Ouverture et encadrement des soins de thanatopraxie : Évolutions pratiques et idéologiques du traitement des corps

Lisa Carayon

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/revdh/3286>

DOI : 10.4000/revdh.3286

ISSN : 2264-119X

Éditeur

Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux

Référence électronique

Lisa Carayon, « Ouverture et encadrement des soins de thanatopraxie : Évolutions pratiques et idéologiques du traitement des corps », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 06 septembre 2017, consulté le 28 juin 2022. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/3286> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/revdh.3286>

Ce document a été généré automatiquement le 29 septembre 2020.

Tous droits réservés

Ouverture et encadrement des soins de thanatopraxie : Évolutions pratiques et idéologiques du traitement des corps

Lisa Carayon

- 1 Par un arrêté du 12 juillet dernier¹, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2018, le gouvernement a mis fin à une norme fort contestée, vieille de plus de trente ans : l'interdiction des soins de thanatopraxie sur les corps de personnes décédées porteuses du VIH ou d'hépatites virales. Cette décision représente un progrès certain pour l'inclusion sociale des malades et de leurs proches (1°). Longtemps attendue, cette évolution a été rendue possible par deux arrêtés du mois de mai qui encadrent la pratique de la thanatopraxie afin de garantir au mieux la sécurité des travailleurs et travailleuses du secteur funéraire (2°).

1°/- La disparition bienvenue d'un traitement stigmatisant

- 2 Les soins de thanatopraxie, qui consistent en un drainage des liquides corporels et en l'injection de produits de conservation, sont aujourd'hui réalisés dans un tiers des décès environ² et cette part tend à augmenter³. En 1986, au plus fort de l'épidémie de VIH⁴, à une époque où les connaissances sur les modes de transmission étaient encore parcellaires, ces soins furent interdits sur les corps des personnes décédées séropositives au VIH ou aux hépatites virales, par crainte notamment d'exposer les praticiennes à des contaminations. Étant donné l'importance croissante de la thanatopraxie en France⁵, cette interdiction a progressivement été perçue comme socialement stigmatisante. Cette stigmatisation touchait à la fois les malades eux-mêmes, conscients de leur vivant qu'il ne leur serait pas possible d'accéder à ces soins après leur mort, et leurs proches, privés

d'une part de leur liberté dans l'exercice des rites funéraires⁶. L'impossibilité de pratiquer des soins de conservation pouvait en effet conduire à ce que le corps ne puisse être présenté trop longtemps aux personnes qui auraient souhaité le veiller, en raison de la progression du processus de décomposition. En outre, cette prohibition entravait le choix du lieu de sépulture, les soins de conservations étant nécessaires pour le transfert du cadavre vers certains États⁷. C'est pourquoi la lutte contre cette norme est portée de longue date par des mouvements militants qui se sont d'ailleurs publiquement félicités des nouvelles dispositions annoncées par le Ministère de la santé⁸.

- 3 Sur le plan strictement juridique, la différence de traitement subie par les personnes concernées était cependant difficile à qualifier de *discrimination*. En effet, soit l'on se concentrait sur les malades – manifestement exclus d'une prestation de service en raison de leur état de santé –, mais la véritable différence de traitement n'intervenant qu'après la mort il ne restait plus alors de personne juridique à même d'être victime de discrimination ; soit l'on s'intéressait aux proches, évidemment atteints dans le respect de leur vie privée⁹, mais c'était alors le *critère prohibé* de différence de traitement qui était difficile à identifier. Tout au plus les proches auraient-ils pu être considérés comme des victimes de discrimination par association, mais l'application marginale de cette notion dans notre système juridique rendait le résultat incertain¹⁰. De fait, à notre connaissance, aucun contentieux de fond n'a été mené à l'encontre de cette disposition¹¹. Ce constat permet de percevoir la façon dont l'outil juridique de la discrimination est parfois impuissant à analyser à lui seul toute la portée pratique et symbolique d'une disposition : la discrimination est ici surtout une *stigmatisation*, un traitement différencié suggérant une hiérarchie sociale entre les corps et donc entre les personnes¹².
- 4 Car il ne faut pas s'y tromper, sous l'apparence d'une mesure de santé publique, la perpétuation, depuis plus de trente ans, de la prohibition des soins de thanatopraxie sur les corps atteints de VIH et hépatites virales était une mesure largement fondée sur la méfiance sociale qu'inspiraient des malades, souvent issus de groupes marginalisés : homosexuels, étrangers issus d'Afrique sub-saharienne, travailleuses et travailleurs du sexe, toxicomanes¹³. En effet, cette prohibition avait depuis longtemps prouvé son inutilité sur le plan sanitaire. Non seulement il n'est pas prouvé que des professionnelles du secteur funéraire aient été spécialement victimes de contaminations par le VIH ou le VHC¹⁴, mais le danger, s'il existait, provenait avant tout des corps dont on ignorait qu'ils soient contaminés et à l'égard desquels n'étaient pas prises de mesures de sécurité suffisantes¹⁵. Car c'est là que résidaient les risques véritables : jusqu'à mai dernier, l'encadrement réglementaire de la thanatopraxie restait rudimentaire ! En réalité, comme cela s'est fait dans de nombreux pays¹⁶, il aurait été possible de lever il y a bien longtemps la prohibition des soins de conservation pour les personnes atteintes de VIH et hépatites virales¹⁷ si l'on avait accepté plus tôt de mieux encadrer l'activité de thanatopraxie.

2°/- L'encadrement rigoureux des soins de conservation funéraire

- 5 Dès son premier rapport sur la thanatopraxie, daté de 2009, le Haut Conseil à la Santé Publique (HCSP) notait que le caractère extensif de la liste des pathologies prohibant les soins de conservation était dû au fait que l'encadrement rudimentaire de ces soins ne

permettait pas de garantir une protection optimale des praticien·nes¹⁸. Les soins de conservation sont en effet réalisés à domicile dans environ un quart des cas¹⁹, ce qui correspond peu ou prou au nombre de décès hors établissement de santé²⁰. Or, jusqu'à récemment, l'encadrement de ces pratiques était pour ainsi dire nul, que ce soit en termes de vaccinations obligatoires, de matériels utilisés ou de configuration des lieux. Pourtant, les risques encourus par les professionnel·les n'étaient pas uniquement liés aux agents pathogènes mais, plus généralement, à leur exposition répétée à des produits nocifs²¹. Concernant les risques de contamination, le Haut Conseil soulignait l'incohérence de la réglementation : les contaminations les plus fréquentes des professionnel·les concernant les infections pulmonaires, or les soins de conservation sur les corps porteurs de ces pathologies n'étaient pas interdits mais seulement déconseillés²² et aucune vaccination contre ces maladies n'était imposée pour pratiquer la thanatopraxie²³. L'obligation d'user de locaux adaptés, en vigueur dans de nombreux pays²⁴, a ainsi été fortement recommandée²⁵. Cette recommandation a été reprise en 2012 par le Défenseur des droits²⁶ qui soulignait les inégalités existant entre les professionnel·les. Les thanatopracteur·trices n'étaient en effet pas protégés de la même façon selon leurs statuts : les personnels salariés bénéficiant d'une protection minimale par le droit du travail²⁷ alors que les indépendant·es étaient « libres » de prendre des risques importants pour leur santé. L'HCSP, le Défenseur des droits, l'IGAS, le Conseil national du SIDA semblaient donc unanimes : l'encadrement de la thanatopraxie était doublement souhaitable, à la fois pour assurer de façon égale la sécurité des travailleurs et travailleuses du funéraire et pour permettre l'assouplissement des interdictions stigmatisantes des soins de conservation.

- 6 Les discussions sur la dernière loi de réforme du système de santé²⁸ semblaient le moment idéal pour cette réforme attendue. Ce fut une occasion manquée. Les travaux préparatoires à la loi du 26 janvier 2016 prévoyaient d'imposer que les soins de thanatopraxie soient pratiqués dans des salles adaptées et non plus à domicile. Incidemment, cette mesure de protection de la santé des praticien·nes devait permettre de lever l'interdiction des soins de thanatopraxie sur les défunts porteurs du VIH ou d'hépatites virales, même si cette dernière mesure relevait à proprement parler du pouvoir réglementaire²⁹. Le texte fut voté sans difficulté en première lecture à l'Assemblée³⁰ mais une polémique émergea au cours du premier examen de la loi par le Sénat³¹. L'argument soulevé était que l'obligation de pratiquer les soins de thanatopraxie dans des établissements spécialisés entraînerait mécaniquement une augmentation du coût des opérations funéraires, en particulier pour les personnes souhaitant veiller leurs morts à domicile, qui auraient alors pu être exposées à des frais de transport plus importants du fait de l'obligation de passage du corps en chambre mortuaire³². La mesure est alors accusée de sacrifier les « pratiques traditionnelles » – la veillée funéraire – au culte de l'égalitarisme : certains médias et parlementaires considérant en effet qu'elle n'est inspirée que par la volonté d'ouvrir la thanatopraxie aux personnes séropositives³³. Finalement, seule la vaccination obligatoire des professionnel·les contre l'hépatite B fut acquise³⁴. Le pouvoir réglementaire pris donc le relais. D'une part il a adapté la liste des infections prohibant les soins de conservation en y ajoutant certaines pathologies pulmonaires³⁵ et, d'autre part, il a encadré la pratique de la thanatopraxie à domicile par deux règlements du 10 mai 2017³⁶.
- 7 Le premier de ces deux textes précise que les soins de thanatopraxie ne peuvent désormais être pratiqués à domicile que si le décès y a eu lieu et après qu'il a été vérifié

que le lieu envisagé pour l'opération répond à certains standards, précisés par le second texte. Au regard des conditions posées pour que les soins puissent avoir lieu à domicile, on est en droit de se demander si cette pratique restera possible à l'avenir. Il est ainsi imposé que « *la surface au sol utilisable de la pièce [soit] d'au moins dix mètres carrés* » que « *la pièce [soit] isolée du reste du logement par une porte* », qu'elle « *comporte au moins une ouverture donnant à l'air libre permettant d'assurer une ventilation naturelle suffisante durant toute la durée du soin* » (ouverture qui doit cependant être recouverte d'un dispositif « *d'occultation visuelle de nature à garantir la réalisation du soin de conservation hors de la vue des personnes présentes à domicile, du voisinage et des personnes extérieures* »), que « *le revêtement du sol et des murs de la pièce [puisse] être lavé et désinfecté en totalité après la réalisation du soin de conservation ou être protégé par tout moyen imperméable garantissant la protection du revêtement du sol et des murs* » et enfin que l'ensemble dispose d'un « *éclairage adapté à la réalisation des soins de conservation* ». À cette description des lieux s'ajoute une réglementation relative à la protection des professionnel·les et à l'élimination des déchets de soin : l'arrêté détaille ainsi minutieusement les équipements de protection désormais obligatoires pour tous les praticien·nes, salariées comme indépendantes. Ajoutons que les soins doivent être pratiqués sur un lit médicalisé ou une table de soin accessible des quatre côtés et l'on comprend que cet encadrement, nécessaire, des soins à domicile est peut-être une façon pour le pouvoir réglementaire de rendre obligatoire, de fait, le recours à des chambres mortuaires adaptées refusé par le pouvoir législatif. Peut-on vraiment le regretter ? Nous ne le pensons pas car ces nouvelles dispositions permettent une double avancée du droit : protéger enfin rigoureusement la santé de tous les personnels de thanatopraxie et élargir, sans crainte, le recours à ces soins aux personnes qui en ont trop longtemps été écartées.

*

- 8 **Arrêté du 12 juill. 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 : JORF n° 0168 du 20 juill. 2017, texte n° 19

*

Les Lettres « Actualités Droits-Libertés » (ADL) du CREDOF (pour s'y abonner et se désabonner) sont accessibles sur le site de la Revue des Droits de l'Homme (RevDH) – Contact

NOTES

1. Arrêté du 12 juill. 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 : JORF n° 0168 du 20 juill. 2017, texte n° 19.
2. HAUT CONSEIL de la SANTÉ PUBLIQUE (HCSP), *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 6 ; J.-P. SEGADE, D. BELLION, J. FOURNIER, *Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation*, Rapport IGAS (n° ROM2013-130P) et IGA (n° 12052/13019/01), juill. 2013, n° 6.
3. HCSP, *Révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires*, 27 nov. 2009, p. 7 et *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 9.
4. Arrêté du 17 nov. 1986 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, JORF du 20 déc. 1986, p. 15280.
5. Ce n'est pas le cas partout puisqu'un grand nombre de pays prohibent la pratique. Certaines législations montrent cependant que la façon de conserver les corps est encore une façon de hiérarchiser les personnes : les Pays-Bas n'ont ainsi autorisé les soins de conservation pour tous qu'en 2010 ; ils étaient auparavant réservés à la famille royale ou à certains hauts membres du clergé : HCSP, *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 33.
6. CONSEIL NATIONAL du SIDA, *Note valant avis sur les opérations funéraires pour les personnes décédées infectées par le VIH*, 12 mars 2009, p. 1.
7. Un recensement indicatif de ces États a été effectué par l'association française d'information funéraire v. <http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/conseil35.html> [consulté le 24 juill. 2017].
8. V. le communiqué inter associatif disponible notamment sur <http://www.actupparis.org/spip.php?article5640#nh1> [consulté le 22 juill. 2017]. Pour un exemple de prise de position antérieure v. entretien avec Th. BRIGAND par M. BRANCOURT et J.-Fr. LAFORGERIE, 14 déc. 2015. Disponible sur : <http://www.seronet.info/article/vih-lassemblee-enterre-les-soins-funeraires-73827> [consulté le 22 juillet 2017]. L'auteure tient d'ailleurs à remercier Enzo Poultreniez, de l'association Aides pour son éclairage sur les démarches militantes sur cette question.
9. La Cour européenne des droits de l'Homme a eu à plusieurs reprises l'occasion d'affirmer que le traitement du corps après la mort entraine dans le champ protégé par l'article 8, tant pour les défunts que pour leurs proches. V. par ex. Comm. EDH, 10 mars 1981, X c. RFA, n° 8741/79 : *Décisions et Rapports*, n° 24, p. 137 ; Cour EDH, 30 oct. 2001, *Pannullo et Forte c. France*, req. n° 37794/97, § 35 : A. DEBET, *Cahiers du Credho*, 2002, n° 8, p. 153.
10. La discrimination par association (ou par ricochet), est la discrimination intervenant en raison d'une caractéristique non de la victime mais d'une personne qui lui est proche. Sur cette notion en droit pénal v. St. DETRAZ, « La discrimination "par ricochet", un aspect latent du délit de discrimination », *Dr. pén.*, 2008, n° 6, étude 10. Pour quelques applications en droit de l'Union européenne v. CJUE, 17 juill. 2008, aff. C-303/06, *Coleman*

- c. *Attridge Law* : JCP S. 2008.1549, comm. J. CAVALLINI ; *Rev. dr. trav.*, 2009, n° 1, p. 41, note M. SCHMITT ; RDSS 2008.865, note A. BOUJEKA. Pour une application de la notion à des discriminations indirectes v. CJUE, 16 juill. 2015, aff. C-83/14, *CHEZ Razpredelenie Bulgaria* : JCP A. 2016, n° 1, note H. PAULIAT ; RDH, mars 2016, comm. A. POPOV.
11. Un recours avait cependant été formé par les associations Mousse et Stop Homophobie à l'encontre de cette arrêté, recours devenu depuis sans objet.
V. http://www.assomousse.org/levee_interdiction_soins_funeraires_seropositifs_vih_hepatite [consulté le 25 juill. 2017].
12. Sur cette conception v. notre thèse, *La catégorisation des corps. Étude sur l'humain avant la naissance et après la mort*, déc. 2016.
13. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes représentent 42 % des dépistages positifs au VIH en 2014, les hommes ayant des relations hétérosexuelles nés à l'étranger 39 % et les usagers de drogues par intraveineuse 1 % : INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, *Infection par le VIH/SIDA et les IST. Point épidémiologique*, 23 nov. 2015.
14. La prévalence du VHB semble cependant très importante dans cette population mais un vaccin est disponible.
15. HCSP, *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 15 et s.
16. HCSP, *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 31 et s. Notons que la question de la discrimination a d'ailleurs été soulevée à cet égard aux États-Unis (*ibid.* p. 32).
17. De fait les autopsies à visée scientifique ont toujours été autorisées pour ces pathologies v. arrêté du 20 juill. 1998 : JORF n° 192 du 21 août 1998, p. 12751, art. 2.
18. HCSP, *Révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires*, 27 nov. 2009, p. 9 et s. et *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 15 et s.
19. J.-P. SEGADÉ, D. BELLION, J. FOURNIER, *Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation*, Rapport IGAS (n° ROM2013-130P) et IGA (n° 12052/13019/01), juill. 2013, n° 38.
20. E. GISQUET et al., « Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 48, 11 déc. 2012, Institut de veille sanitaire, p. 549.
21. HCSP, *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 21 et s.
22. HCSP, *Révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires*, 27 nov. 2009, p. 23.
23. HCSP, *Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie*, déc. 2012, p. 37.
24. *Ibid.*, p. 21 et s.
25. *Ibid.*, p. 35 ; IGAS et IGA, *Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation*, préc., n° 33 et s. Un parallèle peut être fait avec l'évolution historique ayant conduit à la création de lieux spécifiques pour les autopsies judiciaires : v. S. MENENTEAU, *L'autopsie judiciaire. Histoire d'une pratique ordinaire au XIX^e siècle*, PUR, 2013, p. 133 et s.
26. DÉFENSEUR des DROITS, *Rapport relatif à la législation funéraire*, oct. 2012, p. 32.
27. La vaccination contre l'hépatite B était auparavant obligatoire uniquement pour les personnels salariés d'une entreprise de pompes funèbres ou de transport de corps, s'ils participaient à certaines activités de service public, v. arrêté du 15 mars 1991 : JORF n° 79 du 3 avril 1991, p. 4464. De la même façon, leur sont applicables les dispositifs de lutte contre les risques biologiques : arrêté du 10 juill. 2013 : JORF n° 0202 du 31 août 2013, p. 14799.
28. L. n° 2016-41 du 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé : JORF n° 0022 du 27 janv. 2016, texte n° 1.

29. *Étude d'impact de la loi relative à la santé*, 14 oct. 2014, NOR : AFSX1418355L/Bleue-1, p. 216 ; O. VÉRAN, B. LACLAIS, J.-L. TOURAINE, H. GEOFFROY et R. FERRAND, *Rapport au nom de la commission des affaires sociales*, enregistré le 20 mars 2015, n° 2673, p. 854.
30. ASSEMBLÉE NATIONALE, compte-rendu intégral (CRI) de la 3^e séance du 10 avr. 2015, p. 3967.
31. SÉNAT, CRI séance du 1^{er} oct. 2015, p. 9111 et s.
32. Il avait cependant été souligné que le surcoût ne saurait être très important : rapport IGAS et IGA, *Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation*, préc., n° 62 et s.
33. I. DEBRÉ, SÉNAT, CRI du 1^{er} oct. 2015, p. 9111 : « *Serait-ce parce que certains collègues demandent la levée de l'interdiction de pratiquer des soins [...] sur les corps des personnes décédées porteuses du VIH [...] au nom de quel principe une telle situation devrait-elle entraîner l'obligation pour tous de faire pratiquer ces soins dans des lieux prévus à cet effet ?* » ; Chr. DE CACQUERAY « *Pourra-t-on encore veiller nos morts à domicile* », *Figaro Vox*, 11 nov. 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2015/11/09/31003-20151109ARTFIG00097-pourra-t-on-encore-veiller-nos-morts-a-domicile.php> [consulté le 24 juill. 2017] : « *pourquoi venir ainsi entraver ce qui reste de liberté laissée aux familles, alors que les obsèques n'ont cessé, depuis des décennies, de devenir l'affaire des professionnels et de leurs équipements techniques ? Pour protéger les praticiens de la thanatopraxie contre les risques professionnels, nous dit le gouvernement qui s'appuie pour cela sur des rapports concordants qui recommandent cette réforme par principe de précaution [...]. Non, la réalité est d'une toute autre nature et elle découle du principe suprême de non-discrimination. En effet, avec raison, une demande est formulée en France de faire enlever de la liste des maladies, prohibant les soins de conservation, le VIH. Or il semble bien que pour accéder à cette revendication, les pouvoirs publics ont jugé nécessaire d'imposer aux thanatopracteurs d'officier dans les laboratoires des funérariums, et d'étendre cette mesure à tous les corps. Ainsi, au lieu de prendre cette précaution, au vue d'un contexte infectieux bien spécifique, pour les seuls malades du Sida, on décide d'envoyer toutes les dépouilles dans les funérariums.* »
34. L. n° 2016-41 du 26 janv. 2016 : JORF n° 0022 du 27 janv. 2016. Art. 214 créant l'article L. 3111-4-1 CGCT.
35. Arrêté du 12 juill. 2017 préc., art. 2.
36. 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 et arrêté du 10 mai 2017 fixant les conditions de réalisation des soins de conservation à domicile : JORF n° 0110 du 11 mai 2017, textes n° 98 et 128 ;

RÉSUMÉS

Interdite depuis 1986, la pratique de la thanatopraxie sur les corps des personnes porteuses du VIH ou d'hépatites virales vient d'être autorisée. Cette évolution met fin à une stigmatisation des malades et de leurs proches et s'accompagne d'un encadrement bienvenu des soins de conservation des corps. La santé des professionnels du funéraire est ainsi mieux protégée, même si le dispositif adopté, cherchant à satisfaire toutes les parties, semble finalement bien complexe.

AUTEUR

LISA CARAYON

Maîtresse de conférences en droit - Université Paris 13, laboratoire Iris (UMR 8156 CNRS - 723
Inserm - EHESS - UP 13)