

## 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. Penneç, « 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 défailtantes.

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.

# Le décès dans l'unité de soins

- ▮ Les derniers moments
- ▮ L'avis d'aggravation
- ▮ L'annonce du décès
- ▮ La préparation du corps
- ▮ Le décès aux urgences
- ▮ Premières formalités et identification
- ▮ La présentation à la famille
- ▮ L'inventaire
- ▮ Le transport du corps à la chambre mortuaire
- ▮ Information et secret professionnel
- ▮ L'accompagnement social
- ▮ Le soutien des proches
- ▮ Annexes

## ► Les derniers moments

C'est au sein de l'unité de soins que survient, le plus souvent, le décès à l'hôpital.

L'équipe soignante qui y exerce est confrontée au décès de façon parfois brutale (décès subit, décès en bloc opératoire, aux urgences...), mais il est souvent attendu, même si son moment peut constituer une surprise. Il intervient le plus fréquemment à l'issue d'une période de soins plus ou moins longue, accompagnée le cas échéant de soins palliatifs<sup>1</sup> dispensés par une équipe spécialisée et interdisciplinaire.

Le décès survient de différentes manières, selon que le patient est soigné en réanimation, en cancérologie, en soins palliatifs ou en pédiatrie, en long ou en court séjour, en établissement public ou privé, commercial ou confessionnel... Dans tous les cas, le décès d'un malade est un moment difficile, que partageront les proches, lorsqu'ils sont présents, et les soignants.

L'accompagnement des derniers moments est prévu par différents textes :

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, l'établissement met tout en œuvre pour leur assurer *une vie digne jusqu'à la mort* [...]<sup>2</sup>.

Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leur famille ou leurs proches et les personnes de leur choix (en particulier la personne de confiance qu'elle aura désignée), et naturellement par le personnel et les bénévoles intervenant dans l'établissement<sup>3</sup>;

Le décès du patient fait l'objet d'un accompagnement<sup>4</sup>.

---

1. Les soins palliatifs ont pour objet de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, de sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage (art. L.1110-10, CSP).

2. Sur la dignité de la fin de vie : une décision intéressante de juridiction administrative, concernant un patient mourant, a souligné le droit du patient à disposer, en fin de vie, de conditions matérielles d'accueil et d'un comportement des personnels à son égard « conforme à ce que tout patient est en droit d'attendre du service public hospitalier [...] et à être traité dans des conditions telles que soit assuré le respect de sa dignité alors qu'il se trouvait en fin de vie ». Les manquements dans les modalités de la prise en charge révéleront le cas échéant « une faute dans l'organisation du service de nature à engager la responsabilité de l'établissement » (TA Orléans, W..., 28 septembre 2006, n° 0400549, *L'actualité juridique droit administratif (AJDA)*, 2006, p. 2415).

3. Ministère de la santé et des solidarités, *Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisée*, Éditions Sicom, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins/Direction générale de la santé, avril 2006, 2, p. 6.

4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 2004, « Référence 43 », p. 53.



## L'accompagnement de l'entourage

Il revient à l'équipe soignante d'assister la famille du défunt dans ces instants qui doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Sauf impossibilité immédiate due au mode d'hospitalisation (soins intensifs en unité de réanimation, intervention chirurgicale...), les proches doivent être invités à rester auprès de lui.

Il est souhaitable qu'ils puissent prendre des repas dans l'établissement et y demeurer en dehors des heures de visite<sup>5</sup>.

Qu'elle intègre ou non la dispensation de soins palliatifs, cette prise en charge des proches et du malade en phase terminale doit donner lieu à une organisation spécifique au sein du service, discutée et expliquée en réunion de service, connue de tous les membres de l'équipe soignante.

Des aménagements et des procédures adaptés doivent être pensés en considération des sentiments du malade, de la famille et des autres patients. Ils permettront d'organiser l'installation décente des membres de la famille dans l'unité de soins ou à proximité... L'installation du malade, dans la mesure du possible, dans une chambre à un lit sera un point important : elle permettra de prendre en compte l'intimité du malade et le bien-être des autres patients et de leur entourage ; elle donnera des facilités aux proches, notamment lorsqu'ils sont présents en dehors des heures habituelles des visites, y compris la nuit, ou pour participer à des soins de confort.

Autant que possible, la probabilité du décès proche doit être envisagée avec la famille, avec tout le tact approprié, afin de préparer le deuil à venir. Il peut en être de même des décisions qui devront être prises après le décès.

Les conditions d'un retour du corps à domicile doivent en particulier être expliquées par avance, si la famille semble prête à en parler.

Enfin, depuis la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, une série de dispositions légales prévoient l'information de la personne de confiance éventuellement désignée par le patient, de la famille ou des proches, lorsque le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance du patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie. Elles prévoient également leur consultation lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage de limiter ou d'arrêter « un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie » (art. L.1111-13, code de la santé publique [CSP]).

---

5. Les frais d'hébergement (mise à disposition d'une chambre ou d'un lit) lorsqu'ils concernent les personnes qui assistent un mourant à l'hôpital, ne donnent pas lieu à facturation. Ils sont en effet considérés comme un accessoire du traitement. La gratuité de ces frais d'accompagnant ne s'applique en revanche pas aux frais de repas qui sont à la charge des personnes concernées (circ. min. du 14 juin 1960 relative à l'application du décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 concernant les dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics).

## L'accompagnement du personnel

Les soignants accompagnent souvent le défunt et sa famille dans l'angoisse de la fin de vie et la disparition progressive de l'espoir d'une guérison possible.

Plusieurs études menées au cours des dernières années sur l'organisation des soins palliatifs ont attiré l'attention sur les difficultés psychologiques que peuvent rencontrer les soignants, lorsqu'ils sont fréquemment confrontés à la mort de patients dans leur unité de soins.

Ces difficultés, que les personnes expriment de façon diversement explicite (notamment par un « épuisement professionnel »), concernent en premier lieu celles qui sont elles-mêmes confrontées à un deuil personnel et, plus généralement, celles qui se trouvent, à ce moment de leur vie, en situation de fragilité psychologique<sup>6</sup>.

Une vigilance constante doit être portée aux symptômes des formes spécifiques de stress qui apparaissent dans ces circonstances. Des actions de prévention, basées en particulier sur le dialogue dans l'unité de soins, doivent être organisées<sup>7</sup>. Elles doivent associer de préférence tous les membres de l'équipe, y compris les personnels médicaux, et permettre d'évoquer, avec le temps nécessaire, les décès qui ont eu lieu dans l'unité de soins, et les difficultés que les uns et les autres ont pu rencontrer.

Martine Ruzniewski a analysé dans un ouvrage de référence neuf mécanismes de défense des soignants face à l'angoisse et à la mort au sein des équipes qui y sont confrontées : mensonge, banalisation, esquivance, fausse réassurance, rationalisation, évitement, dérision, fuite en avant, identification projective<sup>8</sup>.

La Haute Autorité de santé recommande de manière générale qu'« un accompagnement psychologique des professionnels (soit) assuré<sup>9</sup> ».

---

6. Voir M. Maubon, M. Nectoux, B. Saada, « Mort des patients, professionnels en deuil ? », « Éthique et société », *Responsabilité*, vol. 11, n° 44, décembre 2011, p. 29 (téléchargeable sur < [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr) >, Rubrique : « Nos publications »).

7. Sur tous ces points, voir J.F. Hanratty, I. Higginson, *Palliative care in terminal illness*, Oxford/ New York, Radcliffe Medical Press, 1994 (2<sup>nd</sup> ed.).

8. M. Ruzniewski, *Face à la maladie grave*, Dunod, 1995 ; voir aussi M. Estry-Behar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse et prévention*, Estem, p. 32 et suiv.

9. ANAES, *Manuel d'accréditation*, op. cit., 2004, 43.c. Constatant « tout à la fois le déni des personnels médicaux et soignants et l'émotion qui, au détour des entretiens, submergeait tel ou telle à l'évocation d'un cas particulier », l'IGAS a souligné combien « la mort pèse d'un point assez lourd sur les personnels hospitaliers. En premier lieu parce que l'idée que la mort est un échec pour les services de soins est unanimement partagée par les personnels. En second lieu parce que les personnes qui décèdent à l'hôpital restent en moyenne beaucoup plus longtemps que les autres dans les services ; en outre, lorsqu'ils accompagnent la fin de vie de certains malades, la distance se réduit. Enfin, certaines morts sont particulièrement difficiles à supporter, notamment celles des enfants ou des mères isolées. Mais la souffrance des personnels, lorsqu'elle n'est pas niée, n'est pas systématiquement prise en charge par les établissements. Certains services ont des groupes de parole ou font appel à des psychologues. De telles solutions devraient être généralisées » (F. Lalande, O. Veber, *La mort à l'hôpital*, IGAS, rapport n° RM2009-124P, La Documentation française, « Rapports publics », 2010, p. 75).

Le rôle des bénévoles, notamment dans les unités confrontées à la fréquence des décès, a été consacré par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, en ces termes :

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord de la personne malade ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du malade et en confortant l'environnement psychologique et social du malade et de son entourage (art. 10; voir aussi art. L.1110-11, CSP).

La présence dans la durée, semaine après semaine, des bénévoles aux côtés de soignants, et la fidélité que marque cet engagement, peuvent en effet constituer un soutien essentiel pour les équipes hospitalières.

Ce rôle est d'autant plus important qu'il a été constaté, au cours des dernières années, qu'une majorité de patients meurent seuls, souvent en service de réanimation, certes entourés des soignants, mais hors de la présence immédiate de leur famille<sup>10</sup>.

---

10. E. Ferrand, F. Lemaire, J. Marty *et al.*, *Enquête nationale « Mort à l'hôpital »*, SAR-Samu 94, hôpital Henri-Mondor, 2005 (inédiée; présentation sur < [www.liberation.fr/societe/0101542702-on-meurt-seul-a-l-hopital](http://www.liberation.fr/societe/0101542702-on-meurt-seul-a-l-hopital) >); E. Ferrand *et al.*, « Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions: French multicenter Mort-à-l'hôpital survey », *Archives of Internal Medicine*, avril 2008, vol. 168, n° 8, p. 867-875). Selon cette seconde étude, un quart des personnes décédant à l'hôpital meurent entourées de leurs proches.

## ► L'avis d'aggravation

Le code de la santé publique prévoit que :

Lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle. Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent être admis à prendre leurs repas dans l'établissement et à y demeurer en dehors des heures de visite si les modalités d'hospitalisation du malade le permettent [...]. La famille ou les proches du malade sont prévenus dès que possible, et par tous les moyens appropriés, de l'aggravation de l'état du malade (art. R.1112-68 et R.1112-69, CSP).

L'information de la famille constitue donc une obligation réglementaire. Elle prendra si nécessaire la forme d'un « avis d'aggravation » (en réalité, avis indiquant la probabilité du décès imminent), qui permettra à la famille de pouvoir se trouver aux côtés du malade dans ses derniers moments, ou d'être présente auprès de son corps dans les heures qui suivent immédiatement le décès, sur le lieu même où le malade était soigné.

Cet avis permet d'informer la famille, mais également d'amortir le choc émotionnel de l'annonce du décès : dans certains cas, la famille n'aura eu aucun moment pour se préparer au décès ; elle pourra même ne pas avoir été informée que le patient avait été admis à l'hôpital. L'avis lui permettra de se préparer au deuil, avant même le décès<sup>11</sup>.

Autant que possible, que le décès soit brutal ou attendu, cette information doit avoir été organisée en amont par l'équipe soignante, afin que les proches soient prévenus sans tarder, mais également sans précipitation, de préférence dans l'ordre choisi par le malade avant son décès.

Il est pour cela important de s'assurer systématiquement, dès l'admission du malade dans l'unité de soins, que les noms des personnes à prévenir et leurs coordonnées ont été correctement portés sur le dossier administratif du malade. Ces informations doivent être vérifiées dès que possible avec le malade, si son état le permet, ou lors d'appels téléphoniques de sa famille.

---

11. *Le Manuel d'accréditation des établissements de santé, op. cit.* (« Les personnes à prévenir sont contactées en cas d'état critique du patient et/ou en cas de décès », 2004, 43.a.) comme la *Charte de la personne hospitalisée*, II (« En cas de décès imminent, l'établissement s'attachera à prévenir la personne de confiance, la famille ou, à défaut, les proches, dans un délai leur permettant d'avoir la possibilité d'accompagner la personne lors de ses derniers moments ») insistent sur cette obligation d'information.

Les souhaits des malades ou de leur famille concernant les modalités pratiques entourant le décès peuvent être recueillis lors des soins, lors de discussions, parfois même dans les derniers instants de la vie. Ces informations doivent être réunies sur un support disponible pour tous les soignants, de préférence sur la feuille des données administratives ou sur la fiche d'identification du dossier de soins du malade.

Une fiche spécifique de renseignements, mise à jour si nécessaire, peut être élaborée par le service et permettra de noter les différentes personnes à prévenir, en respectant d'abord la volonté du malade : en effet, les personnes que le malade a souhaité faire prévenir en premier lieu ne sont pas forcément celles souhaitées par la famille ; les volontés du malade peuvent par ailleurs évoluer au cours du séjour hospitalier.

## Appel téléphonique et télégramme

En pratique, l'aggravation de l'état du malade (en danger de mort) est portée à la connaissance de la famille avec l'accord d'un médecin du service. Cette information prend la forme soit d'un appel téléphonique, soit de l'envoi d'un télégramme.

L'appel téléphonique sera effectué dans l'unité de soins par un membre de l'équipe soignante : le médecin, le cadre infirmier ou l'infirmière. L'heure et la date de cet appel doivent figurer sur la fiche d'admission (fiche individuelle).

Si l'appel téléphonique aboutit à un répondeur téléphonique et qu'aucun autre numéro de téléphone n'a été indiqué par le malade décédé, un message doit être laissé, dans des termes volontairement non explicites, et qui peut être énoncé ainsi :

Prière de rappeler dès que possible l'hôpital....., service..... au sujet de M. ou Mme..... tél..... le..... (date), ..... (heure).

Le télégramme, adressé si la famille ne peut être jointe par téléphone (et même si un message a été laissé sur répondeur téléphonique), peut être rédigé dans les termes suivants :

L'état de santé de M. ou Mme..... s'est aggravé. Prière de contacter le service..... tél.....

Certaines unités de soins, certains professionnels, ont parfois l'habitude de procéder de telle sorte que l'avis d'aggravation soit adressé alors même que le décès du patient vient en réalité d'avoir lieu, pour ménager les proches et les préparer à cette nouvelle difficile. Cette façon de procéder peut être jugée dans certains cas opportune. Elle ne peut cependant avoir un caractère systématique. Laisser entendre que la personne décédée est toujours en vie constitue en effet un procédé toujours discutable et source potentielle de litiges.

## ► L'annonce du décès

Le code de la santé publique prévoit que « La famille ou les proches sont prévenus dès que possible, et par tous moyens appropriés [...], du décès du malade » (art. R.1112-69).

Le décès du malade doit être constaté par un médecin — « le décès paraît réel et constant ». Un certificat à la fois administratif et médical, le certificat de décès doit en attester (voir *infra*, p. 140 *sq.*).

Une fois constaté, le décès doit être porté à la connaissance de :

- la famille (ou telle ou telle personne que le patient aura expressément désignée, le cas échéant à l'exclusion de toute autre ; sur ce dernier point, voir p. 284) ;
- la direction de l'hôpital (préposé aux admissions, à l'état civil)<sup>12</sup> ;
- l'officier d'état civil de la commune, à la mairie (sur tous ces points, voir *infra*, p. 142 *sq.*).

Le code de la santé publique prévoit par ailleurs que « le décès (leur) est confirmé par tout moyen » (art. R.1112-69).

Si la famille (ou la personne désignée par le malade de son vivant : la personne « à prévenir » dont les coordonnées doivent être mentionnées dans le dossier administratif du patient) n'est pas présente dans l'unité de soins au moment du décès<sup>13</sup>, il est impératif de la joindre rapidement par téléphone (même pour un décès nocturne) pour l'en prévenir.

Il paraît préférable que le professionnel insiste, autant que possible, pour donner des explications détaillées en face à face, en ne donnant qu'un minimum d'informations téléphoniques<sup>14</sup>.

Si l'appel téléphonique aboutit à un répondeur téléphonique, les dispositions indiquées pour l'avis d'aggravation (voir *supra*, p. 15) doivent être appliquées.

---

12. La copie de l'avis de décès doit être conservée par l'établissement de santé, lorsqu'il est public, pendant dix ans (arrêté du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières).

13. « Si l'établissement hospitalier est tenu, en tout état de cause et en premier lieu, d'informer les proches parents (ascendants, descendants), rien ne s'oppose à ce que la nouvelle soit communiquée à une personne étrangère à la famille du malade (ami, voisin, etc.) si le malade lui-même en avait exprimé le souhait. Mais [...] il ne saurait être exigé de l'établissement qu'il procède à la recherche [de ces personnes] si le malade lui-même ou sa famille n'a pas désigné aux services compétents de l'établissement la ou les personnes à prévenir et signalé, en temps utile, tout changement d'adresse intervenu » (« Questions et réponses des ministres aux questions écrites », 17456, Réponse, *Journal officiel, Débats parlementaires, Assemblée nationale*, n° 72, 8 septembre 1979, p. 7202).

14. M. Guerrier, V. Indirli, D. Poisson *et al.*, *Enquête sur l'usage du téléphone dans le contexte du décès d'une personne en l'absence de ses proches*, Espace éthique AP-HP/Département de recherche en éthique Paris-Sud 11, 2006.

La prudence est requise quant à l'usage des téléphones portables : le destinataire de l'appel peut se trouver dans une situation où l'annonce du décès peut être particulièrement mal venue, voire dangereuse (en voiture). L'appel sur un numéro de téléphone fixe doit être privilégié. L'usage de messages de type Short Message Service (SMS) ne peut être qu'exceptionnel et limité à une demande de rappel du service.

Il est recommandé que l'annonce du décès soit effectuée par un membre de l'unité de soins. En cas de difficulté, le préposé de l'hôpital chargé de l'état civil<sup>15</sup> peut assurer cette information.

Lorsque l'établissement dispose de cet équipement, les renseignements concernant le lieu, les horaires d'accès à la chambre mortuaire doivent être communiqués à la famille si celle-ci ne peut se rendre immédiatement à l'hôpital. Il est nécessaire de noter sur la fiche d'admission :

- le nom de la personne contactée ;
  - la date et l'heure de l'appel,
- et de signer.

Si la famille, non joignable, ne peut être prévenue, il convient d'en informer sans délai le préposé chargé de l'état civil qui tentera d'y parvenir<sup>16</sup> ou se chargera d'adresser un télégramme. Ce dernier attestera que l'hôpital a essayé de joindre un membre de la famille.

Le télégramme peut être rédigé dans les termes suivants :

Nous avons le regret de vous annoncer le décès de M. ou Mme....., ce jour (service....., date..... et heure.....). Pouvez-vous contacter l'hôpital pour faire connaître vos intentions? Tél. (du bureau de l'état civil):.....

### Le télégramme

Depuis 1988, les télégrammes ne sont plus remis par coursier spécial, mais transmis par téléphone et, à défaut, par courrier ordinaire (service France Telecom : [www.telegramme.com](http://www.telegramme.com)).

En conséquence, si l'envoi du télégramme a lieu à la veille d'un week-end ou d'un jour férié et si le destinataire n'est pas présent à son domicile au moment où on lui téléphone le message, le délai d'acheminement peut prendre trois jours.

En effet, le texte dicté par téléphone à un opérateur de France Telecom (3655), par fax (01 55 78 36 60) ou par Internet, est traité dans l'heure qui suit. Le destinataire est alors joint par un opérateur. En cas d'absence, l'appel est renouvelé dans un délai de vingt minutes. Si l'opérateur n'obtient toujours pas le correspondant, il introduit les coordonnées téléphoniques dans un automate qui rappellera toutes les vingt minutes, jusqu'à 22 heures. Si la personne n'a pas contacté le centre de France Telecom entre 7 et 9 heures le lendemain matin, le télégramme sera envoyé par la poste.



15. Ou le bureau des admissions, ou encore le service social de l'hôpital, selon l'organisation de l'établissement.

16. « Lorsque les assistantes sociales et le bureau des admissions n'ont pas réussi à trouver un proche, les hôpitaux informent les services de police et de gendarmerie pour essayer de retrouver l'identité de ces personnes. Il convient d'insister si nécessaire pour que ces services entreprennent des recherches au moins minimales » (F. Lalande, O. Veber, *La mort à l'hôpital, op. cit.*, p. 49).

① Le décès dans l'unité de soins

Lorsque l'appel de l'opérateur aboutit à un répondeur téléphonique, il laisse un message demandant au correspondant de rappeler un numéro vert entre 7 et 22 heures. Le destinataire qui rentrera dans la nuit saura ainsi qu'il a reçu un télégramme, mais devra cependant attendre le lendemain pour en connaître la teneur, ou même le surlendemain s'il s'agit d'un samedi, car les centres sont fermés le dimanche et les jours fériés, un seul d'entre eux assurant la réception des messages. Pour des raisons de confidentialité, le contenu du télégramme n'est pas confié au répondeur.

Il est recommandé de demander un accusé de réception de la transmission du message.

### La notification du décès

| Personne décédée  | Personne ou service à prévenir   |
|---|--|
| • Ressortissant étranger dont la famille ne réside pas en France  | • Le consulat le plus proche   |
| • Militaire   | • L'autorité militaire compétente  |
| • Mineur relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance                                 | • Le président du conseil général  |
| • Mineur relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger | • Le directeur de l'établissement dont relève le mineur ou la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel |
| • Personne placée sous sauvegarde de justice  | • Le mandataire spécial  |
| • Personne placée sous tutelle ou curatelle   | • Le tuteur ou le curateur   |
| • Détenu  | • Le directeur de l'établissement pénitentiaire  |
| • Personne non identifiée   | • Les services de police   |

Source: art. R.1112-69, CSP.

Dans les recherches permettant de retrouver un membre de la famille, il est utile de consulter autant que possible les annuaires téléphoniques *via* Internet et d'interroger la mairie du lieu de naissance et celle du domicile du malade décédé.