

*Rapport adopté lors de la session du Conseil national
de l'Ordre des médecins d'octobre 2013
Section éthique et déontologie*

Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public : aspects éthiques et déontologiques

➤ **Contexte**

La rédaction des certificats de décès se heurte à un nombre croissant de difficultés techniques et administratives aggravées par la raréfaction de la ressource médicale. Ces difficultés, notamment sur les horaires de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA), sont source de nombreux dysfonctionnements territoriaux, de situations difficiles et douloureuses pour les familles, voire de contentieux disciplinaires, les familles ou les proches se rapprochant des structures ordinaires à l'occasion de signalements, réclamations ou plaintes. Les médecins s'interrogent sur leurs obligations administratives et le contexte éthique de leurs interventions auprès des familles. Il importe de leur fournir un certain nombre de repères pour éclairer ce sujet complexe. Le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé indiquait d'ailleurs, dans une réponse publiée au J.O. du 5 juillet 2011, que cette question relevait également du Conseil de l'Ordre des médecins.

➤ **L'acte**

C'est une obligation administrative: « L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu de ce certificat établi par un médecin, attestant le décès » (Art. L.2223-42 du code général des collectivités territoriales). L'établissement du certificat de décès de la personne est la base juridique du constat de sa mort.

C'est le préalable à la rédaction de l'acte d'état civil qui doit parvenir à la mairie dans les meilleurs délais, au mieux dans les 24h suivant la demande d'intervention. Il doit être rédigé par un médecin inscrit au Tableau ou par un étudiant en médecine, en situation régulière de remplacement, et engage leur expertise et leur responsabilité.

C'est un acte médical revêtant une importance médico-légale essentielle :

- Importante du point de vue administratif, judiciaire et épidémiologique, la rédaction du certificat doit être précédée d'un examen attentif du patient décédé et des circonstances du décès, d'un entretien précis avec la famille ou les proches, le médecin assurant cette mission n'étant pas, de plus en plus souvent, le médecin traitant.
- Ce n'est pas la rédaction d'un simple document mais l'attestation, après recherche d'un certain nombre d'informations et examen complet, que la mort est réelle et constante et précisant sa cause vraisemblable, son caractère naturel ou non et la nécessité ou pas de mobiliser les instances judiciaires.

Le médecin est sollicité par un établissement, une famille, des proches ou par le CRRA/Centre 15. Son action intervient dans les horaires de la continuité des soins (CDS) ou ceux de la PDSA. Elle s'inscrit dans le temps avec toutes les obligations de l'expertise et les responsabilités qui y sont liées.

C'est à l'issue de l'intervention du médecin effecteur et de cette démarche que sera rédigé le document certifiant le décès et ses causes.

➤ Historique

Les médecins d'état civil, qui pouvaient autrefois assurer cette fonction dans de nombreuses communes, ont été supprimés. Rémunérés par les mairies de façon forfaitaire, ils organisaient leur activité pour répondre à cette mission dans les meilleurs délais. Lorsqu'elle est réalisée à la demande des familles ou des forces de sécurité cette mission relève donc désormais, et dans la plupart des cas, des médecins libéraux. Les difficultés de la démographie médicale et le vide administratif et juridique actuel conduisent cependant de plus en plus de médecins à s'interroger sur leurs obligations éthiques et déontologiques et à se rapprocher des conseils départementaux.

➤ Le cadre éthique et déontologique

- 1) L'article R. 4127-76 du code de la santé publique, qui s'impose à tout médecin, rappelle que : « *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.* »
- 2) La rédaction d'un certificat de décès doit s'inscrire dans le respect de la personne, des familles et des proches.
- 3) L'établissement d'un tel acte n'est pas une urgence médicale, ni médico-légale. Le médecin doit répondre prioritairement aux demandes des patients dont l'état de santé requiert son intervention.
- 4) Aucun texte n'impose de délai pour la rédaction d'un certificat de décès. Par respect des familles et dans l'intérêt de leurs démarches il reste cependant évident qu'il convient de répondre à ces demandes dans les meilleurs délais possibles. Compte tenu des dispositions relatives aux opérations funéraires, ce délai ne devrait en aucun cas excéder 24 heures après la demande d'intervention.
- 5) Pour ce qui est des honoraires pouvant faire l'objet d'un tel acte c'est « le tact et la mesure » qui s'applique dans le cadre du code de déontologie médicale, le tact devant rester le critère principal.

➤ Le cadre d'intervention:

1) Hors espace public

En cas de recours au Centre 15, toute intervention du SMUR pour une détresse vitale implique la présence d'un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre. Que le décès soit intervenu avant l'arrivée du SMUR ou malgré les manœuvres de réanimation prodiguées sur place, ce praticien est parfaitement habilité à établir le certificat de décès sans qu'il soit nécessaire de faire appel au médecin traitant ou à un effecteur mobile. Par contre il n'entre pas dans les missions du CRRA 15 de diligenter un médecin du SMUR pour rédiger un certificat actant le décès d'une personne qui n'a pas été directement concernée par une intervention de secours.

Les **EHPAD** disposent du concours d'un médecin attaché à l'établissement, médecin coordonnateur: tout constat de décès peut ainsi être établi dans les meilleurs délais. L'établissement du certificat de décès s'inscrit alors dans la mission d'astreinte indemnisée du praticien. Ces établissements peuvent également faire appel au médecin traitant du patient décédé.

En dehors de ces deux situations :

Sur les horaires de la CDS (8h-20h) ou de la PDSA (20h-8h) c'est **le médecin traitant**, s'il est identifié et joignable, qui, dans le cadre de ses obligations déontologiques, assure cette mission. Le constat de décès pour l'un de ses patients est un instant qui ne saurait être détaché du contrat tacite entre le soignant et la personne.

La raréfaction de la ressource libérale a cependant conduit à une augmentation de l'activité des **médecins libéraux** qui se voient de plus en plus contraints de limiter de façon importante leurs interventions hors cabinet.

Cette situation parfois difficile sur les horaires de la CDS, le médecin appelé devant alors cesser ses consultations pour répondre à une telle demande, devient plus volontiers compliquée dans le cadre de la PDSA.

Cette situation génère une surcharge de travail pour **les effecteurs mobiles de visites à domicile** tant sur les horaires de la CDS que ceux de la PDSA. Il n'entre pas dans les missions de ces effecteurs d'établir les certificats de décès. L'appel peut être le fait du CRRA-Centre 15 ou d'un centre de régulation interconnecté avec le 15. La rédaction d'un certificat de décès présuppose que l'effecteur abandonne ses visites en cours pour se rendre au domicile d'une famille ou au lieu d'appel quel qu'il soit. Un retard d'intervention sur une vraie urgence différée pour la réalisation de cet acte administratif pourrait être une perte de chance pour un patient et poser un problème médico-légal.

Pour ce qui est de la PDSA, le Ministère de la santé a récemment rappelé dans une réponse écrite publiée au Journal officiel que l'établissement de certificats de décès ne faisait pas partie de la mission des médecins de garde dans ce cadre, précisant, a contrario, que rien n'interdisait aux cahiers des charges portés par les ARS d'apporter une réponse à cette question. C'est ce qu'ont fait quelques rares régions réglant ainsi cette difficulté sur les seuls horaires de la PDSA.

Quant aux effecteurs postés assurant la PDSA dans les maisons médicales de garde ils ont le plus souvent, dans le respect contractuel de leur astreinte, l'obligation de ne pas quitter leur poste. L'établissement des certificats de décès n'entre donc pas dans leur mission. Le CNOM note que dans certains départements le médecin de garde postée appelle la régulation du CRRA-15 avant et en fin de garde pour assurer ces éventuelles demandes avant ou après son astreinte.

2) Dans l'espace public

L'urgence vitale dans l'espace public (hors domicile, hors établissement de soins) relève de l'intervention des équipes d'urgence, SMUR-SDIS. Si le décès est acté il fait l'objet de la rédaction, par le médecin urgentiste, d'un certificat avec obstacle médico-légal ouvrant la séquence médico-judiciaire.

Hors intervention des structures d'urgence, dans le seul cadre du constat d'un décès patent, le médecin traitant, s'il existe, est rarement identifiable et à fortiori joignable ou disponible. C'est alors un effecteur mobile ou un médecin libéral de proximité qui est sollicité, soit directement soit par l'intermédiaire du CRRA-Centre 15. Deux difficultés pratiques apparaissent : le médecin appelé n'a aucune connaissance de la personne concernée; il se doit d'abord de privilégier les actes urgents engageant sa responsabilité.

Le recours à un médecin effecteur pouvant rédiger un certificat de décès et les délais de son intervention font alors l'objet de fréquentes difficultés tant pour les familles que pour les forces de sécurité qui sont mobilisées sur place tant que le problème n'est pas résolu.

➤ **L'exercice confronté à l'absence de cadre réglementaire**

Un certain nombre de règles, basées sur la seule éthique, sont d'usage dans la profession. Il en est ainsi de la gratuité pour un tel acte médical pratiqué par le médecin traitant et concernant une personne qu'il a suivie et accompagnée dans son parcours de soins et sa fin de vie. Il entre dans la responsabilité du praticien de répondre à cette obligation déontologique dans les meilleurs délais et dans le respect de la personne et de ses proches.

La raréfaction de la ressource médicale sur les horaires de la CDS et de la PDSA fait qu'il n'est pas toujours possible de contacter le médecin traitant. Il peut également ne pas exister de médecin traitant désigné. Les familles, les proches ou le CRRA 15 sont ainsi amenés à contacter un médecin du secteur ou un effecteur de visites à domicile. Ne connaissant ni le défunt et son histoire médicale, ni sa famille, le médecin devra consacrer un temps suffisant à l'accomplissement de sa mission.

En l'absence de prise en charge de l'acte par l'assurance maladie, il existe un vide administratif. Cet acte ne fait l'objet d'aucune rémunération sauf à considérer que la personne est assurée sociale tant que l'acte n'a pas été rédigé au terme du processus décrit ci-dessus, position défendue par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Si la gratuité est la règle lorsque c'est le médecin traitant qui intervient, l'indemnisation de l'acte doit, dans le cas contraire, relever du seul jugement du professionnel intervenant, dans le cadre de son appréciation éthique et du respect de la notion déontologique de « tact et mesure ». La suppression des médecins d'état civil n'implique pas que cette mission doive, depuis, être assurée de façon gratuite par les effecteurs.

Il apparaît de plus, dans un espace de forte contrainte démographique, une réticence grandissante des professionnels à faire gratuitement un acte nécessitant temps et déplacement, engageant leur responsabilité, et concernant une personne qu'ils n'ont jamais été amenés à suivre. A l'opposé, les familles ou les proches, dans un espace de déploiement du tiers payant, sont dans l'incompréhension d'avoir à régler des honoraires au médecin intervenant, en l'absence de tout remboursement possible. Il n'y a pas toujours sur place un membre de la famille susceptible de régler les honoraires du médecin, ces situations laissant mal à l'aise le médecin et la famille. Ces difficultés alliées au problème rappelé ci-dessus de la responsabilité médico-légale expliquent la propension des praticiens à différer ce type d'acte au profit des soins aux usagers.

Les différents ministères en place depuis le déploiement de la loi « Hôpital patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 ont été interpellés à de multiples reprises à ce sujet par les élus à l'Assemblée nationale. Officiellement cette loi devait être l'occasion d'apporter des réponses concrètes à ces dysfonctionnements territoriaux. Les Directeurs généraux des

Agences régionales de santé étaient ainsi appelés à traiter ce questionnaire dans le cadre du cahier des charges de la PDSA déployé sur chaque territoire depuis 2011.

Pour répondre à ces dysfonctionnements territoriaux et à ce vide administratif force est de constater que seules de très rares régions ont ainsi décidé, « à titre purement expérimental », de prendre en charge les certificats de décès dans le strict cadre du cahier des charges de la PDSA avec les critères suivants : demandes régulées par le CRRA/Centre 15, demandes reçues dans les horaires de la PDSA et effectuées dans ces mêmes horaires.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins :

- 1) Rappelle qu'il entre dans les obligations déontologiques des praticiens que d'assurer cette mission médico-administrative dans le respect des personnes et des familles qu'ils ont accompagnées. Il est de leur responsabilité éthique d'intervenir dans les meilleurs délais et dans le respect le plus total du tact et de la mesure.
- 2) Déplore l'absence, hors la situation précédente, de cadre règlementaire national définissant les modalités de prise en charge des constats de décès, mission médico-légale essentielle.
- 3) Constate que ce dysfonctionnement administratif est source, sur tout le territoire national, de difficultés regrettables tant pour les familles, leurs proches, les professionnels de santé, les forces de sécurité et les collectivités locales.
- 4) Rappelle que l'intervention d'un médecin pour rédiger un certificat de décès est un acte médical et administratif, à valeur juridique.
- 5) Rappelle que le certificat de décès n'est rédigé qu'à l'issue de l'intervention du praticien, engageant son expertise et sa responsabilité. Jusqu'à cet instant médico-légal et administratif précis, la personne n'est pas juridiquement décédée.
- 6) Demande une modification de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale afin que les certificats de décès soient pris en charge par l'assurance maladie.
- 7) Constate, avec intérêt, que les pouvoirs publics ont appelé à maintes reprises à ce que ce dysfonctionnement trouve déjà une solution possible, pour les horaires de la PDSA, dans le cadre du cahier des charges établi sur chaque territoire par les Agences régionales de santé et note que certains territoires ont mis en place un dispositif expérimental à ce titre, résolvant de façon partielle ce dysfonctionnement administratif.
- 8) Appelle les différents acteurs de la santé et de l'Etat à une réflexion pour optimiser l'effection de cette mission, tant dans les horaires de la continuité des soins que ceux de la permanence des soins, en l'inscrivant dans un cadre administratif défini, précis et homogène.
- 9) Appelle les Conseils régionaux et départementaux de l'Ordre à se rapprocher des institutions administratives locales pour les sensibiliser aux difficultés engendrées par ce vide administratif et à l'urgente nécessité de déployer des mesures adaptées et pérennes.