

Mission saisine

Document de synthèse*

**Le document de travail détaillé est disponible sur demande*

EREBFC	Saisine 1/2016	Date
R. AUBRY C. BERNIARD A. GENG	<ul style="list-style-type: none">- Paiement de l'acte consistant à constater un décès et à remplir le certificat de décès- Remboursement de cet acte	Date recevabilité = 21 mars 2016

1. Recevabilité

**Questionnement éthique sur le fait que l'acte « constat de décès »
n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.**

1.1. Groupe de travail

- Groupe de travail permanent « saisine » EREBFC

1.2. Avis demandés

- Comités d'éthique locaux
- ERERI

2. Synthèse

Rédacteur : Régis Aubry

Délimitation de la question posée

La question posée est: « la non prise en charge de l'acte « constat de décès » par l'assurance maladie, est-elle de nature éthique ?

La question posée ne porte pas sur les points suivants qui ne seront donc pas traités :

- Est-il éthique pour un médecin de « ne pas accepter » de venir constater un décès au motif qu'il n'est pas rémunéré? Si cette question avait été posée, la réponse aurait été non. Il en va en effet du respect de la personne présumée décédée, mais aussi des appelants ... ; et surtout de la loi : tout décès doit être constaté par un médecin (ce qui n'a pas toujours été le cas dans notre histoire)
- Dans un contexte de pénurie de médecins généralistes, ou dans le cadre des interventions en « nuit profonde », lorsqu'il n'y a donc pas de médecins généralistes de garde : est-il éthique de faire appel, à des fins de constat de décès, à des services de médecine légale ou des SMUR ?
- Puisque l'acte « constat de décès » est un acte administratif obligatoire, mais qu'il n'est pas considéré comme un acte de soin et à ce titre n'est donc pas pris en charge par l'assurance maladie, est-il éthique de demander une rémunération ?

Argumentaire

A noter qu'une partie de la réponse à la question posée est apportée dans l'amendement au PLFSS 2016 (en annexe).

En effet, les députés ont adopté un amendement au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 créant une rémunération forfaitaire spécifique pour les certificats de décès établis par les médecins au domicile du défunt, la nuit et le week-end. Un forfait sera versé directement par l'assurance-maladie au professionnel. Son montant fera l'objet d'un arrêté à ce jour non publié.

Cette non prise en charge procède ou procédait sans doute de plusieurs explications.

- L'assurance maladie rembourse des actes de soin : peut-on parler de soin à une personne qui est décédée ? On peut toutefois objecter que tant que le certificat de décès n'est pas signé, la personne est juridiquement en vie.
- L'assurance maladie rembourse des actes de soin à un assuré.... Qui n'est plus assuré puisqu'il est précisément décédé.
- Constater un décès consiste à confirmer une évidence et il peut apparaître déraisonnable de faire payer un acte qui consiste à confirmer une évidence. Si l'acte consistait « simplement » à faire un constat (celui de la mort), à renseigner et signer un document administratif (le certificat de décès) on pourrait considérer qu'il s'agit d'un acte simple et rapide, ne correspondant pas vraiment à un acte médical
- Enfin, il peut apparaître déplacé de « faire payer » un acte en des circonstances de désarroi des proches. On peut objecter qu'en effet le médecin a pour habitude de pratiquer avec tact et mesure.

En réalité cet acte peut être complexe et beaucoup plus impliquant qu'il n'apparaît.

Deux situations différentes sont à distinguer.

Selon le médecin qui fait le constat

- Le constat et l'annonce du décès peuvent être réalisés par le médecin habituel, « de premier recours », celui qui a suivi le patient et ses proches au fil de l'aggravation d'une maladie. Parfois, ce constat et cette annonce sont faites par un médecin qui n'est pas le médecin habituel, qui ne connaît ni la situation de la personne décédée, ni la famille. L'acte est alors probablement plus délicat encore

Par ailleurs certaines circonstances de décès différentes peuvent engendrer un acte médical de nature différente.

- Le décès peut faire suite à une maladie ; le décès est alors prévisible et un certain degré d'anticipation a eu lieu avec une « préparation » des proches.
- Le décès peut être imprévu, faisant suite à un accident ou à une pathologie aigüe. Dans ce cas, le médecin doit faire face à une souffrance décuplée et à un risque de deuil compliqué des proches du fait de « l'impensé » de la mort. C'est parfois dans ce contexte que peut se poser la question de la « mort cérébrale » susceptible de déboucher sur la question du prélèvement à des fins de « don d'organe(s) ». L'annonce du décès est en soi déjà difficile. Elle l'est bien plus encore lorsqu'elle se double d'une telle information et d'une telle demande. De plus, cette situation nécessite une « hospitalisation paradoxale » puisqu'il s'agit d'adresser à l'hôpital une personne décédée pour lui faire subir des examens (destinés à confirmer la mort cérébrale) et éventuellement des prélèvements..... On n'imagine pas qu'une telle circonstance ne puisse pas être considérée comme un acte médical. On peut bien sûr objecter que la question de l'accompagnement concerne non pas la personne décédée mais les proches et que l'acte, s'il doit conduire à la production d'une rémunération, devrait être un acte médical destiné aux proches...

Qu'est-ce que « constater un décès » veut dire ?

Au final, l'acte « constat de décès » est un acte qui consiste pour le médecin généraliste appelé au domicile d'un patient à

- Se déplacer dans un délai relativement court, pour :
- Examiner une personne, constater son éventuel décès et s'assurer que ce décès est « réel et constant ».
- Annoncer ce décès aux proches et les accompagner dans leur détresse.
- Renseigner au mieux le certificat de décès.

Chacune de ces étapes est ou peut-être complexe et nécessite de la rigueur et la mobilisation de compétences médicales.

1. **Se déplacer dans un délai court.** Dès lors que le médecin est appelé pour constater un décès, c'est que sa compétence est requise pour affirmer l'arrêt de la vie. Le délai doit être relativement court. En effet, certains appels concernent des personnes « qui ne sont pas mortes ». On peut penser à certaines tentatives de suicide ou l'intervention en urgence auprès d'une personne qui est par exemple dans un coma médicamenteux profond, peut conduire à « sauver la vie ». Le délai doit surtout ne pas être trop long si l'on songe à l'attente des proches. Il y a une dimension très symbolique dans le rôle du médecin qui affirme, ou confirme la mort. Tant que cet acte n'est pas accompli les proches attendent, voire gambent. Plus prosaïquement, tant que le certificat n'est pas renseigné et signé, les proches ne peuvent pas entreprendre la moindre démarche en vue de l'inhumation.

2. Deux circonstances peuvent mobiliser le médecin généraliste :

2.1 Constater le décès « classiquement ».

Constater un décès n'est pas si simple et nécessite un examen clinique voir des examens complémentaires.

L'examen de la personne présumée décédée comporte deux objectifs essentiels (pour ces deux raisons, il est impératif de procéder à l'examen du défunt) :

- Faire le diagnostic de mort réelle et constante, ce qui n'est pas toujours aussi facile que l'on pense :
La mort est jugée réelle, lorsqu'existent des signes négatifs de vie : absence de pouls, de respiration et arrêt de toute sensibilité et mobilité. Puis apparaissent des signes positifs de mort : refroidissement, rigidités, lividités, déshydratation et putréfaction. A noter que lors des constats de décès très tardifs, la rigidité peut être source de difficultés pour mettre la personne dans un cercueil...
- Déterminer s'il y a un obstacle médico-légal à l'inhumation :
Cela impose aussi l'examen complet du corps à la recherche de traces suspectes. Le médecin doit distinguer la mort naturelle de la mort violente (accident) et de la mort suspecte (crime, suicide).

Dans ce dernier cas, il prononcera, lors de la rédaction du certificat de décès, l'obstacle médico-légal à l'inhumation.

2.2 **Constater la « mort cérébrale ».**

A priori, ce constat est fait en milieu hospitalier et concerne rarement le médecin généraliste.

Il faut rappeler qu'en France, depuis 1968 (circulaire Jeanneney), l'arrêt du fonctionnement du cerveau définit la mort— destruction irréversible de l'ensemble des fonctions de l'encéphale, conséquence d'un arrêt circulatoire cérébral.

Cette mort doit faire l'objet d'un constat clinique (permettant de constater l'absence de conscience, l'absence de motricité, l'abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, l'absence de respiration spontanée efficace) et d'examen complémentaires (deux EEG nuls et a réactifs effectués avec un intervalle minimum de 4 heures et/ou une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique).

Dans des circonstances de mort non prévue, brutale, soit par accident (traumatisme crânien) ou d'accident vasculaire hémorragique, cette démarche est très importante puisque le diagnostic de mort cérébrale peut aboutir, sauf opposition figurant sur le registre des refus et à un refus de la famille, à un transfert de la personne possiblement en état de mort cérébrale dans un centre hospitalier susceptible de pratiquer les examens complémentaires pour affirmer cette mort et pour éventuellement pratiquer les prélèvements en vue de dons d'organes.

Le médecin appelé à constater le décès, qui fait l'hypothèse d'une mort cérébrale, va donc devoir expliciter tout cela aux proches et éventuellement appeler le service des urgences pour une hospitalisation » qui peut apparaître paradoxale.

3. **Annoncer ce décès aux proches est un acte de communication complexe.** Il s'agit souvent de confirmer ce que les proches craignent, de leur dire ce qu'ils ne souhaitent pas entendre. Cette annonce est en elle-même compliquée.

Elle ne se « suffit pas à elle-même » dans la mesure où elle est suivie d'un accompagnement de la souffrance que ce constat génère. Ce temps est un temps majeur pour ce qu'il est convenu de nommer « le travail de deuil ». Trouver les mots justes ; savoir écouter la détresse des proches ; répondre à leur questions sur la réalité de la mort, sur ce que la personne décédée a pu éprouver lors de sa fin de vie, de son agonie ; envisager les questions pratiques (que faire du certificat de décès ? Comment joindre les services funéraires....) est très important. Pour le médecin cela veut dire « se rendre disponible », aussi bien en terme de temps que d'écoute, savoir faire preuve de « tact et mesure », d'un certain degré de compassion. Les émotions et la détresse des proches sont parfois tout simplement source d'émotions chez le médecin, au minimum d'une grande tristesse.

4. **Renseigner le « certificat de décès » est un acte administratif** certes mais la rigueur des informations reportées dans ce document contribue à la recherche. Le CEPIDC est un service de l'INSERM qui centralise les certificats de décès et procède en effet à un travail d'analyse statistique au plan national de ces certificats. Ce travail, essentiel, permet de connaître et comprendre les lieux et les causes de décès, leurs évolutions...

Conclusion

Le « constat de décès » est un acte qui peut être complexe, chronophage, impliquant pour le praticien et qui ne se résume jamais au simple constat de la mort.

C'est la raison pour laquelle une rémunération de cet acte semble majoritairement légitime. Cette rémunération, prévue pour partie dans un amendement au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 devrait contribuer à éviter que certains morts « attendent », avant d'être reconnus comme morts et que certaines familles s'interrogent sur le sens de cette attente.

L'enjeu de cette question posée à l'ERE se situe donc plus au niveau du respect de la personne morte et de ses proches.

L'augmentation prévisible du nombre des décès dans les années à venir, dans un contexte de pénurie de médecins va, au-delà de la question du paiement de cet « acte » poser la question des limites de disponibilité. Cet acte médical pourrait-il être délégué ?

3. Références

Principaux indicateurs de mortalité (Source : Inserm – CépiDc)
(Michel E., Jouglà E., Hatton F., Chérié-Challine L.) - **Sommaire : « Le certificat et le bulletin de décès »**

Rapport de l'Ordre National des Médecins – Section éthique et déontologie – Octobre 2013

Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) en PACA et Poitou Charente – Organisation expérimentale 2014

Amendement 851 du 16 octobre 2015 au PLFSS 2016 – Article additionnel après l'article 44