqu'est prévisible la mort prochaine<sup>5</sup>.

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer cette évolution : l'image et la présence de la mort, devenues dans nos sociétés bien moins supportées que naguère<sup>6</sup>, l'éclatement des familles et le travail des femmes qui, le plus souvent, ont mis un terme à l'assistance à domicile jusqu'alors assurée par les membres de la famille, la médicalisation des derniers moments de la vie...

Enfin, l'hôpital est un lieu où sont soignés les malades en détresse vitale et ceux qui sont atteints des pathologies les plus graves : les décès ne peuvent y être considérés *a priori* comme des échecs de la médecine ou le résultat de prises en charge défailiantes.

Tout ceci concourt, même si le terme peut paraître brutal, à faire aujourd'hui de la prise en charge des personnes mourantes, puis décédées, et de l'accompagnement de leurs familles une véritable activité hospitalière. L'hôpital remplit une fonction sociale considérable à ce titre.

Le présent ouvrage avait initialement été rédigé, dans ses trois premières versions publiées aux éditions de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (en 1997, 2002, 2007), afin de répondre à une demande convergente de nombreuses équipes de cet établissement de santé universitaire, qui, dans l'exercice des différents métiers de l'hôpital, affrontent les décès, parfois rarement, parfois de façon quotidienne.

Il avait été jugé nécessaire de doter les différents personnels d'un recueil regroupant d'une manière accessible et complète, à la fois les principales règles à caractère juridique qui s'imposent dans la prise en charge des personnes décédées, et de repères professionnels dans les conduites administratives et soignantes au sens large.

Parallèlement, le « matériel » entourant le décès au sein des hôpitaux avait été repensé et actualisé : les registres, modèles de documents administratifs, petits objets d'identification et de dépôt, qui avaient peu évolué depuis de nombreuses années, méritaient une refonte et une remise en forme homogène.

Le champ de l'ouvrage a été élargi, au-delà de l'hôpital public, à l'ensemble des établissements de santé privés et, indirectement, aux institutions médico-sociales telles que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces différents établissements ne relèvent pas toujours d'une réglementation précise en la matière. Pour la plupart, ils ne disposent pas de

---

5. Un quart des personnes seulement (24%) meurent entourées de leurs proches (E. Ferrand, « Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions », *Archives of Internal Medicine*, 2008).

6. Le thème du « déni de la mort » (la mort « tabou », tue et non exposée), comme attitude largement partagée par nos sociétés développées, a, semble-t-il, été développé pour la première fois en 1955 par Geoffroy Gorer (« Pornography of death », in *Death, Grief and Mourning in contemporary Britain*, Londres, Cresset Press, 1965, trad. française G. Gorer, « Pornographie de la mort », in *Ni pleurs ni couronnes*, EPEL, 1995), puis porté par les travaux de Philippe Ariès en France.

chambre mortuaire, ne pratiquent pas de prélèvements et ne sont pas confrontés aux décès en service d'urgences. Pour autant, ils ne sont pas sans rencontrer des situations comparables lors du décès de leurs patients et leurs équipes devraient trouver dans les pages qui suivent des indications utiles pour leurs organisations.

Dans ses versions précédentes, l'ensemble de ce travail avait été mené à partir du support actif et critique constitué par un groupe de réflexion multi-professionnel.

L'esprit de ce travail collectif a été conservé dans cette nouvelle édition, avec la volonté de disposer de regards croisés sur toutes ces questions, en faisant référence aux situations concrètes comme aux réflexions savantes (de nombreux travaux, et de grande qualité, ont enrichi le sujet au cours des dernières années : citons ceux de Judith Wolf, de Dominique Memmi, de Pascale Trompette, de Marie-Frédérique Bacqué...), et en recherchant une rédaction pédagogique.

Son postulat est que l'accompagnement des décès doit aujourd'hui se concevoir dans le cadre d'une prise en charge globale du malade et de sa famille, associant des compétences diverses, mais complémentaires. Il rejoint le souhait récemment exprimé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans un rapport remarquable, que cesse « le déni de la mort dans les établissements hospitaliers<sup>7</sup> », qu'entre les deux conceptions actuelles de l'activité mortuaire — « dans le premier cas, celle-ci est conçue comme le lieu de dépôt des corps en l'attente d'un transfert, alors que dans le second cas, l'activité mortuaire se conçoit comme la partie finale d'un parcours hospitalier par les soins apportés au corps du défunt et l'accompagnement des familles et des proches » —, la seconde vienne à s'imposer<sup>8</sup>.

Enfin, cette prise en charge est traditionnellement organisée par l'intervention successive des différents professionnels qui exécutent ces tâches, jusqu'à récemment peu valorisées, souvent dans une grande solitude. L'ambition de ce travail est de mettre en lumière cette fonction sociale de première importance, et difficile, assumée discrètement par les équipes hospitalières, et de lui restituer toute sa place.

L'ouvrage se limite aux pratiques et références *post mortem*. La fin de vie des patients, les soins spécifiques dispensés dans ces circonstances, tout le travail d'assistance et de réconfort des mourants ne sont qu'évoqués.

Mais il existe une continuité nécessaire des soins et de l'accompagnement des familles, du côté de la vie et du côté de la mort. Si, par définition, le cadavre n'est plus une personne, le corps de la personne morte doit être protégé au nom de cette personne qu'il incarnait.

À l'évidence, la réflexion — essentielle à nos yeux — sur l'accompagnement des mourants, et notamment sur la dispensation de soins palliatifs, a beaucoup progressé au cours des dernières années. Aussi, une nouvelle présentation des recommandations dans ce domaine, qui fait l'objet d'une abondante littérature,

---

7. F. Lalande, O. Veber, *La mort à l'hôpital*, Inspection générale des affaires sociales, p. 84.

8. *Ibid.*

ne répondrait ici qu'à un souci d'exhaustivité. La vision d'ensemble a ainsi en partie été sacrifiée au souci d'aborder de façon concise l'après-décès, qui, jusqu'à présent, a rarement été exposé de façon systématique.

Le devoir d'accompagnement des mourants, l'organisation, dans le plus grand respect des personnes, de la fin de vie à l'hôpital sont aujourd'hui reconnus à part entière dans les bonnes pratiques soignantes.

Il s'agit d'une évolution essentielle : au sein des institutions hospitalières, quelle que soit leur taille ou leur spécialité, le décès doit être entouré de toute l'attention et la sollicitude possibles. Il n'est pas anodin que, dès son second article, le code de déontologie médicale énonce que « le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ». Les devoirs qui découlent de cet article doivent en fait être partagés par l'ensemble des personnels hospitaliers.

Ils vont de la dignité entourant les pratiques *post mortem* sur le corps du défunt à l'accompagnement et au réconfort vigilant des familles et des proches. Ces obligations sont certes lourdes à porter et dépassent le champ des soins aux vivants. Mais c'est seulement ainsi que l'hôpital peut être et demeurer un lieu d'humanité.

La façon dont l'hôpital traite la mort est un traceur fidèle du respect des malades et de la qualité des soins<sup>9</sup>.

On trouvera ci-après, en dix chapitres traitant d'un moment ou d'un aspect particulier de la prise en charge *post mortem* à l'hôpital, à la fois un exposé détaillé sur les règles en vigueur et sur les façons de procéder qui paraissent recommandables et une présentation plus accessible des repères essentiels auxquels doivent se référer les professionnels hospitaliers.

Le terme « professionnel » est ici employé à dessein. Il importe en effet que, dans toutes les conduites adoptées à l'occasion d'un décès, les agents qui sont amenés à recevoir et informer les familles, à procéder à des actes dont les conséquences seront importantes au plan de l'état civil, pour l'organisation des obsèques ou pour les suites médico-légales, puissent les accomplir avec une grande sécurité des gestes et sans l'appréhension de mal faire par ignorance.

Pour autant, tout en respectant les règles du droit, la légitimité des recommandations de bonne pratique, lorsqu'elles existent, et la qualité de « prestations de service mortuaire », il a semblé important d'éviter toute affirmation péremptoire en cette matière où les sensibilités et les façons de voir sont, sur certains points, diverses.

Les opérations mortuaires et funéraires ont beaucoup changé au travers des temps. Les survivants les envisagent parfois par référence à des conceptions qui leur sont propres et auxquelles ils tiennent, et qui sont éminemment respectables. L'hôpital, qui est en partie le lieu de leur déroulement, doit écouter et s'adapter, dans toute la mesure du possible, aux demandes des familles.

---

9. *Ibid.*, p. 85, selon la Haute Autorité de santé.

La médicalisation de la mort résulte d'une demande plus ou moins implicite de nos contemporains. Elle ne doit pas conduire, par excès de professionnalisme, à des prises en charge qui deviendraient « inhumaines » dans leur stricte conformité technique.

Des auteurs éminents ont évoqué ce risque, voici maintenant plus d'une trentaine d'années, dans une période où les réflexions sur la mort ont été renouvelées dans nos sociétés<sup>10</sup>.

Ainsi de Norbert Elias soulignant que « Jamais dans l'histoire de l'humanité, les mourants n'ont été relégués derrière les coulisses, hors de la vue des vivants, de manière aussi hygiénique ; jamais auparavant, les cadavres n'ont été expédiés de la chambre mortuaire au tombeau de manière aussi inodore, ni avec une telle perfection technique<sup>11</sup>. » Ou encore de Claudine Herzlich exposant que « L'occultation de la mort, que l'on commençait alors à dénoncer, réside d'abord dans cette relégation des mourants dans le cadre de l'hôpital où la mort n'est plus pensée et prise en charge selon les catégories de l'exceptionnel et du sacré, mais selon celles du "faire" et de l'efficacité d'une part, de la routine et du quotidien d'autre part<sup>12</sup>. »

Cette mise en garde effectuée, et une fois admis que tous les cas concrets auxquels sont confrontés les personnels hospitaliers ne peuvent être envisagés dans un ouvrage, il appartiendra à chacun ou à chaque équipe, en regard des lignes de référence qui sont ici présentées, d'agir en son âme et conscience.

---

10. Dans son ouvrage devenu un classique, *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours* (Gallimard, 1983), l'historien M. Vovelle a souligné l'extraordinaire progression des publications sur la mort au milieu des années 1970 en Europe et, quinze ans auparavant, dans les pays anglo-saxons (p. 741 et suiv.).

11. N. Elias, *La solitude des mourants*, C. Bourgois, p. 37.

12. « Le travail de la mort », *Annales-Économies-Sociétés-Civilisations*, janvier-février 1976, 31<sup>e</sup> année, n° 1, p. 197-217.

# Index

## A

Abandon de corps, 120  
Accident de la route, 28  
Accident médical, 26, 48-50  
Accidentés du travail, 172-173, 358, 380  
Accompagnants, 11  
Accompagnement, 10-11, 60-66, 80-82, 88-90, 108-118, 128, 355-356  
Acte de décès, 140-141, 143-144  
Aides-soignants, 224-226  
Alerte sanitaire, 172  
Anatomie pathologique, 214, 367  
Annonce du décès, 16-22, 35, 189-190  
Anonymat, 179  
Argent, 38  
Association de parents, 113  
Assurance-vie : 55-56  
Attentats, 60-61  
Aumôniers : v. ministres du culte  
Autopsie judiciaire, 164, 166, 173, 367, 376-382  
Autopsie médicale, 82, 89, 126-128, 239-240, 367-369, 381  
Autopsie virtuelle, 342  
Avis d'aggravation, 14-15  
Avis de décès, 17  
Ayants droit, 43-48, 50

## B

Bénévoles, 13  
Biens, 408-442  
Bijoux, 27, 37-38, 408, 416, 418

Bloc opératoire, 26, 50, 328  
Bracelet d'identité, 32, 125, 220

## C

Cahier d'accouchement, 104  
Capital décès, 300  
Carte de donneur, 350  
Catastrophes, 53, 60-61, 65-66, 201, 206  
Cellule d'assistance psychologique, 65-66  
CepiDC (Inserm), 156-160  
Cercueil, 124-125, 148, 180-181, 219, 236, 260-262, 272  
Certificat d'accouchement, 94-99, 120-121  
Certificat d'hérédité, 428-429  
Certificat de décès, 32-33, 51, 151-161, 173  
– électronique, 154-155  
Certificat médical, 50-51, 95-96, 141, 151-152  
Chambre funéraire, 199, 208, 212, 271  
Chambre mortuaire : 196-246  
– accès, 208-211  
– aménagement, 207-212, 229-232  
– établissement multi-sites, 197  
– frais de dépôt, 203, 244-246  
– hygiène, 209, 230-232, 375  
– mort périnatale, 119-128  
– règlement intérieur, 207-208  
– salle de préparation des corps, 230-232  
– statut, 200



Charte d'accueil des familles des victimes de la violence routière, 28  
Clefs (du patient décédé), 416  
Compagnies d'assurance, 54-56, 381  
Comptable public, 419-421  
Consentement au prélèvement, 125-126, 346-351, 378-379  
Conservation du corps, 124  
Consignation, 431  
Constat de décès, 16, 32, 175  
Constat de la mort (préalable au prélèvement), 338-340, 352  
Contrat d'obsèques, 285  
Convention de coordination interhospitalière, 128, 202-203, 205  
Coordination hospitalière, 354, 356-357  
CORRUS, 167  
CRCI (commission régionale de conciliation et d'indemnisation), 381  
Crémation, 102, 121, 123, 148, 204, 236, 285, 310-312, 382  
Critères de la mort, 140-141  
Cryogénéisation, 210

**D**  
Déchets, 233-235  
Déclaration du décès, 142-145, 148  
Délai de conservation du corps, 125, 149-150, 204  
Dépotoire, 197-198  
Dépôt des biens du patient, 412-418  
Dépôt feint, 413  
Désintéressement, 306-309, 440-442  
Deuil, 63-66, 108, 315, 328  
Dignité, 10, 23, 123, 226  
Don du corps, 180, 340, 396-404  
Dossier médical, 33, 43-59, 373  
Droits sociaux (mort périnatale), 116-117

**E**  
Échantillons biologiques, 383-384  
Effets personnels, 408-409  
Enfant sans vie, 94-103, 120  
État-civil, 94-103, 140-190

**F**  
Fermeture du cercueil, 148-149, 163, 219-221, 272-273  
Fiche d'identification, 32  
Fin de vie (procédures judiciaires), 169-171  
Fœtus, 101-102, 120  
Fonctionnaires de police (surveillance des opérations funéraires), 258-259  
Formation (des professionnels), 111-112, 226, 248-254  
Frais de séjour, 118, 417

**G**  
Génétique, 51-52

**H**  
Habillage, 25, 38-39, 177, 213-214  
Héritiers, 422-429  
Hospitalisation à domicile, 144-145  
Housse d'ensevelissement, 181, 272

**I**  
Identification, 40-41, 143, 175-176, 178, 256, 259  
Image (respect de l'), 52-53  
Infections nosocomiales, 57-58  
Information de l'entourage, 14, 16, 18-20, 42-53, 80-81, 112-113, 123, 204, 285, 351, 371, 422-423  
Inhumation, 102, 121, 123, 125, 148, 163, 187, 203, 310-312  
Institut médico-légal, 164, 166  
Interruption de grossesse, 109  
Invalides de guerre, 342  
Inventaire, 37-39, 410-411, 414-418

**L**  
Levée de corps, 219-221  
Liste des opérateurs funéraires, 187, 208, 211-212  
Livret de famille, 100  
Livret d'information, 68-69, 187

**M**  
Maintien du corps dans l'unité de soins, 34-36

- Majeur protégé, 350  
 Maladies professionnelles (voir  
   Accidentés du travail),  
 Maladies transmissibles, 29, 41,  
   57-58, 167, 179-185, 198, 201,  
   216, 235-243, 272, 277, 371-372  
 Maltraitance, 62, 84, 162  
 Mandataire judiciaire à la protection  
   des majeurs, 437-439  
 Maquillage, 24  
 Médecin traitant, 54, 145, 190  
 Médiateur médical, 21  
 Militaire, 18, 342  
 Mineur, 47, 62, 80-103, 350  
 Ministres du culte, 28, 69, 212, 317  
 Mise en bière, 30, 69, 148, 156, 160,  
   165, 175, 180-185, 197-199, 219-  
   221, 241, 256-260, 263-279, 285-  
   297, 321, 401, 461, 466-467  
 Mort fœtale, 92-93, 105  
 Mort *in utero*, 109-110  
 Mort inattendue du nourrisson, 84-90  
 Mort périnatale, 91-128  
 Mort violente ou suspecte, 21, 25,  
   162-171, 175, 357-358, 373  
 Moulage, 218
- N**
- Nettoyage de la chambre, 41  
 Neutralité, 292-293, 306-309  
 Notice d'information des familles,  
   68-69, 187  
 NRBC (risque nucléaire, radiolo-  
   gique, biologique ou chimique),  
   29-31, 235-243
- O**
- Objets abandonnés, 409  
 Obsèques :
  - contrats d'obsèques, 285-286
  - délais, 125, 149-150, 165, 172,  
   220, 287, 377
  - don du corps, 404
  - liberté de choix de l'opérateur  
   funéraire, 290-293
  - liberté des funérailles, 284-285,  
   288-289, 396
  - litiges, 288-289
  - mort périnatale, 117-118
  - obligation alimentaire, 300-302
  - prise en charge financière, 299-  
   305
- Obstacle médico-légal, 26, 162-171,  
   175  
 Opérateur funéraire, 211-212, 215,  
   219-222, 258, 285, 291-292, 294-  
   298
- P**
- Patient détenu, 185-186  
 Patient étranger, 18, 273  
 Permis d'inhumer, 148  
 Perquisition, 57  
 Personnalités, 53-54  
 Personne à prévenir, 15  
 Personne ayant qualité pour pourvoir  
   aux funérailles, 210, 286-287  
 Personnels de chambre mortuaire,  
   223-228, 373-375  
 Personnes décédées amenées par la  
   police, 175-176, 202  
 Personnes décédées bénéficiaires de  
   l'aide sociale, 190  
 Personnes démunies, 190, 222, 302-  
   305  
 Personnes disparues, 177  
 Photographies, 52, 111  
 Pièces anatomiques, 119, 121-122,  
   404  
 Pompes funèbres, 294-298  
 Prélèvements :
  - à but diagnostique ou scientifique,  
   126-127, 163, 177, 208, 237
  - à but thérapeutique, 163, 177,  
   208, 337, 352-366
  - à cœur arrêté, 352, 363-366
  - à la demande du préfet, 278, 372
  - autorisation administrative, 359-  
   360
  - à visée médico-légale, 376-380
  - effectués sur des personnes décé-  
   dées en dehors de l'établissement,  
   276-279, 372
  - et religions, 323-325

Préparation des corps, 23-26, 320-321  
Préposé de l'état-civil à l'hôpital, 17  
Présentation du corps, 34-36, 110-111, 210  
Presse, 22, 53  
Protection du personnel, 180, 232-243  
Protection maternelle et infantile (PMI), 144  
Prothèses, 24, 233-235

## R

Recherche biomédicale, 59-60  
Recherches historiques, 47  
Reconnaissance du corps, 220  
Régisseur, 419-421  
Registre de suivi des corps, 104, 146-148, 198-199  
Registre des décès, 145  
Registre des inventaires, 33, 37-39  
Registre national informatisé des refus de prélèvement d'organes sur une personne décédée (RNR), 348-350  
Réquisition, 56, 165, 167-168, 176, 202, 245-246  
Restauration tégumentaire, 343-344, 352  
Revue « morbidité-mortalité », 58  
Rites funéraires et religieux, 123, 284, 314-325

## S

Secret professionnel et médical, 20, 22, 42-59, 158  
Service social hospitalier, 60-62  
Signalement (autorité judiciaire), 87, 163, 174  
Signalement (sécurité sanitaire), 57-58, 172  
SMUR, 21, 27, 87, 144, 173-175  
Soins de conservation, 182-215  
Soins palliatifs, 10  
Suicide, 162

## T

Télégramme, 15, 17  
Téléphone, 15, 16-17  
Testament, 284, 440-442  
Thanatopraxie, 215, 217  
Toilette, 23-25, 321-322  
Transport de corps, 256-279, 320-321  
– à l'étranger, 273-274  
– à la chambre mortuaire, 26, 35-36, 40-41, 175-176, 267-268  
– après mise en bière, 256  
– à résidence, 11, 265-266  
– avant mise en bière, 175, 256  
– dans l'enceinte hospitalière, 257  
– déclaration, 256, 269, 272-273  
– délai, 264  
– fœtus, 278-279  
– frais, 244-246  
– maladies transmissibles, 181  
– mort inattendue du nourrisson, 88  
– par un véhicule de l'hôpital, 257  
– pour don du corps, 268-269, 401  
– pour prélèvement, 276-278, 358-359  
– surveillance, 258-260  
– vers une chambre funéraire, 269-271  
– vers un établissement de santé, 276

## U

Unité de soins, 10-78, 80-81  
Urgences, 27-31

## V

Véhicules de transport de corps, 258, 266  
Vente des biens du patient décédé, 409  
Vestiaire, 421  
Victimes, 60-62

# Table des matières

► INTRODUCTION.....	3
.....	
① <b>Le décès dans l'unité de soins</b> .....	9
► Les derniers moments.....	10
► L'avis d'aggravation.....	14
► L'annonce du décès.....	16
► La préparation du corps.....	23
► Le décès aux urgences.....	27
► Premières formalités et identification.....	32
► La présentation à la famille.....	34
► L'inventaire.....	37
► Le transport du corps à la chambre mortuaire.....	40
► Information et secret professionnel.....	42
► L'accompagnement social.....	60
► Le soutien des proches.....	63
► Annexes.....	67
Document 1.1. Information des familles.....	68
Document 1.2. Fiche récapitulative pour l'unité de soins.....	70
Document 1.3. Bracelet d'identification.....	71
Document 1.4. Fiche d'identification autocollante (modèle AP-HP).....	71
Document 1.5. Registre des inventaires après décès.....	72
Document 1.6. Enveloppe à bijoux (modèle AP-HP).....	73
Document 1.7. Fiche de liaison entre les unités de soins et la chambre mortuaire.....	74
Document 1.8. Certificat de nature de la mort.....	75
Document 1.9. Certificat de mort naturelle.....	76
Document 1.10. Certificat de mort accidentelle.....	77
Document 1.11. Certificat de mort ni naturelle ni accidentelle.....	78
.....	
② <b>Décès de l'enfant, mort périnatale</b> .....	79
► Le décès de l'enfant.....	80
► La mort inattendue du nourrisson.....	84
► La mort périnatale: généralités.....	91
► L'état-civil et la mort périnatale.....	94
► L'enregistrement des décès périnataux.....	104
► La mort périnatale: l'accompagnement des parents.....	108

▶ <b>En chambre mortuaire</b> .....	119
▶ <b>Annexes</b> .....	129
Document 2.1. Fiche d'intervention : « Mort inattendue de l'enfant de moins de 2 ans ».....	130
Document 2.2. Fiche de signalement à l'autorité judiciaire.....	132
Document 2.3. Certificat médical d'accouchement.....	134
Document 2.4. Accord des parents pour la prise en charge du corps de leur enfant.....	135
Document 2.5. Consentement pour examen fœtopathologique.....	136
Document 2.6. Bordereau de transport pour le corps d'un enfant décédé ou d'un fœtus.....	137
.....	
③ <b>L'état civil, les formalités administratives</b> .....	139
▶ <b>L'état civil : les dispositions générales</b> .....	140
▶ <b>Le certificat de décès</b> .....	151
▶ <b>Circonstances et procédures spécifiques</b> .....	162
▶ <b>Au bureau d'état civil de l'hôpital</b> .....	187
▶ <b>Annexes</b> .....	191
Document 3.1. Document pour la reconnaissance de personnes décédées non identifiées.....	192
Document 3.2. Certificat médical récapitulatif. Présence d'un obstacle médico-légal.....	193
Document 3.3. Certificat de retrait de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile au lithium.....	194
.....	
④ <b>La chambre mortuaire</b> .....	195
▶ <b>Fonction de la chambre mortuaire</b> .....	196
▶ <b>Organisation de la chambre mortuaire</b> .....	207
▶ <b>Les soins de conservation</b> .....	215
▶ <b>La fermeture du cercueil et la levée de corps</b> .....	219
▶ <b>Les personnels de la chambre mortuaire</b> .....	223
▶ <b>Aménagement, hygiène et sécurité de la chambre mortuaire</b> .....	229
▶ <b>Frais de dépôt et transport du corps</b> .....	244
▶ <b>Annexes</b> .....	247
Document 4.1. Annexe de l'arrêté du 16 juillet 2009 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des aides-soignants et des agents de service mortuaire chargés du service des personnes décédées.....	248
Document 4.2. Le métier d'agent de service mortuaire dans la fonction publique hospitalière.....	253
.....	
⑤ <b>Les transports de corps</b> .....	255
▶ <b>Dispositions générales</b> .....	256
▶ <b>Le transport de corps avant mise en bière</b> .....	263
▶ <b>Le transport de corps après mise en bière</b> .....	272
▶ <b>Les transports pour prélèvement</b> .....	276
▶ <b>Annexes</b> .....	280
Document 5.1. Refus médical pour un transport de corps avant mise en bière.....	281
Document 5.2. Accord médical pour un transport de corps avant mise en bière.....	282

.....	
⑥ <b>Les opérations funéraires</b> .....	283
▶ La liberté des funérailles.....	284
▶ Le libre choix de l'opérateur funéraire.....	290
▶ Le service des pompes funèbres.....	294
▶ La prise en charge financière des obsèques.....	299
▶ L'obligation de désintéressement.....	306
▶ Le devenir des corps.....	310
.....	
⑦ <b>Rites et religions</b> .....	313
▶ Les principes généraux.....	314
▶ Les religions et les prélèvements.....	323
.....	
⑧ <b>Les prélèvements</b> .....	327
▶ Diversité des activités de prélèvement.....	328
▶ Principes généraux.....	330
▶ Le cadre légal.....	336
▶ Consentement et refus de prélèvement.....	346
▶ Les prélèvements à but thérapeutique.....	352
▶ Les prélèvements à but diagnostique ou scientifique.....	367
▶ Les autopsies faisant intervenir les autorités de justice.....	376
▶ Conservation et utilisation des échantillons prélevés.....	383
▶ Annexes.....	385
Document 8.1. Constat de la mort avant prélèvement à des fins thérapeutiques ou scientifiques.....	386
Document 8.2. Interrogation du Registre national des refus.....	387
Document 8.3. Formulaire d'inscription au Registre national des refus (proposition).....	388
Document 8.4. Informations et autorisations préalables à un prélèvement ou une autopsie.....	389
Document 8.5. Consentement pour prélèvement <i>post mortem</i> ou autopsie.....	390
Document 8.6. Demande de prélèvement d'organe à but thérapeutique.....	391
Document 8.7. Demande d'autopsie médicale à but diagnostique.....	392
Document 8.8. Demande de prélèvement de tissus à but scientifique.....	393
.....	
⑨ <b>Le don du corps</b> .....	395
▶ La prise en compte de la volonté de la personne.....	397
▶ Le transport du corps.....	401
▶ Les dispositions financières.....	402
▶ Le devenir des corps après les travaux anatomiques.....	404
▶ Annexe.....	405
Document 9.1. Carte de donateur de corps à l'École de chirurgie (AP-HP).....	406

.....	
<b>⑩ Les biens du patient</b> .....	407
▶ <b>Le dispositif légal et réglementaire</b> .....	408
▶ <b>Trois principes légaux de responsabilité</b> .....	412
▶ <b>L'inventaire et le dépôt</b> .....	414
▶ <b>Les agents en charge des dépôts</b> .....	419
▶ <b>L'information donnée sur les biens</b> .....	422
▶ <b>La remise des biens aux héritiers</b> .....	424
▶ <b>Les objets abandonnés</b> .....	430
▶ <b>Le rôle du mandataire judiciaire à la protection des majeurs</b> .....	437
▶ <b>Les dispositions testamentaires</b> .....	440
.....	
<b>Références bibliographiques</b> .....	443
.....	
<b>Sites Internet</b> .....	455
.....	
<b>Annexes</b> .....	457
I. <b>Modèle type de convention de coopération inter-hospitalière pour la prise en charge du corps de fœtus (<i>examens fœto-placentaires et organisation des obsèques</i>)</b> .....	458
II. <b>Règlement intérieur type de chambre mortuaire</b> .....	464
III. <b>Modèle-type de convention de coopération pour l'usage d'une chambre mortuaire</b> .....	469
.....	
<b>Index</b> .....	473