

N° 654

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 juillet 2019

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la **thanatopraxie**,*

Par M. Jean-Pierre SUEUR,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Bas, *président* ; MM. François-Noël Buffet, Jean-Pierre Sueur, Mme Catherine Di Folco, MM. Jacques Bigot, André Reichardt, Mme Sophie Joissains, M. Arnaud de Belenet, Mme Nathalie Delattre, MM. Pierre-Yves Collombat, Alain Marc, *vice-présidents* ; M. Christophe-André Frassa, Mme Laurence Harribey, M. Loïc Hervé, Mme Marie Mercier, *secrétaires* ; Mme Esther Benbassa, MM. François Bonhomme, Philippe Bonnacarrère, Mmes Agnès Canayer, Maryse Carrère, Josiane Costes, MM. Mathieu Darnaud, Marc-Philippe Daubresse, Mme Jacky Deromedi, MM. Yves Détraigne, Jérôme Durain, Mme Jacqueline Eustache-Brinio, MM. Jean-Luc Fichet, Pierre Frogier, Mmes Françoise Gatel, Marie-Pierre de la Gontrie, M. François Grosdidier, Mme Muriel Jourda, MM. Patrick Kanner, Éric Kerrouche, Jean-Yves Leconte, Henri Leroy, Mme Brigitte Lherbier, MM. Didier Marie, Hervé Marseille, Jean Louis Masson, Thani Mohamed Soilihi, Alain Richard, Vincent Seguin, Simon Sutour, Mmes Lana Tetuanui, Claudine Thomas, Catherine Troendlé, M. Dany Wattebled.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LISTE DES PROPOSITIONS.....	7
AVANT-PROPOS	13
I. FAIRE DE LA PROTECTION DES FAMILLES UNE PRIORITÉ.....	16
A. MIEUX DÉFINIR LA THANATOPRAXIE.....	16
1. <i>Un recours accru à la thanatopraxie en France, plus important en France que chez la plupart de nos voisins européens.....</i>	<i>16</i>
2. <i>Définir plus clairement la thanatopraxie pour lever toute confusion avec les soins de présentation</i>	<i>19</i>
a) <i>La thanatopraxie, technique de conservation temporaire du corps du défunt.....</i>	<i>19</i>
b) <i>Mieux distinguer la thanatopraxie des soins de présentation du corps du défunt</i>	<i>22</i>
B. GARANTIR LA LIBERTÉ DE CHOIX DES FAMILLES ET LUTTER CONTRE DES PRATIQUES ABUSIVES.....	26
1. <i>Favoriser la protection des familles.....</i>	<i>26</i>
a) <i>Le choix de la thanatopraxie relève du libre choix des familles ou du défunt, dans le cadre réglementé des opérations consécutives au décès.....</i>	<i>26</i>
b) <i>Rappeler l'impossibilité de recourir à la thanatopraxie en cas d'obstacle médico-légal.....</i>	<i>30</i>
c) <i>S'interroger sur l'utilité de la thanatopraxie, lorsqu'elle ne peut pas avoir l'effet conservateur recherché.....</i>	<i>33</i>
d) <i>Assurer la bonne application des textes permettant l'égal accès à la thanatopraxie pour les défunts porteurs de certaines infections transmissibles...35</i>	<i>35</i>
2. <i>Garantir le consentement libre et éclairé des familles à la thanatopraxie</i>	<i>41</i>
a) <i>Le coût de la thanatopraxie est non négligeable par rapport au coût global des obsèques</i>	<i>41</i>
b) <i>Assurer la bonne information des familles et lutter contre des pratiques abusives.....</i>	<i>42</i>
3. <i>Clarifier et rendre efficace la procédure d'explantation des prothèses fonctionnant au moyen d'une pile pour réduire le coût imputable aux familles.....</i>	<i>49</i>
II. MIEUX PRÉVENIR LES RISQUES ASSOCIÉS À LA THANATOPRAXIE EN SÉCURISANT LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES THANATOPRACTEURS	53
A. UNE PRATIQUE FUNÉRAIRE QUI EXPOSE À DES RISQUES SPÉCIFIQUES.....	53
1. <i>Outre les risques chimique et infectieux, la thanatopraxie expose à des risques physiques et psychosociaux.....</i>	<i>53</i>
2. <i>Les conditions de travail des thanatopracteurs sont variables selon les locaux utilisés.....</i>	<i>55</i>
B. SÉCURISER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES THANATOPRACTEURS EN RENFORCANT LES MESURES DE PROTECTION INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES.....	57
1. <i>Pour une amélioration des mesures de prévention des risques adoptées par les thanatopracteurs</i>	<i>57</i>
a) <i>Imposer aux thanatopracteurs d'appliquer les précautions universelles standard pour prévenir le risque infectieux</i>	<i>57</i>

b) Assurer le respect de l'obligation de vaccination des thanatopracteurs contre l'hépatite B et contre d'autres maladies infectieuses.....	59
c) Mettre en place les conditions d'une gestion plus rigoureuse des déchets d'activités de soins à risque infectieux.....	62
2. <i>Garantir aux thanatopracteurs des outils efficaces de prévention des risques</i>	68
a) Assurer l'adaptation des chambres mortuaires et funéraires à la prévention des risques chimique et infectieux.....	68
b) Traiter le cas particulier de la thanatopraxie à domicile.....	71
c) Permettre la transmission au thanatopracteur des informations indispensables à son activité contenues dans le certificat de décès, sans porter atteinte au secret médical.....	75
d) Proposer un suivi médical à tous les thanatopracteurs	76
e) Anticiper les évolutions concernant l'utilisation des produits biocides	77
III. RENFORCER LE PILOTAGE DES POUVOIRS PUBLICS SUR L'ACTIVITÉ DE THANATOPRAXIE	80
A. RENFORCER LE CONTRÔLE DE L'HABILITATION PRÉFECTORALE DES OPÉRATEURS FUNÉRAIRES PROPOSANT DES PRESTATIONS DE THANATOPRAXIE ET LE SUIVI DE LEUR ACTIVITÉ	80
1. <i>Rendre plus effective l'attribution de l'habilitation des thanatopracteurs et son contrôle dans la durée</i>	80
2. <i>Doter les pouvoirs publics d'outils permettant le suivi et le contrôle effectif des acteurs</i>	85
B. AMÉLIORER L'ORGANISATION DES POUVOIRS PUBLICS IMPLIQUÉS DANS LE CONTRÔLE ET LA RÉGULATION DE LA THANATOPRAXIE.....	87
1. <i>Réorganiser le pilotage public de la thanatopraxie autour du ministère en charge du secteur funéraire, avec le concours des ministères de la santé et du travail</i>	87
2. <i>Associer le ministère du travail au Conseil national des opérations funéraires</i>	89
IV. METTRE FIN AUX DYSFONCTIONNEMENTS DANS L'ACCÈS À LA PROFESSION DE THANATOPRACTEUR ET MIEUX L'ACCOMPAGNER DANS L'EXERCICE DE SON MÉTIER	90
A. METTRE FIN AUX DYSFONCTIONNEMENTS DANS L'ACCÈS À LA PROFESSION DE THANATOPRACTEUR	90
1. <i>La profession de thanatopracteur, une jeune profession réglementée</i>	90
2. <i>Délivrer un diplôme national de qualité et garantir sa sécurité juridique</i>	92
3. <i>Garantir une formation professionnelle initiale rigoureuse et adaptée au sein des organismes publics ou privés</i>	100
B. ACCOMPAGNER LES THANATOPRACTEURS DANS L'EXERCICE DE LEUR MÉTIER	105
1. <i>Garantir une formation professionnelle continue pour les thanatopracteurs</i>	105
2. <i>Évaluer la qualité de l'exercice de la thanatopraxie</i>	105
3. <i>Promouvoir la déontologie de la profession</i>	107
EXAMEN EN COMMISSION	109
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES	119
ANNEXE 1 - DOCUMENT OFFICIEL D'INFORMATION AUX FAMILLES	127

**ANNEXE 2 - COMPTE RENDU D'INTERVENTION ANNEXÉ À L'ARRÊTÉ
DU 10 MAI 2017 FIXANT LES CONDITIONS DE RÉALISATION DES SOINS
DE CONSERVATION À DOMICILE129**

**ANNEXE 3 - MODALITÉS D'ÉVALUATION ÉTABLIES PAR LE COMITÉ
NATIONAL D'ÉVALUATION DE LA FORMATION PRATIQUE DES
THANATOPRACTEURS (CNT).....131**

**ANNEXE 4 - PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE
DU DIPLÔME NATIONAL DE THANATOPRACTEUR.....137**

LISTE DES PROPOSITIONS

I. FAIRE DE LA PROTECTION DES FAMILLES UNE PRIORITÉ

A. Mieux définir la thanatopraxie

1. Compléter la définition de la thanatopraxie en précisant qu'elle constitue l'une des techniques autorisées de conservation temporaire du corps, avec d'autres techniques de conservation par le froid.
2. Clarifier la définition de la thanatopraxie en tant qu'acte invasif de conservation du corps et établir une distinction avec la toilette funéraire ou mortuaire et les soins de présentation.

B. Garantir la liberté de choix des familles et lutter contre des pratiques abusives

3. Réaffirmer par voie de circulaire l'impossibilité de recourir à la thanatopraxie en cas d'obstacle médico-légal, y compris après autopsie judiciaire.
4. Maintenir le principe du libre choix des familles ou du défunt de recourir ou non à la thanatopraxie, sauf exceptions légalement prévues.
5. Mener une réflexion dans le cadre du Conseil national des opérations funéraires sur l'utilité de la thanatopraxie lorsqu'elle n'a pas d'effet conservateur.
6. Garantir le libre accès à la thanatopraxie pour tous les défunts :
 - en corrigeant le modèle du certificat de décès pour assurer sa mise en conformité avec les règles en vigueur sur le don de corps ;
 - en organisant des réunions d'information avec des médecins à l'attention des thanatopracteurs sur la prévention du risque infectieux ;
 - en rappelant aux opérateurs de pompes funèbres et aux thanatopracteurs que la mise en bière immédiate ne permet ni thanatopraxie, ni toilette funéraire ou mortuaire, ni soins de présentation préalables.
7. Renforcer la portée du document d'information sur la thanatopraxie mis à disposition des familles et :
 - rendre obligatoire sa transmission avec le devis remis à la famille ;
 - l'annexer aux devis modèles déposés dans certaines communes ;
 - étendre sa mise à disposition aux chambres mortuaires par voie d'affichage ;
 - modifier son contenu en précisant les définitions respectives de la toilette funéraire ou mortuaire, des soins de présentation et des soins de conservation ou thanatopraxie, en le mettant à jour régulièrement en fonction de l'évolution de la réglementation en vigueur.

8. Inscrire précisément les trois rubriques (toilette funéraire, soins de présentation et soins de conservation ou thanatopraxie) dans les devis modèles que les opérateurs funéraires doivent déposer auprès des communes. Leur demander de donner chaque année un prix pour chaque prestation, prix qui les engagera pour toute l'année en question.

9. Formaliser le consentement à la thanatopraxie ou aux soins de présentation dans les contrats prévoyant des prestations d'obsèques à l'avance.

10. Renforcer les contrôles de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et sanctionner davantage, sur le fondement des pratiques commerciales trompeuses, les opérateurs funéraires qui :

- imposent des soins de conservation alors qu'il s'agit d'une prestation optionnelle ;
- facturent une toilette funéraire et/ou des soins de présentation sans effectuer cette prestation car il y a déjà été procédé dans son intégralité par le personnel des chambres mortuaires ;
- facturent des soins sans que leur nature (toilette funéraire, soins de présentation, soins de conservation ou thanatopraxie) soit définie ;
- facturent des soins de conservation, une toilette funéraire et/ou des soins de présentation, lorsqu'un thanatopracteur intervient alors qu'il effectue obligatoirement l'ensemble de ces prestations lors d'une thanatopraxie.

11. Clarifier et rendre effective la procédure d'explantation de certains dispositifs médicaux en :

- définissant les responsabilités respectives des thanatopracteurs et des médecins ;
- permettant aux infirmiers d'effectuer cette opération, sur délégation des médecins et en en tirant les conséquences pour leurs rémunération et conditions de travail ;
- définissant une rétribution propre à cette opération pour les médecins et les infirmiers.

II. MIEUX PRÉVENIR LES RISQUES ASSOCIÉS À LA THANATOPRAXIE EN SÉCURISANT LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES THANATOPRACTEURS

A. Pour une amélioration des mesures de prévention des risques adoptées par les thanatopracteurs

12. Imposer le respect de précautions universelles standard quel que soit le lieu d'exercice de la thanatopraxie et mener une campagne de sensibilisation auprès des thanatopracteurs à cet égard.

13. Assurer le respect par les thanatopracteurs en formation ou en exercice de leur obligation de vaccination contre l'hépatite B par une information et un contrôle effectif des préfetures.

14. Rappeler aux thanatopracteurs leur obligation d'être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite en application de l'arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné. Revoir la rédaction de cet arrêté pour viser clairement les opérateurs funéraires et les thanatopracteurs.

15. Clarifier la rédaction de l'article R. 1335-2 du code de la santé publique sur le régime de responsabilité des producteurs de déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) pour prendre explicitement en compte les professionnels assimilés à des professionnels de santé qui sont producteurs de tels déchets, et donc les thanatopracteurs.

16. Définir une doctrine de contrôle des agences régionales de santé sur le respect de l'élimination des DASRI par les thanatopracteurs et mener les contrôles ciblés qui sont nécessaires à cet égard.

17. Inclure la transmission des pièces attestant de la traçabilité des DASRI parmi les critères de renouvellement de l'habilitation des thanatopracteurs.

18. Favoriser la gestion des DASRI par les chambres mortuaires par voie de convention sans décharger les thanatopracteurs et les opérateurs funéraires de leur responsabilité. Établir et diffuser une convention type auprès des thanatopracteurs. Étudier la mise en place d'un système identique avec les chambres funéraires.

19. Lorsque le transport de DASRI est inévitable, utiliser obligatoirement un véhicule adapté au transport de matières dangereuses.

B. Garantir aux thanatopracteurs des outils efficaces de prévention des risques

20. Imposer l'installation d'un système de captation de l'air à la source dans les chambres mortuaires et funéraires, avec évacuation extérieure de l'air pollué.

21. Mobiliser l'inspection du travail, en lien avec les agences régionales de santé, pour mener à bien des campagnes de contrôle des chambres mortuaires et funéraires.

22. Contraindre les propriétaires des chambres funéraires ou mortuaires qui ne sont pas les employeurs des thanatopracteurs à se conformer aux mesures de prévention des risques chimique et infectieux.

23. Sanctionner de manière effective les responsables des chambres funéraires et mortuaires qui ne respectent pas la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité.

24. Faire un bilan du respect des règles imposées pour la thanatopraxie à domicile en 2021 et, le cas échéant, en tirer les conséquences, si les risques demeurent trop élevés pour le thanatopracteur et son environnement dès lors qu'il n'apparaîtrait pas possible, dans la plupart des cas, de respecter les mesures prescrites.

25. Mettre plus largement à profit les dispositions de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales permettant à une chambre mortuaire d'accueillir le corps de personnes décédées hors de l'établissement de santé gestionnaire de ladite chambre.

26. Transmettre au thanatopracteur par voie dématérialisée le volet administratif du certificat de décès, dans le cadre de la mise en place du certificat de décès électronique.

27. Créer des modalités *ad hoc* de suivi médical pour les thanatopracteurs indépendants. Identifier des médecins généralistes référents par région et imposer aux thanatopracteurs de les consulter au moins une fois par an.

28. Définir avec l'inspection du travail un plan de suivi médical des thanatopracteurs salariés, exposés à plusieurs facteurs de risques. Centraliser au sein du ministère du travail les actions menées en ce sens.

29. Lancer un programme public de recherche pour le développement de produits de substitution au formaldéhyde pour la thanatopraxie.

III. RENFORCER LE PILOTAGE DES POUVOIRS PUBLICS SUR L'ACTIVITÉ DE THANATOPRAXIE

A. Renforcer le contrôle de l'habilitation préfectorale des opérateurs funéraires proposant des prestations de thanatopraxie et le suivi de leur activité

30. Mettre en place un plan de suivi des habilitations accordées au titre de la thanatopraxie et effectuer des contrôles inopinés sur le fondement de l'article R. 2213-44 du code général des collectivités territoriales qui permet la surveillance de toutes les opérations funéraires, nonobstant le fait qu'une habilitation ait été accordée.

31. Sanctionner davantage les opérateurs funéraires par le retrait ou la suspension de leur habilitation, lorsqu'ils ne respectent pas leurs obligations légales et poursuivre pénalement ceux qui proposent des prestations de thanatopraxie sans y être habilités.

32. Mettre en œuvre le référentiel dématérialisé des opérateurs funéraires (ROF) comprenant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

33. Établir un formulaire unique numérique de déclaration préalable à la thanatopraxie pour favoriser l'harmonisation des informations délivrées et l'intégrer au référentiel dématérialisé des opérateurs funéraires.

34. Créer un fichier national des thanatopracteurs pour assurer le suivi de la profession.

B. Améliorer l'organisation des pouvoirs publics impliqués dans le contrôle et la régulation de la thanatopraxie

35. Confier au ministère en charge du secteur funéraire le rôle de « *chef de file* » pour la supervision de l'activité de thanatopraxie et de la profession de thanatopracteur, au titre du service extérieur des pompes funèbres.

36. Assurer l'intervention et l'appui des ministères du travail et de la santé pour l'exercice de leurs compétences respectives. Formaliser les rôles de chaque acteur ministériel dans une convention.

37. Créer un comité de pilotage tripartite avec les ministères en charge du secteur funéraire, de la santé et du travail, pour mettre en œuvre les réformes du secteur de la thanatopraxie et garantir la bonne coopération de tous les acteurs, sous l'égide du ministère en charge du secteur funéraire.

38. Modifier la composition du Conseil national des opérations funéraires (CNOF) pour y intégrer des représentants du ministère du travail.

IV. METTRE FIN AUX DYSFONCTIONNEMENTS DANS L'ACCÈS À LA PROFESSION DE THANATOPRACTEUR ET MIEUX L'ACCOMPAGNER DANS L'EXERCICE DE SON MÉTIER

A. Mettre fin aux dysfonctionnements dans l'accès à la profession de thanatopracteur

39. Confier l'organisation du diplôme national de thanatopracteur au ministère en charge du secteur funéraire, avec l'appui des ministères de la santé et du travail.

40. Substituer au Comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs (CNT) un dispositif à caractère public pour l'organisation de l'évaluation de la formation pratique du diplôme national de thanatopracteur.

41. Revoir le processus d'élaboration des sujets des épreuves théoriques en confiant au président du jury national la détermination de leur contenu en totale indépendance par rapport aux organismes de formation.

42. Revoir la grille d'évaluation des épreuves pratiques et prévoir des critères éliminatoires relatifs aux gestes techniques de la thanatopraxie.

43. Garantir l'impartialité et l'indépendance des évaluateurs de la formation pratique en :

- proscrivant l'évaluation d'un candidat par son propre formateur ;
- prévoyant la présence d'un évaluateur membre du jury national pour chaque candidat ;
- organisant des modalités de déport en cas de lien personnel ou professionnel entre un candidat et un évaluateur ;
- rendant publique la liste des évaluateurs désignés par voie d'arrêté ministériel ;
- organisant les évaluations sur le territoire de façon à limiter les conflits d'intérêts ;
- assurant un meilleur défraiement des évaluateurs.

44. Former les membres du jury et les évaluateurs de la formation pratique à leurs fonctions.

45. Publier chaque année un rapport du jury présentant un bilan quantitatif et qualitatif de l'attribution du diplôme national de thanatopracteur.

46. Rendre plus accessibles au public les informations relatives au diplôme national et publier au Journal officiel tous les actes administratifs, y compris la liste annuelle des thanatopracteurs diplômés.
47. Rationaliser le calendrier d'organisation du concours afin de délivrer le diplôme dans un meilleur délai que ce n'est le cas aujourd'hui.
48. Relever le *numerus clausus* de 10 à 15 % pour permettre de diversifier l'offre de thanatopracteurs sur le territoire.
49. Mobiliser les DIRECCTE pour organiser une campagne de contrôle des organismes privés de formation au diplôme national de thanatopracteur.
50. Imposer comme prérequis à l'inscription en formation au diplôme national de thanatopracteur le suivi d'un stage d'observation de courte durée auprès d'un thanatopracteur diplômé.
51. Mettre en place une procédure de présélection des candidats commune à tous les organismes publics ou privés qui proposent une formation au diplôme national de thanatopracteur.
52. Revoir le contenu du programme de la formation théorique et l'adapter aux besoins de la profession, en renforçant les modules sur l'hygiène et la prévention des risques professionnels, la déontologie et la réglementation funéraire, sans réduire le nombre d'heures consacrées à la médecine légale.
53. Définir strictement les titres et diplômes requis pour enseigner les matières au programme de la formation théorique du diplôme national de thanatopraxie.
54. Généraliser, pour la formation pratique en entreprise, la signature de conventions de stage tripartites entre l'organisme de formation, le stagiaire et l'organisme d'accueil.

B. Accompagner les thanatopracteurs dans l'exercice de leur métier

55. Mettre en place une formation continue à l'occasion du renouvellement de l'habilitation. Inclure, le cas échéant, le fait d'avoir suivi cette formation continue parmi les critères de renouvellement de l'habilitation.
56. Confier aux professionnels, sous l'égide des pouvoirs publics, le soin d'élaborer un cahier des charges standardisé du processus de thanatopraxie et un guide de bonnes pratiques.
57. Prévoir la rédaction d'un compte rendu d'intervention pour chaque thanatopraxie quel que soit le lieu où elle est effectuée.
58. Élaborer un *corpus* de règles déontologiques propre à la profession de thanatopracteur.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Chacun d'entre nous a déjà eu ou aura à affronter le décès d'un parent ou d'un proche au cours de son existence. Si le sujet est universel, chacun aura toutefois une façon personnelle de vivre son deuil. Or, en quelques jours, sinon en quelques heures, les **familles** ou les **proches endeuillés doivent prendre de nombreuses décisions**.

Depuis maintenant près de vingt-six ans et le vote de la loi n° 93-23 du 8 janvier 1993 modifiant le titre VI du livre III du code des communes et relative à la législation dans le domaine funéraire, qui a mis fin au monopole communal en matière d'organisation des obsèques, votre rapporteur s'est employé à faire avancer la législation sur ce sujet difficile avec une priorité : **protéger les familles dans un moment de grande vulnérabilité**.

À la douleur du chagrin, s'ajoutent en effet les **contraintes d'organisation des funérailles** que beaucoup de familles, confrontées à ces situations difficiles, ne maîtrisent pas.

En 2006, votre rapporteur conduisait avec notre ancien collègue Jean-René Lecerf **une mission d'information faisant le bilan et traçant les perspectives de la législation funéraire**¹. La mission formulait alors vingt-sept recommandations² dont la plupart ont ensuite été adoptées dans la loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008 relative à la législation funéraire³.

¹ Bilan et perspectives de la législation funéraire - Sérénité des vivants et respect des défunts, *Rapport d'information n° 372 (2005-2006) de MM. Jean-Pierre Sueur et Jean-René Lecerf, fait au nom de la commission des lois, déposé le 31 mai 2006. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2005/r05-372-notice.html>*

² *Celles-ci étaient destinées à « améliorer les conditions d'exercice de la profession d'opérateur funéraire, à sécuriser et simplifier les démarches des familles, à donner un statut aux cendres des personnes décédées dont le corps a donné lieu à crémation et à prévoir leur destination et, enfin, à faire évoluer la conception et la gestion des cimetières », p. 5 du rapport précité.*

³ *Dont le dossier législatif est consultable à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp105-375.html>*

Dans la continuité de ce travail, votre rapporteur s'est intéressé à l'une des **prestations funéraires proposées aux familles dans le cadre du service extérieur des pompes funèbres** : la **thanatopraxie**, à laquelle de plus en plus de nos concitoyens – presque 40 % - ont désormais recours à l'occasion des obsèques d'un proche.

Pourtant, **la thanatopraxie est mal connue**. L'existence de plusieurs termes pour la désigner en témoigne : les « *soins de thanatopraxie* », « *les soins de conservation* », ou la « *thanatopraxie* », visent en effet la **même prestation**, c'est-à-dire un **acte invasif ayant pour objet de retarder le processus de dégradation du corps** qui intervient inéluctablement après la mort, par l'injection de **produits chimiques**. Votre rapporteur préfère **recourir au terme de thanatopraxie qu'il juge le plus exact**, mais confirme l'équivalence de ces trois expressions, même si les développements du rapport montreront qu'un **effort de précision** de la définition constitue un enjeu essentiel pour clarifier la portée de la thanatopraxie et **garantir le consentement libre et éclairé des familles**.

Quatre-vingt-quatre personnes ont été entendues par votre rapporteur au cours de ses travaux. Outre les représentants des familles, des thanatopracteurs, des opérateurs funéraires, des organismes de formation, des juristes et des ministères concernés, celui-ci a notamment entendu les **auteurs de plusieurs rapports récents ou à venir sur la thanatopraxie** :

- les auteurs du rapport des inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'administration (IGA) publié en 2013 sur les pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation¹ ;

- les représentants du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), organisme auteur de plusieurs avis sur la thanatopraxie en 2009 et 2012², et d'une étude internationale en 2017³ ;

- les représentants de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui travaillent

¹ Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation, *Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, rapport établi par Jean-Paul Segade, Dominique Bellion et Jacques Fournier, juillet 2013. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-130P_DEF.pdf*

² Haut Conseil de la santé publique, *avis relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires*, 27 novembre 2009. Cet avis est consultable à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=104> ; Haut Conseil de la santé publique, *avis portant recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, 20 décembre 2012. Cet avis est consultable à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=303>

³ Étude internationale de la législation et des pratiques des soins de conservation (thanatopraxie) dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord, *Haut Conseil de la santé publique*, 31 janvier 2017 et consultable à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=609>

actuellement sur les alternatives au formaldéhyde, principale substance chimique active utilisée en thanatopraxie¹ ;

- les membres de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) qui rédigent un rapport sur l'évaluation de la formation pratique de thanatopracteur ;

- enfin, les représentants de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), institution référente en matière de santé au travail qui a publié en 2005 une étude sur l'état des pratiques et des risques professionnels en matière de thanatopraxie².

Il a également reçu la contribution écrite du Défenseur des droits, auteur en 2012 d'un rapport sur la législation funéraire³.

Ces auditions ont **mis en lumière de nombreuses difficultés d'application du cadre juridique en vigueur**, pourtant récemment modifié pour prendre en compte des déclinaisons particulières de la thanatopraxie, notamment lorsqu'elle se pratique à domicile, ou pour lever l'interdiction qui prévalait depuis plus de trente ans pour les défunts atteints du VIH ou d'hépatite B.

De la confusion des termes résulte la confusion des prix, ainsi qu'une absence de transparence pour les familles. Votre rapporteur a ainsi été très surpris de constater que, dans de nombreux cas, une prestation onéreuse est facturée aux familles sous couvert de thanatopraxie mais correspond en réalité à des soins non invasifs de présentation (maquillage et coiffure du défunt), voire à une simple toilette funéraire.

De surcroît, malgré le caractère réglementé de cette activité et de la profession de thanatopracteur, votre rapporteur a **déploré de graves dysfonctionnements dans l'accès à cette profession** et, dans son exercice, une **insuffisance manifeste de prise en compte des risques chimique et infectieux**, susceptibles de dommages pour la santé des thanatopracteurs et, plus largement, pour l'environnement.

¹ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Études des alternatives potentielles au formaldéhyde en thanatopraxie, saisine n° 2014-SA-0236 rapport d'expertise collective, Comité d'experts spécialisé « valeurs sanitaires de référence », groupe de travail « Formaldéhyde et substituts », document soumis à consultation en mars 2018. Ce pré-rapport est consultable à l'adresse suivante : https://www.anses.fr/fr/system/files/2014-SA-0236_Rapport_expertise_collective_anapath_08-02-19.pdf

² La thanatopraxie : état des pratiques et risques professionnels, TC 105, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), 2005. Cette étude est consultable à l'adresse suivante : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20105>

³ Rapport relatif à la législation funéraire, Défenseur des droits, 29 octobre 2012. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/la-legislation-funeraire>

Soucieux de **définir enfin un cadre rigoureux pour l'exercice de la thanatopraxie**, votre rapporteur formule **58 propositions** pour faire de la **protection des familles une priorité**, mieux **prévenir les risques associés** à la thanatopraxie en sécurisant les conditions d'intervention des thanatopracteurs, **renforcer le pilotage des pouvoirs publics** sur l'activité de thanatopraxie et, enfin, **mettre fin aux dysfonctionnements dans l'accès à la profession de thanatopracteur** et mieux **l'accompagner** dans l'exercice de son métier.

I. FAIRE DE LA PROTECTION DES FAMILLES UNE PRIORITÉ

A. MIEUX DÉFINIR LA THANATOPRAXIE

1. Un recours accru à la thanatopraxie en France, plus important en France que chez la plupart de nos voisins européens

La France se singularise par un **recours accru à la thanatopraxie, plus important que dans la plupart de ses voisins européens**.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié en 2017 une étude¹ comparant la législation et les pratiques des soins de conservation² dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord³. Cette étude a mis en évidence que la France faisait partie du groupe de pays dans lesquels la thanatopraxie était la plus répandue avec le Canada et les États-Unis, et parmi les pays européens, avec l'Irlande, la Roumanie et le Royaume-Uni. D'après le HCSP, la France a toutefois un recours plus « *modéré* » à la thanatopraxie, à mi-chemin entre l'Angleterre, où elle est très développée, et l'Allemagne, où elle est quasi inexistante pour des raisons culturelles et religieuses.

¹ Étude internationale de la législation et des pratiques des soins de conservation (thanatopraxie) dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord, *Haut Conseil de la santé publique*, 31 janvier 2017 et consultable à l'adresse suivante :

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=609>

² Afin de saisir au mieux la réalité et les pratiques des acteurs, la thanatopraxie a été replacée dans le cadre plus large des soins de conservation mobilisant des procédés chimiques.

³ Les trente pays considérés par l'étude sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Canada, États-Unis.

Classement des pays d'Europe et d'Amérique du Nord selon leurs législations et pratiques en matière de thanatopraxie

Le Haut Conseil de la santé publique a distingué quatre groupes de pays parmi les trente considérés en Europe et en Amérique du Nord :

- les pays dans lesquels la conservation par procédés chimiques répond principalement à un objectif d'hygiène et de sécurité : Chypre, Croatie, Danemark, Estonie, Finlande, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Slovaquie, Slovénie, Suède (13 pays) ;

- les pays dans lesquels la pratique de soins de conservation par procédés chimiques dépasse le cadre médico-légal : Bulgarie, Espagne, Grèce, Pologne, Italie (5 pays) ;

- les pays dans lesquels la thanatopraxie est autorisée mais très peu répandue : Allemagne, Autriche, Belgique, Pays-Bas, Portugal, République Tchèque, Suisse (7 pays) ;

- les pays dans lesquels la thanatopraxie existe en tant que profession indépendante et est répandue : Canada, États-Unis, Irlande, Roumanie, Royaume-Uni (5 pays).

La France se situe, selon les auteurs de l'étude, dans le dernier groupe de pays dans lequel la thanatopraxie est la plus répandue et la profession de thanatopracteur existe en tant que profession indépendante.

Source : étude internationale de la législation et des pratiques des soins de conservation (thanatopraxie) dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord, p. 95, Haut Conseil de la santé publique, 31 janvier 2017.

Si l'étude n'a pas permis d'établir des corrélations entre le taux de thanatopraxie et le taux de crémation dans les différents pays, elle a établi que la majorité des pays européens interdisaient la thanatopraxie avant la crémation, contrairement à la France.

La proportion de soins de conservation est en augmentation constante en France depuis leur apparition dans les années 1960-1970 : pratiqués sur quelques centaines de défunts en 1963¹, ils représentaient déjà 20 % des décès en 1993, puis entre 30 % et 40 % depuis les années 2000, d'après Antoine Carle et Claude Ferradou², entendus par votre rapporteur.

D'après le rapport des inspections générales des affaires sociales et de l'administration publié en 2013 sur les pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation³, la thanatopraxie concernerait environ 200 000 décès par an, soit 34 % des décès en 2013. Sur ces 200 000 décès, 23 % (46 000 environ) des actes de thanatopraxie étaient réalisés à domicile.

¹ Paul Clerc, Manuel à l'usage des thanatopracteurs, avril 2002, éditions Sauramps, p. 21.

² Auteurs du Code pratique des opérations funéraires, éditions Le Moniteur, 2017.

³ Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, rapport établi par Jean-Paul Segade, Dominique Bellion et Jacques Fournier, juillet 2013. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-130P_DEF.pdf

En effet, malgré la prépondérance du nombre de décès en milieu hospitalier (59 % du nombre total des décès), près de 26 % des décès ont eu lieu à domicile en 2016, sur un total de 594 000 personnes décédées en France¹. Votre rapporteur observe en outre que, parmi les personnes décédées à domicile, 30 % d'entre elles feraient l'objet d'une thanatopraxie, ce qui représente une proportion équivalente à la moyenne générale².

Ces estimations corroborent les éléments chiffrés recueillis par votre rapporteur auprès des opérateurs funéraires qui réalisent ces soins de conservation. Ceux-ci font état, pour **l'année 2018**, d'un total de 240 000 thanatopraxies réalisées, ce qui, compte tenu des 614 000 décès survenus en France durant cette année³, indique que **de 39 % des défunts font l'objet d'une thanatopraxie**.

D'après plusieurs personnes entendues par votre rapporteur, et en particulier François Michaud-Nérard, ancien directeur des services funéraires de la Ville de Paris, le **recours à la thanatopraxie serait plus important en milieu rural**, faute d'alternative de proximité pour conserver le corps, surtout lorsque le décès a eu lieu à domicile. Cette analyse a été confirmée par Sandrine Chapel, directrice actuelle des mêmes services. À Paris, seuls 15 % des décès donnent lieu à une thanatopraxie, puisque les corps des défunts sont en général conservés en chambre mortuaire au moyen d'appareils réfrigérés, dès lors que 80 % des décès ont lieu en milieu hospitalier. La thanatopraxie serait donc souvent réservée, d'après les services funéraires de la commune, aux décès à domicile qui ne permettent pas la conservation par le froid sauf équipements spécifiques. Tous les défunts font en revanche, d'après Sandrine Chapel, l'objet de soins de présentation, lorsque les obsèques sont organisées par les services funéraires de la Ville de Paris⁴.

¹ Les autres décès ont eu lieu dans une maison de retraite (14 %) ou sur la voie publique (1 %). Ces données ne sont disponibles de manière détaillée que pour l'année 2016, dans les statistiques publiées dans « Insee focus » n° 95 paru le 12 octobre 2017, article de Vanessa Bellamy, division Enquêtes et études démographiques. L'étude est disponible à l'adresse suivante :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>

² Les données statistiques relatives à la thanatopraxie sont toutefois à prendre avec prudence puisqu'elles relèvent toutes d'estimations approximatives à partir des données connues par les professionnels du secteur, voir infra partie III.

³ Institut national de la statistique et des études économiques, décès et taux de mortalité en 2018, chiffres-clés parus le 15 janvier 2019. Ce document est accessible à l'adresse suivante : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383440#tableau-Donnes>

⁴ Voir infra.

2. Définir plus clairement la thanatopraxie pour lever toute confusion avec les soins de présentation

a) *La thanatopraxie, technique de conservation temporaire du corps du défunt*

Il existe plusieurs méthodes de conservation des corps des défunts : l'utilisation de produits chimiques pour la thanatopraxie, d'une part, et le maintien à une température basse du corps, d'autre part.

Le terme de thanatopraxie, issu du grec ancien « *thanatos* » – Dieu grec de la mort – et « *praxein* », signifiant l'exécution d'une opération manuelle au sens d'opérer, désigne la réalisation d'actes invasifs *post-mortem* visant à retarder le processus de dégradation du corps afin d'assurer sa conservation de manière temporaire. Il apparaît dans la langue française en 1963 pour désigner les nouvelles techniques de conservation du corps des défunts distinctes de l'embaumement.

La thanatopraxie est autorisée parmi les opérations funéraires depuis 1976¹. Elle fait l'objet d'une **définition légale depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a créé l'article L. 2223-19-1 du code général des collectivités territoriales**. Celui-ci définit les « *soins de thanatopraxie* » ou « *soins de conservation* », considérés équivalents, comme les soins ayant « *pour finalité de retarder la thanatomorphose² et la dégradation du corps³, par drainage des liquides et des gaz qu'il contient et par injection d'un produit biocide* »⁴.

D'après les personnes entendues par votre rapporteur, la thanatopraxie permettrait de **retarder la dégradation du corps pendant un délai allant de quelques jours à deux, voire trois semaines**, même si aucune étude scientifique n'existe sur ce processus, une fois le corps inhumé. Le résultat varie, en outre, en fonction de la qualité de réalisation de la prestation, du poids et des pathologies du défunt, ainsi que de l'environnement.

¹ Décret n°76-435 du 18 mai 1976 modifiant le décret du 31 décembre 1941 codifiant les textes relatifs aux opérations d'inhumation, d'exhumation, d'incinération et de transport de corps ; décret du 12 avril 1905 sur le taux des vacations funéraires.

² La thanatomorphose désigne le phénomène de décomposition du corps après le décès, aussi appelé putréfaction.

³ La dégradation du corps correspond à l'ensemble du processus *post-mortem* comprenant les signes biologiques de la mort, la thanatomorphose (décomposition du corps), puis la dessiccation – c'est-à-dire l'élimination de l'humidité d'un corps – et la transformation squelettique. Il s'agit d'un phénomène rapide dont la vitesse est variable selon des caractéristiques propres au défunt (âge, pathologies, traitements médicamenteux) ou environnementales (température, hygrométrie).

⁴ Ainsi, la thanatopraxie consiste à l'injection dans le système vasculaire, les cavités thoracique et abdominale de plusieurs litres d'un produit chimique désinfectant et conservateur, accompagné d'un drainage de la masse sanguine et de l'évacuation des liquides et des gaz contenus dans les cavités précitées.

La thanatopraxie est une **pratique récente de conservation des corps, contemporaine de l'embaumement**. Ce dernier, tel que le pratiquaient notamment les égyptiens dans l'Antiquité, avait pour but la **conservation définitive du corps**¹ associée à un rituel très précis comprenant l'utilisation de baumes, qui divergeait selon les vœux des familles, le rang social du défunt ou sa fortune.

Compte tenu des éléments portés à sa connaissance, votre rapporteur estime que **la définition de la thanatopraxie actuellement prévue à l'article L. 2223-19-1 du code général des collectivités territoriales est techniquement correcte**. À cet égard, il ne juge donc pas utile de préciser que l'effet de la thanatopraxie est temporaire et qu'elle ne peut être assimilée à un embaumement, puisque qu'il est précisément indiqué qu'elle n'a pour objet que de « *retarder la thanatomorphose et la dégradation du corps* ».

La jurisprudence est en effet claire et stabilisée en matière d'interdiction de cryogénéisation, méthode moderne de conservation définitive du corps par congélation, sans qu'il soit nécessaire de légiférer sur ce point. Dans une décision de 2006², le Conseil d'État a rappelé que « *le droit de toute personne d'avoir une sépulture et de régler librement les conditions de ses funérailles s'exerce dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur* », et que **seule l'inhumation ou la crémation sont autorisées après le décès d'une personne**³. **Tout autre mode de sépulture est par conséquent interdit**. Il a jugé que ces restrictions apportées au choix du mode de sépulture, intimement lié à la vie privée et à l'expression des convictions, dans l'intérêt de l'ordre et de la santé publics, n'étaient pas disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi et que, en conséquence, elles ne méconnaissaient pas les articles 8 et 9 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales⁴.

Votre rapporteur observe avec intérêt que le Conseil d'État a jugé dans la même décision que les dispositions régissant la thanatopraxie⁵ « *n'autorisent pas la conservation du corps d'une personne décédée par un procédé de congélation mais fixent les conditions dans lesquelles des soins tendant à la conservation d'un corps peuvent être dispensés avant l'opération de mise en bière* ».

¹ Qui comprenait l'éviscération totale et le prélèvement de la plupart des organes du défunt.

² Conseil d'État, cinquième et quatrième sous-sections réunies, 6 janvier 2006, Remy Martinot et autres, n° 260307.

³ Le juge s'est fondé sur les articles L. 2213-7 et R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales qui disposent respectivement que « le maire ou, à défaut, le représentant de l'État dans le département pourvoit d'urgence à ce que toute personne décédée soit ensevelie et inhumée décemment sans distinction de culte ni de croyance » et qu'« avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée est mis en bière ».

⁴ Dont les dispositions protègent respectivement le droit au respect de la vie privée et familiale, ainsi que la liberté de pensée, de conscience et de religion.

⁵ Telle que prévue par le droit en vigueur à l'époque où seul le code général des collectivités territoriales l'encadrait sans en proposer de définition précise.

Il existe toutefois des techniques alternatives à la thanatopraxie permettant la conservation temporaire du corps, qui reposent sur son maintien à une température basse. Peuvent être citées les tables, rampes ou lits réfrigérants,¹ qui permettent la conservation temporaire et locale d'un corps, notamment lors d'un décès à domicile ou dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'application de carboglace² sur le corps du défunt, autre technique permettant une meilleure conservation, n'est presque plus utilisée en raison de son caractère contraignant – elle doit être renouvelée toutes les 24 à 36 heures. Enfin, les établissements habilités à la conservation des défunts comme les chambres mortuaires ou les chambres funéraires³ disposent de cellules réfrigérées ou de salles à basse température qui permettent de maintenir le corps à une température constante⁴ jusqu'au jour des obsèques⁵.

Votre rapporteur constate que **la thanatopraxie n'est pas la seule technique de conservation temporaire des corps**. Il tient à affirmer qu'assimiler les « *soins de conservation* » aux « *soins de thanatopraxie* » entretient selon lui une confusion regrettable : cela laisse entendre que la thanatopraxie est la seule technique existante de conservation des corps. Or il existe aussi des techniques de conservation du corps par le froid. Pour autant, cela n'est pas totalement inexact dans la mesure où le terme de « *soins* » ne s'applique que pour la thanatopraxie.

Dès lors, sans revenir sur l'équivalence entre les expressions « *soins de conservation* », « *soins de thanatopraxie* » ou encore « *thanatopraxie* », puisqu'elles sont toutes trois usitées dans les textes et bien connues des professionnels, votre rapporteur **ne juge pas opportun d'en choisir une plutôt qu'une autre**. Il jugerait toutefois utile de compléter la définition légale de la thanatopraxie pour rappeler clairement qu'elle ne constitue que l'une des techniques de conservation du corps, avec d'autres.

Proposition n° 1 : Compléter la définition de la thanatopraxie en précisant qu'elle constitue l'une des techniques autorisées de conservation temporaire du corps, avec d'autres techniques de conservation par le froid.

¹ Réfrigération limitée à une température d'entre 0 à 5°C.

² Aussi appelée glace carbonique ou glace sèche. Il s'agit de dioxyde de carbone (CO₂) sous forme solide grâce à une congélation à 180°C. Ce produit permet de refroidir des corps à basse température (- 78°C).

³ Voir infra partie II.

⁴ Entre 5 et 7 degrés.

⁵ Température de -18 à -22°C.

b) Mieux distinguer la thanatopraxie des soins de présentation du corps du défunt

Votre rapporteur tient aussi à affirmer avec force que les soins de conservation, qui sont invasifs, sont à distinguer des soins de présentation, non invasifs. Or il n'existe **aucune définition textuelle de ces soins qualifiés de présentation**.

Ces soins sont aussi généralement appelés « *toilette mortuaire* », lorsqu'ils sont réalisés dans l'établissement de santé du lieu du décès par les agents des chambres mortuaires ou « *toilette funéraire* », lorsqu'ils sont réalisés par les pompes funèbres chargées de l'organisation des obsèques¹.

D'après les éléments empiriques recueillis par votre rapporteur, ces soins peuvent comprendre la **désinfection, le lavage, l'habillage du défunt et, le cas échéant, des soins esthétiques** (coiffure, léger maquillage, etc.). Lorsqu'un thanatopracteur réalise une thanatopraxie, il se charge aussi des soins de présentation dans leur intégralité. Votre rapporteur insiste toutefois sur le caractère approximatif de cette définition puisque, dans la pratique, la réalité des soins ne comprend pas forcément toutes les étapes et qu'une toilette mortuaire réalisée sur le lieu du décès peut précéder une toilette funéraire plus aboutie dans une chambre funéraire.

Dans le premier cas, la **toilette mortuaire s'inscrit dans la continuité des soins apportés au malade, puis au défunt**, conformément au principe de la dignité de la personne humaine, rappelé dans les principes généraux du code de la santé publique (article L. 1110-2). Elle consiste généralement à fermer les yeux et la bouche du défunt, à le laver, et à lui retirer les matériels invasifs et les pansements.

Dans le second cas, la **toilette funéraire relève d'une prestation non obligatoire pour les familles dans le cadre du service extérieur des pompes funèbres**², au titre du 6° de l'article L. 2223-19 du code général des collectivités territoriales qui inclut « *la gestion et l'utilisation des chambres funéraires* ».

Les ministères de la santé et de l'intérieur, dans un document public sans portée juridique³, distinguent les deux pratiques en définissant les toilettes mortuaires comme « [pouvant] être réalisées dans les structures hospitalières et les établissements de soins par leurs personnels et [étant] les derniers gestes destinés aux patients décédés », définition pour le moins elliptique, et les toilettes funéraires comme « [pouvant] être réalisées par les personnels des opérateurs funéraires et [comprenant] la toilette, la désinfection, le déshabillage, l'habillage et le maquillage du défunt ». Le règlement intérieur type des chambres mortuaires des groupes hospitaliers de l'assistance-publique des hôpitaux de Paris prévoit expressément dans les missions des agents de

¹ Voir infra partie II pour les missions des chambres mortuaires ou funéraires.

² Voir infra partie III sur le service extérieur des pompes funèbres.

³ Document d'information aux familles sur les soins de conservation, voir infra.

la chambre mortuaire « *l'accueil des familles et la présentation des corps, qui doivent être effectués avec toute l'attention et la dignité requises* »¹.

Votre rapporteur relève en outre une contradiction entre ce document et les dispositions réglementaires qui mentionnent les « *toilettes* » de corps de défunts. L'article R. 2223-75 du code général des collectivités territoriales autorise les personnels habilités à intervenir dans les chambres funéraires pour y réaliser la « *toilette mortuaire* ». Or, votre rapporteur avait pourtant cru comprendre qu'il s'agissait d'une « *toilette funéraire* »... Il y a donc une ambiguïté qui entretient une forme de confusion pour les familles qui ne peut perdurer.

Tout en admettant que les deux expressions recouvrent peu ou prou la même procédure, votre rapporteur estime que **l'absence de définition claire n'est pas satisfaisante et autorise une divergence des pratiques peu souhaitable d'une chambre mortuaire à l'autre, ou d'un opérateur de pompes funèbres à l'autre**. Marc Dupont, directeur juridique de l'Assistance-publique des Hôpitaux de Paris, a d'ailleurs regretté, lors de son audition par votre rapporteur, l'absence complète de référentiel sur la présentation du corps qui laisse en quelque sorte les acteurs livrés à eux-mêmes.

Les thanatopracteurs peuvent aussi se charger de la restauration des corps dans des cas spécifiques, aussi appelée « *thanatoplastie* ». Il ne s'agit toutefois aucunement d'une thanatopraxie, qui se caractériserait par l'injection d'un produit biocide et le drainage de fluides corporels. Il n'y a donc pas particulièrement lieu d'inclure la thanatoplastie dans la définition de la thanatopraxie prévue dans le code général des collectivités territoriales.

Compte tenu de ces différents éléments, votre rapporteur considère que **la définition de la thanatopraxie ne pose pas de difficulté en elle-même mais plutôt par rapport aux soins de présentation ou aux toilettes selon l'expression utilisée**.

En effet, comme l'indique le Défenseur des droits dans sa contribution à la mission d'information, « *le terme de thanatopraxie est peu connu et la technicité de certains termes rend difficile sa compréhension auprès du grand public avec le risque de créer une confusion entre les soins de thanatopraxie et les soins de présentation* ».

Si la définition de la thanatopraxie décrit une procédure qui ne peut être qu'invasive, cela n'est pas expressément précisé. Il apparaît pourtant utile pour votre rapporteur d'en faire explicitement mention dans la loi. Dans la mesure où les familles méconnaissent pour la plupart la réalité de cet acte, la confusion avec les soins de présentation ou une toilette selon le vocable utilisé est courante. À cet égard, le rapport précité des inspections

¹ Article 7 du règlement intérieur type des chambres mortuaires des groupes hospitaliers de l'AP-HP. Document accessible à l'adresse suivante, p. 258 : https://www.aphp.fr/sites/default/files/ap-hp_reglement_interieur_-_2015.pdf

générales de l'administration et des affaires sociales¹ relevait même que certains professionnels ou sites internet présentaient la thanatopraxie comme des « *soins de présentation et de conservation* », ce que votre rapporteur a pu constater lui-même sur certains sites internet, sans pouvoir déterminer si la confusion était volontaire ou non.

Dans ces conditions, il est évident que la famille ne peut distinguer les différentes prestations. Cette confusion est entretenue par l'absence de définition textuelle des soins de présentation ou des toilettes : comment les distinguer nettement de la thanatopraxie si l'on n'en connaît pas la définition ? Votre rapporteur estime que la distinction avec les soins de présentation et les toilettes devrait être là aussi être explicitée dans la loi afin d'éviter toute confusion. La transparence envers les familles exige cet effort de définition. **Votre rapporteur juge donc essentiel, compte tenu de l'ambiguïté actuelle, de distinguer trois prestations : la toilette mortuaire ou funéraire, qui ne comprendrait que les gestes les plus simples de désinfection, de lavage et d'habillage du défunt ; les soins de présentation, qui comprendraient les seuls soins esthétiques permettant la meilleure présentation possible du visage et des mains (maquillage, coiffure, etc.) ; et, enfin, la thanatopraxie, soin invasif de conservation du corps, expressément présenté comme l'équivalent des « *soins de conservation* ».**

Proposition n° 2 : Clarifier la définition de la thanatopraxie en tant qu'acte invasif de conservation du corps et établir une distinction avec la toilette funéraire ou mortuaire et les soins de présentation.

Il apparaît dès lors indispensable de revoir à cet égard la rédaction de l'arrêté du 23 avril 2010 portant définition du modèle de devis applicable aux prestations fournies par les opérateurs funéraires², en précisant dans la rubrique concernée qu'il est demandé à l'opérateur de pompes funèbres de fournir explicitement un prix pour :

- une toilette funéraire ;
- des soins de présentation ;
- des soins de conservation ou une thanatopraxie.

¹ Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation, *Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, rapport établi par Jean-Paul Segade, Dominique Bellion et Jacques Fournier, juillet 2013. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-130P_DEF.pdf*

² Voir infra.

Au cours de ses nombreuses auditions, votre rapporteur s'est interrogé sur les raisons du choix de la thanatopraxie.

D'après les associations de familles, les acteurs du monde médical et ceux du secteur funéraire qu'a pu entendre votre rapporteur, la thanatopraxie peut, selon le souhait des familles, être nécessaire au travail de deuil et au rituel funéraire. Les familles souhaitent légitimement que les défunts soient bien présentés, par respect pour ces derniers et parce que la dernière image qu'ils en garderont revêt une importance particulière à leurs yeux. L'ordre des infirmiers, confronté au quotidien à cette question, l'a confirmé à votre rapporteur. La thanatopraxie permet, pour les familles qui y ont recours, de préserver la dignité du défunt et de contribuer à initier, autant qu'il est possible, le travail de deuil de manière apaisée.

Le recours à la thanatopraxie s'inscrit, en outre, dans le respect de l'article 16-1-1 du code civil qui dispose que « le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort » et que « les restes des personnes décédées, y compris les cendres de celles dont le corps a donné lieu à crémation, doivent être traitées avec respect, dignité et décence ».

Votre rapporteur observe que la thanatopraxie relève toutefois d'un choix personnel. Certaines religions la prohibant, tout comme les toilettes ou les soins de présentation. Elle ne constitue donc pas une condition indispensable à la dignité du défunt, elle peut en être, selon l'appréciation personnelle de chacun, l'un des moyens de la respecter.

Entendu par votre rapporteur, le philosophe Damien Le Guay a mis en évidence ce qu'il considère comme un paradoxe dans les rituels funéraires des Français : le recours croissant à la thanatopraxie et en même temps à la crémation. D'un côté, la thanatopraxie conduit à figer le corps, alors que de l'autre, la crémation, qui représente désormais près de 35 % des décès¹ et davantage dans les secteurs urbains, vise plutôt à le faire disparaître.

Au final, ces différentes analyses montrent que les **motivations du recours à la thanatopraxie relèvent de choix très personnels et peuvent correspondre à des motivations très différentes.**

¹ Rapport du Conseil national des opérations funéraires 2014-2016, p. 11.

Ce rapport est accessible à l'adresse suivante :

https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/dgcl_v2/CNOF/rapport_vdef2.pdf

B. GARANTIR LA LIBERTÉ DE CHOIX DES FAMILLES ET LUTTER CONTRE DES PRATIQUES ABUSIVES

1. Favoriser la protection des familles

a) Le choix de la thanatopraxie relève du libre choix des familles ou du défunt, dans le cadre réglementé des opérations consécutives au décès

Aucune disposition législative ou réglementaire n'impose le recours à la thanatopraxie¹. Elle relève du libre choix des familles ou du défunt s'il l'avait exprimé dans ses dernières volontés.

Cette liberté a d'ailleurs été renforcée récemment, les dispositions qui prévoyaient, au niveau réglementaire, plusieurs hypothèses obligatoires de recours à cette technique ayant été supprimées.

Quelques hypothèses dans lesquelles les soins de thanatopraxie étaient antérieurement exigés

L'article R. 2213-25 du code général des collectivités territoriales permettait, jusqu'au 11 novembre 2018, de déroger aux normes exigées pour les cercueils, qui devaient mesurer 22 millimètres. Il autorisait l'utilisation d'un cercueil mesurant entre 18 et 22 millimètres pour une durée de transport entre deux et quatre heures² si le défunt avait fait l'objet d'une thanatopraxie. Ces dispositions ont été abrogées par le décret n° 2018-966 du 8 novembre 2018 relatif aux cercueils qui harmonise leurs caractéristiques et ne distingue plus selon que le défunt a fait l'objet d'une thanatopraxie ou non.

Dans le même esprit, l'article R. 2213-11 du même code permettait de transporter un corps avant mise en bière jusqu'à quarante-huit heures après le décès s'il avait fait l'objet d'une thanatopraxie, contre vingt-quatre heures pour le droit commun. Cette distinction a été abandonnée par le décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires qui fixe le délai maximum de transport de corps avant mise en bière à quarante-huit heures après le décès.

Des dispositions encore plus anciennes du code des communes imposaient une thanatopraxie si le corps était transporté sur une distance supérieure à six cents kilomètres, ou en cas de dépôt de corps pendant une durée excédant quarante-huit heures à la résidence du défunt, de sa famille, dans une morgue ou un caveau provisoire. Ces dispositions prévues à l'article R. 363-27 du code des communes ne sont plus en vigueur depuis le décret n° 87-28 du 14 janvier 1987³.

Source : commission des lois du Sénat.

¹ *Aucune disposition textuelle n'impose non plus le recours à une toilette ou des soins de présentation.*

² *Les soins de thanatopraxie n'étaient pas exigés dans la même situation pour les transports de corps d'une durée inférieure à deux heures.*

³ *Le décret n° 2000-318 du 7 avril 2000 relatif à la partie réglementaire du code général des collectivités territoriales a d'ailleurs définitivement abrogé l'article.*

L'article R. 2223-29 du code général des collectivités territoriales, qui détermine les prestations funéraires obligatoires¹, ménage toutefois encore une **exception de portée générale à ce principe**, « en fonction des circonstances ou des causes du décès, du mode de transport et des modalités de l'inhumation ou de la crémation ».

La thanatopraxie peut en effet être exigée en cas de transport international du corps du défunt, selon la législation du pays d'accueil² ou les prescriptions d'hygiène et de sécurité de certaines compagnies aériennes³. Par ailleurs, le transport de corps à l'international étant subordonné à la délivrance d'une autorisation par le préfet du département où a eu lieu la fermeture du cercueil⁴, celui-ci peut dès lors exiger la réalisation préalable d'une thanatopraxie.

Aucun délai spécifique n'est fixé par les textes pour la réalisation de la thanatopraxie. Toutefois, compte tenu des délais légaux de transport de corps avant mise en bière et d'inhumation ou de crémation, elle doit intervenir dans des délais nécessairement contraints.

Les principaux délais légaux ayant des conséquences sur la réalisation de la thanatopraxie

La déclaration de décès doit intervenir dans les vingt-quatre heures de celui-ci auprès de l'officier de l'état civil de la commune où le décès a eu lieu (décret du 15 avril 1919 relatif aux mesures de salubrité publique). Le non-respect de ce délai est sanctionné par les peines de police prévues aux articles 131-13 et R. 610-5 du code pénal. Elle est faite par « un parent du défunt ou par une personne possédant sur son état civil les renseignements les plus exacts et les plus complets qu'il sera possible » (article 78 du code civil)⁵.

Il ne peut ensuite être procédé aux différentes opérations funéraires que si le médecin a établi un certificat de décès attestant l'absence de problème médico-légal. Il doit l'établir « dans les meilleurs délais » (article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales). Il peut, en outre, s'opposer au transport du corps avant mise en bière s'il estime que l'état du corps ne le permet pas (article R. 2213-9 du même code).

Si le médecin ne s'y est pas opposé, le transport du corps avant mise en bière doit se faire dans les quarante-huit heures maximum à compter du décès (R. 2213-11 du code général des collectivités territoriales). En cas de suspicion de maladie de Creutzfeld-Jacob, ce délai est porté à soixante-douze heures pour permettre la recherche de la cause du décès⁶ (R. 2213-14 du même code). Après ces délais, le corps ne peut être transporté qu'après mise en bière. Il ne peut également être transporté qu'après mise en bière dans le cas où le défunt était atteint d'une infection transmissible dont la liste est fixée par arrêté.

¹ Elles comprennent, dans tous les cas : le cercueil, ses poignées, sa plaque d'identité et sa cuvette étanche, à l'exclusion de ses accessoires intérieurs et extérieurs, ainsi que soit les opérations d'inhumation, soit les opérations de crémation et l'urne cinéraire ou cendrier.

² Ainsi, d'après Antoine Carle et Claude Ferradou, des pays comme l'Australie, le Brésil, la Colombie, les États-Unis d'Amérique, le Canada ou encore la Hongrie exigent que les corps des personnes décédées à l'étranger aient subi des soins de thanatopraxie.

³ D'après la même source, les compagnies Austria Airlines, Scandinavian Airlines et British Airways exigent par exemple des soins de thanatopraxie.

⁴ Article R. 2213-22 du code général des collectivités territoriales.

⁵ Un acte de décès est toujours dressé, même hors délai (article 87 du code civil).

⁶ Réalisation d'une autopsie médicale.

Le transport de corps avant mise en bière est effectué au moyen de véhicules spécialement aménagés et soumis à déclaration écrite préalable auprès du maire du lieu de dépôt du corps (article R. 2213-7 dudit code).

Avant son inhumation ou sa crémation, le corps d'une personne décédée est mis en bière, c'est-à-dire qu'il est placé dans un cercueil. Cette opération funéraire est immédiatement suivie de la fermeture du cercueil. L'autorisation de fermeture du cercueil est délivrée par l'officier de l'état civil (article R. 2213-17 du code général des collectivités territoriales), sur présentation du certificat, établi par un médecin, établissant le décès (article L. 2223-42 du même code). Dans certaines situations, le maire peut décider la mise en bière immédiate et la fermeture du cercueil (article R. 2213-18 du code général des collectivités territoriales).

L'inhumation ou la crémation interviennent dans un délai de vingt-quatre heures au moins et de six jours au plus après le décès (articles R. 2213-33 et R. 2213-35 du code général des collectivités territoriales). Des dérogations aux délais prévus peuvent être accordées par le préfet de département du lieu de l'inhumation ou de crémation en raison de circonstances particulières.

Source : commission des lois du Sénat.

Les soins de thanatopraxie ne peuvent donc être effectués qu'à compter de l'établissement par un médecin d'un certificat médical attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal, ce certificat devant être établi dans « les meilleurs délais ».

Le délai maximum de réalisation d'une thanatopraxie diffère selon le lieu et les circonstances. Il est :

- de trente-six heures après le décès, si elle est effectuée à domicile¹ ;
- de quarante-huit après le décès, si la thanatopraxie n'est pas effectuée sur le lieu du décès et nécessite un transport avant mise en bière² ;
- de soixante-douze heures après le décès, si une autopsie médicale³ a été effectuée en raison d'une suspicion de maladie de Creutzfeld-Jacob⁴, mais qu'elle s'est révélée négative⁵;
- sans limite particulière, outre celle de permettre l'inhumation ou la crémation dans les six jours à compter du décès, si elle est effectuée au sein même de la chambre mortuaire de l'établissement du lieu de décès, et si le corps y est mis en bière sur place.

¹ Voir infra partie II.

² La thanatopraxie ne peut logiquement plus être effectuée dès lors que le corps est mis en bière.

³ Les autopsies médicales réalisées pour un autre motif ne permettent pas de déroger au délai de droit commun de transport de corps avant mise en bière.

⁴ Liste fixée au c de l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales.

⁵ L'inverse ne serait pas possible puisque les défunts atteints de cette infection transmissible ne peuvent pas faire l'objet de thanatopraxie (arrêté du 12 juillet 2017 fixant la liste des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales).

La thanatopraxie ne compte pas parmi les opérations funéraires faisant l'objet d'une surveillance de l'autorité publique¹, leur nombre ayant été fortement réduit – de dix opérations surveillées à deux – en 2008² puis 2015³, le législateur ayant pris en compte les remarques à cet égard des élus, des représentants des familles et des professionnels concernés. Depuis lors, seules deux opérations funéraires s'effectuent en présence d'un fonctionnaire de police dans les communes dotées d'une police d'État, ou sous la responsabilité du maire en présence du garde-champêtre ou d'un agent de police municipale délégué par le maire dans les autres communes (article L. 2213-14 du code général des collectivités territoriales) :

- les opérations de fermeture et de scellement du cercueil lorsqu'il y a crémation ;

- lorsque le corps est transporté hors de la commune du décès ou du dépôt, et qu'aucun membre de la famille n'est présent pour assister aux opérations.

Les fonctionnaires chargés de cette surveillance peuvent toutefois assister, « *en tant que de besoin* », à toute autre opération consécutive au décès, parmi lesquelles les thanatopraxies (articles L. 2213-14 et R. 2213-44 du code général des collectivités territoriales).

La thanatopraxie est désormais soumise à un simple régime déclaratif⁴. Il ne peut y être procédé sans qu'une déclaration écrite⁵ ait été effectuée auprès du maire de la commune où sont pratiqués les soins de conservation (article R. 2213-2-2 du code général des collectivités territoriales). Le maire⁶ reçoit en effet ces déclarations dans le cadre de son pouvoir de police spéciale des funérailles (article L. 2213-8 du code général des collectivités territoriales).

¹ Et donnant lieu au paiement de vacations par les familles (articles L. 2213-15 et R. 2213-8 du code général des collectivités territoriales).

² Loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008 relative à la législation funéraire.

³ Loi n° 2015-177 du 16 février 2015 relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures.

⁴ Il faut noter que, comme de nombreuses autres opérations funéraires, les soins de conservation relevaient jusqu'au décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires de l'autorisation expresse du maire (Régime d'autorisation fixé depuis 1977 aux articles R. 363-1 du code des communes puis R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales).

⁵ Qui comprend : « (...) le lieu et l'heure des soins de conservation, le délai de leur réalisation après le décès lorsqu'ils ont lieu à domicile, le nom et l'adresse du thanatopracteur ou de l'entreprise, de la régie ou de l'association et des établissements habilités qui procédera à ceux-ci, le mode opératoire et le produit biocide qu'il est proposé d'employer ».

⁶ À Paris, le préfet de police (article R. 2512-35 du code général des collectivités territoriales).

La réalisation des soins de thanatopraxie est subordonnée à la détention de plusieurs documents, sous peine de sanction administrative ou pénale¹ pour l'opérateur funéraire qui manquerait à cette obligation :

- **l'expression écrite des dernières volontés** de la personne décédée sollicitant une thanatopraxie ou une **demande de la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles** ;

- le certificat de décès attestant que le décès ne pose **pas de problème médico-légal et que le défunt n'est pas atteint par une infection transmissible** prohibant la thanatopraxie et dont la liste est fixée par voie d'arrêté².

S'ajoutent à ces deux exceptions **les cas de décès à l'étranger avec rapatriement du corps en France**. Dans cette hypothèse, les accords internationaux auxquels est partie la France imposent le transport de corps dans un cercueil hermétiquement clos comportant un caisson en zinc. La fermeture du cercueil étant définitive (article R. 2213-20 du code général des collectivités territoriales), il n'est donc pas possible de procéder à des soins de thanatopraxie une fois le corps rapatrié.

b) Rappeler l'impossibilité de recourir à la thanatopraxie en cas d'obstacle médico-légal

La restriction apportée au recours à la thanatopraxie se justifie, dans l'hypothèse d'un obstacle médico-légal, selon votre rapporteur, par l'objectif constitutionnel de recherche des auteurs d'infractions.

L'Ordre des médecins, tout comme le professeur Malicier, responsable du diplôme universitaire de thanatopracteur de l'Université de Lyon, ont confirmé l'importance que le thanatopracteur s'assure que tout doute médico-légal est levé, non seulement en prenant en considération le certificat de décès, mais aussi leur propre examen du corps du défunt, lorsque le certificat de décès n'en fait pas mention : dès lors que le thanatopracteur détecte un élément suspect, il ne doit pas procéder à la thanatopraxie et en aviser le procureur de la République. En effet, toute recherche des causes de la mort après une thanatopraxie serait vaine.

¹ Suspension ou retrait de l'habilitation préfectorale ou contravention de 5^{ème} classe, voir infra partie III. Théoriquement la contravention pourrait aussi s'appliquer à la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles ayant fait procéder à une thanatopraxie sans la déclarer.

² Voir infra.

Le transport de corps après une autopsie judiciaire, une autopsie médicale ou un prélèvement à des fins thérapeutiques

La thanatopraxie (article R. 2213-2-2 du code général des collectivités territoriales), les opérations de transport de corps avant mise en bière (articles R. 2213-8 et R. 2213-8-1 du code général des collectivités territoriales), de même que les opérations d'inhumation ou de crémation ne peuvent être effectués si le certificat de décès fait état d'un obstacle médico-légal.

En cas d'obstacle médico-légal constaté par le médecin¹, toutes les opérations funéraires, dont la thanatopraxie, sont en effet suspendues : le corps de la personne décédée est placé sous main de justice jusqu'à ce que l'autorité judiciaire compétente décide de sa remise à la famille. L'article 74 du code de procédure pénale prescrit que l'officier de police judiciaire avisé d'une mort violente, inconnue ou suspecte informe le procureur de la République, qui peut ouvrir une enquête pour recherche des causes de la mort. Une autopsie judiciaire peut alors être ordonnée à cette fin, conformément à l'article 230-28 du même code.

Dans cette hypothèse, le délai de six jours précité court à compter de l'autorisation d'inhumation ou de crémation délivrée par le procureur de la République². En effet, l'article 230-29 du code de procédure pénale dispose que « *lorsqu'une autopsie judiciaire a été réalisée dans le cadre d'une enquête ou d'une information judiciaire et que la conservation du corps du défunt n'est plus nécessaire à la manifestation de la vérité, l'autorité judiciaire compétente délivre dans les meilleurs délais l'autorisation de remise du corps et le permis d'inhumer. Le praticien ayant procédé à une autopsie judiciaire est tenu de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps avant sa remise aux proches du défunt. Il ne peut être refusé aux proches du défunt qui le souhaitent d'avoir accès au corps avant sa mise en bière, sauf pour des raisons de santé publique* ».

Une fois le corps remis à la famille, peut-il alors être transporté avant mise en bière, le cas échéant après le délai de droit commun de quarante-huit heures fixé à l'article R. 2213-11 du code général des collectivités territoriales ? **Interrogé sur le sujet en 2013³, le ministère de l'intérieur a considéré que cette hypothèse échappait à l'application du droit commun dans la mesure où le sort du corps dépendait d'une décision de l'autorité judiciaire.**

De plus, **d'après la lettre même des textes précités, les conditions de réalisation du transport de corps avant mise en bière ne peuvent être satisfaites lorsqu'une autopsie judiciaire a été effectuée, puisque le transport avant mise en bière est précisément prohibé en cas d'obstacle médico-légal.** Or, une autopsie judiciaire constitue précisément un acte d'enquête sollicité par l'autorité judiciaire compétente dans l'hypothèse où le décès d'une personne pose un problème médico-légal. En conséquence, la mise en bière se fait nécessairement sur le lieu de l'autopsie judiciaire (institut médico-légal) pour un transport de corps après mise en bière.

¹ L'article 81 du code civil dispose que : « Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée ».

² Il en est de même si le décès a eu lieu dans les collectivités d'outre-mer, en Nouvelle-Calédonie ou à l'étranger, situation dans laquelle le délai de six jours court à partir de l'entrée du corps sur le territoire métropolitain.

³ Question écrite de Jean-Luc Moudenc, n° 15227, Journal officiel - Assemblée nationale du 2 juillet 2013.

L'article R. 2213-12 du même code dispose d'ailleurs que lorsque les conditions requises ne sont pas remplies, le corps ne peut être transporté qu'après mise en bière.

Seule exception à cette règle, le cas où le procureur de la République donne un ordre de réquisition pour ramener le corps sans cercueil vers une chambre funéraire à proximité du lieu de décès. Il n'y est toutefois pas tenu et peut très bien refuser cette opération.

Le transport de corps après une autopsie judiciaire est à distinguer du transport de corps après prélèvements à des fins thérapeutiques ou autopsie médicale¹.

Ces deux hypothèses sont soumises à déclaration préalable auprès du maire, sur demande du directeur de l'établissement de santé du lieu de décès dans le premier cas, ou de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles dans le second cas (article R. 2213-14 du code général des collectivités territoriales). La déclaration est subordonnée dans les deux cas au certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal.

Seules les autopsies médicales réalisées en vue de diagnostiquer la présence de la maladie de Creutzfeld-Jacob² permettent de déroger au délai maximum de quarante-huit heures pendant lequel le transport de corps avant mise en bière est prévu ; il est alors porté à soixante-douze heures. Les autopsies médicales réalisées dans un autre but ne permettent pas de déroger au délai de droit commun.

Enfin, le corps ayant fait l'objet d'un prélèvement à des fins thérapeutiques peut donner lieu, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et avec l'accord du directeur de l'établissement de santé, à un « nouveau transport de corps avant mise en bière ».

*Source : commission des lois du Sénat
et réponse du ministre de l'intérieur à une question écrite.*

Se pose néanmoins la question d'une éventuelle thanatopraxie pratiquée après l'autopsie judiciaire ou autopsie médico-légale, une fois le corps rendu à la famille.

D'après les témoignages recueillis par votre rapporteur, notamment auprès des professionnels des pompes funèbres, des chambres mortuaires ou des auteurs d'un rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)³, des thanatopraxies seraient pratiquées non seulement après des autopsies

¹ En vertu de l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, les « autopsies sont dites médicales lorsqu'elles sont pratiquées, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès ».

² Liste fixée au c de l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales.

³ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Études des alternatives potentielles au formaldéhyde en thanatopraxie, saisine n° 2014-SA-0236 rapport d'expertise collective, Comité d'experts spécialisé « valeurs sanitaires de référence », groupe de travail « Formaldéhyde et substitués », document soumis à consultation en mars 2018. Ce pré-rapport est consultable à l'adresse suivante : https://www.anses.fr/fr/system/files/2014-SA-0236_Rapport_expertise_collective_anapath_08-02-19.pdf

médicales ou des prélèvements à des fins thérapeutiques, mais aussi après des autopsies judiciaires.

Pourtant, selon votre rapporteur, **le droit en vigueur ne permet pas d'effectuer de thanatopraxie sur un défunt ayant subi une autopsie judiciaire.** En effet, la thanatopraxie étant subordonnée à la détention d'un certificat de décès attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal, cela exclut formellement toute thanatopraxie dans cette hypothèse. Une autopsie judiciaire constitue précisément un acte d'enquête sollicité par l'autorité judiciaire compétente dans l'hypothèse où le décès d'une personne pose un problème médico-légal. Le raisonnement est identique au cas du transport de corps avant mise en bière. Une thanatopraxie pourrait cependant être éventuellement réalisée sur réquisition du procureur de la République, ce qui, en pratique, semble toutefois très rare.

Votre rapporteur rappelle, en outre, qu'en vertu des dispositions de l'article 230-29 du code de procédure pénale, introduites à l'initiative du Sénat dans la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit : « *Le praticien ayant procédé à une autopsie judiciaire est tenu de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps avant sa remise aux proches du défunt.* »

En conséquence, **un défunt ayant subi une autopsie médico-légale doit être mis en bière sur le lieu de l'autopsie, puisqu'il ne peut faire l'objet ni d'une thanatopraxie, ni d'un nouveau transport de corps avant mise en bière, sauf exception requise par l'autorité judiciaire.**

Proposition n° 3 : Réaffirmer par voie de circulaire l'impossibilité de recourir à la thanatopraxie en cas d'obstacle médico-légal, y compris après autopsie judiciaire.

c) S'interroger sur l'utilité de la thanatopraxie, lorsqu'elle ne peut pas avoir l'effet conservateur recherché

Contrairement à l'autopsie judiciaire, la thanatopraxie est autorisée après des **prélèvements à des fins thérapeutiques ou une autopsie médicale**¹.

¹ Également appelée autopsie médico-scientifique.

Toutefois le recours à des soins de thanatopraxie dans un tel cas pose plus largement la question de son utilité lorsque ces derniers n'ont pas d'effet notable sur la conservation du corps. Les avis sur cette question sont partagés. Les personnels des chambres mortuaires entendus par votre rapporteur estiment que la thanatopraxie ne présente d'intérêt que lorsque le corps doit être conservé pour une longue durée hors d'une chambre froide (corps à domicile ou transport de corps).

Votre rapporteur estime que le choix de recourir à la thanatopraxie doit continuer à relever de l'appréciation de chacun. Il ne nie pas que celle-ci peut avoir un intérêt pour la présentation du défunt à la famille, notamment lorsque celui-ci a subi des traitements lourds ou connu des pathologies violentes, ni qu'elle peut, selon les circonstances, mieux conserver le corps que d'autres techniques.

Proposition n° 4 : Maintenir le principe du libre choix des familles ou du défunt de recourir ou non à la thanatopraxie, sauf exceptions légalement prévues.

Votre rapporteur juge toutefois qu'il **conviendrait d'éviter le recours à la thanatopraxie lorsque celle-ci ne peut pas avoir d'effet conservateur, ce qui est avéré, en particulier, dans trois hypothèses** : après une autopsie médicale, un prélèvement multi-organes et lorsque la crémation du défunt est prévue dans un délai inférieur à vingt-quatre heures.

Comme l'autopsie judiciaire, l'autopsie médicale est un acte chirurgical élargi¹ au terme duquel le corps ne présente plus les possibilités requises pour l'injection du fluide de conservation². De même, le soin de conservation est impossible lorsque le défunt a subi des prélèvements multi-organes.

Enfin, une thanatopraxie réalisée la veille d'une crémation voire même le jour des obsèques ne semble pas non plus avoir beaucoup plus d'intérêt. À ces moments précis, la thanatopraxie est inutile car il n'est plus nécessaire de retarder le processus de décomposition du corps.

Il n'apparaît pas opportun à votre rapporteur d'envisager une interdiction légale de recourir à la thanatopraxie pour ces motifs qui lui semblent ne relever ni de la santé publique, ni de l'ordre public ni de la recherche d'auteurs d'infractions.

¹ Tous les viscères sont enlevés et les vaisseaux sanguins au niveau du cou sont cautérisés.

² Le thanatopracteur pourra seulement l'injecter dans la cavité abdominale.

Pour autant, votre rapporteur suggère qu'une réflexion soit menée au sein du Conseil national des opérations funéraires (CNOF) sur ce sujet. Elle pourrait conduire à ce **que les opérateurs s'abstiennent de proposer aux familles des soins relevant de la thanatopraxie dans les trois cas susvisés.**

Proposition n° 5 : Mener une réflexion dans le cadre du Conseil national des opérations funéraires sur l'utilité de la thanatopraxie lorsqu'elle n'a pas d'effet conservateur.

d) Assurer la bonne application des textes permettant l'égal accès à la thanatopraxie pour les défunts porteurs de certaines infections transmissibles

L'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales encadre les opérations consécutives au décès lorsque le défunt est porteur d'**infections transmissibles : certaines d'entre elles ne permettent pas de recourir à la thanatopraxie.**

Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'**état septique grave est la seule infection transmissible qui interdit les soins de thanatopraxie alors qu'elle n'exige pas de mise en bière immédiate suivie de la fermeture du cercueil.** Un arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales a ainsi mis fin à l'interdiction de la thanatopraxie pour les défunts atteints d'une hépatite virale¹ ou d'une infection à VIH, interdiction en vigueur depuis plus de trente ans².

À l'état septique grave s'ajoutent la **maladie de Creutzfeld-Jacob. S'ajoutent également d'autres infections transmissibles pour lesquelles il est exigé une mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** (orthopoxviroses, choléra, peste, charbon, fièvres hémorragiques et contagieuses), ou **simple** (rage, tuberculose active et toute maladie émergente infectieuse transmissible) et sa fermeture.

¹ Les hépatites virales sont des maladies du foie dues à une infection (virus) ou d'origine toxique. Elles sont classées de A à G en fonction de la famille du virus en cause. Les hépatites virales B et C représentent les enjeux les plus importants en matière de santé publique. Les thanatopracteurs doivent d'ailleurs être vaccinés contre l'hépatite B (article L. 3111-4-1 du code de la santé publique).

² Introduite en droit français par l'arrêté du 17 novembre 1986 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires prévues par le décret n° 76-435 du 18 mai 1976 modifiant le décret du 31 décembre 1941 (sauf pour l'hépatite A confirmée), maintenue par l'arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires prévues par le décret n° 76-435 du 18 mai 1976 modifiant le décret du 31 décembre 1941.

Certaines personnes entendues par votre rapporteur ont indiqué que des opérateurs funéraires considéraient que la mise en bière immédiate devait se faire après une thanatopraxie ou une toilette. Sans préjuger de la réalité de ces pratiques, votre rapporteur souhaite rappeler que **dans les cas où la réglementation impose une mise en bière immédiate et la fermeture du cercueil, les soins de thanatopraxie comme les toilettes funéraires ou mortuaires et les soins de présentation sont également proscrits pour les mêmes raisons évidentes de santé et de sécurité publiques.** Seul le premier cas (soins de conservation ou thanatopraxie) est expressément prévu.

Les associations de lutte contre le sida et les hépatites entendues par votre rapporteur ont insisté sur le fait que **l'interdiction de thanatopraxie pour les défunts porteurs du VIH ou d'une hépatite était ressentie** par les personnes atteintes de telles infections et leurs familles, qui étaient ainsi privées de la liberté de choix de leurs rites funéraires, comme une **stigmatisation sociale.**

Le Défenseur des droits, dans la contribution qu'il a adressée à votre rapporteur, comme le Conseil national du sida et les associations précitées, ont, en outre, rapporté des pratiques abusives de mise en bière immédiate avec fermeture du cercueil de défunts atteints de VIH, voire dont l'infection donnait lieu à des soupçons sans être attestée formellement, par des opérateurs de pompes funèbres ou sur demande des médecins, alors que seuls les soins de conservation étaient prohibés et la mise en bière immédiate du corps n'était nullement imposée. Les familles concernées ne pouvaient, en conséquence, pas se recueillir sur la dépouille de leur proche.

Le Conseil national du sida avait, dès 2009¹, recommandé **de lever cette interdiction.**

Compétent pour émettre un avis - consultatif - préalablement à la modification de certaines dispositions relatives à la santé publique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) s'est prononcé à plusieurs reprises sur la levée de l'interdiction de la thanatopraxie pour les défunts atteints de certaines infections transmissibles à la demande du ministre chargé de la santé qui envisageait de lever cette interdiction. Alors qu'il recommandait dans un avis de 2009² son maintien, relevant notamment un respect insuffisant et inégal des règles d'hygiène et de sécurité, **il s'est prononcé pour la levée de cette interdiction dans un nouvel avis de 2012** « *sous réserve que les thanatopracteurs soient correctement formés à l'hygiène et la sécurité, qu'ils respectent les précautions standard et que tous les soins de thanatopraxie,*

¹ Conseil national du Sida, note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par la VIH, 12 mars 2009. Cette note est disponible à l'adresse suivante :

<https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/note-valant-avis-sur-les-operations-funeraires-pour-les-personnes-decedees-infectees-par-le-vih/>

² Haut Conseil de la santé publique, avis relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, 27 novembre 2009. Cet avis est consultable à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=104>

indépendamment du statut sérologique du défunt, soient réalisés exclusivement dans des locaux spécifiques et adaptés »¹.

Votre rapporteur relève que l'ordre des médecins, entendu lors des auditions de la mission, avait donné un avis favorable lors de sa consultation par le ministère de la santé, et constate que **plusieurs autres rapports ont émis des recommandations dans le même sens :**

- le rapport sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, publié en 2018² ;

- le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA), précité³ ;

- le rapport du Défenseur des droits relatif à la législation funéraire de 2012⁴.

Dans son étude publiée en 2017 sur la pratique de la thanatopraxie à l'international déjà citée, le HCSP⁵ relevait que les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Irlande autorisaient les soins de conservation sur les défunts atteints de VIH et d'hépatites virales sans aucune préconisation particulière dès lors que chaque thanatopraxie devait en tout état de cause faire l'objet d'une protection maximale.

Pour autant, **certains thanatopracteurs et opérateurs de pompes funèbres continuent d'émettre des craintes sur ce nouveau cadre légal.**

La profession des thanatopracteurs est partagée. Le syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés (SPTIS), notamment, y est opposé, en raison des risques sanitaires qu'il considère encourus par les thanatopracteurs. C'est aussi l'avis de certains opérateurs de pompes funèbres qui ont évoqué un soin purement cosmétique ne justifiant pas de mettre en jeu la santé ou la sécurité des thanatopracteurs.

¹ Haut Conseil de la santé publique, avis portant recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie, 20 décembre 2012. Cet avis est consultable à l'adresse suivante :

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=303>

² Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, mai 2018. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/#Recommandations>

³ Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, rapport établi par Jean-Paul Segade, Dominique Bellion et Jacques Fournier, juillet 2013. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-130P_DEF.pdf

⁴ Rapport relatif à la législation funéraire, Défenseur des droits, 29 octobre 2012. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/la-legislation-funeraire>

⁵ Étude internationale de la législation et des pratiques des soins de conservation (thanatopraxie) dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord, Haut Conseil de la santé publique, 31 janvier 2017 et consultable à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=609>

Votre rapporteur considère que cet argument n'apparaît pas pertinent dans la mesure où, en **application des précautions universelles standard¹, tout corps traité doit être considéré comme susceptible d'être atteint d'une affection potentiellement dangereuse et extrêmement grave.** Le thanatopracteur ne peut en effet jamais connaître le statut sérologique du défunt ou savoir avec certitude si le corps qu'il traite est exempt de toute infection.

Le SPTIS a indiqué à votre rapporteur avoir **formé un recours en annulation de l'arrêté du 12 juillet 2017 levant l'interdiction des soins de conservation pour les défunts atteints de VIH et d'hépatites devant le Conseil d'État, ce qu'a confirmé le ministère de la santé².** Saisi par des opérateurs de pompes funèbres de l'arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, le Conseil d'État avait jugé en 1999 que le ministère de la santé était habilité à dresser la liste des maladies contagieuses mais n'était pas habilité à interdire de manière absolue la possibilité de pratique des soins de conservation ou à imposer une mise en bière immédiate, le pouvoir de police relevant du maire en vertu du régime d'autorisation préalable dont il était en charge³. L'appréciation du juge administratif ne sera sans doute pas la même dans le cadre d'un régime déclaratif.

Toujours d'après le SPTIS, certains thanatopracteurs souhaiteraient faire valoir leur droit de retrait pour ne pas procéder à des soins de conservation sur des corps infectés par le VIH ou l'hépatite B.

Tout thanatopracteur salarié peut exercer son droit de retrait dès lors que les conditions en sont réunies, conformément à la loi. Ce droit de retrait est encadré par les articles L. 4131-1 et suivants du code du travail⁴. Dans un tel cadre, seul un professionnel salarié pourrait invoquer son droit de retrait - ce qui exclut les thanatopracteurs indépendants - en cas de « *danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection* ». À cet égard, comme l'a indiqué le ministère de la santé à votre rapporteur, le « *danger* » ne saurait être confondu avec la notion de risque. Ainsi, toute situation de travail qui expose à des risques ne présente pas un danger « *grave et imminent* », dès lors que le risque est connu et maîtrisé.

La question se pose certes de manière différente selon le lieu où la thanatopraxie est effectuée et notamment lorsqu'elle est pratiquée à domicile⁵. Toutefois, l'obligation de vaccination contre l'hépatite B désormais imposée aux thanatopracteurs de même que les nouvelles

¹ Voir *infra* partie II sur les précautions universelles standard.

² L'audience n'est pas encore fixée.

³ Conseil d'État, première et quatrième sous-sections réunies, 29 novembre 1999, n° 200777.

⁴ Les articles L. 4131-1 à L. 4131-4 posent le principe du droit de retrait. Les articles L. 4132-1 à L. 4132-5 prévoient les conditions de ce droit.

⁵ Voir *infra* partie II.

conditions d'encadrement de leur activité peuvent constituer des éléments allant dans le sens d'une meilleure maîtrise des risques¹.

Dans la contribution remise à votre rapporteur, le Défenseur des droits indique que si des refus de soins de conservation devaient résulter du seul motif que le défunt était atteint du VIH ou de l'hépatite B, sans que les conditions du droit de retrait soient réunies, il pourrait, au titre de sa mission de lutte contre les discriminations, instruire ces dossiers.

Votre rapporteur considère que cette approche pose des problèmes juridiques. En effet, la personne défunte perdant, au moment même de son décès, les droits attachés à sa personne, il n'est pas possible que l'infraction de discrimination à l'encontre du défunt puisse être constituée. Et une action offerte aux héritiers ne pourrait, de prime abord, se justifier que par l'existence d'un trouble qui les atteindrait personnellement².

Le signalement de tels refus au préfet de département ou au procureur de la République semble toutefois pertinent à votre rapporteur, puisque le non-respect des obligations fixées aux opérateurs funéraires est passible de sanctions administratives et pénales.

D'après les informations portées à la connaissance des associations entendues par votre rapporteur, **aucune famille ne se serait néanmoins plainte à ce jour d'un refus de thanatopraxie pour un tel motif depuis la levée de l'interdiction entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018.**

Votre rapporteur jugerait en outre utile et opportun que des **réunions d'information avec des médecins** puissent être organisées à l'intention des thanatopracteurs à l'initiative du ministère en charge du secteur funéraire, avec le concours des ministères de la santé et du travail, pour apporter toutes les informations utiles sur la prévention du risque infectieux lors de la pratique de la thanatopraxie.

Votre rapporteur **s'interroge toutefois sur un point du dispositif** levant l'interdiction des soins de conservation pour les personnes atteintes du VIH ou d'une hépatite B ou C au moment de leur décès.

Il a en effet relevé **une erreur matérielle dans le modèle de certificat de décès annexé à l'arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles de certificat de décès**. Celui-ci impose désormais au médecin de mentionner un obstacle aux soins de conservation distinctement d'un obstacle au don de corps. Des instructions sont à respecter par le médecin lorsqu'il complète le certificat de décès, parmi lesquelles un tableau récapitulatif des opérations

¹ Voir infra partie II.

² Certains auteurs en doctrine plaident plus généralement pour la reconnaissance législative d'une « discrimination par ricochet », ce qui dépasse largement le cadre du rapport de la mission. Il serait ainsi spécifiquement prévu que l'acte discriminatoire reste punissable lorsque, subi par une personne, il est motivé par les caractéristiques d'un proche. Voir notamment La discrimination « par ricochet » : un aspect latent du délit de discrimination, étude par Stéphane Detraz, revue de droit pénal n° 6, juin 2008, étude 10.

funéraires imposées ou interdites en cas d'infection, destiné à guider le médecin qui constate le décès. Ce tableau indique que les soins de conservation sont autorisés mais que le don de corps est interdit pour les personnes atteintes de VIH ou d'hépatite B ou C au moment de leur décès.

Sans se prononcer sur le don de corps qui n'est pas le sujet de ce rapport, **votre rapporteur observe que l'interdiction de don de corps à la science pour les défunts porteurs du VIH ou d'une hépatite B ou C a mécaniquement été levée par la modification de la réglementation relative aux soins de conservation.** En effet, l'article R. 2213-13 du code général des collectivités territoriales qui régit le don de corps l'interdit si le défunt est porteur d'une infection transmissible figurant sur l'une des listes mentionnées par l'article R. 2213-2-1 du même code. Or l'arrêté du 12 juillet 2017 qui détermine ces listes a bien supprimé l'infection à VIH et les hépatites virales de toute liste.

Il conviendrait donc de **corriger, le cas échéant, le modèle de certificat de décès pour assurer sa mise en conformité avec le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018 sur le don de corps et ne pas induire le médecin en erreur.**

Proposition n° 6 : Garantir le libre accès à la thanatopraxie pour tous les défunts :

- **en corrigeant le modèle du certificat de décès pour assurer sa mise en conformité avec les règles en vigueur sur le don de corps ;**
- **en organisant des réunions d'information avec des médecins à l'attention des thanatopracteurs sur la prévention du risque infectieux ;**
- **en rappelant aux opérateurs de pompes funèbres et aux thanatopracteurs que la mise en bière immédiate ne permet ni thanatopraxie, ni toilette funéraire ou mortuaire, ni soins de présentation préalables.**

2. Garantir le consentement libre et éclairé des familles à la thanatopraxie

a) Le coût de la thanatopraxie est non négligeable par rapport au coût global des obsèques

Une étude du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), diligentée par la chambre syndicale nationale de l'art funéraire (CSNAF) et menée en 2012¹, concluait que le prix moyen de vente d'un soin de thanatopraxie s'élevait à 291 euros. Cette étude mettait toutefois en évidence des différences notables en fonction de la taille de l'entreprise, de son appartenance ou non à un groupe, du chiffre d'affaires et de la région d'installation, avec un écart de 36 % entre le prix le plus bas et le plus élevé (249 à 352 euros). Les soins les plus chers étaient ceux vendus par des établissements membres d'un groupe ou ceux générant le plus de chiffres d'affaires – ce qui va souvent de pair.

D'après les éléments empiriques recueillis par votre rapporteur lors des auditions, **le coût de la thanatopraxie varie selon l'opérateur funéraire, la région de vente et l'offre de thanatopracteurs sur le marché.**

D'après la **direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), une thanatopraxie coûte en moyenne 170 euros hors taxes, facturée entre 300 et 500 euros hors taxes à la famille.**

Ces informations corroborent le témoignage des opérateurs de pompes funèbres du secteur privé entendus par votre rapporteur qui faisaient état d'un coût d'une thanatopraxie chez leurs adhérents du même ordre, celui-ci pouvant toutefois être majoré durant le week-end. Selon ces mêmes professionnels, la thanatopraxie a progressivement remplacé l'application de carboglace et revient deux à trois fois moins cher que celle-ci, ce qu'ils jugent positif pour les familles. À titre de comparaison, la **toilette funéraire** et les **soins de présentation** (ces prestations comprenant la désinfection, le lavage, l'habillage et les soins cosmétiques) **sont vendus entre 80 et 250 euros** aux familles.

Les opérateurs de pompes funèbres du secteur public ont indiqué à votre rapporteur vendre une thanatopraxie entre 280 et 370 euros aux familles, contre 120 euros en moyenne pour des soins de présentation. À titre d'exemple, les services funéraires de la Ville de Paris facturent une thanatopraxie autour de 400 euros, et des soins de présentation autour de 200 euros.

¹ Funescope 2012 : actualisation du portrait économique de la filière funéraire et résultats de l'enquête auprès des distributeurs de services funéraires – partie 3, 16 novembre 2012. Cette étude est accessible à l'adresse suivante :

https://csnaf.fr/sites/csnaf.fr/files/publications/funescope_2012-part3_1.pdf

La thanatopraxie représente donc, selon son coût, entre 6 et 10 % en moyenne du coût des obsèques, soit une somme non négligeable par rapport au coût global des obsèques pour les familles. D'après l'étude du CREDOC de 2012 précitée, l'activité des soins de thanatopraxie représenterait environ 5,1 % du chiffre d'affaires de l'activité funéraire, estimée à 1,63 milliard d'euros, soit 83,23 millions d'euros.

b) Assurer la bonne information des familles et lutter contre des pratiques abusives

Dans les faits, **le thanatopracteur intervient le plus souvent à la demande de l'opérateur de pompes funèbres chargé d'organiser les obsèques, qui pourvoit aux différentes démarches requises auprès du maire.** De moins en moins de déclarations sont faites en mairie par les familles. Et très peu de familles ont un contact direct avec le thanatopracteur, hormis lorsqu'il intervient au domicile du défunt.

Les opérateurs funéraires sont tenus à plusieurs obligations assurant la transparence des prix. Les modalités d'information des familles sont détaillées dans le règlement national des pompes funèbres (articles R. 2223-23-5 et suivants du code général des collectivités territoriales)¹.

Votre rapporteur rappelle à cet égard que l'information sur la transparence des prix indiqués et la nature des prestations fournies **revêtent une importance particulière pour les familles lorsqu'elles sont confrontées à un deuil et doivent organiser les funérailles dans des délais très brefs, tout en respectant les dernières volontés du défunt.**

Ainsi, les **soins de conservation** doivent figurer parmi les **« prestations complémentaires optionnelles »** dans la **documentation générale** des opérateurs mise à disposition du public de manière permanente (article R. 2223-24 du code général des collectivités territoriales).

Si la **fixation du prix d'un soin de thanatopraxie est libre**, conformément au principe de liberté des prix, les prix des soins de conservation n'en doivent pas moins figurer dans la documentation générale de chaque opérateur funéraire², conformément aux dispositions générales du code de la consommation qui imposent au vendeur d'un produit ou d'une prestation de services d'informer le consommateur de son prix³. Elle doit ainsi faire apparaître, élément par élément, les prix et conditions de vente des prestations et fournitures.

¹ L'article L. 2223-21 prévoit que le conseil municipal peut arrêter un règlement municipal des pompes funèbres dans le respect des dispositions du règlement national. Il s'agit d'une faculté. Seul le règlement national est obligatoire. Le règlement municipal est donc une transposition du règlement national et ne peut en aucun cas aller au-delà de ce qu'il prévoit.

² Arrêté du 11 janvier 1999 relatif à l'information sur les prix des prestations funéraires.

³ Article L. 112-1 du code de la consommation.

Ces éléments doivent aussi figurer dans les **devis gratuits** qu'ils doivent impérativement présenter au client, dont le **modèle est fixé par voie d'arrêté** (article L. 2223-21-1 du code général des collectivités territoriales)¹.

Le devis modèle

Ce modèle prévoit une terminologie commune obligatoire de nature à faciliter les comparaisons par les familles des tarifs pratiqués par les opérateurs de pompes funèbres.

Les opérateurs doivent déposer des devis types chiffrés présentant les prestations qu'ils fournissent auprès des communes de plus de 5 000 habitants du département où ils ont leur siège social².

Il appartient ensuite à chaque commune de définir les modalités de consultation de ces devis types.

L'**opérateur de pompes funèbres** chargé d'organiser les obsèques a, en outre, à sa charge, depuis le 1^{er} janvier 2018³, l'**obligation de s'assurer de la bonne information de la famille sur l'objet et la nature de la thanatopraxie**, son caractère facultatif et payant ainsi que ses alternatives, afin qu'elle puisse faire son choix de manière libre et éclairée en toute connaissance de cause (article R. 2213-2-2 du code général des collectivités territoriales⁴). Il doit à cet effet mettre à la disposition de la famille un document écrit officiel, établi conjointement par les ministères de l'intérieur et de la santé en concertation avec les membres du conseil national des opérations funéraires⁵.

Le non-respect de ces règles est passible des sanctions administratives et pénales⁶.

D'après François Michaud-Nérard, ancien directeur des services funéraires de la Ville de Paris, **ces informations se justifient par le besoin du consentement éclairé des familles à la thanatopraxie, compte tenu de son caractère invasif**, tout en estimant l'exercice délicat car cela impose une

¹ Arrêté du 23 août 2010 portant définition du modèle de devis applicable aux prestations fournies par les opérateurs funéraires, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

² Ils peuvent aussi les déposer auprès de toute autre commune.

³ Entrée en vigueur du décret n° 2017-983 du 10 mai 2017 relatif aux conditions d'intervention des thanatopracteurs et à l'information des familles concernant les soins de conservation qui a notamment créé cette nouvelle obligation.

⁴ La personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles doit être « dûment informée par l'entreprise, la régie ou l'association et ses établissements habilités, par mise à disposition d'un document écrit officiel, de l'objet et de la nature des soins de conservation et des alternatives à ces soins ».

⁵ Ce document est aussi accessible sur internet sur le site du ministère des solidarités et de la santé, à l'adresse suivante :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/information_aux_familles_sur_les_soins_de_conservation_040118.pdf

⁶ Voir infra partie III.

description clinique des soins de conservation à un moment où la famille et les proches sont particulièrement vulnérables.

Il est patent qu'il y a de **graves confusions et ambiguïtés**. Les familles endeuillées ignorent très souvent la distinction entre la toilette, les soins de présentation et la thanatopraxie, si bien qu'elles ne savent pas précisément ce que ces prestations entraînent, ni ce qui leur est réellement proposé, ni ce qui leur est vendu. Il s'ensuit un **flou inacceptable dans la détermination des prix** qui peuvent être très **différents pour les mêmes prestations et peuvent recouvrir des actes et des pratiques très diverses**. Il est **essentiel de réformer cet état de causes**.

Votre rapporteur estime qu'il est **impératif de revoir la rédaction de l'arrêté du 23 avril 2010 portant définition du modèle de devis** applicable aux prestations fournies par les opérateurs funéraires afin de distinguer clairement la toilette, les soins de présentation et la thanatopraxie. Pour chacun de ces trois actes, les opérateurs funéraires habilités doivent être tenus de mentionner chaque année un prix qu'ils s'engagent à respecter durant toute l'année en question. **Cela doit aller de pair avec une définition des modalités de chaque prestation** (toilette funéraire, soins de présentation, thanatopraxie) qui sont, par ailleurs, obligatoirement présentées aux familles.

Il juge également que le **document d'information mis à disposition des familles est un progrès louable mais qu'il conviendrait de préciser les définitions** (notamment celles de la toilette et des soins de présentation particulièrement elliptiques¹) et de **le mettre régulièrement à jour pour prendre en compte l'évolution de la réglementation**. Ainsi, le document en vigueur évoque toujours la possibilité de déroger aux caractéristiques d'un cercueil après des soins de conservation, alors que cette norme n'est plus en vigueur depuis le 11 novembre 2018².

Pour assurer sa consultation par les familles, votre rapporteur suggère que ce **document d'information soit obligatoirement transmis avec le devis fourni par les opérateurs** (articles R. 2223-25 et suivants du code général des collectivités territoriales). La **famille pourra ainsi se prononcer en toute connaissance de cause sur le devis fourni et le faire rectifier le cas échéant**. Il faut aussi prévoir que ledit document soit annexé aux devis modèles obligatoirement déposés chaque année par les opérateurs funéraires dans les communes de plus de 5 000 habitants du département où ils ont leur siège social.

¹ Voir supra partie I.

² Voir supra.

Il suggère aussi que ce document administratif puisse être affiché dans les chambres mortuaires, les chambres funéraires, et les crématoriums, tout comme la liste des opérateurs de pompes funèbres habilités (article R. 2223-71 du code général des collectivités territoriales).

Proposition n° 7: Renforcer la portée du document d'information sur la thanatopraxie mis à disposition des familles et :

- rendre obligatoire sa transmission avec le devis remis à la famille ;
- l'annexer aux devis modèles déposés dans certaines communes ;
- étendre sa mise à disposition aux chambres mortuaires par voie d'affichage ;
- modifier son contenu en précisant les définitions respectives de la toilette funéraire ou mortuaire, des soins de présentation et des soins de conservation ou thanatopraxie, en le mettant à jour régulièrement en fonction de l'évolution de la réglementation en vigueur.

Proposition n° 8: Incrire précisément les trois rubriques (toilette funéraire, soins de présentation et soins de conservation ou thanatopraxie) dans les devis modèles que les opérateurs funéraires doivent déposer auprès des communes. Leur demander de donner chaque année un prix pour chaque prestation, prix qui les engagera pour toute l'année en question.

Dans le même esprit, votre rapporteur juge que le recours à la thanatopraxie doit faire l'objet d'un consentement explicite dans les contrats prévoyant des prestations d'obsèques à l'avance. D'après les opérateurs de pompes funèbres du secteur privé entendus par votre rapporteur, environ 90 % des personnes souscrivant ce type de contrat régi par l'article L. 2223-34-1 du code général des collectivités territoriales choisissent de prévoir des soins de thanatopraxie. Là encore, il est important d'informer en amont les souscripteurs sur ce que recouvrent les soins de conservation.

La disposition légale selon laquelle « toute clause d'un contrat prévoyant des prestations d'obsèques à l'avance sans que le contenu détaillé et personnalisé de ces prestations soit défini est réputée non écrite » doit en l'espèce pleinement s'appliquer. Toute disposition contractuelle présentant la prestation de « thanatopraxie » comme différente de celle de « soins de conservation », alors qu'elles sont strictement équivalentes de par la loi (article L. 2223-19-1 du code général des collectivités territoriales) devrait donc être considérée comme nulle et non avenue !

Les contrats conclus en prévision d'obsèques, au sein desquels les prestations de thanatopraxie sont proposées sans être obligatoires pour autant, doivent être présentés de manière conforme au devis modèle établi par les pouvoirs publics. Dans le cadre de ces contrats souscrits chez les opérateurs du funéraire, les personnes qui souhaitent opter pour un soin de conservation devraient pouvoir l'indiquer clairement sur le document et formaliser leur consentement à cet acte invasif.

Le rapport sur la thanatopraxie des inspections générales des affaires sociales et de l'administration de 2013 déjà cité le préconisait déjà. **Pourtant, d'après deux auteurs du rapport entendus par votre rapporteur, elle n'est pas mise en œuvre.** Votre rapporteur souhaite donc que les ministères de l'intérieur et de l'économie puissent **travailler conjointement afin de mettre en œuvre cette préconisation au plus vite.** Il propose également d'y **ajouter le consentement explicite aux soins de présentation,** en en détaillant leur nature afin d'éviter les confusions déjà évoquées¹.

Proposition n° 9 : Formaliser le consentement à la thanatopraxie ou aux soins de présentation dans les contrats prévoyant des prestations d'obsèques à l'avance.

Votre rapporteur regrette en outre certaines **pratiques abusives envers les familles qui lui ont été rapportées lors des auditions.**

La **direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF),** entendue par votre rapporteur, a relevé un **taux de 66,9 % d'infractions sur les devis modèles** lors d'une campagne de contrôle conduite en 2018². La DGCCRF va initier à cet égard un groupe de travail sur les devis modèles dans le cadre du Conseil national de la consommation.

¹ Voir supra.

² Ce contrôle concernait toutes les prestations funéraires et pas uniquement la thanatopraxie. Voir à ce sujet les questions écrites de votre rapporteur n° 08553 (réponse publiée le 25 avril 2019, n° 12256 du JO du Sénat) et n° 10407 (réponse publiée le 4 juillet 2019, n° 13523 du JO du Sénat).

Selon certains professionnels entendus, il peut y avoir **différentes anomalies dans les devis : évocation de la toilette, des soins de présentation et des soins de conservation parmi les prestations obligatoires ou confusion des deux types de soins par des dénominations trompeuses (par exemple : un même devis qui présente les deux prestations suivantes : soins de conservation et toilette de conservation...)** ; **une différence entre le devis et la facture présentée. La thanatopraxie est même - souvent - absente du devis modèle fourni par les opérateurs funéraires alors qu'elle est pourtant proposée.**

Or, votre rapporteur estime que la **profession du funéraire a tout intérêt à une transparence maximale pour assurer sa crédibilité auprès des familles.**

Le Défenseur des droits indique pour sa part, dans sa contribution à la mission d'information, avoir eu connaissance de **situations où des familles s'étaient vu imposer de coûteux soins de thanatopraxie**, alors qu'il s'agit d'une **prestation non obligatoire**, ce qui rejoint le témoignage des associations de familles et de consommateurs entendues par votre rapporteur. Selon leurs expériences, **les familles sont systématiquement orientées vers la thanatopraxie, sans vraiment savoir si cette opération funéraire est utile, ni si elle engage une dépense supplémentaire. Dans tous les cas, elles doivent prendre cette décision dans une situation de grande vulnérabilité.**

Les personnels de chambres mortuaires entendus par votre rapporteur constatent également que les **soins de conservation sont parfois vendus aux familles comme indispensables à une présentation respectueuse des défunts à leurs proches alors que ce n'est pas toujours le cas.** Ils ont également indiqué à votre rapporteur que certains opérateurs de pompes funèbres facturaient une toilette (lavage et désinfection du défunt) et des soins de présentation, alors même qu'ils n'effectuent pas cette prestation lorsqu'elle a déjà été effectuée dans son intégralité par le personnel des chambres mortuaires ; ou encore facturaient des soins de conservation et des soins de présentation lorsqu'un thanatopracteur intervient alors qu'il effectue obligatoirement une toilette et des soins de présentation lors d'une thanatopraxie.

Votre rapporteur juge que ces **pratiques, qui peuvent le cas échéant être considérées comme trompeuses**, devraient être plus sévèrement sanctionnées et faire l'objet de **contrôles plus fréquents de la DGCCRF**, même si la baisse continue des effectifs de ce service de l'État dans les territoires ne facilite pas les choses. Ses agents sont en effet habilités à contrôler le respect des dispositions des arrêtés des 11 janvier 1999, relatif à l'information sur les prix des prestations funéraires, et du 23 août 2010 précité, portant définition du modèle de devis applicable aux prestations fournies par les opérateurs funéraires, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011, à verbaliser toute forme de tromperie et à veiller au respect des règles de

concurrence fixées notamment par les dispositions des articles L. 420-1 et suivants du code de commerce.

Dans le même esprit, le syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés (SPTIS) a regretté **l'écart entre le coût de la prestation d'un thanatopracteur pour les opérateurs de pompes funèbres et la revente de la thanatopraxie auprès du client final**. Il a également relevé que la présence sur le marché d'entreprises ayant « *industrialisé* » la prestation de thanatopraxie et qui salarient leurs thanatopracteurs, tire les prix de la prestation vers le bas grâce aux économies d'échelle que cette situation leur procure.

Votre rapporteur rappelle que **les pratiques précitées doivent être sanctionnées si elles sont considérées comme anti-concurrentielles**.

La lutte contre les pratiques anticoncurrentielles

Le code de commerce sanctionne :

- « *l'exploitation abusive par une entreprise ou un groupe d'entreprises d'une position dominante sur le marché intérieur ou une partie substantielle de celui-ci.* », ces abus pouvant prendre la forme de rupture de relations commerciales établies, au seul motif que le partenaire refuse de se soumettre à des conditions commerciales injustifiées (article L. 420-2) ;

- « *les offres de prix ou pratiques de prix de vente aux consommateurs abusivement bas par rapport aux coûts de production, de transformation et de commercialisation, dès lors que ces offres ou pratiques ont pour objet ou peuvent avoir pour effet d'éliminer d'un marché ou d'empêcher d'accéder à un marché une entreprise ou l'un de ses produits* » (article L. 420-5).

L'Autorité de la concurrence peut ainsi ordonner aux intéressés de mettre fin à leurs pratiques et leur infliger une sanction pécuniaire (article L. 464-2), tout comme le ministre de l'économie si les faits affectent un marché de dimension locale (article L. 464-9).

Les auteurs de pratiques anticoncurrentielles peuvent aussi se voir infliger des sanctions pécuniaires par l'Autorité de la concurrence (sanction pécuniaire), voire des sanctions pénales pour les personnes physiques qui auraient frauduleusement pris une part personnelle et déterminante dans la conception, l'organisation ou la mise en œuvre de certaines pratiques (article L. 420-6)¹. Sont ainsi visés les faits d'exploitation abusive d'une position dominante mais pas ceux de pratique de prix abusivement bas.

Source : commission des lois du Sénat.

¹ Puni de quatre ans emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Proposition n° 10 : Renforcer les contrôles de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et sanctionner davantage, sur le fondement des pratiques commerciales trompeuses, les opérateurs funéraires qui :

- imposent des soins de conservation alors qu'il s'agit d'une prestation optionnelle ;

- facturent une toilette funéraire et/ou des soins de présentation sans effectuer cette prestation car il y a déjà été procédé dans son intégralité par le personnel des chambres mortuaires ;

- facturent des soins sans que leur nature (toilette funéraire, soins de présentation, soins de conservation ou thanatopraxie) soit définie ;

- facturent des soins de conservation, une toilette funéraire et/ou des soins de présentation, lorsqu'un thanatopracteur intervient alors qu'il effectue obligatoirement l'ensemble de ces prestations lors d'une thanatopraxie.

3. Clarifier et rendre efficace la procédure d'explantation des prothèses fonctionnant au moyen d'une pile pour réduire le coût imputable aux familles

L'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales prévoit le **retrait des prothèses fonctionnant au moyen d'une pile** pour éviter, d'une part, la pollution des sols par les composants de la prothèse en cas d'inhumation et, d'autre part, les dommages sur les appareils de crémation qui pourraient résulter d'une explosion de la pile. Lorsqu'elles ne sont pas retirées, ces prothèses peuvent en effet provoquer des dégâts dans les crématoriums.

Modifié par un décret du 3 novembre 2017¹, cet article prévoit, **si la personne décédée est porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, qu'« un médecin ou un thanatopracteur procède à son explantation et atteste de la récupération de cette prothèse avant la mise en bière ».**

¹ Décret n° 2017-1534 du 3 novembre 2017 relatif aux conditions d'explantation des prothèses à pile sur les personnes décédées.

Conformément au volet administratif du nouveau modèle de certificat de décès en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018¹, **le médecin doit expressément mentionner la présence, identifiée au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile.** Il y atteste, le cas échéant, du retrait de la prothèse à pile par ses soins. L'opérateur funéraire disposant d'un exemplaire du volet administratif du certificat de décès du défunt, en vertu de l'article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales, a connaissance du retrait ou non de la prothèse à pile par le médecin. **En cas d'absence de retrait par le médecin, un thanatopracteur intervient pour retirer la prothèse à pile dans un second temps.**

Seuls échappent à cette nouvelle obligation les dispositifs médicaux implantables actifs intracardiaques (DMIA) miniaturisés².

Les dispositifs médicaux implantables actifs intracardiaques (DMIA) miniaturisés

Contrairement aux dispositifs médicaux actifs sous-cutanés, le retrait d'un tel DMIA nécessite un acte chirurgical invasif à cœur ouvert ne pouvant être réalisé par un médecin non spécialiste ou un thanatopracteur. Une telle explantation, qui suppose un coût très élevé, porte atteinte à l'intégrité physique des personnes décédées.

Après une expérimentation de dix mois³, cette exception a été définie de manière générale dans la mesure où, selon le ministère en charge des collectivités territoriales, ces nouveaux dispositifs ne présentent aucun risque en cas de crémation. Elle ne concerne pour l'instant qu'un seul type de dispositif médical implantable, mais pourrait être étendue, le cas échéant, à d'autres dispositifs sur la base d'expertises.

Jusqu'alors⁴, l'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales disposait que le médecin ou le thanatopracteur devait seulement attester du retrait du pacemaker avant la mise en bière, sans préciser qui devait procéder au retrait.

Le Conseil national de l'ordre des médecins considère⁵ que le retrait des prothèses à pile constitue « *un geste technique simple [faisant] partie des derniers services que le médecin peut rendre au défunt et à sa famille* ».

¹ Articles R. 2213-1-1 et suivants du code général des collectivités et arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès.

² Arrêté du 19 décembre 2017 fixant la liste des prothèses à pile exonérées de l'obligation d'explantation avant mise en bière prévue à l'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales.

³ Arrêté du 22 septembre 2017 modifiant l'arrêté du 20 mars 2017 portant dérogation à l'obligation de retrait d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile avant la mise en bière fixée par l'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales. Cet arrêté a été pris sur le fondement de l'article R. 2223-43 du code général des collectivités territoriales, permettant, dans des circonstances exceptionnelles et lorsque les dispositions relatives aux opérations funéraires se heurtent à des difficultés d'application, d'y pourvoir par des mesures temporaires.

⁴ Jusqu'en 1998, cette mission était d'ailleurs confiée aux seuls médecins.

⁵ Sur son site internet, accessible à l'adresse suivante :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modeles-certificats-deces>

Toutefois, dans la pratique, d'après les personnes entendues par votre rapporteur, **ce retrait serait effectué le plus souvent par un agent infirmier de la chambre mortuaire**, ce dont le médecin pouvait ensuite attester. Les thanatopracteurs le retireraient, le cas échéant, à l'occasion des soins de conservation qu'ils prodigueraient ou, plus rarement, comme une prestation à part entière.

En outre, le précédent modèle de certificat de décès prévoyait seulement la mention de la présence d'une prothèse à pile au moment du décès, sans que le médecin ne mentionne expressément si la prothèse avait déjà été retirée.

À cet égard, la jurisprudence a déjà retenu la responsabilité d'un centre hospitalier en raison de l'absence d'extraction d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile qui avait entraîné l'explosion d'un appareil de crémation¹. Dans la contribution écrite envoyée à votre rapporteur, l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF) indique que **les communes vérifient également si ces appareils ont bien été retirés pour des questions à la fois environnementales et de sécurité des équipements funéraires**.

D'après les personnes entendues par votre rapporteur, notamment les personnels des chambres mortuaires de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et le Conseil national de l'ordre des médecins, **cette évolution juridique pose une difficulté**. En effet, **le médecin n'est pas obligé de procéder à l'explantation, puisqu'un thanatopracteur peut y procéder tout autant sans qu'il y ait de hiérarchie entre les deux interventions**. Toutefois, **s'il y procède, il est désormais légalement tenu de le faire lui-même**.

Or, selon votre rapporteur, pour des raisons évidentes de temps et de priorisation de leurs missions de soins des malades, il est peu vraisemblable que les médecins procéderont eux-mêmes à l'avenir à cette extraction, qu'ils délègueraient auparavant à des infirmiers.

Dès lors, **l'intervention d'un thanatopracteur deviendrait la norme, ce qui aura un coût induit pour les familles**. Que le thanatopracteur procède à l'extraction à l'occasion d'une thanatopraxie ou dans le cadre d'une opération funéraire distincte, il en résulte, en tout état de cause, un surcoût pour la famille. Ces prothèses constituent en outre des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) à éliminer conformément à la loi².

De surcroît, il semble à votre rapporteur que la responsabilité de l'opérateur de pompes funèbres n'ayant pas fait procéder à l'extraction d'une prothèse à pile par un thanatopracteur alors qu'il a connaissance, *via* le certificat de décès, de l'absence d'extraction par le médecin, pourrait voir sa responsabilité engagée en cas de dommage causé à un tiers.

¹ Cour administrative d'appel de Versailles, première chambre, 22 mars 2007, n° 05VE00318.

² Voir *infra* partie II.

En tout état de cause, l'infraction à cette obligation est passible de la contravention de 5^{ème} classe prévue à l'article R. 2223-66 du code général des collectivités territoriales et, pour l'opérateur funéraire, de la suspension ou du retrait d'habilitation prévus à l'article L. 2223-25 du code général des collectivités territoriales.

Dans ces conditions, **votre rapporteur considère qu'il faudrait favoriser le retrait de ces prothèses par le personnel hospitalier, ce qui supposerait compte tenu de la charge de travail de ces personnels que les conséquences en soient tirées en concertation avec ses représentants, tant pour la question des conditions de travail que de rémunération.**

Il considère donc opportun, plutôt que d'imposer aux médecins d'extraire eux-mêmes la prothèse, de **formaliser la pratique antérieure en inscrivant parmi les compétences de la profession d'infirmier le retrait des prothèses à pile du corps du défunt.** Le médecin continuerait d'attester du retrait, qu'il aurait délégué à un agent du service mortuaire, le thanatopracteur n'intervenant plus qu'en dernier recours ou lorsqu'il a vocation à faire une thanatopraxie.

Se pose également la question de la rétribution de ces actes. En effet, lorsqu'elle est effectuée par un praticien hospitalier, l'extraction est gratuite pour la famille. En revanche, le thanatopracteur intervient sous la forme d'une prestation commerciale prévue dans le cadre du service extérieur des pompes funèbres, dont le coût est mis à la charge de la famille. **Il faudrait que, dans tous les cas, l'acte soit rémunéré.**

Proposition n° 11 : Clarifier et rendre effective la procédure d'explantation de certains dispositifs médicaux en :

- définissant les responsabilités respectives des thanatopracteurs et des médecins ;**
- permettant aux infirmiers d'effectuer cette opération, sur délégation des médecins et en en tirant les conséquences pour leurs rémunération et conditions de travail ;**
- définissant une rétribution propre à cette opération pour les médecins et les infirmiers.**

II. MIEUX PRÉVENIR LES RISQUES ASSOCIÉS À LA THANATOPRAXIE EN SÉCURISANT LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES THANATOPRACTEURS

A. UNE PRATIQUE FUNÉRAIRE QUI EXPOSE À DES RISQUES SPÉCIFIQUES

1. Outre les risques chimique et infectieux, la thanatopraxie expose à des risques physiques et psychosociaux

Les experts de plusieurs institutions entendus par votre rapporteur - l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), ainsi que le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) - ont émis des analyses concordantes s'agissant de la typologie de risques auxquels expose la pratique de la thanatopraxie.

Il existe trois grandes catégories de risques dans la pratique professionnelle des thanatopracteurs : le **risque chimique**, le **risque infectieux**, et les **autres risques**, moins spécifiques, qui relèvent des domaines physique ou psychosocial.

Le risque chimique auquel les thanatopracteurs sont exposés résulte de l'utilisation des produits contenant des substances cancérogènes ou toxiques.

La thanatopraxie a pour objet de retarder le processus de décomposition du corps par l'injection d'un produit qui réduit la charge microbiologique (cellules vivantes) du corps du défunt en tuant un maximum de microorganismes impliqués dans les phénomènes de décomposition. Dès lors, afin de remplir leur fonction, les produits utilisés sont nécessairement toxiques pour les organismes vivants et contiennent des agents chimiques dangereux.

Les produits destinés aux soins de conservation du corps de la personne décédée (ou fluides de thanatopraxie) sont des produits biocides, dont la substance active est, pour la majorité d'entre eux, le formaldéhyde. Les thanatopracteurs utilisent donc majoritairement ce biocide qu'ils associent au méthanol. Le formaldéhyde est un gaz incolore d'odeur piquante et suffocante. Il est commercialisé uniquement en solutions aqueuses, stabilisées au méthanol. Il est utilisé par les thanatopracteurs en injection ou à la surface du corps du défunt en très grande quantité.

D'après les personnes entendues par votre rapporteur, le **formaldéhyde est toxique** par inhalation, ingestion, contact cutané (*via* des projections ou une mauvaise protection), avec pour conséquences possibles

un choc allergique cutané ou respiratoire – voire dans le pire des cas un choc anaphylactique pouvant aller jusqu’au décès.

Il s’agit d’une substance classée **cancérogène avéré pour l’espèce humaine**, par le **centre international de recherche sur le cancer (CIRC)** depuis 2004, sur la base d’études épidémiologiques en milieu de travail portant sur la survenue du cancer du nasopharynx par inhalation¹. Au **niveau européen**, il est considéré comme une **substance cancérogène** de catégorie 1B – « *peut provoquer le cancer* » – et mutagène de catégorie 2 – « *susceptible d’induire des anomalies génétiques* » – selon le règlement UE n° 605/2014 de la Commission du 5 juin 2014 modifiant aux fins de son adaptation au progrès scientifique le règlement « CLP » sur la classification et l’étiquetage harmonisés². Il est considéré comme **génétoxique**, ce qui signifie **qu’il n’existe pas de seuil d’exposition en-deçà duquel le risque de cancer serait nul**.

Le **méthanol qui y est associé est toxique** par inhalation, ingestion, contact cutané et est, en outre, inflammable.

En plus du **risque pour le thanatopracteur lui-même**, doivent être mentionnés les **risques éventuels pour la famille**, lorsque la thanatopraxie a lieu à domicile, et pour **l’environnement, résultant des déchets à éliminer après chaque thanatopraxie**.

Les corps des personnes décédées peuvent être porteurs d’une très grande variété d’agents biologiques, pathogènes ou non, la présence de ces agents infectieux n’étant pas toujours connue ou rapportée. Après le décès, le corps n’est plus oxygéné, les agents biologiques vont mourir peu à peu mais, au moment de la thanatopraxie, les agents infectieux sont toujours présents. Les agents transmissibles par le sang sont les plus dangereux³. La thanatopraxie expose donc également **au risque infectieux**.

À cet égard, les thanatopracteurs sont exposés par blessure, coupure, projection, mais également par voie aérienne, voire par voie orale en cas de défaut d’hygiène. Il est à noter que l’état des corps, après certains accidents de voie publique ou autres, peut présenter des grands délabrements, ce qui peut accentuer les risques d’accidents pour les professionnels. L’INRS a toutefois confirmé qu’il n’y avait pas d’étude récente en France de cas de

¹ World health organization, IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Volume 88 (2006). Formaldehyde, 2-Butoxyethanol and 1-tert-Butoxypropan-2-ol. Cette étude uniquement disponible en anglais, est accessible à l’adresse suivante :

<https://monographs.iarc.fr/iarc-monographs-on-the-evaluation-of-carcinogenic-risks-to-humans-33/>

² Règlement (UE) n° 605/2014 de la commission du 5 juin 2014 modifiant, aux fins d’ajouts de mentions de danger et de conseils de prudence en langue croate et aux fins de son adaptation au progrès scientifique et technique, le règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif à la classification, à l’étiquetage et à l’emballage des substances et des mélanges.

³ Transmissibles par les peaux lésées, les muqueuses et les germes présents dans le tube digestif.

thanatopracteur auquel aurait été transmis par le sang un virus de type hépatite B ou VIH¹.

Les thanatopracteurs sont aussi exposés aux **risques physique et psychosocial**, qui ne sont pas, à l'inverse des risques chimique et infectieux, des risques spécifiques à la pratique de la thanatopraxie. Ils existent évidemment dans d'autres professions et en particulier chez les professionnels de santé : la **manipulation et le transport de corps** peuvent en être la cause. De même, il s'agit d'une profession dans laquelle le thanatopracteur fait face à des exigences émotionnelles – contact quotidien avec des cadavres – qui peuvent entraîner, en compensation, des comportements addictifs.

François Michaud-Nérard, ancien directeur des services funéraires de la Ville de Paris, entendu par votre rapporteur, résumait ainsi la **difficulté d'exercice commune aux professions du funéraire, parmi lesquelles la profession de thanatopracteur, qui doivent « concilier rapidité, technicité, et supporter des choses incroyables sans mépriser ce que l'on fait, arriver à se distancier tout en conservant du respect pour les morts ».**

2. Les conditions de travail des thanatopracteurs sont variables selon les locaux utilisés

La thanatopraxie peut être réalisée, selon la situation, en chambre mortuaire, funéraire ou à domicile. Les soins de conservation sont réalisés « *dans le respect de la dignité de la personne décédée* », conformément à l'article R. 2223-132 du code général des collectivités territoriales créé en 2017², qui reprend le principe édicté à l'article 16-1-1 du code civil précité.

Cet article formalise également expressément pour la première fois les trois lieux dans lesquels il peut être procédé à la thanatopraxie :

- dans le local de préparation des corps de la zone technique d'une chambre mortuaire ;
- dans la salle de préparation de la partie technique d'une chambre funéraire ;
- ou au domicile du défunt.

¹ Même constat que dans l'article publié en 2005, La thanatopraxie : état des pratiques et risques professionnels, TC 105, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), 2005. Cette étude est consultable à l'adresse suivante : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20105>

² Décret n° 2017-983 du 10 mai 2017 relatif aux conditions d'intervention des thanatopracteurs et à l'information des familles concernant les soins de conservation.

Les chambres mortuaires ou funéraires

La chambre mortuaire¹, comme la chambre funéraire, ont pour objet de recevoir, avant l'inhumation ou la crémation, les corps des personnes décédées (articles L. 2223-38 et L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales) en attendant la cérémonie des obsèques.

La chambre mortuaire est un équipement obligatoire dans les établissements de santé publics ou privés qui enregistrent au moins deux cents décès par an (article R. 2223-90 du même code). Les établissements de santé qui enregistrent moins de deux cents décès par an n'y sont pas tenus, de même que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, mais ils peuvent en créer une.

Elle permet le dépôt des corps des personnes décédées dans ces établissements dans des casiers réfrigérés. Gratuit les trois premiers jours suivant le décès (article R. 2223-89 dudit code), il permet aux familles de disposer du temps nécessaire à l'organisation des obsèques dans la mesure où le maintien des corps des défunts dans les locaux destinés aux soins et à l'hébergement n'est pas envisageable au-delà de quelques heures. Le corps peut également être mis en bière sur place. Dès lors, il ne peut y rester que dans la limite du délai maximum d'inhumation ou de crémation de six jours².

La chambre mortuaire ne peut, en principe, recevoir d'autres corps que ceux des personnes décédées dans l'établissement de santé dont elle dépend, à l'exception des corps venant d'autres établissements dans le cadre de la coopération hospitalière (article R. 2223-92 du code général des collectivités territoriales) ou des corps transportés pour des prélèvements destinés à la recherche des causes du décès (article R. 2213-14 du même code). L'article L. 2223-39 prévoit toutefois que « *la chambre mortuaire peut accessoirement recevoir, à titre onéreux, les corps des personnes décédées hors de ces établissements en cas d'absence de chambre funéraire à sa proximité* ».

La chambre mortuaire se distingue de la chambre funéraire puisque sa gestion relève de la responsabilité de l'établissement de santé qui l'a créée.

La chambre funéraire constitue l'un des éléments du service extérieur des pompes funèbres³ et relève donc de la procédure d'habilitation prévue à l'article L. 2223-23 du code général des collectivités territoriales. Elle est gérée par des opérateurs funéraires qui, souvent, proposent d'autres prestations funéraires. Toutefois, les locaux dans lesquels l'opérateur offre ces autres prestations doivent être distincts de ceux abritant la chambre funéraire (article L. 2223-38 du même code). Celle-ci se compose d'un salon d'accueil pour recevoir les proches, d'une chambre où repose le défunt et d'une salle technique, interdite au public. L'admission des défunts en chambre funéraire intervient dans un délai de quarante-huit heures après le décès (article R. 2223-76 dudit code), conformément aux règles encadrant le transport de corps avant mise en bière.

Source : commission des lois du Sénat.

Le thanatopracteur intervient toujours seul. Ni les professionnels des chambres mortuaires dans le cas d'un décès à l'hôpital, ni les familles dans le cas d'un décès à domicile n'assistent au soin de conservation.

¹ Elle est parfois appelée « morgue », « amphithéâtre » ou « dépositoire ».

² Sauf dans le cas où aucun membre de la famille n'est présent lors du décès, la famille ou les proches ont alors dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans l'établissement de santé (article R. 1112-75 du code de la santé publique).

³ 6° de l'article L. 2223-19 du code général des collectivités territoriales.

Mandatés par la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles – par l’intermédiaire des opérateurs funéraires -, les thanatopracteurs ont ainsi **accès aux chambres mortuaires et funéraires** pour y réaliser les soins de thanatopraxie (articles R. 2223-90-1 et R. 2223-76 du code général des collectivités territoriales).

D’après les opérateurs de pompes funèbres entendus par votre rapporteur, lorsque le décès a lieu à l’hôpital, le plus souvent le corps y demeure, sauf souhait de la famille pour des visites élargies. Le thanatopracteur intervient alors dans les locaux mis à disposition gratuitement par l’hôpital.

À l’inverse, lorsque les défunts sont transportés hors de l’hôpital vers une chambre funéraire, la thanatopraxie a lieu sur place.

Dans son avis rendu en 2012¹, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a considéré que les conditions de travail variaient notablement en fonction des locaux dans lesquels sont réalisés les soins (lieu dédié ou domicile) et que la réalisation des soins à domicile n’offrait pas les conditions d’hygiène et de protection nécessaires².

B. SÉCURISER LES CONDITIONS D’EXERCICE DES THANATOPRACTEURS EN RENFORCANT LES MESURES DE PROTECTION INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

1. Pour une amélioration des mesures de prévention des risques adoptées par les thanatopracteurs

a) Imposer aux thanatopracteurs d’appliquer les précautions universelles standard pour prévenir le risque infectieux

La prévention du risque infectieux est une problématique commune aux thanatopracteurs et au milieu médical.

Il s’agit d’assurer le strict respect de **précautions standard d’hygiène** lorsqu’existe un risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques, et ce quel que soit le statut sérologique de la personne source ou du praticien. Ces règles **postulent en effet le statut du patient comme inconnu** et invitent à des précautions minimales et standard de nature à éviter toute contamination infectieuse pour tous les patients.

Ces **précautions universelles, conçues à la fin des années 1980 sous l’impulsion de l’Organisation mondiale de la santé et adoptées depuis par l’ensemble des personnels de santé**, requièrent un **équipement de protection individuelle** pour les professionnels, des **mesures d’élimination**

¹ Haut Conseil de la santé publique, avis portant recommandations pour les conditions d’exercice de la thanatopraxie, 20 décembre 2012. Cet avis est consultable à l’adresse suivante :

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=303>

² Voir infra.

des risques sur le lieu de travail et des **pratiques susceptibles de réduire les risques d'exposition**.

Pour les thanatopracteurs, ces précautions consistent à éviter tout contact entre les composants du corps du défunt et la peau ainsi que les muqueuses du thanatopracteur.

En matière d'**opérations funéraires**, les précautions universelles se révèlent d'autant plus nécessaires que les cadavres sont porteurs d'une flore microbienne composée d'espèces bactériennes potentiellement pathogènes et susceptibles de proliférer en période *post-mortem*. **Tout corps traité doit donc être considéré comme une source de transmission possible.**

Votre rapporteur considère qu'il est indispensable, pour permettre les soins de conservation en toute sécurité, d'**encadrer ces pratiques invasives en développant des règles d'hygiène et de précautions universelles**. Par parallélisme avec le milieu médical, chaque corps traité devrait être considéré comme susceptible d'être atteint d'une affection potentiellement dangereuse et extrêmement grave. En effet, le thanatopracteur ne peut jamais savoir avec certitude si le corps qu'il traite est exempt d'affections.

Or, compte tenu des éléments portés à sa connaissance lors des auditions, votre rapporteur estime que, dans la pratique, **le respect de ces précautions standard est insuffisant**.

Il préconise le lancement d'une **campagne d'information** par le ministère en charge du secteur funéraire, avec le concours des ministères de la santé et du travail, afin d'**inciter les thanatopracteurs à respecter les mesures de précaution destinées, en premier lieu, à les protéger**.

Votre rapporteur rappelle la teneur des **mesures standard à respecter par les thanatopracteurs**, en tous points similaires à celles mises en œuvre dans tout milieu médical :

- mise en place de mesures d'hygiène des mains (lavage des mains à l'eau et au savon) ;
- port d'une tenue de protection individuelle (combinaison de protection, tablier ou surblouse, masque et lunettes ainsi que chaussures antidérapantes) ;
- port de gants à usage unique ;
- utilisation de matériels à usage unique et, dans le cas contraire, nettoyage et désinfection des coupants et piquants avec précaution après utilisation ;

- élaboration d'une conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au sang (lavage et antiseptie de la plaie immédiate, contact d'un médecin référent dans les quatre heures, déclaration d'accident dans les quarante-huit heures, et traitement prophylactique)¹ ;

- transport de déchets d'activités de soins à risque infectieux (sang et fluide formolé souillé, matériel et linge souillé) dans des conditions conformes à la réglementation².

Votre rapporteur observe que le **respect de ces mesures est rendu obligatoire pour la réalisation de thanatopraxie à domicile**³. Il suggère donc de les **étendre quel que soit le lieu de la thanatopraxie**.

Proposition n° 12 : Imposer le respect de précautions universelles standard quel que soit le lieu d'exercice de la thanatopraxie et mener une campagne de sensibilisation auprès des thanatopracteurs à cet égard.

b) Assurer le respect de l'obligation de vaccination des thanatopracteurs contre l'hépatite B et contre d'autres maladies infectieuses

Dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'article L. 3111-4-1 du code de la santé publique **impose à tous les thanatopracteurs** – qu'ils soient en formation pratique⁴ ou en exercice – **d'être vaccinés contre l'hépatite B**. Ne sont pas concernés par l'obligation vaccinale les thanatopracteurs qui sont infectés ou ont déjà été infectés par le virus de l'hépatite B ou qui justifient d'une contre-indication⁵ à cette vaccination.

La preuve de la vaccination ou de la contre-indication est apportée par la présentation d'un certificat médical, établi après vérification de l'immunisation du thanatopracteur⁶, indiquant qu'il répond aux obligations légales de vaccination contre l'hépatite B. Dans le cas d'une contre-indication à la vaccination, le certificat médical garantit la confidentialité des informations transmises et ne comporte ni indication de diagnostic ni

¹ En cas d'accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques, des procédés de décontamination sont prévus en milieu médical notamment.

² Voir infra.

³ Voir infra.

⁴ Voir infra.

⁵ Elle peut être temporaire ou définitive et être établie par le médecin, par exemple en cas d'allergie à l'un des composants du vaccin, d'une infection sévère, ou de sclérose en plaques.

⁶ La vérification de l'immunisation du thanatopracteur est faite dans les conditions définies par l'arrêté du 26 décembre 2016 relatif aux conditions de vérification de l'immunisation des thanatopracteurs en formation pratique et en exercice soumis à l'obligation de vaccination contre l'hépatite B.

information clinique ou biologique (articles R. 3111-4-1 et R. 3111-4-2 du code de la santé publique).

Cette preuve doit être **jointe à l'inscription en formation de thanatopracteur ou à la demande d'habilitation à exercer**. Un médecin du travail doit en outre vérifier la vaccination des thanatopracteurs salariés (article L. 3111-4-1 du code de la santé publique).

Ces dispositions sont **entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018**. À cet effet, le calendrier vaccinal intègre désormais les thanatopracteurs au sein de la liste des professionnels visés par une obligation ou une recommandation vaccinale¹.

Pour les **thanatopracteurs en formation professionnelle initiale, il appartient aux écoles de vérifier que leurs étudiants répondent aux obligations vaccinales** au moment de l'inscription et au plus tard avant la formation pratique (article D. 2223-123 du code général des collectivités territoriales).

Pour les **thanatopracteurs en exercice, les services compétents dépendant de la préfecture sont chargés de vérifier la vaccination effective de la profession au moment de la délivrance de l'habilitation ou du renouvellement de l'habilitation**. La mise en conformité relève de la responsabilité de l'opérateur de pompes funèbres employeur pour le thanatopracteur salarié ou du thanatopracteur lui-même lorsqu'il est indépendant. L'article D. 2223-37 du code général des collectivités territoriales dispose d'ailleurs que seuls les thanatopracteurs satisfaisant à cette obligation vaccinale peuvent réaliser des thanatopraxies. La sanction du non-respect de cette obligation peut donc être le retrait ou la suspension de l'habilitation funéraire (article L. 2223-25 du code général des collectivités territoriales).

Le certificat médical faisant la preuve du respect de l'obligation vaccinale est intégré aux pièces du dossier d'habilitation. Pour les entreprises habilitées employant des thanatopracteurs, elles doivent adresser à la préfecture leur ayant délivré l'habilitation le certificat médical établi après vérification de l'immunisation des personnels concernés. **Les thanatopracteurs non-salariés doivent transmettre ce certificat médical à la préfecture ayant habilité leur entreprise.**

¹ Voir par exemple le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019, p. 17. Il est consultable à l'adresse suivante : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf

À l'instar du Défenseur des droits, votre rapporteur considère que se faire vacciner contre l'hépatite B est une précaution élémentaire lorsqu'on souhaite travailler dans les milieux funéraires et, *a fortiori*, comme thanatopracteur.

D'après les services du ministère de la santé, il existe néanmoins des lacunes dans l'information préalable quant à l'obligation vaccinale, notamment dans les plaquettes d'information des écoles de formation présentes sur leurs sites Internet. Une difficulté de même nature se pose pour les thanatopracteurs en exercice qui étaient déjà habilités au moment de l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale. Certaines personnes ont laissé entendre à votre rapporteur que de **nombreux thanatopracteurs indépendants exerçaient sans s'être mis en conformité avec cette obligation vaccinale, et disposeraient pourtant toujours de leur habilitation**. Cette situation pourrait laisser penser que les préfetures ne recensent pas la vaccination de tous les thanatopracteurs qu'ils ont habilités avant le 1^{er} janvier 2018.

Votre rapporteur estime donc important, dans les deux hypothèses, que les services compétents de la préfeture s'assurent du respect de la loi en mettant en place des mesures d'information auprès des écoles, d'une part, et, d'autre part, recensent les thanatopracteurs en exercice qui ne se sont pas mis en conformité afin de leur adresser une mise en demeure d'y procéder.

Proposition n° 13 : Assurer le respect par les thanatopracteurs en formation ou en exercice de leur obligation de vaccination contre l'hépatite B par une information et un contrôle effectif des préfetures.

Votre rapporteur s'étonne d'ailleurs qu'il ait fallu attendre l'année 2016 pour prévoir un tel dispositif de vaccination obligatoire.

Il observe que le droit en vigueur jusqu'alors n'était pas vierge de toute disposition sur le sujet. L'article L. 3111-4 du code de la santé publique rendait déjà obligatoire l'immunisation contre l'hépatite B pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant ou exposant les personnes dont elles ont la charge à des risques de contamination ainsi que pour les élèves ou étudiants se préparant à l'exercice de certaines professions de santé, afin de les protéger de cette infection.

Un arrêté du 15 mars 1991¹ fixant les modalités d'application de cette obligation, toujours en vigueur, assimile aux établissements visés par cette obligation, les « *entreprises de pompes funèbres* » et les « *entreprises de transport de corps avant mise en bière* ». Il impose aux « *personnes exposées à des risques de contamination* » – ceux qui manipulent les corps des défunts – d'être immunisées contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Visiblement pas assez claire pour assurer la vaccination des thanatopracteurs, cette obligation ne couvrirait en tout état de cause pas leur période de formation.

Saluant la fixation dans la loi d'une obligation *ad hoc* de vaccination des thanatopracteurs contre l'hépatite B, votre rapporteur estime toutefois que cela ne rend pas pour autant obsolètes toutes les dispositions antérieures qui demeurent en vigueur.

La rédaction de l'arrêté mériterait ainsi d'être modifiée afin de viser toute entreprise, association ou régie habilitée à exercer le service extérieur des pompes funèbres défini à l'article L. 2223-19 du code général des collectivités territoriales. Dès lors, **les personnels de ces entreprises appelés à manipuler des corps, et *a fortiori* les thanatopracteurs, devraient aussi être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.**

Proposition n° 14 : Rappeler aux thanatopracteurs leur obligation d'être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite en application de l'arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné. Revoir la rédaction de cet arrêté pour viser clairement les opérateurs funéraires et les thanatopracteurs.

c) *Mettre en place les conditions d'une gestion plus rigoureuse des déchets d'activités de soins à risque infectieux*

Aux termes de l'article R. 1335-1 du code de la santé publique, les déchets d'activités de soins (DAS) sont les « *déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire* ». Parmi les déchets d'activités de soins, certains sont définis comme étant à risques infectieux (DASRI)².

¹ Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné.

² Voir encadré ci-dessous.

**Les déchets d'activités de soins
(Article R. 1335-1 du code de la santé publique)**

« Les déchets d'activités de soins sont les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

Parmi ces déchets, sont soumis aux dispositions de la présente section ceux qui :

1° Soit présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ;

2° Soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :

a) Matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;

b) Produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ;

c) Déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

Sont assimilés aux déchets d'activités de soins, pour l'application des dispositions de la présente section, les déchets issus des activités d'enseignement, de recherche et de production industrielle dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire, ainsi que ceux issus des activités de thanatopraxie, des activités de chirurgie esthétique, des activités de tatouage par effraction cutanée et des essais cliniques ou non cliniques conduits sur les produits cosmétiques et les produits de tatouage, lorsqu'ils présentent les caractéristiques mentionnées aux 1° ou 2° du présent article. »

Les dispositions de cet article précisent expressément que **les déchets issus des activités de thanatopraxie sont assimilés aux déchets d'activités de soins.**

Les déchets des thanatopracteurs sont composés de sang, de liquide biologique, de matériels perforant et d'équipements de protection individuelle souillés (article R. 4424-6 du code du travail). **Ces déchets, du fait du risque infectieux qu'ils induisent, sont donc considérés comme des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI).** Leurs volumes sont importants, puisqu'il y a notamment plusieurs litres de déchets par thanatopraxie.

Tout producteur¹ ou détenteur² de déchets est tenu d'en assurer ou d'en faire assurer la gestion. Il est responsable de la gestion de ces déchets

¹ Le producteur de déchets est défini à l'article L. 541-1 du code de l'environnement comme « toute personne dont l'activité produit des déchets (producteur initial de déchets) ou toute personne qui effectue des opérations de traitement des déchets conduisant à un changement de la nature ou de la composition de ces déchets (producteur subséquent de déchets). »

² Le détenteur de déchets est défini par le même article du même code comme : « producteur des déchets ou toute autre personne qui se trouve en possession des déchets ».

jusqu'à leur élimination ou valorisation finale, même lorsque le déchet est transféré à des fins de traitement à un tiers. Il s'assure que la personne à qui il les remet est autorisée à les prendre en charge. Ce principe général est fixé à l'article L. 541-2 du code de l'environnement. Il est repris aux articles L. 1335-1 et L. 1335-2 du code de la santé publique pour l'élimination des déchets spécifiques que sont les DASRI.

Il incombe donc au thanatopracteur lui-même, lorsqu'il est indépendant, d'éliminer ces déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés. Lorsque le thanatopracteur est salarié, cette responsabilité incombe à son employeur, personne morale sous l'autorité de laquelle il met en œuvre cette obligation.

Le régime de responsabilité des producteurs de DASRI prévu à l'article R. 1335-2 du code de la santé publique prévoit que cette obligation incombe :

- à l'établissement de santé, d'enseignement, l'établissement de recherche ou l'établissement producteur (1°) ;
- à la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce l'activité productrice de déchets (2°) ;
- dans les autres cas (3°), à la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets dans le cadre de son activité professionnelle.

Il faudrait introduire, au 2° de l'article, la notion de professionnel de santé « *ou assimilé* », puisque des professions autres que médicales, comme les thanatopracteurs, entrent de fait dans le champ d'application de l'article. Votre rapporteur estimerait utile de clarifier ce point.

Proposition n° 15 : Clarifier la rédaction de l'article R. 1335-2 du code de la santé publique sur le régime de responsabilité des producteurs de déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) pour prendre explicitement en compte les professionnels assimilés à des professionnels de santé qui sont producteurs de tels déchets, et donc les thanatopracteurs.

En raison des risques de contamination qu'ils présentent, ces déchets doivent suivre une filière d'élimination spécifique, avec des règles précises de tri, d'emballage, de stockage, de transport, et de destruction, l'ensemble de la procédure d'élimination devant faire l'objet d'une traçabilité¹.

Les règles à respecter par les thanatopracteurs en matière d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)

Ils doivent être séparés des autres déchets dès leur production (article R. 1335-5 du code de la santé publique), faire l'objet d'un conditionnement à usage unique dans des emballages agréés² et d'un entreposage adapté en quantité limitée³.

Considérés comme des matières dangereuses, leur transport terrestre exige le respect des normes internationales en la matière (article R. 1335-6 du même code). En effet, le transport de marchandises par route est régi par l'accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route conclu le 30 septembre 1957, règlement dit « ADR »⁴. Celui-ci prévoit que les matières dangereuses peuvent, sauf exceptions, faire l'objet d'un transport international sous réserve du respect de conditions d'emballage, d'étiquetage et de construction du véhicule (DASRI emballés dans un caisson amovible mais en matériel rigide et qui doit être désinfecté après chaque utilisation). Le transport de DASRI dans un véhicule personnel ou de service est autorisé sous réserve que la masse de DASRI soit inférieure ou égale à 15 kilogrammes. Il est également interdit de transporter des voyageurs dans des véhicules transportant des DASRI.

Les délais d'élimination des DASRI dépendent des quantités produites et la plupart des thanatopracteurs se trouvent dans les cas suivants⁵ :

- quantité supérieure ou égale à 100 kilogrammes par semaine, le transport et l'élimination sont requis dans les 72 heures qui suivent la production ;

- quantité inférieure à 100 kilogrammes par semaine et supérieure à 15 kilogrammes par mois, le transport et l'élimination sont requis dans les 7 jours qui suivent la production.

Le thanatopracteur doit établir une convention écrite, respectant certaines informations avec le prestataire de service d'élimination des DASRI, voire avec le transporteur auquel il confie le transport des DASRI jusqu'au centre de traitement.

¹ L'article D. 2223-84 du code général des collectivités territoriales dispose explicitement que les thanatopracteurs qui procèdent à des soins de conservation au sein des chambres funéraires recueillent les déchets issus de ces activités et procèdent à leur élimination conformément aux dispositions R. 1335-1 à R. 1335-14 du code de la santé publique.

² Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.

³ Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

⁴ Arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD »). Il complète l'accord européen relatif au transport international des marchandises dangereuses par route conclu le 30 septembre 1957, règlement dit « ADR ».

⁵ Un thanatopracteur produit entre 5 et 8 kg de DASRI par thanatopraxie.

Le producteur doit, en plus, établir un bordereau d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux qui accompagne les DASRI jusqu'au centre de traitement des déchets et qui doit lui revenir, contresigné par le centre de traitement, justifiant ainsi de l'élimination des déchets. Ces bordereaux justifiant de l'élimination des déchets doivent être conservés durant trois ans.

Les DASRI font ensuite l'objet d'une incinération dans un crématorium (article R. 1335-8 du code de la santé publique).

En application de l'article L. 541-3 du code de l'environnement, chaque région est couverte par un plan régional de prévention et de gestion des déchets. Les DASRI font l'objet d'une planification spécifique.

Les agences régionales de santé (ARS) sont en charge du contrôle de l'application de la réglementation relative aux DASRI par les producteurs de ces déchets (établissements de santé, professionnels de santé, thanatopracteurs notamment). Toutefois, d'après les services du ministère de la santé, entendus par votre rapporteur, les ARS ciblent leurs contrôles du respect de la réglementation relative aux DASRI sur les établissements de santé, dans le cadre des orientations nationales d'inspection-contrôle définies par le ministère de la santé.

Votre rapporteur insiste pour que ces contrôles soient élargis au-delà de ces seuls établissements, et portent en particulier sur les opérateurs funéraires qui pratiquent la thanatopraxie.

Proposition n° 16 : Définir une doctrine de contrôle des agences régionales de santé sur le respect de l'élimination des DASRI par les thanatopracteurs et mener les contrôles ciblés qui sont nécessaires à cet égard.

Les sanctions en cas de non-respect des principes prévus par le code de l'environnement peuvent être lourdes : est par exemple puni de deux ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende le fait d'abandonner, de déposer, ou de faire déposer ses déchets sans les éliminer (article L. 541-46 du code de l'environnement). Ces sanctions sont également applicables à « *tous ceux qui, chargés à un titre quelconque de la direction, de la gestion ou de l'administration de toute entreprise ou établissement, ont sciemment laissé méconnaître par toute personne relevant de leur autorité ou de leur contrôle* » les dispositions relatives à l'élimination des déchets (article L. 541-48 du code de l'environnement).

L'employeur du thanatopracteur lorsqu'il est salarié est en outre créancier d'une obligation de sécurité au titre de l'article R. 4424-7 du code du travail, qui lui impose de prendre des mesures appropriées « *pour préserver la santé et la sécurité des travailleurs, notamment par une information sur*

les procédés de décontamination de désinfection et la mise en œuvre de bonnes pratiques permettant de manipuler et d'éliminer sans risque les déchets contaminés ». Il doit en effet **permettre au thanatopracteur de disposer de la formation et du matériel requis pour assurer l'élimination des DASRI**. Les manquements de l'employeur à cette obligation constituent une faute pour ce dernier¹.

Le préfet peut, en outre, au titre de son pouvoir de sanction administrative, suspendre ou retirer l'habilitation d'un thanatopracteur ou de son employeur pour « atteinte à l'ordre public ou danger pour la salubrité publique » (4° de l'article L. 2223-25 du code général des collectivités territoriales).

Votre rapporteur estimerait donc utile de **faire figurer des documents attestant de la traçabilité des DASRI² parmi les critères de renouvellement de l'habilitation des thanatopracteurs** ou des opérateurs de pompes funèbres qui proposent des prestations de thanatopraxie.

Proposition n° 17 : Inclure la transmission des pièces attestant de la traçabilité des DASRI parmi les critères de renouvellement de l'habilitation des thanatopracteurs.

En outre, d'après les éléments évoqués lors des auditions, **l'élimination des DASRI par les thanatopracteurs reste pour le moins perfectible**. Le plus sécurisant, de l'avis de votre rapporteur, serait de traiter les DASRI sur place lorsque la thanatopraxie se déroule dans une chambre mortuaire. En effet, les établissements de santé, soumis aux mêmes contraintes de gestion de ces DASRI, connaissent bien la réglementation et disposent du matériel requis. De surcroît, cela éviterait le transport de déchets dangereux.

Votre rapporteur rappelle donc à cet égard que **tout producteur de déchets peut, dans le cadre d'une convention écrite, confier à une autre personne la gestion de ces déchets, sans toutefois se décharger de sa responsabilité** : « tout producteur ou détenteur de déchets est responsable de la gestion de ces déchets jusqu'à leur élimination ou valorisation finale, même lorsque le déchet est transféré à des fins de traitement à un tiers » (article L. 541-2 du code de l'environnement)³. Ce principe est repris à l'article R.1335-3 du code de la santé publique, qui est spécifique aux DASRI.

¹ Cour d'appel d'Amiens, chambre sociale, 9 janvier 2019, n° 16/260.

² Pourraient y figurer l'attestation annuelle de l'organisme indiquant le nombre de récupérations, et la convention d'élimination des DASRI entre l'organisme qui les prend en charge et le thanatopracteur.

³ Ce principe est repris à l'article R.1335-3 du code de la santé publique spécifique aux DASRI.

Dès lors, votre rapporteur a écarté une nouvelle exception au principe de la responsabilité du producteur-thanatopracteur dans l'objectif de transférer sa responsabilité vers les lieux d'accueil de la thanatopraxie (chambres mortuaires et funéraires). Il ne considère pas ce transfert opportun, tout comme la majorité des personnes entendues, au premier rang desquels les thanatopracteurs eux-mêmes. Il préfère **encourager la conclusion de conventions avec les chambres mortuaires, voire les chambres funéraires, dans le but de faire du traitement des DASRI sur place le principe et de son transport l'exception.**

Proposition n° 18 : Favoriser la gestion des DASRI par les chambres mortuaires par voie de convention sans décharger les thanatopracteurs et les opérateurs funéraires de leur responsabilité. Établir et diffuser une convention type auprès des thanatopracteurs. Étudier la mise en place d'un système identique avec les chambres funéraires.

En cas de transport de DASRI, votre rapporteur estime, comme l'INRS le lui a suggéré, que le thanatopracteur devrait disposer d'un véhicule adapté pour le protéger ainsi que son environnement, notamment en cas d'accident (véhicule de transport équipé d'un compartiment hermétiquement séparé de l'habitacle et ventilé en permanence). Cet équipement serait aussi adapté au transport de produits dangereux autres que les DASRI tel que le formaldéhyde, utilisé pour la conservation des corps.

Proposition n° 19 : Lorsque le transport de DASRI est inévitable, utiliser obligatoirement un véhicule adapté au transport de matières dangereuses.

2. Garantir aux thanatopracteurs des outils efficaces de prévention des risques

a) Assurer l'adaptation des chambres mortuaires et funéraires à la prévention des risques chimique et infectieux

La prévention des risques dépend aussi de l'adaptation des lieux de pratique de la thanatopraxie.

L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), entendu par votre rapporteur, préconise, compte tenu du risque chimique, que **toute pièce de préparation des corps soit dotée d'un système de ventilation avec**

une captation à la source et une évacuation vers l'extérieur, seul dispositif qui permette que le **thanatopracteur respire toujours de l'air non pollué**.

Lorsque la suppression de l'agent chimique dangereux ou sa substitution par un produit ou un procédé qui n'est pas dangereux, ou qui l'est moins, est impossible, comme le formaldéhyde pour la thanatopraxie¹, l'article R. 4412-16 du code du travail fixe **l'obligation pour l'employeur de réduire le risque au minimum**, notamment par la mise en œuvre, à la source du risque, de mesures efficaces de protection collective, telles qu'une bonne ventilation, des matériels adéquats et des mesures appropriées d'organisation du travail.

À cet égard, l'article D. 2223-84 du code général des collectivités territoriales et l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux établissements de santé, **imposent tous deux un dispositif de ventilation assurant un renouvellement d'air spécifique**², afin que l'air soit rejeté à l'extérieur après filtration.

Ces dispositions ne prévoient toutefois pas que la captation de l'air est faite à la source du risque, c'est-à-dire sur les tables de soin et les paillasse où sont réalisés les mélanges ou transvasements de produits, pour éviter l'exposition au formaldéhyde et au méthanol comme l'exige le code du travail, et comme le préconise l'INRS.

La lutte contre l'exposition des travailleurs aux risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes est régie par une directive européenne³. Si le formaldéhyde ne fait pas pour l'instant l'objet de valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP)⁴ contrairement à d'autres agents chimiques⁵, il est prévu une réévaluation des valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) au plus tard en juin 2020, avec intégration de normes pour le formaldéhyde.

¹ Sauf exceptions, voir infra.

² D'au moins quatre volumes par heure.

³ Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail (sixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE du Conseil).

⁴ Les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) sont exprimées sous forme de concentrations dans l'air d'une substance chimique, pour un temps d'exposition déterminé. En dessous de ces concentrations, le risque théorique d'altération de la santé est considéré comme négligeable. Les VLEP constituent des valeurs de référence pour évaluer le niveau de l'exposition dans l'air.

⁵ Article R. 4412-149 du code du travail.

La modification de la directive est en cours d'examen au Parlement européen. Une résolution récemment adoptée par le Parlement européen vise une valeur limite d'exposition professionnelle de 350 microgrammes par m³ pour le formaldéhyde. Elle indique explicitement qu'« *il est à prévoir que le secteur des pompes funèbres rencontrera des difficultés pour respecter, à court terme, la valeur limite* »¹, en raison de l'activité de thanatopraxie et, qu'en conséquence, une valeur limite de 620 microgrammes par m³ devrait être prévue pendant une période de cinq années.

À titre de comparaison, d'après l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), certains taux mesurés lors de la réalisation de thanatopraxies font état d'une concentration maximum de formaldéhyde dans l'air de près de 1 000 microgrammes par m³. Sans généraliser cette dernière donnée, votre rapporteur estime qu'elle reflète la **dangerosité des risques induits par la thanatopraxie en raison de l'utilisation de formaldéhyde.**

Il préconise donc, *a minima*, l'installation dans toutes les chambres mortuaires et funéraires d'un système de captation de l'air à la source avec évacuation à l'extérieur de l'air pollué.

Proposition n° 20 : Imposer l'installation d'un système de captation de l'air à la source dans les chambres mortuaires et funéraires, avec évacuation extérieure de l'air pollué.

S'ils sont salariés d'opérateurs funéraires, les thanatopracteurs sont considérés comme des travailleurs au sens des articles L. 4111-1 et L. 4111-5 du code du travail. L'employeur est alors tenu de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ces travailleurs, notamment pour prévenir les risques d'exposition aux agents chimiques dangereux (articles R. 4412-11 et suivants du code du travail) et aux agents biologiques (article R. 4424-1 et suivants du même code).

En revanche, s'ils sont thanatopracteurs indépendants, ils ne rentrent pas dans le champ d'application du code du travail et l'inspection du travail n'est donc pas compétente pour contrôler le respect des mesures de prévention.

¹ Résolution législative du Parlement européen du 27 mars 2019 sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil portant modification de la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail (COM(2018)0171 – C8-0130/2018 – 2018/0081(COD)).

D'après les services du ministère du travail, entendus par votre rapporteur, **des campagnes de contrôle ont été menées par l'inspection du travail dans certaines chambres funéraires et mortuaires**, notamment en Île-de-France. **Les agents de contrôle ont demandé aux employeurs de mettre en place des systèmes de captation à la source**. Toutefois, d'après les informations des inspecteurs du travail, **leurs préconisations sont rarement suivies d'effet**, dans la mesure où l'employeur des thanatopracteurs exposés aux produits est rarement le propriétaire des murs. En conséquence, les services de l'inspection du travail n'ont pas de moyen juridique pour contraindre ce dernier à réaliser les travaux.

Proposition n° 21 : Mobiliser l'inspection du travail, en lien avec les agences régionales de santé, pour mener à bien des campagnes de contrôle des chambres mortuaires et funéraire.

Proposition n° 22 : Contraindre les propriétaires des chambres funéraires ou mortuaires qui ne sont pas les employeurs des thanatopracteurs à se conformer aux mesures de prévention des risques chimique et infectieux.

Proposition n° 23 : Sanctionner de manière effective les responsables des chambres funéraires et mortuaires qui ne respectent pas la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité.

b) Traiter le cas particulier de la thanatopraxie à domicile

Les soins de thanatopraxie n'avaient jamais, par le passé, fait l'objet d'une réglementation distincte selon le lieu où ils s'exerçaient. C'est chose faite pour la thanatopraxie à domicile depuis le 1^{er} janvier 2018.

D'après le Haut Conseil de la santé publique (HSCP) dans son avis publié en 2012 sur les risques liés aux pratiques de thanatopraxie¹, le domicile, lieu « *non spécifiquement dédié à cette activité* », contrairement aux chambres mortuaires et funéraires, **n'est pas adapté à la pratique de la thanatopraxie en raison de conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes.**

¹ Haut Conseil de la santé publique, avis portant recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie, 20 décembre 2012. Cet avis est consultable à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=303>

Par comparaison avec les autres pays, le HCSP a également établi dans son étude internationale précitée publiée en 2017¹ que **la France n'était pas le seul pays où cette pratique existe, bien qu'elle soit celui où elle se pratique le plus**. Il rappelait, en droite ligne de son avis rendu en 2012, que *« cet aperçu des pratiques internationales de thanatopraxie à domicile montre qu'elle est marginale et dénoncée par les autorités de santé et de nombreux professionnels. Elle est considérée comme obsolète et risquée. »*

Compte tenu de ces risques, le **législateur envisageait**, dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé discuté au Parlement en 2015 et 2016, d'autoriser la thanatopraxie uniquement *« dans des lieux appropriés et dédiés, déterminés par décret en Conseil d'État »*, ce qui **serait revenu à interdire purement et simplement la thanatopraxie à domicile**. Toutefois, lors des débats, plusieurs parlementaires et en particulier des sénateurs, ont fait valoir **l'utilité de la thanatopraxie à domicile pour les familles résidant en milieu rural, dans les territoires où les établissements de santé et les chambres funéraires sont moins nombreux**.

Dès lors, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé **n'a pas permis l'interdiction de la thanatopraxie à domicile mais a prévu de confier au pouvoir réglementaire**, dans le cadre du règlement national des pompes funèbres, **le soin d'encadrer les « conditions d'intervention des personnes susceptibles de réaliser des soins de conservation »** (5° de l'article L. 2223-20 du code général des collectivités territoriales). Ces **nouvelles conditions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018**.

Le décret n° 2017-983 du 10 mai 2017 relatif aux conditions d'intervention des thanatopracteurs et à l'information des familles concernant les soins de conservation prévoit que **la thanatopraxie à domicile ne peut se dérouler au domicile du défunt, que si le décès y a eu lieu², et si ledit domicile est conforme aux prescriptions techniques fixées par arrêté³ dont l'opérateur funéraire aura constaté le respect**, par lui-même, ou sur déclaration de la famille du défunt préalablement à la vente de la prestation de soin de conservation (article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales).

¹ Étude internationale de la législation et des pratiques des soins de conservation (thanatopraxie) dans trente pays d'Europe et d'Amérique du Nord, *Haut Conseil de la santé publique*, 31 janvier 2017, p. 6 et consultable à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=609>

² Elle ne peut évidemment pas être réalisée dans un autre domicile que celui du défunt.

³ Arrêté du 10 mai 2017 fixant les conditions de réalisation des soins de conservation à domicile.

En effet, « les équipements du thanatopracteur ainsi que la configuration de la pièce [doivent répondre] à des exigences minimales, notamment de superficie, d'accès, de ventilation, de nettoyage et d'éclairage » (article R. 2223-132 du code général des collectivités territoriales). Ces **exigences sont fixées par l'arrêté du 10 mai 2017 fixant les conditions de réalisation des soins de conservation à domicile.**

Il précise à cet effet :

- les mesures de protection universelle standard que doivent respecter les thanatopracteurs (articles 2 à 4 de l'arrêté)¹ ;

- et les prescriptions techniques applicables à domicile (articles 5 et 6 de l'arrêté)².

Si le domicile ne répond pas aux conditions fixées par les textes, l'opérateur funéraire en charge de l'organisation des obsèques peut refuser d'opérer un soin de conservation à domicile.

En outre, les **thanatopracteurs salariés pourraient faire valoir leur droit de retrait**³, pour autant qu'ils puissent légitimement faire état d'un danger grave et imminent. Or dès lors que le risque est inhérent à la fonction exercée par le salarié, il ne peut se retirer que face à une menace particulière et pour autant que son employeur ait méconnu les mesures de prévention et de sécurité nécessaires pour supprimer ou réduire le risque.

Si les **différentes conditions requises sont réunies, la thanatopraxie doit être réalisée dans les trente-six heures suivant le décès**, délai pouvant être prorogé de douze heures pour tenir compte de circonstances particulières, sous réserve de la faisabilité des soins évaluée par le thanatopracteur (article R. 2223-132 du code général des collectivités territoriales).

¹ Voir supra : équipements de protection individuelle adaptés aux risques chimiques et infectieux, adoption d'une conduite en cas d'exposition accidentelle au sang, utilisation de matériel à usage unique ou, dans le cas contraire, modalités d'hygiène.

² Elles prévoient notamment que le défunt repose sur un lit médicalisé ou une table de soins, qu'il y ait une protection systématique de l'environnement (protection de la table de soins ou du lit médicalisé avec une housse imperméable et si nécessaire la protection du sol avec un film imperméable), que les sols et murs soient lavables et désinfectables, qu'il y ait une ventilation naturelle suffisante et, afin de ne pas exposer les proches, les occupants et les visiteurs et que la pièce où se déroule la thanatopraxie soit différente de celle où vivent les proches, isolée du reste du logement.

³ L'article L. 4131-1 du code du travail qui prévoit que « le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation ».

Chaque thanatopraxie réalisée à domicile fait aussi l'objet d'une **traçabilité via l'établissement d'un compte rendu d'intervention rédigé par le thanatopracteur¹**.

Votre rapporteur estime que ces conditions permettent de **cadre fortement les conditions de l'exercice de la thanatopraxie à domicile**. D'après les professionnels qu'il a entendus, opérateurs funéraires ou thanatopracteurs indépendants, **elles ont d'ores et déjà comme conséquence de limiter fortement la pratique de la thanatopraxie à domicile**.

Selon certains opérateurs funéraires du secteur privé, la thanatopraxie à domicile ne représenterait plus que 2 % des prestations qu'ils ont réalisées en 2018, contre près de 20 % en 2017, baisse qu'ils imputent aux nouvelles règles. Les opérateurs du secteur public ont émis un constat similaire : ils sont **nombreux à ne plus proposer aux familles de thanatopraxie à domicile compte tenu des nouvelles conditions qu'ils estiment impossibles à respecter**, notamment s'agissant de la **configuration du domicile lui-même**.

Plusieurs thanatopracteurs indépendants ont, en outre, indiqué à votre rapporteur que le délai de réalisation et le coût de la thanatopraxie avaient été multipliés par deux à domicile compte tenu des conditions plus strictes désormais imposées.

Certains thanatopracteurs **pratiqueraient à domicile sans même respecter les nouvelles règles**, ce que votre rapporteur juge inacceptable. Votre rapporteur relève de surcroît à cet égard la **quasi-impossibilité du contrôle par les pouvoirs publics du respect de ces conditions**. Comme le lui ont indiqué les services du ministère du travail, les agents de contrôle de l'inspection du travail n'ont la possibilité d'aller contrôler les conditions de travail dans une habitation ou un domicile privé que si le propriétaire leur en a donné l'autorisation expresse (article L. 8113-1 du code du travail). Il est d'ailleurs hautement improbable qu'une famille en deuil ait le réflexe d'alerter l'inspection du travail en amont de l'intervention d'un thanatopracteur à domicile.

Votre rapporteur n'est toutefois **pas insensible aux arguments du monde rural**, où les décès ont, semble-t-il, lieu plus fréquemment à domicile. La suppression de la thanatopraxie à domicile occasionnerait alors des coûts de transport de corps avant mise en bière vers une chambre funéraire, transport souvent plus onéreux qu'en milieu urbain en raison des distances à parcourir du fait d'une moindre couverture du territoire en équipements.

¹ Le modèle de compte rendu est fixé en annexe de l'arrêté du 10 mai 2017 et inclut des informations relatives au produit biocide utilisé, aux volumes de liquide ponctionné et à la procédure d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI).

Toutefois, **compte tenu des risques pour les thanatopracteurs eux-mêmes et leurs familles**, votre rapporteur estime qu'il convient désormais de **s'assurer du respect des règles nouvellement fixées et, dans le cas contraire, de mettre fin à la thanatopraxie à domicile.**

Proposition n° 24 : Faire un bilan du respect des règles imposées pour la thanatopraxie à domicile en 2021 et, le cas échéant, en tirer les conséquences, si les risques demeurent trop élevés pour le thanatopracteur et son environnement dès lors qu'il n'apparaîtrait pas possible, dans la plupart des cas, de respecter les mesures prescrites.

Par ailleurs, pour faciliter la thanatopraxie dans des lieux dédiés lorsque le défunt est décédé à domicile, votre rapporteur suggère, à l'instar des inspecteurs généraux des affaires sociales et de l'administration¹, de faciliter l'application des dispositions prévues à l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales permettant que les chambres mortuaires reçoivent les corps des personnes décédées hors de ces établissements. Si l'admission de ces défunts se fait à titre onéreux et implique donc un coût pour la famille, à ajouter au coût du transport de corps, cela permettrait au moins à la famille d'avoir le choix entre une chambre mortuaire et funéraire, la seconde étant souvent plus onéreuse que la première.

Proposition n° 25 : Mettre plus largement à profit les dispositions de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales permettant à une chambre mortuaire d'accueillir le corps de personnes décédées hors de l'établissement de santé gestionnaire de ladite chambre.

c) Permettre la transmission au thanatopracteur des informations indispensables à son activité contenues dans le certificat de décès, sans porter atteinte au secret médical

Plusieurs thanatopracteurs ont déploré auprès de votre rapporteur **l'absence de transmission au thanatopracteur des informations administratives inscrites sur le certificat de décès lui permettant de vérifier les conditions légales requises pour toute thanatopraxie** (pas d'obstacle médico-légal, pas d'infection transmissible interdisant la thanatopraxie, retrait ou non d'une prothèse avec pile).

¹ Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation, *Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, rapport établi par Jean-Paul Segade, Dominique Bellion et Jacques Fournier, juillet 2013.*

Sans porter atteinte au secret médical – le volet médical du certificat de décès devant demeurer confidentiel – votre rapporteur jugerait opportun d’ajouter les thanatopracteurs à la liste des personnes auxquelles est transmis le volet administratif du certificat de décès¹. Cette transmission sera d’autant plus simple qu’en pratique elle devrait se faire par voie dématérialisée dans les prochains mois, en application du décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès².

Proposition n° 26 : Transmettre au thanatopracteur par voie dématérialisée le volet administratif du certificat de décès, dans le cadre de la mise en place du certificat de décès électronique.

d) Proposer un suivi médical à tous les thanatopracteurs

Si tout travailleur doit être suivi par un service de santé au travail (article L. 4622-1 du code du travail), les thanatopracteurs indépendants ne bénéficient pas de cette protection. **Alors que les actes de thanatopraxie sont loin d’être des actes anodins, les professionnels ne sont pas protégés de la même façon selon leur statut** (salarié ou indépendant). Les personnels salariés bénéficient de garanties de sécurité alors que les indépendants, soumis aux mêmes règles, ne font pas l’objet des mêmes contrôles. Dans tous les cas, l’exposition aux risques professionnels varie en fonction de l’état du corps ainsi que des lieux dans lesquels les soins se déroulent.

Compte tenu des risques auxquels ils sont exposés, votre rapporteur estime indispensable de **prévoir des modalités *ad hoc* de suivi médical des thanatopracteurs indépendants.**

Proposition n° 27 : Créer des modalités *ad hoc* de suivi médical pour les thanatopracteurs indépendants. Identifier des médecins généralistes référents par région et imposer aux thanatopracteurs de les consulter au moins une fois par an.

D’après les informations portées à la connaissance de votre rapporteur, le suivi des thanatopracteurs salariés en médecine du travail ne fait, en outre, l’objet d’aucune centralisation au niveau du ministère du travail. Il n’a donc pas été possible d’en faire un quelconque bilan.

¹ Paragraphe II de l’article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales.

² Ce décret prévoit que ces dispositions ne rentrent en vigueur qu’après l’approbation d’un référentiel d’authentification, qui n’est pas encore intervenue à la connaissance de votre rapporteur.

Or, votre rapporteur estime que les thanatopracteurs devraient être astreints à une **surveillance médicale renforcée** pour prévenir l'ensemble des risques résultant d'une exposition à des agents biologiques pathogènes¹.

Proposition n° 28 : Définir avec l'inspection du travail un plan de suivi médical des thanatopracteurs salariés, exposés à plusieurs facteurs de risques. Centraliser au sein du ministère du travail les actions menées en ce sens.

e) Anticiper les évolutions concernant l'utilisation des produits biocides

Les produits destinés aux soins de conservation du corps de la personne décédée sont des produits biocides², dont la substance active est, pour la majorité d'entre eux, le formaldéhyde³.

Ces produits sont encadrés par le règlement UE n° 528/2012 concernant la mise sur le marché et l'utilisation de produits biocides, entré en vigueur le 1^{er} septembre 2013, qui a pour objectif principal d'assurer un niveau de protection élevé de l'homme, des animaux et de l'environnement en limitant la mise sur le marché des seules substances actives et produits biocides efficaces, et présentant des risques acceptables pour l'homme et l'environnement.

La mise en œuvre de ce règlement est prévue en deux étapes :

- une évaluation des substances actives biocides au terme de laquelle est établie une liste des substances actives approuvées par l'Union européenne ;

- une évaluation des produits eux-mêmes (contenant les substances actives biocides approuvées) avant toute autorisation de mise à disposition sur le marché national ou de l'Union européenne.

Les États membres peuvent continuer à appliquer leur réglementation nationale antérieure durant la période transitoire d'évaluation des substances actives biocides. **Le processus d'évaluation n'a pas encore débuté pour le formaldéhyde.** D'après les informations recueillies par votre rapporteur lors des auditions, il serait prévu pour les années 2023 ou 2024.

¹ Le médecin du travail doit d'ailleurs s'assurer que les thanatopracteurs salariés respectent bien leurs obligations de vaccination (article L. 3111-4-1 du code de la santé publique).

² Les produits biocides sont des substances ou des préparations destinées à détruire, repousser ou rendre inoffensifs les organismes nuisibles, à en prévenir l'action ou à les combattre, par une action chimique ou biologique.

³ Voir supra sur les risques pour l'homme et l'environnement de l'utilisation de ce produit chimique.

L'article R. 2213-3 du code général des collectivités territoriales prévoit que tout produit destiné aux soins de conservation du corps de la personne décédée doit être agréé par le ministère chargé de la santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Ces dispositions nationales s'appliquent donc à tout fluide intervenant dans la thanatopraxie dont la substance active biocide est encore en cours d'évaluation au niveau européen (ce qui est le cas du formaldéhyde et d'une façon générale de toutes les substances actives destinées à la thanatopraxie).

L'agrément n'est pas limité dans le temps, ce que votre rapporteur trouve surprenant, mais il peut être retiré par l'autorité administrative. Si la non-efficacité du produit est signalée à l'entreprise, celle-ci est tenue d'en informer l'ANSES.

La mise sur le marché d'un produit biocide en méconnaissance des dispositions légales est punie de deux ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (article L. 522-16 du code de l'environnement).

Compte tenu des risques induits par le formaldéhyde pour les professionnels et plus généralement, pour l'environnement, **il n'est pas certain que cette substance active soit autorisée pour tous les usages, lors de son évaluation prévue par la Commission européenne entre 2022 et 2024.** Elle pourrait par exemple être utilisée pour certains usages – en matière de santé par exemple – et pas d'autres, comme la thanatopraxie, jugés non prioritaires en termes de rapport bénéfice/risque.

D'où **l'urgence de trouver des produits de substitution au formaldéhyde.** L'ANSES a été saisie à cette fin le 9 octobre 2014¹ d'une « *demande d'avis relatif à l'utilisation de substituts au formaldéhyde dans différents secteurs d'activité, notamment la thanatopraxie* ». Votre rapporteur a pu consulter le pré-rapport, soumis à consultation². Or, d'après les experts, **les alternatives au formaldéhyde pour les produits de conservation des corps sont encore peu nombreuses et d'usage peu répandu, car elles ne sont pas considérées comme ayant la même efficacité.**

Plusieurs produits ne contenant pas de formaldéhyde ont été mis sur le marché. Toutefois, les thanatopracteurs comme les professionnels des pompes funèbres émettent pour certains des doutes sur des produits biocides lorsqu'ils sont, en l'espèce, désinfectants mais non conservateurs. Les produits désinfectants, s'ils seraient moins nocifs pour la santé, **ne permettraient pas une conservation du corps aussi efficace et sur la même**

¹ Par les ministères en charge de la santé, du travail et de l'économie.

² Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Études des alternatives potentielles au formaldéhyde en thanatopraxie, saisine n° 2014-SA-0236 rapport d'expertise collective, Comité d'experts spécialisé « valeurs sanitaires de référence », groupe de travail « Formaldéhyde et substituts », document soumis à consultation en mars 2018. Ce pré-rapport est consultable à l'adresse suivante : https://www.anses.fr/fr/system/files/2014-SA-0236_Rapport_expertise_collective_anapath_08-02-19.pdf

durée qu'un produit contenant du formaldéhyde. De plus, ils se révéleraient inefficaces dans certaines conditions (fortes chaleurs par exemple).

À partir de recherches dans la réglementation, dans la littérature scientifique et de consultations des parties prenantes de la profession, les experts de l'ANSES ont pu identifier au total **29 mélanges susceptibles de constituer des alternatives potentielles à l'utilisation du formaldéhyde dans les fluides de conservation en thanatopraxie.**

Interrogée par votre rapporteur sur **d'éventuelles conséquences sur la gestion des cimetières de l'augmentation des soins de conservation avant l'inhumation**, l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalités (AMF) lui a précisé que les communes témoignaient, de façon quasi-unanime, des mêmes conséquences. Les services municipaux se rendent compte qu'il devient de plus en plus difficile de procéder aux réductions de corps après une inhumation pouvant remonter, dans certains cas, à plus de quinze ans. D'après l'AMF, les responsables de service funéraire précisent toutefois qu'il est **difficile d'établir un lien direct entre une meilleure conservation des corps et la thanatopraxie.** Les traitements médicaux que peuvent recevoir les personnes, les conservateurs alimentaires ou encore la typologie du terrain qui accueille les inhumations peuvent être aussi à l'origine du ralentissement du mécanisme de décomposition du corps.

Compte tenu de l'ensemble de ces raisons, votre rapporteur juge nécessaire d'anticiper les évolutions à venir en lançant un programme public de recherche sur les produits de substitution au formaldéhyde.

<p>Proposition n° 29 : Lancer un programme public de recherche pour le développement de produits de substitution au formaldéhyde pour la thanatopraxie.</p>
--

III. RENFORCER LE PILOTAGE DES POUVOIRS PUBLICS SUR L'ACTIVITÉ DE THANATOPRAXIE

A. RENFORCER LE CONTRÔLE DE L'HABILITATION PRÉFECTORALE DES OPÉRATEURS FUNÉRAIRES PROPOSANT DES PRESTATIONS DE THANATOPRAXIE ET LE SUIVI DE LEUR ACTIVITÉ

1. Rendre plus effective l'attribution de l'habilitation des thanatopracteurs et son contrôle dans la durée

Bien que cette intervention soit soumise à déclaration auprès des communes, il n'est pas aisé de savoir avec précision le pourcentage de défunts pour lesquels des soins de thanatopraxie sont réalisés.

La thanatopraxie est une opération funéraire relevant du service extérieur des pompes funèbres, lui-même mission de service public, tel que le prévoit l'article L. 2223-19 du code général des collectivités territoriales.

La définition légale du service extérieur des pompes funèbres (article L. 2223-19 du code général des collectivités territoriales)

« Le service extérieur des pompes funèbres est une mission de service public comprenant :

1° Le transport des corps avant et après mise en bière ;

2° L'organisation des obsèques ;

3° Les soins de conservation définis à l'article L. 2223-19-1 ;

4° La fourniture des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires ;

5° (Alinéa supprimé)

6° La gestion et l'utilisation des chambres funéraires ;

7° La fourniture des corbillards et des voitures de deuil ;

8° La fourniture de personnel et des objets et prestations nécessaires aux obsèques, inhumations, exhumations et crémations, à l'exception des plaques funéraires, emblèmes religieux, fleurs, travaux divers d'imprimerie et de la marbrerie funéraire.

Cette mission peut être assurée par les communes, directement ou par voie de gestion déléguée. Les communes ou leurs délégataires ne bénéficient d'aucun droit d'exclusivité pour l'exercice de cette mission. Elle peut être également assurée par toute autre entreprise ou association bénéficiaire de l'habilitation prévue à l'article L. 2223-23 ».

Il s'agit d'une **mission de service public à caractère industriel et commercial**¹, qui peut être exercée par les communes¹, par voie de gestion

¹ Conseil d'État, Avis de la section de l'intérieur, n° 358 102 – 19 décembre 1995. Cet avis est consultable à l'adresse suivante : <http://www.conseil-etat.fr/content/download/475/1453/version/1/file/358102.pdf>

directe ou déléguée, mais aussi par toute autre entreprise ou association habilitée.

Toute régie, entreprise, ou association qui souhaite fournir une prestation de thanatopraxie doit y être habilitée par le préfet² du département³, comme c'est le cas pour toutes les prestations relevant du service extérieur des pompes funèbres, sous peine des sanctions pénales prévues à l'article L. 2223-35 du code général des collectivités territoriales : amende de 75 000 euros pour les personnes physiques et de 375 000 euros pour les personnes morales⁴ ou encore peines complémentaires comme l'interdiction d'exercer l'activité de thanatopraxie pendant une durée de cinq années⁵. Le préfet peut, à cet égard, saisir le procureur de la République, dans le cadre de l'article 40 du code de procédure pénale, en vue de l'engagement de poursuites pénales à l'encontre d'un opérateur funéraire qui aurait commis des infractions pénales.

L'habilitation, valable sur l'ensemble du territoire national, est délivrée pour une période de six années⁶ sous réserve du respect de plusieurs critères dont, notamment, des conditions minimales de capacité professionnelle des dirigeants et agents. Dans le cadre du contrôle de l'activité des opérations funéraires, le préfet peut vérifier *a posteriori* le respect de ces dispositions et décider d'éventuelles sanctions administratives : suspension ou retrait de l'habilitation délivrée⁷.

**Le contrôle de la profession funéraire et les sanctions
en cas de manquement aux dispositions encadrant la thanatopraxie**

La thanatopraxie doit nécessairement s'inscrire dans le respect de l'article 16-1-1 du code civil qui dispose que « *le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort* » et que « *les restes des personnes décédées, y compris les cendres de celles dont le corps a donné lieu à crémation, doivent être traitées avec respect, dignité et décence* ».

De manière générale, « *toute atteinte à l'intégrité du cadavre, par quelque moyen que ce soit, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* » (article 225-17 du code pénal), délit dont peut être pénalement responsable l'opérateur de pompes funèbres en tant que personne morale (article 225-18-1 du même code). Il importe, pour que soit constituée l'infraction, de caractériser l'élément intentionnel résultant de l'accomplissement volontaire d'un acte portant directement atteinte au respect dû aux morts⁸.

¹ L'exercice du service extérieur des pompes funèbres est une faculté pour les communes. Les seules compétences obligatoires pour les communes en matière funéraire sont la création et l'extension de cimetière (article L. 2223-1 du code général des collectivités territoriales) ainsi que la création et la gestion des crématoriums et des sites cinéraires.

² Article L. 2223-23 du code général des collectivités territoriales.

³ Le préfet de police à Paris.

⁴ Articles L. 2223-35 du code général des collectivités territoriales et 131-38 du code pénal.

⁵ Par exemple, l'interdiction d'exercer une fonction publique (article L. 2223-35 du code général des collectivités territoriales et 131-39 du code pénal).

⁶ Article R. 2223-62 du code général des collectivités territoriales.

⁷ Article L. 2223-25 du même code.

⁸ Cour de cassation, chambre criminelle, 25 octobre 2000, n° 00-82.152.

Le préfet peut aussi sanctionner, par un retrait ou une suspension de l'habilitation au service extérieur des pompes funèbres, tout manquement à l'ensemble des dispositions du code général des collectivités territoriales auxquelles sont soumis les opérateurs funéraires (article L. 2223-25 du code général des collectivités territoriales). Il peut aussi y procéder pour atteinte à l'ordre public ou danger pour la salubrité publique. À cet égard, les opérateurs des pompes funèbres sont tenus de conserver pendant un délai de cinq années les déclarations de soins de conservation et les pièces justificatives y afférentes (article R. 2223-55-1 du même code). Le préfet doit ainsi se saisir de tout dossier signalé par toute personne, et requérir le concours des forces de l'ordre.

Toute contravention aux dispositions régissant les opérations consécutives au décès et leur surveillance peut faire l'objet d'une sanction pénale (article R. 2223-66 du code général des collectivités territoriales, contravention de 5^{ème} classe). Le préfet peut dans ce cas saisir le procureur de la République, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale, en vue de l'engagement de poursuites pénales.

En cas de litige, le juge administratif est compétent s'agissant du respect des déclarations, puisque cela relève du pouvoir de police du maire, tandis que le juge civil est compétent pour trancher les litiges familiaux¹ (à titre d'illustration, choix de procéder à une thanatopraxie par la personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles et qui serait contesté par les autres membres de la famille). Au cours de ses auditions, votre rapporteur n'a pas eu connaissance de contentieux en ces domaines.

Source : commission des lois du Sénat.

La prestation de thanatopraxie ne peut être réalisée que par un thanatopracteur titulaire du diplôme national de thanatopraxie². Parmi les exigences requises pour l'habilitation figure donc l'attestation de cette qualité³, qui satisfait en outre la condition de capacité professionnelle fixée par le droit commun⁴.

Deux types d'habilitation existent :

- **une habilitation à organiser l'intégralité des obsèques**, y compris la thanatopraxie. Dans ce cadre, **les opérateurs funéraires** sous-traitent celle-ci⁵ ou la réalisent en interne avec des thanatopracteurs diplômés qu'ils salarient⁶ ;

- **une habilitation partielle - qui se limite à l'exercice de certains actes/prestations - qui peut concerner les thanatopracteurs indépendants.**

Lorsque des sociétés de pompes funèbres sous-traitent cette activité à des sociétés spécialisées ou à des thanatopracteurs indépendants, le donneur d'ordre et le sous-traitant doivent tous deux être habilités.

¹ Articles R. 221-7 du code de l'organisation judiciaire et 1061-1 du code de procédure civile.

² Article L. 2223-45 du code général des collectivités territoriales.

³ Article R. 2223-60 du code général des collectivités territoriales.

⁴ Article D. 2223-37 du code général des collectivités territoriales.

⁵ Les entreprises sous-traitantes doivent aussi être habilitées au titre de l'article L. 2223-23 du code général des collectivités territoriales.

⁶ Qui ne sont pas eux-mêmes habilités mais obligatoirement titulaires du diplôme national de thanatopracteur (article R. 2223-60 du code général des collectivités territoriales).

Les fonctions de dirigeants ou de gérant d'une entreprise habilitée sont interdites aux personnes condamnées pour certains crimes ou délits¹. Les thanatopracteurs qui souhaitent exercer en libéral cette unique activité ne sont pas tenus de détenir, en sus du diplôme national de thanatopracteur, le diplôme de conseiller funéraire exigé pour les dirigeants et gestionnaires des opérateurs funéraires assurant les autres prestations relevant du service extérieur des pompes funèbres².

En pratique, les demandes d'habilitation ne font l'objet que d'un simple contrôle sur pièces³ des services de la préfecture.

Votre rapporteur s'est interrogé sur la réalité du contrôle par les préfectures de ces demandes d'habilitation et sur leur suivi dans le temps. Dans son rapport sur la législation funéraire de 2006, votre rapporteur constatait, avec notre ancien collègue Jean-René Lecerf⁴, que les préfectures estimaient avoir compétence liée pour délivrer les habilitations demandées, dès lors que les pièces requises étaient fournies par le demandeur.

Votre rapporteur regrette en revanche, comme en 2006, que les préfectures ne contrôlent que très peu tant le respect des conditions d'habilitation une fois celle-ci accordée ou les entreprises qui travaillent en l'absence d'habilitation. Ce qui valait en 2006 pour l'ensemble du secteur funéraire vaut toujours en 2019 en particulier pour le secteur de la thanatopraxie.

Or, en application de l'article R. 2213-44 du code général des collectivités territoriales, le préfet ou le maire ont compétence pour faire réaliser la surveillance des opérations funéraires autres que celles mentionnées par la loi, « *en tant que de besoin* ». En conséquence, **un contrôle inopiné d'un opérateur réalisant des soins de conservation peut être déclenché, au cas par cas, sur la base d'éléments objectifs laissant supposer qu'un thanatopracteur n'exerce pas son activité conformément aux règles en vigueur.**

¹ Article L. 2223-24 du code général des collectivités territoriales.

² En revanche, si des thanatopracteurs souhaitent exercer une autre activité relevant du service extérieur des pompes funèbres en contact avec les familles, outre celle des soins de conservation, figurant à l'article L. 2223-19 du code général des collectivités territoriales, il leur appartient de détenir le diplôme de conseiller funéraire voire de suivre la formation complémentaire prévue aux articles D. 2223-55-2 et suivants du même code s'ils deviennent dirigeants ou gestionnaires d'un établissement funéraire.

³ Elles sont énumérées à l'article R. 2223-57 du code général des collectivités territoriales.

⁴ Bilan et perspectives de la législation funéraire - Sérénité des vivants et respect des défunts, Rapport d'information n° 372 (2005-2006) de MM. Jean-Pierre Sueur et Jean-René Lecerf, fait au nom de la commission des lois, déposé le 31 mai 2006. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2005/r05-372-notice.html>

Proposition n° 30 : Mettre en place un plan de suivi des habilitations accordées au titre de la thanatopraxie et effectuer des contrôles inopinés sur le fondement de l'article R. 2213-44 du code général des collectivités territoriales qui permet la surveillance de toutes les opérations funéraires, nonobstant le fait qu'une habilitation ait été accordée.

D'après les derniers chiffres transmis à votre rapporteur par les services du ministre en charge des collectivités territoriales, les préfetures ont procédé à douze retraits et abrogations d'habilitation (pour un motif autre que celui de la cessation d'activité, la liquidation judiciaire ou la reprise par un autre opérateur) ainsi qu'à quatre suspensions d'habilitations, entre 2014 et 2016. Il n'a toutefois pas été possible de connaître la catégorie de service funéraire dont il s'est agi. **Toujours est-il que sur un total de 10 000 opérateurs funéraires habilités au 31 décembre 2016, le taux de sanctions administratives est extrêmement faible.**

La direction générale des collectivités locales ne dispose pas non plus des données permettant de connaître le nombre d'infractions constatées et de signalement effectués par les préfetures au titre de l'article 40 du code de procédure pénale. Or, **certains professionnels du secteur entendus par votre rapporteur lui ont indiqué avoir connaissance, sur le terrain, de thanatopracteurs travaillant sans habilitation.**

Tout en étant conscient du manque de moyens des préfetures pour assurer leurs missions de contrôle, question qui dépasse largement le sujet de la thanatopraxie, voire du secteur funéraire lui-même, votre rapporteur juge **indispensable d'assurer l'effectivité du contrôle de l'activité de thanatopraxie**, compte tenu des enjeux pour les familles et des risques encourus par les thanatopracteurs et leur environnement.

Plusieurs personnes entendues ont suggéré d'abaisser la durée d'habilitation à trois années au lieu de six actuellement. Votre rapporteur a écarté cette proposition, qu'il a jugée chronophage pour les professionnels et les préfetures. Il n'a pas non plus jugé opportun de fixer des durées d'habilitation différentes selon les activités du service extérieur des pompes funèbres exercées par les opérateurs.

Il suggère en revanche de **mener des campagnes de contrôle de cette activité dans certaines régions**, selon une périodicité à déterminer, afin de ne pas accroître de manière déraisonnable la charge de travail des préfetures. Il considère, en outre, qu'il faut également être plus sévère avec les thanatopracteurs qui ne respectent pas le cadre en vigueur en **appliquant de manière effective tant les sanctions administratives** de retrait ou de

suspension des habilitations délivrées que les **sanctions pénales aujourd'hui prévues par les textes.**

Proposition n° 31 : Sanctionner davantage les opérateurs funéraires par le retrait ou la suspension de leur habilitation, lorsqu'ils ne respectent pas leurs obligations légales, et poursuivre pénalement ceux qui proposent des prestations de thanatopraxie sans y être habilités.

2. Doter les pouvoirs publics d'outils permettant le suivi et le contrôle effectif des acteurs

Le secteur de la thanatopraxie fait peu l'objet de statistiques au niveau national, de recherches, ou d'études quantitatives et qualitatives.

Ne sont connus ni le nombre d'habilitations délivrées pour l'activité de thanatopraxie, ni le nombre de thanatopracteurs diplômés en activité, ni le nombre de thanatopraxies réalisées. *A fortiori*, sont inconnues d'autres données qualitatives telles que la répartition des thanatopracteurs selon leur statut (salaire ou indépendant) ou des prestations de thanatopraxie selon le lieu où elle est réalisée (chambre mortuaire, chambre funéraire ou domicile).

Selon la direction générale des collectivités locales, ces insuffisances sont dues :

- aux modalités d'exercice de la thanatopraxie en sous-traitance, qui conduit à doubler le nombre d'opérateurs et de thanatopracteurs habilités pour l'activité de thanatopraxie d'une part ;

- à l'absence de tout outil informatique dans les préfectures qui permettrait le suivi statistique de l'activité et de la profession.

L'ensemble des personnes entendues, de même que le Conseil national des opérations funéraires (CNOF), ont convenu de la **nécessité de mieux documenter l'activité de thanatopraxie.**

Le ministère en charge des collectivités territoriales et le ministère des solidarités et de la santé travaillent conjointement à **l'élaboration d'un référentiel des opérateurs funéraires (ROF)**. Ce référentiel, construit dans le cadre de la dématérialisation du certificat de décès, sera mis à disposition de toutes les préfectures pour **réaliser la gestion des habilitations des opérateurs funéraires**. Il permettra ainsi d'obtenir une vision nationale des habilitations, de connaître les prestations funéraires – notamment les soins de conservation – pour lesquelles un opérateur est habilité, et de créer une **base de données statistiques nationale via les contributions de chaque préfecture.**

Proposition n° 32 : Mettre en œuvre le référentiel dématérialisé des opérateurs funéraires (ROF) comprenant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Votre rapporteur observe que les **déclarations faites en mairie préalablement à toute thanatopraxie pourraient également permettre un meilleur suivi de l'activité de thanatopraxie**. Or, il est actuellement impossible de vérifier si le nombre de déclarations correspond bien au nombre de soins effectués.

Interrogée par votre rapporteur, l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalités (AMF) confirme ce constat. Elle indique que les communes observent une différence importante entre le nombre d'inhumations ou crémations et le nombre de déclarations préalables de thanatopraxie, alors que cette prestation, si elle n'est pas obligatoire, est en général proposée aux familles. Selon l'AMF, il existe également des **cas où les déclarations préalables ne sont pas du tout recensées** au sein des services municipaux ou ne le sont que pour des opérations très spécifiques. Par exemple, certaines communes n'exigent la déclaration préalable que lorsque le défunt est porteur d'un pacemaker. En réalité, **les maires n'ont aucun moyen pour contrôler le respect de la règle et des soins de conservation peuvent ainsi très bien être réalisés avant la déclaration préalable ou sans aucune déclaration**.

Pour assurer le suivi de ces déclarations, votre rapporteur propose qu'un **formulaire unique soit mis en place pour effectuer cette déclaration préalable, afin d'harmoniser les informations délivrées**. Il estime aussi nécessaire que **ce formulaire soit numérique et intégré au logiciel de gestion du référentiel des opérations funéraires**, avec un accès externe pour les familles et les opérateurs funéraires, afin de garantir la transparence de la procédure.

Proposition n° 33 : Établir un formulaire unique numérique de déclaration préalable à la thanatopraxie pour favoriser l'harmonisation des informations délivrées et l'intégrer au référentiel dématérialisé des opérateurs funéraires.

S'agissant du suivi du nombre de thanatopracteurs en exercice, les services du ministère de la santé disposent des listes de thanatopracteurs diplômés chaque année, mais celles-ci ne préjugent pas de l'exercice réel ou non de la profession par ces diplômés.

Le nombre de thanatopracteurs en exercice est évalué par le ministère de la santé, entendu par votre rapporteur, à un chiffre se situant

entre 900 et 1 000 personnes, pour 1 773 diplômés depuis 1996, date de la première session.

La profession se féminise et se rajeunit : depuis 2011, 70 % des diplômés sont des femmes. Pour la session 2017-2018, près de 75 % des inscrits étaient des femmes, pour une moyenne d'âge générale de 30 ans. Les candidats viennent également de la France entière. Pour une partie des candidats, il s'agit de reconversion professionnelle de personnes travaillant auparavant dans le secteur médical (aide-soignant, infirmier, ambulancier...), ou funéraire (porteur, maître de cérémonie, conseiller funéraire), auxquels s'ajoutent des demandeurs d'emploi.

Selon les différentes personnes entendues par votre rapporteur, une grande **majorité de thanatopracteurs exerceraient en qualité de travailleurs indépendants**, seulement 20% étant salariés. Le syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés n'a en outre connaissance d'aucun thanatopracteur qui serait agent de la fonction publique¹.

Lors des auditions, les professionnels des pompes funèbres ont mentionné la **disparité de la répartition des thanatopracteurs sur le territoire**, relevant un manque d'offre en particulier en milieu rural.

Il conviendrait, à l'instar d'autres professions réglementées, de créer un répertoire de ce métier en indiquant notamment les entrées et les sorties d'activité.

Proposition n° 34 : Créer un fichier national des thanatopracteurs pour assurer le suivi de la profession.

B. AMÉLIORER L'ORGANISATION DES POUVOIRS PUBLICS IMPLIQUÉS DANS LE CONTRÔLE ET LA RÉGULATION DE LA THANATOPRAXIE

1. Réorganiser le pilotage public de la thanatopraxie autour du ministère en charge du secteur funéraire, avec le concours des ministères de la santé et du travail

Le ministère de la santé est, au même titre que celui des collectivités territoriales, et du travail, en charge de la gestion de la profession des thanatopracteurs :

- le champ d'intervention du ministère de la santé concerne la formation des thanatopracteurs, l'organisation de la délivrance du diplôme

¹ Quelques rares thanatopracteurs ont pu être employés par des communes gérant en régie leur service extérieur des pompes funèbres, mais cette configuration n'existe plus à la connaissance de votre rapporteur.

national et la prévention des risques sanitaires, notamment liés à l'utilisation de formaldéhyde ;

- le champ d'intervention du ministère en charge du secteur funéraire (traditionnellement ministère de l'intérieur ou ministère des collectivités territoriales) concerne le suivi et le contrôle de la profession qui est réglementée par le code général des collectivités territoriales ;

- enfin, le champ d'intervention du ministère du travail porte sur la sécurité des pratiques professionnelles des thanatopracteurs salariés.

Or, aucune de ces directions n'est « chef de file » du secteur de la thanatopraxie. Cela pose, selon votre rapporteur, **des difficultés de pilotage de l'activité, et de coordination de la politique publique de suivi de ce secteur.**

Des considérations de sécurité sanitaire relatives à l'encadrement de la pratique des soins de conservation – *a fortiori* lorsqu'ils sont réalisés au domicile des personnes décédées¹ – ont autrefois été invoquées pour rattacher l'administration de cette profession au ministère de la Santé. Toutefois, les compétences du ministère de la santé ne peuvent suffire à faire de ce ministère le « chef de file » sur cette question mais devraient plutôt conduire à le considérer, au même titre que le ministère du travail, comme un appui de l'action du ministère des collectivités territoriales. Ainsi, le diplôme national de thanatopracteur **ne conduit pas à une profession médicale ou paramédicale mais à une activité réglementée faisant partie intégrante du service extérieur des pompes funèbres.**

Dès lors, compte tenu de **l'intérêt de disposer d'une unité dans la gestion de la profession et de l'activité, depuis l'organisation du diplôme jusqu'à l'exercice de l'activité de thanatopracteur**, votre rapporteur estime que le **ministère en charge du secteur funéraire doit être le chef de file du pilotage public du secteur de la thanatopraxie.**

Les deux autres ministères demeurent toutefois compétents au titre de leurs attributions de droit commun : santé publique pour le ministère de la santé, protection des travailleurs pour le ministère du travail. Ce serait toutefois désormais le ministère des collectivités territoriales (en charge du secteur funéraire) qui aurait en charge la formation des thanatopracteurs et l'organisation du diplôme national. Il ne paraît pas justifié pour votre rapporteur, que seul le ministère de la santé supervise ces dossiers. C'est au ministère en charge des professions du funéraire de le faire, avec l'appui des ministères compétents sur les questions de santé et de travail.

¹ Compte tenu d'un risque microbiologique conduisant notamment à la classification des déchets issus de la réalisation des soins de conservation comme DASRI et d'un risque chimique associé à l'utilisation des produits de thanatopraxie agréés par le ministère de la santé. Voir supra, partie II.

Une telle solution permettrait d'assurer un vrai pilotage du secteur de la thanatopraxie, que ne permet pas l'organisation trop segmentée d'aujourd'hui.

Proposition n° 35 : Confier au ministère en charge du secteur funéraire le rôle de « *chef de file* » pour la supervision de l'activité de thanatopraxie et de la profession de thanatopracteur, au titre du service extérieur des pompes funèbres.

Proposition n° 36 : Assurer l'intervention et l'appui des ministères du travail et de la santé pour l'exercice de leurs compétences respectives. Formaliser les rôles de chaque acteur ministériel dans une convention.

Proposition n° 37 : Créer un comité de pilotage tripartite avec les ministères en charge du secteur funéraire, de la santé et du travail, pour mettre en œuvre les réformes du secteur de la thanatopraxie et garantir la bonne coopération de tous les acteurs, sous l'égide du ministère en charge du secteur funéraire.

2. Associer le ministère du travail au Conseil national des opérations funéraires

La composition et le fonctionnement du Conseil national des opérations funéraires (CNOF) ont été modifiés afin de permettre à cette instance de contribuer activement aux réflexions sur le sujet, et en premier lieu en associant puis intégrant un représentant des thanatopracteurs. Ces professionnels étaient néanmoins déjà indirectement représentés en tant que salariés et entreprises par le biais des autres fédérations et syndicats de la profession funéraire. **De ce point de vue, la composition du CNOF semble satisfaisante.**

Plusieurs groupes de travail traitent d'ailleurs de la thanatopraxie en son sein. Un groupe de travail a été mis en place par le ministère de la santé sur la formation des thanatopracteurs, auquel le ministère de l'intérieur participe. Un autre groupe de travail dédié aux techniques de soins et à leurs alternatives réfléchit actuellement sur la possibilité d'utiliser des produits non-formolés en remplacement des produits existants, potentiellement dangereux pour la santé et l'environnement.

En outre, les thanatopracteurs ont été conviés en qualité d'experts à certaines séances du CNOF afin de recueillir leur expertise sur les textes touchant spécifiquement à cette profession et aux conditions de son exercice.

Votre rapporteur regrette vivement l'absence du ministère du travail au sein du CNOF. Compte tenu des enjeux de santé et de prévention des risques pour les thanatopracteurs, mais aussi pour les autres professions du funéraire, votre rapporteur juge indispensable que ce ministère soit représenté au CNOF, ce qui supposerait une modification de l'article D. 1241-1 du code général des collectivités territoriales.

Proposition n° 38 : Modifier la composition du Conseil national des opérations funéraires (CNOF) pour y intégrer des représentants du ministère du travail.

IV. METTRE FIN AUX DYSFONCTIONNEMENTS DANS L'ACCÈS À LA PROFESSION DE THANATOPRACTEUR ET MIEUX L'ACCOMPAGNER DANS L'EXERCICE DE SON MÉTIER

A. METTRE FIN AUX DYSFONCTIONNEMENTS DANS L'ACCÈS À LA PROFESSION DE THANATOPRACTEUR

1. La profession de thanatopracteur, une jeune profession réglementée

La profession de thanatopracteur est réglementée, puisque que **nul ne peut l'exercer sans être titulaire du diplôme requis**¹, créé² par la loi n° 93-23 du 8 janvier 1993 relative à la législation dans le domaine funéraire³. **Un examen en vue de la délivrance du diplôme national de thanatopracteur est donc organisé chaque année par le ministère en charge de la santé.** Il comprend des **épreuves théoriques et une évaluation de la formation pratique**. Les candidats ne peuvent se présenter aux épreuves théoriques qu'après avoir achevé une formation théorique dont le contenu et la durée sont définis par l'arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur.

La formation théorique est d'une durée minimale de quatre-vingt-quinze heures sur une période de trois mois consécutifs, et comprend des enseignements allant de la théorie des soins de conservation, à

¹ Sauf dispositions transitoires prévues lors de la création du diplôme et conditions spécifiques pour les ressortissants de l'Union européenne (articles R. 2223-133 et suivants du code général des collectivités territoriales).

² Auparavant, la condition de capacité professionnelle requise pour exercer l'activité de thanatopracteur était conditionnée par la réalisation d'une formation ad hoc.

³ Ses modalités d'obtention sont codifiées aux articles D. 2223-122 à D. 2223-131 du code général des collectivités territoriales.

la médecine légale, à la réglementation ou à la prévention des risques sanitaires¹. Il s'agit d'une **formation professionnelle assurée par des organismes de formation publics ou privés**². Au terme de la formation, l'épreuve théorique prend la forme de deux questionnaires à choix multiples portant sur la thanatopraxie d'une part et la médecine d'autre part.

Seuls peuvent, en outre, accéder à la formation pratique les candidats reçus aux épreuves théoriques en rang utile : un *numerus clausus* mis en place en 2010 est fixé chaque année sur la base d'un nombre variant de 55 à 60 candidats³.

Le niveau obtenu lors de cette formation pratique, qui intervient directement au sein des opérateurs de pompes funèbres, sur tout le territoire, est apprécié pour chaque candidat, par deux évaluateurs, désignés par le Comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs (CNT), association chargée, pour le compte du ministère de la santé, de l'organisation de cette évaluation pratique (article D. 2223-123 du code général des collectivités territoriales). Les candidats doivent avoir réalisé au moins cent soins de conservation sur douze mois.

Un **jury national** nommé par le ministre en charge du secteur funéraire et le ministre de la santé a pour mission **d'examiner les candidats au diplôme et d'établir la liste des candidats retenus** en fonction d'un barème de notation défini par l'arrêté précité. Les **six membres du jury thanatopracteurs sont obligatoirement désignés évaluateurs de la formation pratique par le comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs**.

Ainsi certains évaluateurs de la formation pratique sont membres du jury national, tandis que d'autres ne le sont pas.

**Composition du jury du diplôme national de thanatopracteur
(article D. 2223-126 du code général des collectivités territoriales)**

« Les membres titulaires et suppléants du jury national chargé d'examiner les candidats au diplôme national de thanatopracteur sont nommés pour une durée de trois ans par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la santé.

Ce jury se compose d'un représentant du ministre de l'intérieur, d'un représentant du ministre chargé de la santé, de trois médecins légistes, anatomopathologistes ou enseignants universitaires de médecine participant ou ayant participé à l'enseignement théorique mentionné à l'article D. 2223-122 et de six thanatopracteurs.

¹ Voir annexe 1 de l'arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur.

² Voir infra.

³ Par le ministre de l'intérieur et le ministre en charge de la santé, après avis du jury national de thanatopracteur et des organisations professionnelles représentées au Conseil national des opérations funéraires (article D. 2223-124 du code général des collectivités territoriales).

Le même arrêté désigne pour trois ans le président du jury national parmi les membres du collège des enseignants universitaires de médecine ou de personnes qualifiées.

En outre, les membres thanatopracteurs sont obligatoirement désignés évaluateurs de la formation pratique par le comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs mentionné à l'article D. 2223-123. »

2. Délivrer un diplôme national de qualité et garantir sa sécurité juridique

Dans la continuité de la **proposition n° 35** qui confie le rôle de « *chef de file* » du secteur de la thanatopraxie au ministère en charge du secteur funéraire, votre rapporteur estime que la responsabilité de la délivrance du diplôme national de thanatopracteur devrait aussi être confiée au même ministère. Cela n'empêcherait pas que le ministère de la santé contribue à l'organisation du diplôme, et que le jury soit nommé par arrêté conjoint des deux ministres¹.

Proposition n° 39 : Confier l'organisation du diplôme national de thanatopracteur au ministère en charge du secteur funéraire, avec l'appui des ministères de la santé et du travail.

L'organisation d'une partie de ce diplôme national - l'évaluation pratique - par un organisme de droit privé est jugée contestable par votre rapporteur.

Le Comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs (CNT) est chargé, par l'article 3 de l'arrêté du 3 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur :

- d'établir une grille d'évaluation des stagiaires ;
- de rechercher, sélectionner et former les évaluateurs par région ;
- d'organiser matériellement les évaluations dans les lieux de stage (opérateurs de pompes funèbres) ;
- et de faire évaluer, dans les entreprises où s'effectue le stage pratique, l'acquisition des compétences pratiques de l'élève thanatopracteur.

Avant la création du CNT, seuls les membres du jury étaient chargés d'évaluer la formation pratique des thanatopracteurs. Cette situation

¹ Le président du jury est un professeur de médecine ou une personnalité qualifiée.

obligeait les membres du jury à se déplacer continuellement. La création du CNT a donc permis d'élargir le nombre d'évaluateurs. Selon le ministère de la santé, entendu par votre rapporteur, la mise en place de ce comité en 2010 était une nécessité pour décharger les services centraux de l'organisation des évaluations pratiques (organisation de l'examen pratique, nomination d'évaluateurs, convocation des évaluateurs et des candidats et recherche de personnes décédées sur lesquelles pratiquer une thanatopraxie), charge qu'il évalue à un équivalent temps plein.

Le fonctionnement de cet organisme pose toutefois de nombreuses questions. Les **membres de l'association sont les représentants de plusieurs organismes de formation à la thanatopraxie**. Sept organismes de formation y sont actuellement adhérents, dont deux publics. Étrangeté relevée par la présidente du jury national, lors de son audition par votre rapporteur, **tous les organismes de formation ne sont pas membres de l'association**.

Sans mettre en doute les personnes, votre rapporteur observe que l'organisation même de cette association est sujette à conflits d'intérêts : les personnes en charge d'organiser l'évaluation de la formation pratique des candidats au diplôme national de thanatopracteur sont issues des écoles où ces candidats ont été formés. Ils sont donc susceptibles d'organiser l'évaluation de candidats ayant été formés dans l'école où ils enseignent, voire d'avoir été l'enseignant de certains candidats.

En tant qu'association exerçant une mission d'intérêt général déléguée par arrêté ministériel, le CNT est susceptible de faire l'objet d'une mission de contrôle de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA). Suite à des **dysfonctionnements relevés lors de l'évaluation de la formation pratique de thanatopracteur**, les ministres de la santé et de l'intérieur ont demandé à ces deux inspections de diligenter une **mission commune de contrôle de la gestion et de l'organisation du CNT**. Entendus par votre rapporteur, les inspecteurs en charge de cette mission devraient faire des **propositions d'évolution du CNT** afin de **garantir un fonctionnement transparent, d'assurer la sécurité juridique de la délivrance du diplôme national et de définir une nouvelle organisation des évaluations pratiques**.

Compte tenu de ces éléments, votre rapporteur estime **qu'il ne doit pas revenir à un organisme de droit privé, sur lequel le contrôle de l'État est très faible, d'organiser l'évaluation d'un diplôme national**. Il souhaite que l'État y substitue un dispositif public permettant d'assurer l'indépendance de l'organisation et la sécurité juridique de la délivrance du diplôme. Il incombe donc à l'État de trouver les modalités pratiques permettant d'associer les professionnels du funéraire et les organismes de formation à cette organisation, sans se décharger sur des structures de droit privé des missions qui lui incombent.

Proposition n° 40 : Substituer au Comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs (CNT) un dispositif à caractère public pour l'organisation de l'évaluation de la formation pratique du diplôme national de thanatopracteur.

S'agissant de la détermination des sujets des épreuves écrites théoriques, dans la pratique, les membres médecins du jury proposent les sujets des questionnaires à choix multiples (QCM) de médecine, alors que les thanatopracteurs élaborent plusieurs sujets possibles de thanatopraxie, le choix final entre les différentes options revenant au président et au vice-président du jury – qui sont les seuls à connaître les sujets retenus pour l'épreuve écrite du diplôme national¹.

Toutefois votre rapporteur a été très surpris d'apprendre par ailleurs que le choix des questions intégrées aux questionnaires à choix multiples (QCM) serait effectué parmi des propositions de toutes les écoles de formation, sans encadrement particulier. Votre rapporteur estime qu'il est nécessaire que le processus d'élaboration des sujets des épreuves théoriques soit revu et que leur contenu soit déterminé en toute indépendance par rapport aux organismes de formation.

Proposition n° 41 : Revoir le processus d'élaboration des sujets des épreuves théoriques en confiant au président du jury national la détermination de leur contenu en totale indépendance par rapport aux organismes de formation.

La notation de l'évaluation de la formation pratique n'apparaît, quant à elle, pas suffisamment sélective. Or, elle représente une part importante de la notation finale : quatre-cent points lui sont affectés contre deux-cent pour les épreuves théoriques.

D'après les inspecteurs de l'IGAS et de l'IGA en charge de la mission de contrôle du CNT, **tous les candidats qui se présentent à l'évaluation de l'épreuve pratique seraient évalués positivement.** La grille d'évaluation est fondée sur des critères que la mission estime insuffisamment précis et sélectifs. De plus, aucun critère éliminatoire prenant en compte la difficulté technique de la thanatopraxie n'est prévu. Ainsi, d'après certains organismes de formation, un candidat respectant les règles d'hygiène, de préparation du corps, et de mise en place de son matériel obtient plus d'un tiers des points à

¹ Jusqu'en 2015, selon les informations communiquées à votre rapporteur, les écoles participaient même aux délibérations du jury pour déterminer les questions.

son examen sans même avoir commencé les gestes techniques de la thanatopraxie.

Proposition n° 42 : Revoir la grille d'évaluation des épreuves pratiques et prévoir des critères éliminatoires relatifs aux gestes techniques de la thanatopraxie.

Cette grille d'évaluation est complétée par les deux évaluateurs thanatopracteurs exerçant dans une entreprise habilitée, à l'occasion de la thanatopraxie effectuée par le candidat. Les six membres du jury qui sont thanatopracteurs sont aussi évaluateurs de la formation pratique. Les membres du jury délibèrent au regard des évaluations pratiques réalisées par les examinateurs nommés par le CNT. Seul le jury national chargé de l'examen des candidats au diplôme national de thanatopracteur dresse la liste des candidats admis.

Les conditions de nomination des évaluateurs sont fixées par le règlement intérieur du CNT¹. Elles prévoient que les évaluateurs répondent aux critères suivants : être thanatopracteur depuis au moins trois ans et titulaire du diplôme national de thanatopracteur ou être à la retraite depuis moins de cinq ans ou enfin, être membre du jury national de thanatopraxie. Les professionnels répondant à ces critères peuvent candidater spontanément auprès du CNT.

D'après les éléments portés à la connaissance de votre rapporteur, l'évaluation de la formation pratique a fait l'objet de graves dysfonctionnements au cours de la session 2017. **Une dizaine de candidats à l'examen pour l'obtention du diplôme national de thanatopracteur² ont en effet été évalués par l'un de leurs anciens formateurs. Ces dysfonctionnements ont été confirmés par les services de l'État.** Compte tenu de cette situation, l'ensemble des candidats ayant réalisé leurs évaluations pratiques en 2017 a été évalué une seconde fois en 2018, afin de garantir l'égalité de traitement des candidats.

Cette situation, d'après de nombreuses personnes entendues par votre rapporteur, ne date pas de 2017. De nombreux élèves seraient évalués par leurs propres formateurs. Votre rapporteur a d'ailleurs relevé des cas d'annulation des arrêtés de publication des candidats admis au diplôme³. D'autres situations lui ont été rapportés dans lesquelles certains candidats

¹ Ce document est consultable à l'adresse suivante :

http://www.cnt-france.net/files/downloads/2013-09-26_Reglement_Interieur.pdf

² Ce qui représente une proportion non négligeable des candidats (environ 16 %).

³ Voir par exemple l'arrêté du 11 janvier 2013 fixant la liste des candidats ayant obtenu le diplôme national de thanatopracteur au titre de l'année 2012 annulé par un arrêté paru trois mois plus tard fixant une nouvelle liste (arrêté du 13 mars 2013 fixant la liste des candidats ayant obtenu le diplôme national de thanatopracteur).

ont pu repasser l'évaluation de la formation pratique après s'être plaints d'un manque d'impartialité de la part de l'un de leurs évaluateurs.

De tels **dysfonctionnements sont de nature à faire peser un risque juridique sur le diplôme et, *in fine*, à dévaluer la qualité du diplôme qui est délivré.**

Parmi les personnes entendues par votre rapporteur, tant les professionnels que les familles se rejoignent sur l'objectif d'éviter tout risque de collusion entre évaluateur et candidat. Votre rapporteur partage cet avis : **les personnes qui évaluent l'épreuve pratique doivent être indépendantes et ne pas avoir formé le candidat au préalable pour pouvoir l'évaluer en toute impartialité.**

Le **Conseil d'État** estime toutefois que la **présence au jury d'un examen de qualification professionnelle** – ce qu'est le diplôme national de thanatopracteur – de **personnes ayant participé à la formation de candidats, n'est pas de nature, à elle seule, à porter atteinte au principe d'impartialité ni à celui d'égalité des candidats**¹.

En l'état de la **jurisprudence du Conseil d'État**², il peut être établi la **grille d'analyse suivante** :

- la seule circonstance qu'un membre du jury d'examen professionnel connaisse un candidat ne suffit pas à justifier qu'il s'abstienne de participer aux délibérations qui concernent ce candidat ;

- en revanche, **le respect du principe d'impartialité exige que s'abstienne de participer, de quelque manière que ce soit, aux interrogations qui concernent un candidat, un évaluateur qui aurait avec celui-ci des liens, tenant à la vie personnelle ou aux activités professionnelles, qui seraient de nature à influencer sur son appréciation ;**

- dans cette dernière hypothèse, **un membre du jury qui a des raisons de penser que son impartialité pourrait être mise en doute ou qui estime, en conscience, ne pas pouvoir participer aux délibérations avec l'impartialité requise, peut également s'abstenir de prendre part aux interrogations et aux délibérations qui concernent un candidat ;**

- en dehors de ces hypothèses, il incombe aux membres des jurys d'examen de siéger dans les jurys auxquels ils ont été nommés en application de la réglementation applicable.

En effet, un membre du jury qui s'abstiendrait de participer aux délibérations et aux interrogations de tous les candidats qu'il connaît sans que le respect du principe d'impartialité ne soit en cause, méconnaîtrait les prescriptions relatives à la composition dudit jury lorsqu'elle est définie par voie réglementaire, et la délibération du jury pourrait ainsi être annulée par le juge pour illégalité.

¹ Conseil d'État, quatrième sous-section jugeant seule, 17 avril 2013, n° 345988.

² Conseil d'État, section, 18 juillet 2008, n° 291997.

Dans une décision rendue en 1999 à propos du diplôme national de thanatopracteur, le Conseil d'État a ainsi jugé que la seule circonstance que deux des trois membres du sous-groupe du jury qui avait examiné l'épreuve pratique à laquelle était soumis le requérant soient membres d'un groupement d'écoles de formation dont le requérant n'est pas issu, n'était pas de nature à établir qu'ils ont manqué à leur devoir d'impartialité à son égard¹.

Compte tenu des irrégularités relevées depuis plusieurs sessions, les évaluateurs désignés par le CNT signent dès leur nomination, depuis 2018, une attestation par laquelle l'évaluateur s'engage à respecter les principes de neutralité et d'impartialité inhérents à sa fonction et dans laquelle doit être renseignée l'activité de l'évaluateur depuis les cinq dernières années².

Les membres du jury, désignés par le ministère de la santé, dont les six thanatopracteurs qui en sont membres, acceptent de fait cette impartialité. Ils s'engagent également par écrit à garder la plus grande discrétion sur l'élaboration des sujets ainsi que sur les délibérations.

Votre rapporteur estime toutefois **indispensable d'aller plus loin en prenant plusieurs mesures permettant de mieux encadrer les règles de nomination des évaluateurs et d'organisation des évaluations de la formation pratique.**

Il juge urgent d'agir en amont dans le choix des évaluateurs, et de **proscrire l'évaluation d'un candidat par son propre formateur**, même si le Conseil d'État juge que cette circonstance n'est pas de nature à elle seule à porter atteinte au principe d'impartialité, mais dépend des circonstances. Votre rapporteur estime que le **risque de collusion est trop grand** dans la situation actuelle. Il estime aussi indispensable de prévoir, de manière générale, des **mécanismes de déport** en cas de lien personnel ou professionnel entre un évaluateur et un candidat. La **présence d'un évaluateur membre du jury national** pour chaque candidat serait également un gage d'impartialité.

Il estime pour le moins excessif que la nomination comme évaluateur, une fois acquise, ne se perde que par la démission ou le décès.... Il juge donc opportun d'**aligner la durée de la nomination des évaluateurs non membres du jury sur celle du jury**, et de rendre publique leur liste, comme l'est celle du jury national. Dans la mesure où serait substitué un dispositif public au CNT les évaluateurs seraient nommés, comme le jury, par arrêté ministériel.

Votre rapporteur est toutefois conscient du vivier limité de thanatopracteurs susceptibles d'être évaluateurs. De plus, chaque évaluateur

¹ Conseil d'État, quatrième et première sous-sections réunies, 10 mai 1999, n° 192560.

² Les membres du jury, désignés par le ministère de la santé, dont les six thanatopracteurs qui en sont membres, acceptaient de fait cette impartialité. Ils s'engagent également par écrit à garder la plus grande discrétion sur l'élaboration des sujets ainsi que sur les délibérations.

intervient dans une région qu'il connaît. Afin d'éviter, là encore, les risques de conflits d'intérêts, votre rapporteur suggère que les affectations d'évaluateurs soient aléatoires.

Enfin, pour faciliter la mise en œuvre de ces mesures, votre rapporteur préconise d'**améliorer le défraiement des évaluateurs**.

Proposition n° 43 : Garantir l'impartialité et l'indépendance des évaluateurs de la formation pratique en :

- **proscrivant l'évaluation d'un candidat par son propre formateur ;**
- **prévoyant la présence d'un évaluateur membre du jury national pour chaque candidat ;**
- **organisant des modalités de déport en cas de lien personnel ou professionnel entre un candidat et un évaluateur ;**
- **rendant publique la liste des évaluateurs désignés par voie d'arrêté ministériel ;**
- **organisant les évaluations sur le territoire de façon à limiter les conflits d'intérêts ;**
- **assurant un meilleur défraiement des évaluateurs.**

La formation périodique des membres du jury et des évaluateurs à leurs fonctions semble aussi opportune à votre rapporteur. La publication d'un rapport du jury après chaque session, même bref, comme cela existe dans la plupart des concours ou examens organisés par les pouvoirs publics, permettrait également d'accroître la transparence sur les conditions de déroulement du diplôme.

Proposition n° 44 : Former les membres du jury et les évaluateurs de la formation pratique à leurs fonctions.

Proposition n° 45 : Publier chaque année un rapport du jury présentant un bilan quantitatif et qualitatif de l'attribution du diplôme national de thanatopracteur.

Pour rendre plus transparentes les modalités d'organisation du diplôme et assurer l'accessibilité à tous des informations, votre rapporteur suggère une mise à jour régulière du site internet dédié au diplôme, ainsi que la publication des différents actes administratifs au *Journal officiel*, y compris la liste des candidats admis au diplôme. Votre rapporteur a relevé que la publication au *Journal officiel* qui prévalait auparavant a été remplacée par une publication au bulletin officiel des ministères, moins accessible et dont le délai de publication est moins régulier.

Proposition n° 46 : Rendre plus accessibles au public les informations relatives au diplôme national et publier au *Journal officiel* tous les actes administratifs, y compris la liste annuelle des thanatopracteurs diplômés.

Plusieurs professionnels du secteur funéraire et thanatopracteurs ont, s'agissant de l'organisation, regretté le délai d'attente trop long des résultats entre les premiers candidats qui ont subi l'évaluation de leur formation pratique et les derniers (huit mois environ). Votre rapporteur n'estime pas possible, à cet égard, de donner les résultats au fil de l'eau, compte tenu de l'exigence d'égalité de traitement entre les candidats. Il reconnaît toutefois qu'une rationalisation de l'organisation s'impose afin de réduire le délai.

Proposition n° 47 : Rationaliser le calendrier d'organisation du concours afin de délivrer le diplôme dans un meilleur délai que ce n'est le cas aujourd'hui.

Un consensus s'est aussi dégagé lors des auditions en faveur d'une augmentation, voire d'une suppression du *numerus clausus*.

Les services de l'État craignent qu'une suppression pure et simple n'entraîne un afflux de thanatopracteurs que le marché du travail ne pourrait absorber.

Votre rapporteur juge cette crainte quelque peu excessive mais estime le *numerus clausus* trop restrictif, dans la mesure où environ une dizaine de thanatopracteurs sur les soixante diplômés chaque année n'exercent finalement pas leur activité.

Plusieurs opérateurs funéraires ont également fait part à votre rapporteur d'une pénurie de thanatopracteurs, qui ont parfois des difficultés pour répondre à la demande actuelle. Le rajeunissement et la féminisation du métier, accompagnés d'une hausse de la proportion de thanatopracteurs

changeant de métier en cours de carrière, laissent craindre un réel manque d'offre de soins de conservation à l'avenir.

Pour ces raisons, votre rapporteur **préconise d'augmenter le *numerus clausus* de 10 à 15 % afin de diversifier l'offre de thanatopracteurs sur le territoire et de faire jouer la concurrence entre thanatopracteurs.** Un ajustement plus fin pourra être effectué ultérieurement une fois les pouvoirs publics dotés des outils statistiques de suivi de la profession¹.

Proposition n° 48 : Relever le *numerus clausus* de 10 à 15 % pour permettre de diversifier l'offre de thanatopracteurs sur le territoire.

3. Garantir une formation professionnelle initiale rigoureuse et adaptée au sein des organismes publics ou privés

Il existe deux types d'organismes de formation en matière de thanatopraxie :

- les **organismes de formation publics**, rattachés aux unités de formation et de recherche (UFR) de médecine, qui font l'objet d'une autorisation préalable du conseil d'administration de l'UFR, pour délivrer des diplômes universitaires de thanatopraxie et sont parties prenantes des universités ;

- les **organismes de formation privés** en matière de thanatopraxie, qui sont soumis au **régime de la formation professionnelle** (articles L. 6351-1 et suivant du code du travail) ainsi que, comme le prévoit le droit commun, au régime de la déclaration d'activité auprès des services de l'État.

Votre rapporteur a rencontré sept organismes de formation, dont deux publics. Plusieurs personnes entendues par votre rapporteur ont regretté un trop faible contrôle de l'État sur ces écoles.

En vertu de l'article L. 6361-2 du code du travail, l'État exerce un contrôle administratif et financier sur les organismes de formation par l'intermédiaire des services régionaux de contrôle des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). En application de l'article L. 6351-4 du code du travail, la déclaration d'activité peut être annulée par le préfet de région² si les prestations réalisées ne correspondent pas aux actions de formation

¹ Voir supra partie III.

² La déclaration d'activité peut également devenir caduque lorsque les bilans pédagogiques et financiers que ces organismes doivent transmettre annuellement ne font apparaître aucune activité de formation ou lorsque ces bilans n'ont pas été adressés à l'autorité administrative.

mentionnées à l'article L. 6313-1 du code du travail, si les dispositions relatives à la réalisation des actions de formation ne sont pas respectées ou si, après mise en demeure du prestataire de se mettre en conformité avec les textes applicables, l'une des dispositions relatives au fonctionnement des organismes de formation n'est pas respectée.

Les organismes de formation privés à la thanatopraxie sont donc soumis aux mêmes obligations qu'un organisme de formation professionnelle classique. En revanche, ils doivent aussi **respecter la réglementation spécifique au diplôme national de thanatopracteur** : durée de chaque module de formation obligatoire, validation des acquis de compétence, qualification des intervenants, moyens mis en œuvre.

Dès lors le contrôle de ces organismes peut être exercé non seulement sur le fondement du code du travail mais aussi sur le fondement des dispositions de l'arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur et des articles D. 2223-122 et suivants du code général des collectivités territoriales qui les concernent.

Or, d'après certaines personnes entendues par votre rapporteur, il semblerait que **certaines écoles ne respectent pas leurs obligations concernant notamment la qualification des enseignants.** Il en irait ainsi de l'obligation de faire intervenir un thanatopracteur diplômé pour la formation pratique de thanatopraxie, ou un enseignant universitaire en médecine pour les matières médicales (anatomie, médecine légale).

Votre rapporteur estime donc qu'il conviendrait de **mener une campagne de contrôles dans ces écoles qui n'ont, pour la plupart, jamais été contrôlées depuis leur création.**

Proposition n° 49 : Mobiliser les DIRECCTE pour organiser une campagne de contrôle des organismes privés de formation au diplôme national de thanatopracteur.

Les écoles d'enseignement privé sont libres de fixer leurs tarifs. Dès lors, le prix moyen d'une session de formation théorique s'élève à environ 4 750 euros, et s'échelonne d'environ 1 000 euros pour les formations publiques à presque 8 000 euros pour la formation privée la plus onéreuse¹.

On peut d'ailleurs s'étonner d'une réelle disparité dans les prix demandés pour des formations qui reposent sur les mêmes programmes.

¹ Les conseillers Pôle emploi peuvent attribuer une aide individuelle à la formation (AIF) ou certaines collectivités territoriales – les régions notamment – pour contribuer au financement des frais pédagogiques d'une formation professionnelle.

Compte tenu du coût, votre rapporteur estime que les candidats qui s'engagent dans une telle formation doivent le faire en toute connaissance de cause. Or, d'après plusieurs personnes entendues par votre rapporteur, la méconnaissance de la réalité du métier de thanatopracteur et de ses contraintes conduit de nombreuses personnes à s'engager dans une formation coûteuse sans connaissance de la réalité du métier, ce qui conduit certaines personnes ayant effectué la formation théorique à renoncer peu de temps après avoir débuté la formation pratique.

Il serait bien plus efficient d'**exiger le suivi d'un stage d'observation de courte durée auprès d'un thanatopracteur diplômé**. Les candidats s'engageraient ainsi en toute connaissance de cause. Les écoles pourraient être chargées d'accompagner le candidat dans sa recherche de stage.

Votre rapporteur estime en revanche trop restrictif d'exiger des candidats qu'ils soient titulaires de certains diplômes comme par exemple, le baccalauréat, comme l'imposent certains organismes de formation publics. Cela fermerait inutilement la porte du métier à certaines personnes en reconversion professionnelle ou moins qualifiées.

Proposition n° 50 : Imposer comme prérequis à l'inscription en formation au diplôme national de thanatopracteur le suivi d'un stage d'observation de courte durée auprès d'un thanatopracteur diplômé.

Pour assurer de meilleures chances de succès aux candidats, votre rapporteur préconise de **généraliser et d'harmoniser les procédures de présélection** que pratiquent déjà certains organismes de formation publics ou privés. Les modalités seraient à déterminer, tests écrits, entretien avec un thanatopracteur et un médecin légiste, votre rapporteur n'ayant pas d'opinion arrêtée sur la question mais préconisant plusieurs tests d'aptitude différents, communs à tous les organismes publics ou privés.

Proposition n° 51 : Mettre en place une procédure de présélection des candidats commune à tous les organismes publics ou privés qui proposent une formation au diplôme national de thanatopracteur.

Le programme de l'enseignement théorique de la formation de thanatopracteur est fixé par l'arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur. La formation théorique comprend 195 heures minimum sur une durée de trois mois. L'examen des programmes actuels des différents

organismes de formation montre d'importantes disparités dans les volumes horaires de formation théorique (allant de 195 à 399 heures).

Programme de l'enseignement théorique de la formation de thanatopracteur

Matière enseignée	Durée d'enseignement (en nombre d'heures)
Théorie des soins de conservation	60
Anatomie	25
Médecine légale	25
Microbiologie, hygiène, toxicologie	20
Sécurité sanitaire, évaluation des risques sanitaires	15
Réglementation funéraire	15
Histologie, anatomie pathologique	10
Éléments de gestion	10
Sciences humaines de la mort, éléments de déontologie et d'éthique	15
Total	195

Source : arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur.

Un groupe de travail a été constitué au début de l'année 2018 au ministère de la santé, actuellement en charge de l'organisation du diplôme national de thanatopracteur, afin de **réformer la formation des thanatopracteurs**. Il s'agit notamment de revoir le programme de la formation théorique et d'en détailler le contenu afin d'harmoniser l'enseignement délivré dans les écoles. L'entrée en vigueur d'un nouveau programme serait prévue pour 2020.

À cette occasion, votre rapporteur formule plusieurs préconisations. Il considère en premier lieu indispensable :

- de **détailler le contenu de chaque matière** pour en harmoniser l'enseignement dans toutes les écoles ;

- de **renforcer le nombre d'heures d'enseignement dans plusieurs matières** : hygiène et prévention des risques professionnels, déontologie et réglementation funéraire, sans diminuer le nombre d'heures dédiées aux autres matières, notamment celles d'anatomie ou de médecine légale. Au total, selon votre rapporteur, la durée de la formation devrait être accrue

d'un quart à un tiers du nombre d'heures minimal aujourd'hui requis (195 heures).

L'arrêté déterminant le futur programme de formation devra d'ailleurs être conjointement pris par les trois ministères compétents en matière de thanatopraxie, dont le ministère du travail, auparavant absent.

Proposition n° 52 : Revoir le contenu du programme de la formation théorique et l'adapter aux besoins de la profession, en renforçant les modules sur l'hygiène et la prévention des risques professionnels, la déontologie et la réglementation funéraire, sans réduire le nombre d'heures consacrées à la médecine légale.

Proposition n° 53 : Définir strictement les titres et diplômes requis pour enseigner les matières au programme de la formation théorique du diplôme national de thanatopraxie.

La formation pratique comprend la réalisation de cent thanatopraxies avec plusieurs maîtres de stage, dont l'une est évaluée au titre du diplôme national dès lors que le candidat est admis à l'issue de l'épreuve théorique. Elle comprend aussi vingt heures d'enseignement à l'art restauratif.

Votre rapporteur rappelle en réponse à certains récits faits devant lui, que le candidat n'a pas à rémunérer son maître de stage, ce qui devrait être une évidence, et que *« les centres de formation des élèves thanatopraxeurs sont responsables de la totalité des formations théorique et pratique et doivent s'assurer que chaque élève est suivi au moins par un maître de stage lorsqu'il est en formation pratique en entreprise »* (article D. 2223-123 du code général des collectivités territoriales).

Il convient, en conséquence, pour **assurer la sécurité juridique de cette formation pratique en milieu professionnel**, de généraliser, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, la **conclusion de conventions de stage tripartites** entre l'organisme de formation, le stagiaire et l'organisme d'accueil, conformément au droit en vigueur.

Proposition n° 54 : Généraliser, pour la formation pratique en entreprise, la signature de conventions de stage tripartites entre l'organisme de formation, le stagiaire et l'organisme d'accueil.

B. ACCOMPAGNER LES THANATOPRACTEURS DANS L'EXERCICE DE LEUR MÉTIER

1. Garantir une formation professionnelle continue pour les thanatopracteurs

La mise en place d'une formation professionnelle continue, **aujourd'hui inexistante**, est indispensable aux yeux de votre rapporteur. Il rejoint la préconisation déjà faite par tous les rapports sur le sujet de la thanatopraxie.

Cette **formation continue pourrait être organisée tous les six ans**, à l'occasion du renouvellement de l'habilitation et devrait traiter des thèmes qui nécessitent une mise à jour des connaissances : réglementation funéraire, hygiène, prévention des risques, postures, éventuellement pratique de la thanatopraxie. Elle pourrait être proposée par les organismes de formation au diplôme national de thanatopracteur. Se pose la question du financement de cette formation, notamment pour les thanatopracteurs indépendants, qu'il faudrait régler de façon à la rendre accessible à tous.

Proposition n° 55 : Mettre en place une formation continue à l'occasion du renouvellement de l'habilitation. Inclure, le cas échéant, le fait d'avoir suivi cette formation continue parmi les critères de renouvellement de l'habilitation.

2. Évaluer la qualité de l'exercice de la thanatopraxie

L'année de formation pratique doit doter les jeunes diplômés d'une expérience conséquente leur permettant de réaliser des soins de manière autonome. La **méthode d'exercice professionnel du thanatopracteur repose en effet sur le protocole édicté pour l'examen pratique du diplôme national de thanatopracteur**.

Il n'existe toutefois **aucune évaluation de la qualité des prestations fournies en milieu professionnel**, ni par les ministères, ni par des organismes tiers. La qualité des prestations s'évalue par l'appréciation des familles.

Les représentants des pompes funèbres évaluent à environ cinq cents le nombre de thanatopraxies réalisées par chaque professionnel tous les ans.

Le syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés (SPTIS) regrette d'ailleurs que chaque thanatopracteur soit **livré à lui-même s'agissant de la qualité de la prestation à fournir**, nonobstant la formation reçue initialement.

Les pratiques sont d'ailleurs très diverses : la durée moyenne requise pour réaliser une thanatopraxie est évaluée à une heure et demie, voire davantage si le corps a subi des dommages particuliers. D'après certains opérateurs de pompes funèbres et personnels de chambres mortuaires, certains thanatopracteurs traiteraient les corps en une trentaine de minutes, ce qui ne permet pas, évidemment, d'atteindre le même résultat.

Les opérateurs de pompes funèbres mettent d'ailleurs fin aux contrats avec les thanatopracteurs sous-traitants qui ne répondent pas à leurs standards de qualité. Cependant, le manque de thanatopracteurs constaté, notamment du fait du *numerus clausus* actuel, entrave les opérateurs funéraires dans cette démarche de contrôle de qualité.

Votre rapporteur **estime utile, comme pour toute pratique professionnelle, d'en évaluer la qualité**. Cette exigence lui semble d'autant plus importante compte tenu des conditions de vulnérabilité des familles auxquelles sont proposées ces prestations.

Plusieurs pistes existent pour évaluer la qualité de l'exercice professionnel de la thanatopraxie. Dans d'autres domaines, des guides de bonnes pratiques ou des normes AFNOR sont élaborés par ou en lien avec la profession. Ils servent de référentiels et permettent ainsi de standardiser la pratique. L'idée de prévoir une certification AFNOR pour garantir la qualité des soins est une piste intéressante mais coûteuse pour les professionnels.

Votre rapporteur lui préfère l'idée de **confier aux professionnels, sous l'égide des pouvoirs publics, le soin d'élaborer un cahier des charges standardisé du processus de thanatopraxie et un guide de bonnes pratiques**.

Proposition n° 56 : Confier aux professionnels, sous l'égide des pouvoirs publics, le soin d'élaborer un cahier des charges standardisé du processus de thanatopraxie et un guide de bonnes pratiques.

Votre rapporteur suggère aussi d'étendre à toute thanatopraxie le principe retenu pour la thanatopraxie à domicile¹ consistant en la rédaction d'un bref compte rendu d'intervention au terme de chaque thanatopraxie.

Proposition n° 57 : Prévoir la rédaction d'un compte rendu d'intervention pour chaque thanatopraxie quel que soit le lieu où elle est effectuée.

¹ Arrêté du 17 mai 2017 fixant les conditions de réalisation des soins de conservation, JORF n°0110 du 11 mai 2017.

3. Promouvoir la déontologie de la profession

Il n'existe pas de code déontologique de la profession de thanatopracteur.

Certains syndicats ou professionnels ont élaboré un code ou des principes, le code déontologique élaboré par le Syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés (SPTIS) ou les chartes que font signer les principales fédérations d'employeurs à leurs adhérents pouvant être cités.

Ces documents n'ont toutefois aucune valeur contraignante.

Votre rapporteur juge donc indispensable de confier aux ministères en charge du secteur funéraire, de la santé et du travail **l'élaboration d'un code de déontologie, préparé en lien avec les représentants des thanatopracteurs et validé après avis du Conseil national des opérations funéraires**. Ce document serait formalisé par voie d'arrêté ministériel, rédigé par les trois ministères précités, sous l'égide du ministère « *chef de file* » en charge du secteur funéraire et de la thanatopraxie.

<p>Proposition n° 58 : Élaborer un corpus de règles déontologiques propre à la profession de thanatopracteur.</p>
--

EXAMEN EN COMMISSION

MERCREDI 10 JUILLET 2019

M. Jean-Pierre Sueur, rapporteur. – J’ai été chargé il y a un an, par notre commission, de ce rapport sur la thanatopraxie, sujet austère mais extrêmement important. Le droit funéraire est pour moi un long combat.

En 1991, secrétaire d’État aux collectivités territoriales, j’ai trouvé sur mon bureau une mission sur les pompes funèbres. Trois premiers ministres m’ont fait confiance, et en janvier 1993, cela a abouti à une loi mettant fin au monopole existant en redéfinissant le service extérieur des pompes funèbres auparavant exercé par les seules communes. Cette mission de service public peut désormais non seulement être exercée par les communes, mais aussi par des entreprises ou des sociétés d’économie mixte, par exemple. Au Sénat, j’ai présenté plusieurs propositions de loi sur les contrats obsèques dont certaines ont été adoptées. Il y a quelques semaines, le ministre des finances m’a indiqué que la loi n’était pas appliquée dans 67 % des contrats – une proportion très importante ! Dans un autre domaine, j’ai œuvré pour que la loi impose au praticien ayant procédé à une autopsie judiciaire de s’assurer de la meilleure restauration possible du corps avant sa remise aux proches du défunt. Cela est prévu à l’article 230-29 du code de procédure pénale depuis la loi du 17 mai 2011 de simplification et d’amélioration de la qualité du droit. Avec notre ancien collègue Jean-René Lecerf, nous avons publié un rapport en 2006 sur la législation funéraire qui formulait 27 recommandations, dont de nombreuses ont ensuite été reprises dans la loi du 19 décembre 2008 sur la législation funéraire, qui a notamment donné un statut aux cendres des personnes décédées et créé les devis modèles.

Depuis 26 ans, je n’ai qu’un seul objectif : soutenir les familles endeuillées, qui doivent prendre de nombreuses décisions en vingt-quatre heures et qui doivent être protégées, grâce à la transparence des prix établis par les professionnels, la définition des prestations et l’application de principes déontologiques. Le texte de loi adopté à l’initiative du Sénat a d’ailleurs donné lieu à plusieurs décisions de justice : les restes humains doivent être traités avec respect, dignité et décence. Même si ce sujet n’est pas gai, il concerne malheureusement toutes les familles.

Je ne m’étais encore jamais penché sur le sujet de la thanatopraxie, pratiquée pour près de 40 % des obsèques. J’ai entendu au cours de mes travaux 84 personnes et je vous présente 58 propositions afin de définir un cadre plus rigoureux pour l’avenir de la thanatopraxie.

Le premier axe de ces propositions vise à faire de la protection des familles une priorité.

Parmi elles, la proposition n° 7 vise à renforcer la portée du document d'information sur la thanatopraxie mis à disposition des familles ; elle rend obligatoire sa transmission avec le devis remis à la famille ; elle prévoit de l'annexer aux devis modèles, obligatoires depuis 2008, déposés dans certaines communes selon l'arrêté du 23 août 2010 portant définition de ces devis modèles, et elle étend sa mise à disposition aux chambres mortuaires.

En effet, la plupart du temps, les familles ne connaissent pas la thanatopraxie ; elles ne la distinguent pas d'une simple toilette funéraire ou mortuaire, ou des soins de présentation cosmétique. Or, la thanatopraxie est un acte invasif qui a pour objet de retarder, par l'injection de produits chimiques, le processus de dégradation du corps qui intervient après la mort. Le prix de ces prestations n'est pas le même. Normalement, tous les opérateurs funéraires doivent, chaque année, transmettre aux communes de plus de 5 000 habitants du département où ils ont leur siège social, un devis modèle, comportant une liste de prestations, avec un engagement de prix pour chaque prestation. Sous la responsabilité des maires, ils sont mis à disposition du public pour que chaque famille puisse les comparer rapidement.

Or, l'arrêté ne définit pas les prestations, ce qui peut entraîner une confusion entre la thanatopraxie et les autres prestations. Il faudrait donc inscrire les trois rubriques - toilette funéraire, soins de présentation et soins de conservation, c'est-à-dire la thanatopraxie - dans les devis modèles (proposition n° 8). La toilette funéraire est la plus simple et la moins onéreuse ; les soins de présentation, qui reviennent souvent au maquillage du visage et des mains, coûte autour de 80 euros. La thanatopraxie coûte entre 300 et 500 euros. Il est important que les familles soient informées et choisissent en toute connaissance de cause les soins apportés au défunt.

La proposition n° 9 prévoit de formaliser le consentement à la thanatopraxie ou aux soins de présentation dans les contrats prévoyant des prestations d'obsèques à l'avance. Près de 67 % des contrats ne sont pas conformes à la loi. En outre, je rappelle qu'il est possible de prélever 5 000 euros sur l'héritage du défunt pour financer ses obsèques, ce qui rend souvent inutile la signature d'un contrat obsèques. Par ailleurs, tout contrat ne comprenant pas une description détaillée et personnalisée des obsèques est nul et non avenu, conformément à l'article L. 2223-34-1 du code général des collectivités territoriales.

Il faut aussi renforcer les contrôles de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (proposition n° 10) et sanctionner davantage, sur le fondement des pratiques commerciales trompeuses, les opérateurs funéraires qui imposent des soins de conservation, alors qu'il s'agit d'une prestation optionnelle ; qui facturent une toilette funéraire et/ou des soins de présentation lorsqu'il y a déjà été procédé par le personnel des chambres mortuaires dans les hôpitaux ; qui

facturent des soins sans que leur nature – toilette funéraire, soins de présentation, soins de conservation ou thanatopraxie – soit définie ; ou qui facturent des soins de conservation et des soins de présentation lorsqu'un thanatopracteur intervient alors que ce dernier effectue obligatoirement l'ensemble de ces prestations. Ces nombreuses imprécisions se traduisent sur la facture...

La proposition n° 11 concerne l'explantation de certains dispositifs médicaux : avant une crémation, il faut retirer du corps les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile pour éviter les dommages sur les appareils de crémation. Les textes, modifiés récemment, ne sont pas suffisamment clairs sur les responsabilités respectives des médecins et des thanatopracteurs à qui incombent ces explantations. Prévoyons formellement qu'un infirmier puisse y procéder sur délégation des médecins comme cela se fait en pratique. Dans ce cas, il faut prévoir une rétribution propre pour les médecins et les infirmiers. Telles sont les principales propositions pour mieux protéger les familles.

Une deuxième série de propositions vise à mieux prévenir les risques associés à la thanatopraxie en sécurisant les conditions d'intervention des thanatopracteurs. Il s'agit d'abord d'imposer le respect de précautions universelles standard, quel que soit le lieu d'exercice de la thanatopraxie (proposition n° 12). Le thanatopracteur doit porter une tenue de protection, des gants, utiliser du matériel à usage unique, et suivre une conduite précise, comme en milieu médical, en cas d'exposition accidentelle au sang. Les déchets résultant de l'activité de thanatopraxie, qui sont des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI), doivent aussi être traités avec la plus grande attention, et conformément aux règles strictes prévues par la réglementation.

La proposition n° 13 prévoit d'assurer le respect par les thanatopracteurs en formation ou en exercice de leur obligation de vaccination contre l'hépatite B par une meilleure information et un contrôle effectif des préfetures. Il faut aussi rappeler aux thanatopracteurs leur obligation d'être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite en application de l'arrêté du 15 mars 1991, et revoir la rédaction de cet arrêté pour viser clairement les opérateurs funéraires et les thanatopracteurs (proposition n° 14).

Nous demandons aussi de clarifier la rédaction de l'article R. 1335-2 du code de la santé publique sur le régime de responsabilité des producteurs de déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) pour prendre explicitement en compte les professionnels assimilés à des professionnels de santé qui produisent de tels déchets, dont les thanatopracteurs (proposition n° 15), et de définir une doctrine de contrôle des agences régionales de santé (ARS) sur le respect de l'élimination des DASRI par les thanatopracteurs et mener les contrôles ciblés (proposition n° 16). Il faudrait d'ailleurs inclure la transmission des pièces attestant de la traçabilité des DASRI parmi les

critères de renouvellement de l'habilitation des thanatopracteurs (proposition n° 17).

Nous devons garantir aux thanatopracteurs des outils efficaces de prévention des risques. Cela passe notamment par l'installation d'un système de captation de l'air à la source dans les chambres mortuaires et funéraires, avec évacuation extérieure de l'air pollué (proposition n° 20) – cela n'existe pas toujours. Il faut mobiliser l'inspection du travail, en lien avec les ARS, pour mener à bien des campagnes de contrôle des chambres mortuaires et funéraires (proposition n° 21), et contraindre les propriétaires de ces chambres qui ne sont pas les employeurs des thanatopracteurs à se conformer aux mesures de prévention des risques chimiques et infectieux (proposition n° 22).

Autre sujet important : le thanatopracteur à domicile. Je suggère de faire un bilan, en 2021, du respect des règles imposées pour la thanatopraxie à domicile, (proposition n° 24). L'arrêté du 10 mai 2017 fixe tellement de conditions, en contrepartie du maintien de cette pratique courante en milieu rural, qu'il est quasiment impossible de toutes les respecter... Il faudrait avoir un domicile adapté ! Soyons pragmatiques, et décidons alors, après analyse, de maintenir ou non cette autorisation.

Il faudrait aussi mettre plus largement à profit les dispositions de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales permettant à une chambre mortuaire d'accueillir le corps de personnes décédées hors de l'établissement de santé gestionnaire de ladite chambre (proposition n° 25), cela permettrait au moins à la famille d'avoir le choix entre une chambre mortuaire ou funéraire. Nous devrions aussi permettre la transmission au thanatopracteur par voie dématérialisée du volet administratif du certificat de décès, dans le cadre de la mise en place du certificat de décès électronique (proposition n° 26), ce qui faciliterait son activité : il doit en effet vérifier qu'il n'y a pas de contestation médico-légale à la thanatopraxie. Je pense aussi indispensable de créer des modalités *ad hoc* de suivi médical pour les thanatopracteurs indépendants qui ne sont pas couverts par la médecine du travail, en identifiant des médecins généralistes référents par région et en imposant aux thanatopracteurs de les consulter au moins une fois par an (proposition n° 29). Ce d'autant que la thanatopraxie peut être pratiquée sur des personnes porteuses du VIH ou de l'hépatite B.

La proposition n° 29 concerne le formol, formaldéhyde de son nom complet, seul produit efficace actuellement, mais qui comporte de nombreux dangers pour la santé humaine et l'environnement. Des produits alternatifs ont été mis sur le marché mais ils n'ont, semble-t-il, pas la même efficacité. Il est absolument nécessaire de lancer un programme public de recherche sur ce sujet.

Une troisième série de propositions vise à renforcer le pilotage des pouvoirs publics sur l'activité de thanatopraxie.

L'habilitation est actuellement renouvelée quasiment automatiquement. Cela mérite réflexion, car dans certains cas, il faudrait pouvoir refuser ce renouvellement.

Revoyons les logiques d'habilitation en y adjoignant des contrôles inopinés (proposition n° 30), et sanctionnons davantage les opérateurs funéraires par le retrait ou la suspension de leur habilitation, lorsqu'ils ne respectent pas leurs obligations légales et poursuivons pénalement ceux qui proposent des prestations de thanatopraxie sans y être habilités (proposition n° 31). Il est aussi nécessaire de mettre en œuvre le référentiel dématérialisé des opérateurs funéraires (ROF) comprenant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs (proposition n° 32) et de créer un fichier national des thanatopracteurs pour assurer le suivi de la profession (proposition n° 34).

Actuellement, trois ministères - de l'intérieur, de la santé et du travail - sont compétents pour le contrôle et la régulation de la thanatopraxie. Confions au ministère en charge du secteur funéraire, en général le ministère de l'intérieur ou des collectivités territoriales, le rôle de « chef de file » pour la supervision de l'activité et de la profession (proposition n° 35), avec l'appui des ministères de la santé et du travail (proposition n° 36) pour l'exercice de leurs compétences respectives, et modifions la composition du Conseil national des opérations funéraires (CNOF) pour y intégrer des représentants du ministère du travail (proposition n° 38).

Une quatrième et dernière série de propositions vise à mettre fin aux dysfonctionnements dans l'accès à la profession de thanatopracteur et à mieux l'accompagner dans l'exercice de son métier.

Confions l'organisation du diplôme national de thanatopracteur au ministère chef de file en charge du secteur funéraire, avec l'appui des ministères de la santé et du travail (proposition n° 39). La formation au diplôme comprend deux volets : l'un est théorique, l'autre est pratique. L'organisation de l'évaluation de la formation pratique est assurée par le Comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs (CNT), association privée qui regroupe les représentants de sept écoles privées et deux formations publiques intégrées à l'université. Je propose de substituer au CNT un dispositif à caractère public pour l'organisation de l'évaluation de la formation pratique au diplôme national de thanatopracteur (proposition n° 40) - ce qui pourra susciter des oppositions... Je préconise également de revoir le processus d'élaboration des sujets des épreuves théoriques en confiant au président du jury national la détermination de leur contenu en totale indépendance par rapport aux organismes de formation (proposition n° 41), ainsi que de prévoir des critères éliminatoires relatifs aux gestes techniques de la thanatopraxie pour l'évaluation de la formation pratique (proposition n° 42).

Autre enjeu primordial à mon sens : il faut garantir l'impartialité et l'indépendance des évaluateurs de la formation pratique en proscrivant l'évaluation d'un candidat par son propre formateur ; en prévoyant la présence d'un évaluateur membre du jury national pour chaque candidat ; en organisant des modalités de déport en cas de lien personnel ou professionnel entre un candidat et un évaluateur ; en rendant publique la liste des évaluateurs désignés par voie d'arrêté ministériel et en organisant les évaluations sur le territoire de façon à limiter les conflits d'intérêts (proposition n° 43). Un meilleur défraiement des évaluateurs permettrait de faciliter la mise en œuvre de ces mesures. Les membres du jury et les évaluateurs de la formation pratique doivent être formés à leurs fonctions (proposition n° 44) et le jury devrait publier, chaque année, un rapport présentant un bilan quantitatif et qualitatif de l'attribution du diplôme national de thanatopracteur (proposition n° 45) - comme cela se fait pour la plupart des concours ou examens organisés par les pouvoirs publics.

Le calendrier d'organisation du concours pourrait être rationalisé afin de délivrer le diplôme dans un meilleur délai qu'aujourd'hui (proposition n° 47), et le *numerus clausus* relevé de 10 à 15 % pour diversifier l'offre de thanatopracteurs sur le territoire.

S'agissant de la formation elle-même, je préconise un stage de sensibilisation préalablement à la formation théorique (proposition n° 50). Il faudrait aussi mettre en place une procédure de présélection des candidats commune à tous les organismes publics ou privés qui proposent une formation au diplôme national de thanatopracteur (proposition n° 51) et revoir le contenu du programme de la formation théorique pour l'adapter aux besoins de la profession (proposition n° 52). Nous proposons d'augmenter le nombre d'heures de formation - actuellement de 195 heures - d'un quart à un tiers. Je souhaite aussi mieux définir les titres et diplômes requis pour enseigner les matières au programme de la formation théorique du diplôme national de thanatopraxie (proposition n° 53) et généraliser, pour la formation pratique en entreprise, la signature de conventions de stage tripartites entre l'organisme de formation, le stagiaire et l'organisme d'accueil (proposition n° 54).

Enfin, mettons en place une formation continue aujourd'hui inexistante (proposition n° 55) et confions aux professionnels, sous l'égide des pouvoirs publics, le soin d'élaborer un cahier des charges standardisé du processus de thanatopraxie et un guide de bonnes pratiques (proposition n° 56). Prévoyons également la rédaction d'un compte rendu d'intervention pour chaque thanatopraxie quel que soit le lieu où elle est effectuée (proposition n° 57), et l'élaboration d'un corpus de règles déontologiques propre à la profession de thanatopracteur (proposition n° 58).

Actuellement, certaines personnes débutent une formation théorique sans connaissance du métier, qui est difficile – il s’agit de préparer des cadavres.

Voilà mes propositions concrètes sur un sujet difficile et austère ; il faut clarifier les règles et les renforcer.

Je vous propose d’intituler ce premier rapport parlementaire sur le sujet *Définir enfin un cadre rigoureux pour l’exercice de la thanatopraxie : une urgence pour les familles et les professionnels.*

M. Philippe Bas, président. – Merci d’avoir approfondi ce sujet qui nous touche tous, que ce soit pour les décès auxquels nous faisons face ou notre propre mort. Je suis satisfait que des parlementaires abordent cette question.

Vous mettez aussi en évidence les risques d’une profession mal protégée – agir relève d’un impératif de santé publique – et la nécessité de protéger les familles en deuil contre le risque d’abus. Certains abordent ce sujet avec pudeur, d’autres avec l’humour du déni...

M. François Bonhomme. – Merci pour ce rapport exhaustif. Ce sujet, inhabituel, nous concerne tous, et touche à la dignité de la personne humaine. Vous avez pris soin de mettre les familles au cœur de vos préoccupations. J’ai été surpris de l’étendue des thèmes soulevés : sécurité sanitaire, contrôles...

Pouvez-vous préciser votre proposition n° 34 relative au fichier national des thanatopracteurs pour assurer le suivi de la profession ? Sur quels chiffres vous fondez-vous pour augmenter le *numerus clausus* de 10 à 15 % ? Craint-on une pénurie de compétences ? Merci pour cet exposé complet et vivant...

M. Yves Détraigne. – Ces sujets concernent toutes les familles, mais ils sont rarement abordés, souvent par peur.

Durant vingt-huit ans de mandat à Witry-lès-Reims, j’ai signé des milliers d’actes concernant des décès sans jamais entendre parler de thanatopraxie. Existe-t-il une réelle demande ? Le terme est très rarement utilisé...

M. Jean-Luc Fichet. – Merci pour ce rapport sur ce sujet extrêmement difficile. Nous sommes confrontés à la douleur des familles et à l’urgence de ces questions. Je ne connais pas beaucoup la thanatopraxie. Il s’agit, pour moi, d’actes commerciaux et la famille ne sait souvent que répondre face à des devis exorbitants. Comment mieux encadrer ces opérations et faciliter la décision des familles au regard de tarifs que l’on peut parfois considérer comme exagérés ?

M. Éric Kerrouche. – La Rochefoucauld disait « le soleil, comme la mort, ne peuvent se regarder en face »... Ces sujets sont difficiles à titre

personnel et pour la famille. La garantie de la liberté du choix des familles doit être au cœur de nos préoccupations. Devant le démarchage commercial, protégeons les familles.

Il y a en outre de réels dysfonctionnements dans l'accès à la formation, qu'il faut corriger.

Mme Josiane Costes. – Merci pour ce rapport sur un sujet qu'on a malheureusement tendance à éluder. Une famille écrasée par la douleur est prête à signer n'importe quoi, avec une facture parfois terrible à la clé. La thanatopraxie n'est pas pratiquée de façon homogène sur tout le territoire. Je n'en ai pas beaucoup entendu parler... Certains n'abusent-ils pas en faisant croire qu'ils font de la thanatopraxie alors qu'ils effectuent de simples soins de présentation ? Existe-t-il des territoires sans thanatopracteurs ?

M. Jean-Pierre Sueur, rapporteur. – Monsieur Bonhomme, le fichier national permettrait de connaître le nombre de thanatopracteurs en fonction et de faire le rapport entre thanatopracteurs diplômés et ceux réellement en exercice. En raison des difficultés de ce métier, de nombreux professionnels arrêtent leur activité. Le fichier assurerait également un suivi de la profession. Ses modalités concrètes seraient bien sûr à déterminer.

Les coûts d'inscription dans les écoles varient de 1 à 10, pouvant atteindre 9 000 euros pour certaines formations privées. Si on augmente le *numerus clausus* de 10 à 15 %, on passerait de 55 à 60 thanatopracteurs formés par an à environ 70 ; cela améliorerait la couverture du territoire. Les auditions ont montré qu'une dizaine environ de thanatopracteurs diplômés n'exerçaient jamais.

Ce sujet de la thanatopraxie est quasiment tabou, comme d'autres qui touchent à la mort. Il y a 600 000 décès par an, et dans 40 % des cas, une thanatopraxie est effectuée, alors qu'elle n'est parfois pas nécessaire, selon ce que nous a indiqué plusieurs personnes entendues – notamment lorsqu'une crémation est prévue moins de 24 heures après. Je ne suis pas sûr que toutes les familles aient conscience qu'elles ont demandé une thanatopraxie, or cela coûte entre 300 et 500 euros, ce qui n'est pas négligeable.

Monsieur Détraigne, en principe, la société de pompes funèbres doit faire une déclaration préalable à la mairie chaque fois qu'elle effectue une thanatopraxie. Mais l'Association des maires de France (AMF) nous a indiqué qu'elle n'avait aucun moyen de vérifier le respect de cette obligation.

Limiter les coûts pour les familles est mon combat depuis 26 ans.

De nombreux professionnels font bien leur travail, je veux le souligner.

Mais lorsque vous devez choisir un cercueil, vous ne prendrez jamais le moins cher, par respect pour le défunt ; le prix du capiton varie, par exemple, du simple au quintuple ; ou on vous présente la toilette et les soins

de présentation sur le visage et les mains, en même temps qu'une thanatopraxie sans vraiment distinguer les deux.

Les entreprises sont libres de proposer une multitude de prestations au prix qu'elles souhaitent, mais elles doivent en informer les familles. J'ai dit plusieurs fois aux professionnels qu'il était dans leur intérêt de jouer la carte de la transparence. Les Français doivent savoir ce qui leur est proposé et à quel prix.

De la même manière, de nombreux Français se soucient de souscrire un contrat obsèques. Lors d'une émission de radio, une auditrice me disait avoir payé pour que 3 000 euros soient affectés à ses obsèques, mais qu'elle avait déjà versé plus ! Si elle arrêta de payer, on aurait déjà dû lui donner 1 000 euros... Si elle vivait alors quatre fois plus longtemps, elle aurait payé quatre fois les 3 000 euros ! Et les contrats sont nuls s'ils ne sont pas détaillés. Dans ce cas, mieux vaut ne pas faire de contrat obsèques à 40 ou 50 ans...

Dans la loi du 19 décembre 2008 était prévue une revalorisation des sommes versées au titre des contrats obsèques. Mais au bout de quelques années, les fédérations nationales d'assureurs m'ont dit ne plus appliquer ce texte, qu'elles considéraient contraire aux règles européennes. Nous avons dû renégocier avec le ministère des finances et refaire passer un nouveau texte de dix lignes, incompréhensible pour les non médaillés Fields... Analysons méthodiquement ces questions d'argent, car cela concerne les familles. J'ai bénéficié du soutien des associations familiales, de l'UFC Que choisir. Familles rurales a regretté, il y a un an, que dans la moitié des cas, les dispositions législatives sur les devis modèles n'étaient pas appliquées.

Bien sûr, Monsieur Fichet, le démarchage commercial est proscrit dans les deux mois du décès. Il est interdit aux entreprises de consulter les avis d'obsèques pour adresser aux parents du défunt des propositions. Cela est prévu par l'article L. 2223-33 du code général des collectivités territoriales.

Dans le même esprit, j'ai écrit à des préfets pour faire retirer l'habilitation à des entreprises qui n'avaient pas respecté la dignité des obsèques ou avaient proposé des prestations commerciales en contradiction avec l'interdiction du démarchage commercial. De telles pratiques sont contraires à la loi. C'est un motif de retrait ou de suspension de l'habilitation. L'habilitation à exercer une profession doit être délivrée et maintenue de façon sérieuse : il ne suffit pas de présenter quelques papiers.

J'en viens aux dysfonctionnements en matière de formation, Monsieur Kerrouche. Dans les écoles actuelles, la formation délivrée dans les différents domaines est assez limitée à mon sens. Qui plus est, on ne précise pas, sauf pour deux matières, qui est habilité à délivrer cette formation.

Madame Costes, vous avez tenu des propos que j'estime très importants. Les personnes confrontées à un deuil sont très éprouvées et se

trouvent dans un état de grande vulnérabilité. Et pourtant il y a là un combat dont on parle peu pour protéger les familles.

Certes, on peut se contenter de dire que c'est la loi de la concurrence et que c'est mieux qu'un monopole. Lorsqu'il a été mis fin au monopole, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) a souligné qu'il s'agissait d'un monopole biaisé qui cohabitait avec une concurrence faussée. En effet, des sociétés filiales de la société monopolistique donnaient l'illusion de la concurrence.

Je pensais que la concurrence ferait baisser les prix. Cela a été en partie le cas. La loi a aussi permis d'améliorer la qualité de la prestation dans de nombreux domaines.

M. Philippe Bas, président. – Mes chers collègues, sommes-nous bien tous d'accord pour autoriser la publication de ce rapport d'information ?

La commission autorise la publication du rapport.

M. Philippe Bas, président. – Je vous remercie et renouvelle également mes remerciements au rapporteur, Jean-Pierre Sueur.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

➤ *Ministères*

Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales - Direction générale des collectivités locales (DGCL)

M. Frédéric PAPET, sous-directeur des compétences et des institutions locales

Mme Chryssoula DREGE, adjointe à la chef du bureau des services publics locaux

Mme Fanny DUBILLY, chargée de mission funéraire

Ministère des solidarités et de la santé - Direction générale de la santé (DGS)

Mme Anne-Claire AMPROU, directrice générale adjointe de la santé

Mme Laurence CATÉ, adjointe à la sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Mme Delphine CAAMANO, adjointe à la cheffe du bureau de l'environnement extérieur et des produits chimiques

Mme Élise RIVA, adjointe au chef du bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose

M. Alexis PERNIN, chargé de mission juridique et budgétaire en appui aux politiques publiques au bureau de l'environnement extérieur et des produits chimiques

Ministère du travail - Direction générale du travail (DGT)

M. Frédéric TEZE, sous-directeur des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

Mme Patricia MALADRY, chef de l'inspection médicale du travail

Ministère de l'économie - Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)

Mme Laetitia TAILLIEZ, chef du bureau 6D transport, tourisme et secteur automobile

Mme Francine KAHN, en charge du secteur funéraire au bureau 6D

➤ *Organismes publics*

Haut conseil de la santé publique (HCSP)

Pr Christian CHIDIAC, président de la commission « maladies infectieuses et maladies émergentes »

Pr Jean-François GEHANNO, membre de la commission « maladies infectieuses et maladies émergentes »

Mme Ann PARIENTE-KHAYAT, coordonnatrice de la commission spécialisée « système de santé et sécurité des patients » au sein du secrétariat général

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)

Mme Françoise WEBER, directrice générale adjointe en charge des produits réglementés

Pr Gérard LASFARGUES, directeur général délégué

Mme Catherine GOURLAY-FRANCE, directrice adjointe à la direction de l'évaluation des produits réglementés

Mme Sarah AUBERTIE, chargée des relations institutionnelles

Conseil national du sida et des hépatites virales

Pr Patrick YENI, président

M. Laurent GEFROY, conseiller expert

➤ *Organisme généraliste en santé et sécurité au travail*

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

M. Bernard SIANO, chef du département Études et assistance médicales

Mme Isabelle BALTY, responsable du pôle risques biologiques, département Expertise et Conseil Technique

Mme Véronique CARON, conseiller médical, département Études et assistance médicales

Mme Annabelle GUILLEUX, experte, département Expertise et Conseil Technique

Mme Marie DEFRANCE, responsable des relations institutionnelles

➤ *Inspections*

Inspection générale des affaires sociales

M. Jean-Paul SEGADE, conseiller général des établissements de santé

Mme Fabienne BARTOLI, inspectrice de l'IGAS

Inspection générale de l'administration

M. Jacques FOURNIER, inspecteur de l'IGA

➤ *Personnalités qualifiées*

M. Antoine CARLE, avocat

M. Tanguy CHATEL, sociologue

M. Claude FERRADOU, avocat

M. Damien LE GUAY, philosophe

M. François MICHAUD-NERARD, ancien directeur général des services funéraires de la ville de Paris

➤ *Professionnels des pompes funèbres*

Fédérations et syndicats professionnels

Confédération des professions du funéraire et de la marbrerie (CPFM)

M. Richard FÉRET, directeur général délégué

M. Damien COMANDON, adhérent

M. Jean-Antoine GOURINAL, adhérent

Fédération française des pompes funèbres (FFPF)

M. Alain HOFFARTH, co-président

Chambre syndicale nationale de l'art funéraire (CSNAF)

M. Damien COMANDON, adhérent

Entreprises privées

Omnium de gestion et de financement (OGF)

M. Patrick ANGLARET, directeur général délégué

Office français de prévoyance funéraire (OFPF)

M. Méziane BENARAB, président

Organismes du secteur public

Union du pôle funéraire public (UPFP)

M. Manuel SAUVEPLANE, président

Syndicat intercommunal du funéraire de la région parisienne (SIFUREP)

Mme Marie-Valentine DEBORDE, responsable juridique funéraire

Mme Maria GANITO, chargée de mission

Pompes funèbres intercommunales de la région grenobloise

M. Jean-Marc CORGIER, directeur général

Pôle funéraire public - Métropole de Lyon

Mme Laure BUTIN, directrice générale

Ville de Paris

Mme Cendrine CHAPEL, directrice générale des services funéraires

➤ ***Représentants de thanatopracteurs***

Syndicat professionnel des thanatopracteurs indépendants et salariés (SPTIS)

M. Cédric IVANES, président

Me Stéphan DENIOYES, conseil

Thanatopracteurs indépendants

Mme Huguette AMARGER, thanatopracteur

M. Jean-Charles JAY, thanatopracteur

M. Adrien POUGET, thanatopracteur

➤ ***Organismes de formation de thanatopracteurs***

Organismes privés

Accent Formation

M. Christian PAILLARD, thanatopracteur, responsable des études

M. Frantz CATARELLI, thanatopracteur

École de Formation Funéraire les Alyscamps (EFFA)

M. Yves MESSIER, responsable du centre de formation

Institut français de thanatopraxie (IFT)

M. René DEGUISNE, président

Nova Formation funéraire

Mme Sabrina LAVOLOT, formatrice en thanatopraxie

WeA

M. Serge WILKINS, président et responsable pédagogique

Organismes publics

Université de Lyon

M. Daniel MALICIER, professeur à l'Institut de médecine légale de Lyon, expert près la Cour de cassation

M. Michel DEBOUT, professeur honoraire

Université d'Angers

M. Philippe MERCIER, professeur des universités, praticien hospitalier

- *Association chargée de l'organisation de l'évaluation de la formation pratique du diplôme national de thanatopracteur*

Comité national d'évaluation de la formation pratique des thanatopracteurs (CNT)

M. René DEGUISNE, président

M. Pierre LARRIBE, vice-président

M. Henri GRAUGNARD, coordinateur des évaluations

- *Ordres professionnels médicaux*

Ordre national des médecins

Dr Jean-Marcel MOURGUES, président de la section santé publique et démographie médicale

Mme Cécile BISSONNIER, juriste responsable de la section santé publique et démographie médicale

Mme Lucie HUG, adjointe de la section santé publique et démographie médicale

Ordre national des infirmiers

M. Christophe ROMAN, vice-président du conseil national

➤ *Établissements hospitaliers*

Centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers

Mme Clotilde ROUGÉ-MAILLART, professeur de médecine légale et droit de la santé, praticien hospitalier, présidente du jury national chargé d'examiner les candidats au diplôme national de thanatopracteur

M. Guillaume ROUSSEAU, interne en médecine au CHU d'Angers, représentant des internes en médecine légale

Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

M. Marc DUPONT, adjoint à la directrice des affaires juridiques

Mme Yannick TOLILA-HUET, cadre de santé, responsable des services de soins des chambres mortuaires Bichat-Claude Bernard et Beaujon

M. Samuel MUROT, référent de la chambre mortuaire de l'hôpital Charles Foix

➤ *Associations familiales*

Union nationale des associations familiales

Mme Thérèse BIED-CHARRETON, représentante suppléante au conseil national des opérations funéraires

Confédération nationale des associations familiales catholiques

M. Laurent WALLUT, responsable funéraire, examinateur pour le diplôme de conseiller funéraire

M. Pierre MOYRET, accompagnateur des familles en deuil au sein de la pastorale des funérailles du Diocèse de Paris

➤ *Associations de lutte contre le sida et les hépatites*

AIDES

M. Enzo POULTRENIÉZ, responsable plaidoyer et revendications - advocacy manager

Act Up-Paris

M. Marc-Antoine BARTOLI, président

M. Frédéric NAVARRO, militant associatif

Sidaction

Mme Florence THUNE, directrice générale

SOS Hépatites

Mme Carmen HADEY, vice-présidente de SOS Hépatites Alsace-Lorraine.

➤ *Entreprises commercialisant des produits utilisés pour la thanatopraxie*

EIHF Isofroid

M. Didier BELLUARD, président directeur général

HYGECO

M. Damien COMANDON, président,

Mme Carmen DE OLIVEIRA, directrice générale

Contributions écrites :

M. Jacques TOUBON, Défenseur des droits

Association des maires de France et des présidents
d'intercommunalité (AMF)

ANNEXE 1

DOCUMENT OFFICIEL D'INFORMATION AUX FAMILLES



Ministère des Solidarités
et de la Santé

Ministère de l'Intérieur

Information aux familles sur les soins de conservation

Vous venez de perdre une personne chère et vous êtes chargé d'organiser ses funérailles.

Ce document officiel vous est destiné.

Il a pour but de vous apporter une information objective sur les interventions techniques possibles sur le corps de votre défunt, et qui pourraient vous être proposées par les opérateurs funéraires, dans ce moment douloureux.

En effet, il existe plusieurs types d'interventions **payantes**.

Elles sont exposées ci-dessous.

Les soins de conservation :

Ces soins, aussi appelés soins de thanatopraxie, constituent des opérations funéraires réglementées par le code général des collectivités territoriales (CGCT). Ce sont des actes invasifs post mortem qui procèdent par drainage des liquides et des gaz du corps et par injection d'un produit biocide en remplacement. Ils ont pour finalité de retarder le processus de décomposition du corps (thanatomorphose) et la dégradation du corps. L'ensemble de ces opérations nécessite entre 1h30 et 2h00.

Les soins de conservation ou de thanatopraxie sont des prestations **qui ne sont pas obligatoires**.

Ils peuvent être néanmoins exigés dans deux cas :

- En cas de transport international du corps, selon la législation du pays d'accueil ou de la compagnie aérienne (pour des règles de sécurité et d'hygiène) ;
- Lors d'un transport du corps en cercueil d'une épaisseur minimale de 18 millimètres après finition, avec garniture étanche, si la durée du transport est supérieure à deux heures et inférieure à quatre heures.

Les soins de conservation ou de thanatopraxie sont réalisés par des thanatopracteurs obligatoirement diplômés, au sein d'établissements funéraires (chambres funéraires) ou hospitaliers (chambres mortuaires). Ils peuvent aussi être réalisés au domicile du défunt uniquement si le décès est survenu à domicile.

Lorsque ces soins sont réalisés à domicile, celui-ci doit répondre à des exigences de configuration et d'aménagement afin de garantir la sécurité des professionnels et des proches du défunt. Dans ce dernier cas, ces soins doivent être réalisés dans un délai de 36 heures suivant le décès pouvant être prolongé de 12 heures pour tenir compte de circonstances particulières.

Les soins de conservation doivent faire l'objet d'une déclaration préalable auprès du maire de la commune dans laquelle sont pratiqués ces derniers. La réalisation des soins de conservation est également subordonnée à la détention de l'expression écrite des dernières volontés de la personne décédée ou d'une demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles, après que celle-ci ait été dûment informée par l'opérateur funéraire. Dans tous les cas, il revient à l'opérateur funéraire de s'assurer du respect des exigences réglementaires préalablement à la réalisation de tout soin de conservation.

Cas particuliers :

Certains soins spéciaux peuvent se révéler plus complexes si l'acte nécessite une restauration du corps.

Les toilettes du corps :

- Les **toilettes mortuaires** : elles peuvent être réalisées dans les structures hospitalières et les établissements de soins par leurs personnels et sont les derniers gestes destinés aux patients décédés.
- Les **toilettes funéraires** : elles peuvent être réalisées par les personnels des opérateurs funéraires et comprennent la toilette, la désinfection, le déshabillage, l'habillage et le maquillage du défunt.
- Les **toilettes rituelles** : elles répondent aux exigences des religions.

Les alternatives aux soins de conservation :

- La **cellule réfrigérée** : il s'agit d'une structure de froid permettant de conserver le corps de façon homogène à une température située entre 5 et 7 degrés afin de limiter la prolifération de la flore bactérienne.
- La **table réfrigérée** : il s'agit d'un matériel roulant et mobile pouvant temporairement et localement conserver un corps aux mêmes fins que la cellule réfrigérée.
- La **carboglance** : Il s'agit de placer régulièrement de la glace carbonique sous et autour du défunt pour conserver le corps.

Un thanatopracteur peut retirer la prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (stimulateur cardiaque par exemple) d'un défunt lors de la réalisation d'un soin de conservation ou d'une toilette. Ce retrait des prothèses à pile est obligatoire, pour la plupart d'entre elles, avant la mise en bière du défunt.

NOTA :

Les conditions de réalisation des soins de conservation sont prévues à l'article R. 2213-2-2 du code général des collectivités territoriales. Les opérateurs funéraires sont des professionnels qui doivent être dûment habilités à exercer dans ce domaine par arrêté préfectoral.

ANNEXE 2
COMPTE RENDU D'INTERVENTION ANNEXÉ À L'ARRÊTÉ
DU 10 MAI 2017 FIXANT LES CONDITIONS
DE RÉALISATION DES SOINS DE CONSERVATION
À DOMICILE

11 mai 2017

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 434

ANNEXE

COMPTE-RENDU D'INTERVENTION
A L'ISSUE DU SOIN DE CONSERVATION REALISE A DOMICILE

Ce compte-rendu est à adresser par le thanatopracteur à la régie, l'entreprise ou l'association et leurs établissements, habilités conformément à l'article L. 2223-23 et ayant facturé la présente prestation de soin de conservation.

1° - Identité du rédacteur du compte-rendu

Numéro d'habilitation de la régie, de l'entreprise ou de l'association ayant facturé la présente prestation de soin de conservation :

2° - Informations relatives au soin de conservation réalisé

Date et heure de réalisation du soin de conservation :

3° - Compte-rendu opératoire

Nom du produit biocide utilisé :

Dilution du produit biocide :

Volume drainé :

Volume ponctionné :

Nom du prestataire d'élimination mentionné à l'article R.1335-2 du code de la santé publique :

Site d'élimination des DASRI :

Commentaires :

Compte-rendu fait, à : Le: Signature du rédacteur :

ANNEXE 3

MODALITÉS D'ÉVALUATION ÉTABLIES PAR LE COMITÉ NATIONAL D'ÉVALUATION DE LA FORMATION PRATIQUE DES THANATOPRACTEURS (CNT)

Grille d'Evaluation Pratique - Diplôme National de Thanatopracteur <i>Décret 2010-516 du 18 mai 2010-JDRF n°0115 du 20 mai 2010</i>
--

Session 2019 - Evaluation pratique du Candidat:

NOM	PRENOM	Date et Lieu de Naissance
		<i>Voir Pièce d'identité</i>

Evaluateurs :

Nom:	Prénom:	Signature :
Nom:	Prénom:	Signature:

Maitre de stage référent

Nom :	Prénom:	Signature :
-------	---------	-------------

Evaluation le:2019			
<i>Début du soin àh.....mn - Fin du soin àh mn</i>			
Lieu d'intervention :	Chambre Funéraire <input type="checkbox"/>	Chambre Mortuaire <input type="checkbox"/>	Autre lieu* <input type="checkbox"/>
Caractéristique du défunt :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Age (estimé) <input type="text"/>
Etat du corps :	Intègre <input type="checkbox"/>	Accidenté <input type="checkbox"/>	Autopsié <input type="checkbox"/>
Fluide agréé artériel et cavité Substance active	Formaldéhyde <input type="checkbox"/>	Bronopol <input type="checkbox"/>	C 12 - C 16 <input type="checkbox"/>
Additifs	OUI NON	NON	
Remarques éventuelles :			

RAPPELS:

Ce document d'évaluation doit être rédigé au stylo bille non effaçable de couleur noire ou bleue, et établi en un seul exemplaire original, en collaboration entre les deux évaluateurs. Ce document d'évaluation sera signé par les deux évaluateurs, en page n°1.

Il n'a pas à être communiqué au candidat ni à son tuteur.

Ce document, accompagné de la feuille de présence signée par le candidat et les deux évaluateurs, sera envoyé sans délai au CNT, par les évaluateurs, au moyen de l'enveloppe jointe.

Seul le jury national après délibération délivre le diplôme national de thanatopracteur (article 9 de l'arrêté du 18 mai 2010).

*Les soins à domicile seront exclus des évaluations.

** Les liquides de pré et co-injection uniquement réservés à cet usage sont autorisés.



RUBRIQUES	EVALUATION			
1 Présentation du candidat (Coefficient 0.5)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Présentation et attitude générale du candidat.	3	2	1	0
Le candidat utilise des EPI adaptés et justifie de leur utilité.	3	2	1	0
Le candidat identifie et prends contact avec la personne qui va lui confier le corps du défunt.			1	0
Le candidat identifie les locaux, les équipements existants et prend connaissance du règlement intérieur.			1	0
Le candidat vérifie l'identité du défunt.			1	0
Le candidat vérifie que la déclaration préalable au soin a bien été établie.			1	0
	Sous total/10	Coefficient	Total	
		0,5		
2 Préparation du corps (Coefficient 1) NB: les propositions d'évaluation ci-dessous ne suivent pas un ordre chronologique	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat procède à une désinfection générale.	3	2	1	0
Le candidat mobilise les articulations, remédie à la rigidité cadavérique et déshabille le corps.	3	2	1	0
Le candidat identifie retire les vêtements, les protections et les conditionne de façon adaptée.	3	2	1	0
Le candidat identifie et retire de façon adaptée les prothèses, les poches, les sondes, les pansements et les conditionne de façon adaptée.	3	2	1	0
Le candidat identifie la présence éventuelle de bijoux, il les retire ou les enregistre de façon adaptée.			1	0
	Sous total/13	Coefficient	Total	
		1		
3 Toilette et désinfection (Coefficient 2) NB: les propositions d'évaluation ci-dessous ne suivent pas un ordre chronologique	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat utilise des produits de lavage et des instruments appropriés.	3	2	1	0
Le candidat nettoie et désinfecte les lèvres, la bouche, les yeux, les mains et les ongles.	3	2	1	0
Le candidat nettoie et met en place les éventuelles prothèses dentaires, les couvre-œil.	3	2	1	0
Le candidat met en forme la bouche, pré-ligature et positionne les traits du visage.	3	2	1	0
Le candidat procède à la couverture de la région génitale.			0,5	0
	Sous total/13	Coefficient	Total	
		2		
4 Analyse préalable (Coefficient 1) NB: les propositions d'évaluation ci-dessous ne suivent pas un ordre chronologique	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat identifie correctement l'état du corps (intégrité, corpulence, colorations). Il adapte son intervention de façon appropriée.	3	2	1	0
Le candidat identifie les lividités cadavériques.	3	2	1	0
Le candidat identifie cyanose, déshydratation, gonflement.	3	2	1	0
Le candidat identifie les plaies et lésions et apporte un traitement adapté.	3	2	1	0
	Sous total/12	Coefficient	Total	
		1		

RUBRIQUES	EVALUATION			
5 Mise en place du matériel (Coefficient 3)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat est capable de présenter un matériel propre et en bon état de fonctionnement. Il conditionne de façon appropriée les PCT. (Piquants, Coupants, Tranchants).	3	2	1	0
Le candidat prépare de façon appropriée matériel d'injection, de ponction et les équipements de traitement des DASRI et autres déchets.	3	2	1	0
Le candidat choisit et dose de façon adaptée le fluide artériel agréé. CGCT, article R2213-3. Il justifie l'utilisation de liquide de pré et co-injection.	3	2	1	0
Le candidat purge la tubulure et prépare le flacon d'échantillon réglementaire.			1	0
	Sous total/10	Coefficient	Total	
		3		
6 Incision et recherche vasculaire (Coefficient 5)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat explique et justifie son choix d'artère.	3	2	1	0
Le candidat utilise du matériel adéquat et procède à une incision adaptée.	3	2	1	0
Le candidat extériorise correctement l'artère.	3	2	1	0
Le candidat positionne la canule d'injection de façon appropriée et appareille correctement l'artère.	3	2	1	0
	Sous total/12	Coefficient	Total	
		4		
7 Injection et drainage sanguin (Coefficient 5) NB : le candidat qui propose de mettre en œuvre un drainage veineux et qui y procède de façon adaptée ne saurait être pénalisé	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat procède à l'injection de façon appropriée avec une pression et un débit adaptés.	3	2	1	0
Le candidat procède à une incision préalable à l'introduction du tube de ponction.			1	0
Le candidat procède à une ponction préalable si besoin (Gaz, ascite...) Donner le point d'office quand elle n'est pas faite et qu'elle ne se justifie pas.			1	0
Le candidat procède à l'introduction du tube de ponction de manière appropriée avec délicatesse et mesure.	3	2	1	0
L'extrémité du tube de ponction a rejoint la zone adaptée ou, si la zone n'est pas rejointe et que le fluide injecté s'écoule par le tube de ponction, le candidat a réagi en arrêtant l'injection et a procédé aux injections complémentaires et aux ponctions intermédiaires.	3	2	1	0
Le candidat estime que la saturation, la diffusion et la distribution du fluide sont optimales.	3	2	1	0
Le candidat appareille et positionne de façon adaptée la canule pour l'injection distale locale.	3	2	1	0
Le candidat procède au retrait de l'appareillage d'injection de façon adaptée.	3	2	1	0
	Sous total/20	Coefficient	Total	
		5		
8 Drainage des cavités (Coefficient 4)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat utilise le tube de ponction avec justesse, délicatesse et sécurité.	3	2	1	0
Le candidat identifie correctement les zones qu'il explore à l'aide du tube de ponction.	3	2	1	0
Le candidat draine de façon adaptée les cavités thoraciques, abdominales et pelviennes.	3	2	1	0
Le candidat procède à la désinfection de la pointe du tube de ponction.			1	0
Le candidat draine de façon adaptée la trachée.	3	2	1	0
	Sous total/13	Coefficient	Total	
		4		

RUBRIQUES	EVALUATION			
9 Obturation et sutures (Coefficient 3)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat utilise des instruments et matériaux adaptés pour mécher les orifices naturels.	3	2	1	0
Le candidat mèche de façon adaptée les orifices naturels.	3	2	1	0
Le candidat nettoie, assèche et comble les incisions de façon adaptée.	3	2	1	0
Le candidat procède à la suture des incisions avec régularité, discrétion et étanchéité.	3	2	1	0
	Sous total/12	Coefficient	Total	
		3		
10 Traitement des cavités (Coefficient 2)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat utilise un fluide agréé de traitement des cavités et en quantité suffisante. Il n'y a pas de co-injection de fluide cavité.	3	2	1	0
Le candidat procède à l'épandage du fluide de façon adaptée dans l'ensemble des cavités.	3	2	1	0
Le candidat retire le tube de ponction et l'ensemble de l'appareil de diffusion du fluide cavité, de façon adaptée et sûre.	3	2	1	0
Le candidat procède de façon adaptée au nettoyage, assèchement et obturation de l'orifice de ponction.			1	0
	Sous total/10	Coefficient	Total	
		2		
11 Présentation du corps (Coefficient 3)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat procède au lavage adapté du corps.	3	2	1	0
Le candidat procède à l'habillage du corps de façon adaptée avec délicatesse et décence.	3	2	1	0
Le candidat procède à la fermeture finale de la bouche de façon adaptée.	3	2	1	0
Le candidat procède à l'application de cosmétiques de façon adaptée.	3	2	1	0
Le candidat procède de manière adaptée au positionnement des traits du visage et à la coiffure du défunt.	3	2	1	0
	Sous total/10	Coefficient	Total	
		3		
12 Fin du soin (Coefficient 2)	<i>Entourer la note attribuée</i>			
Le candidat nettoie et range les instruments, matériels et locaux: de façon appropriée.	3	2	1	0
Le candidat conditionne les déchets de façon adaptée.	3	2	1	0
Le candidat confie le défunt à la personne chargée de sa présentation et informe de son départ.			1	0
	Sous total/10	Coefficient	Total	
		2		



Synthèse des Résultats

Nom du candidat :	
Prénom:	
Date d'intervention:	
Lieu d'intervention :	
Durée d'intervention :	<i>Début à :H..... Fin à :H.....</i>

Véifier avec la page 1

No	RUBRIQUES	Note obtenue	
1	Présentation du candidat		/5
2	Préparation du corps		/13
3	Toilette et désinfection		/26
4	Analyse préalable		/12
5	Mise en place du matériel		/30
6	Incision et recherche vasculaire		/48
7	Injection et drainage sanguin		/100
8	Drainage des cavités		/52
9	Obturations et Sutures		/36
10	Traitement des cavités		/20
11	Présentation du corps		/45
12	Fi n du soin		/14
Pour un traitement sur un corps intègre, prendre en compte la durée de l'intervention :		Sous total	
Durée		Coefficient	
≤ 3h00		1	
> 3h00 et ≤ 3h30		0,9	
> 3h30		0,7	
		Coefficient temps	
TOTAL			/400

Remarques éventuelles des évaluateurs :

ANNEXE 4
PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE
DU DIPLÔME NATIONAL DE THANATOPRACTEUR

**Annexe de l'arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation
de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national
de thanatopracteur**

Annexe 1

I. — Les matières et durées minimales de l'enseignement théorique de la formation de thanatopracteur sont définies comme suit :

MATIÈRES	DURÉE MINIMALE
Théorie des soins de conservation.	60 heures
Anatomie.	25 heures
Médecine légale.	25 heures
Microbiologie, hygiène, toxicologie.	20 heures
Sécurité sanitaire, évaluation des risques sanitaires.	15 heures
Réglementation funéraire.	15 heures
Histologie, anatomie pathologique.	10 heures
Eléments de gestion.	10 heures
Sciences humaines de la mort, éléments de déontologie et d'éthique.	15 heures
Total	195 heures

II. — Les matières et durées minimales de l'enseignement pratique de la formation de thanatopracteur sont définies comme suit :

MATIÈRES	NOMBRE/DURÉE MINIMALE
Opérations de soins de conservation complets.	100 opérations
Enseignement à l'art restauratif.	20 heures

Annexe 2

Les matières constituant les épreuves théoriques de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur sont les suivantes :

MATIÈRES	DESCRIPTIF	NOMBRE DE POINTS
	Épreuve de thanatopraxie	
Théorie des soins de conservation.	Historique des techniques des soins de conservation : de l'embaumement à la thanatopraxie ; les soins de conservation en chambre funéraire et en domicile ; les services et les produits utilisés ; méthodes de soins de conservation ; art restauratif ; autopsie médico-légale et scientifique.	60
Réglementation funéraire.	Le service public des pompes funèbres ; le règlement national des pompes funèbres ; l'habilitation dans le domaine funéraire ; les autorisations administratives délivrées par le maire ; la chambre funéraire et la chambre mortuaire ; la réglementation des produits pour soins de conservation.	20
Gestion.	Comptabilité et fiscalité des entreprises ; bilan ; principales obligations légales et réglementaires des entreprises.	10
Sciences humaines de la mort, éléments de déontologie et d'éthique.	Histoire et psychosociologie de la mort ; la mort dans le monde contemporain ; les rituels ; respect du défunt, déontologie.	10
Sécurité sanitaire, évaluation des risques sanitaires.	Tenue du professionnel, risques dus aux produits de thanatopraxie, transport des produits, déchets d'activité de soins à risques infectieux, maladies contagieuses...	10
Total		110

MATIÈRES	DESCRIPTIF	NOMBRE DE POINTS
	Épreuve de médecine	
Médecine légale.	Organisation de la justice et des professions de santé ; déontologie et secret professionnel ; définitions médico-légales de la mort, principaux signes de la mort ; réglementation des autopsies, des prélèvements et des greffes d'organes ; les morts subites, les morts suspectes ; les blessures ; les asphyxies ; les empoisonnements ; les suicides ; la toxicomanie et l'alcoolisme.	30
Anatomie et physiologie élémentaire.	Anatomies descriptives du corps humain : fonctions de nutrition, de relation (système nerveux et muscles), de respiration, de circulation et de reproduction.	30
Microbiologie, hygiène.	Bactéries et virus, flore bactérienne chez l'homme ; généralités sur l'infection ; lutte antimicrobienne.	10
Toxicologie.	Généralités et définitions ; classification ; pénétration des toxiques dans l'organisme, distribution, moyens d'élimination ; facteurs essentiels de la toxicité ; manifestations générales ; la mort toxique ; recherche et quantification des toxiques, utilité de la toxicologie en thanatopraxie.	10
Histologie, anatomie pathologique.	La cellule ; les tissus épithéliaux ; les tissus conjonctifs ; notions de lésion ; réaction ; notions de processus morbide ; processus inflammatoires, tumoraux et displasiques.	10
Total		90
Total des deux épreuves		200