



HAL
open science

Évaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès

Cécile Moffroid

► **To cite this version:**

Cécile Moffroid. Évaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01239774

HAL Id: dumas-01239774

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01239774>

Submitted on 4 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Picardie Jules Vernes

Faculté de médecine d'Amiens

Année 2015

n° 2015 - 7

**Evaluation des pratiques
des médecins généralistes de Picardie
concernant le certificat de décès**

Thèse pour le doctorat en Médecine (Diplôme d'état)

Présentée et publiquement soutenue le 3 février 2015

Par Cécile Moffroid

Membres du jury de Thèse :

Madame le Professeur Cécile Manaouil

Présidente du jury

Monsieur le Professeur Henri Sevestre

Monsieur le Professeur Patrice Fardellone

Monsieur le Professeur Jean-Daniel Lalau

Monsieur le Docteur Patrice Nougéin

Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A notre présidente de jury

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef de Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, acceptez pour cela nos plus sincères
remerciements.

Toute notre reconnaissance également pour votre relecture de notre questionnaire
et vos suggestions.

A nos juges

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologique à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologique du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Tous nos remerciements pour votre participation à ce jury.

Monsieur de Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Responsable du service de Rhumatologie

Pôle « Autonomie »

Toute notre reconnaissance pour votre participation à ce jury.

Merci pour les joutes passées et futures.

Monsieur de Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »

(D.R.I.M.E)

Toute notre gratitude pour votre participation à ce jury.

A mon directeur de thèse et membre du jury

Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

Médecin généraliste

Maitre de stage

Secrétaire générale du Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Tous mes remerciements pour le temps passé, la disponibilité, la patience.

Merci pour l'accueil en stage dans votre cabinet.

A Monsieur de Docteur José CUCHEVAL, Président de l'URPS ML Picardie

Pour votre aide logistique lors de la réalisation de ce travail.

A Stéphanie CUISSETTE, secrétaire de l'URPS ML Picardie

Pour votre aide logistique et votre patience.

A mes parents, Marie-Christine et Paul

Pour toutes ces innombrables choses, petites ou grandes, qui font de moi ce que je suis
aujourd'hui.

Merci pour votre aide et votre soutien.

A ma sœur, Véronique

Pour ta présence et ton soutien.

A mes Amies, "les Drôles de Dames"

Pour votre soutien, votre bonne humeur et les soirées rami-saké.

A Charles, Jérôme, Simon, Jean-Michel et les autres du club de Kendo de Daours

Merci de votre soutien et merci de m'avoir permis de me changer les idées lorsque j'en avais
besoin.

A Alexia,

Pour ton aide et ton soutien au tout début de cette aventure.

A tous les autres

Pout votre amitié et votre bienveillance.

Tables des matières

Remerciements	3
I. Introduction	9
A. Historique	10
B. Diagnostique de mort.....	11
C. Estimation de l'heure du décès	15
1. La température corporelle : le refroidissement	15
2. Les lividités	15
3. La rigidité cadavérique.....	16
4. La déshydratation.....	16
5. La putréfaction	17
6. Synthèse sur la datation de décès.....	17
D. Remplir le certificat de décès	18
1. Partie supérieure du certificat de décès	18
a. L'obstacle médico-légal	19
b. L'obligation de mise en bière immédiate.....	21
c. L'obstacle au don du corps.....	22
d. Le prélèvement en vue de rechercher les causes du décès.....	22
e. Présence d'une prothèse fonctionnant à pile.....	23
2. Partie inférieure du certificat de décès.....	23
3. Règles générales pour la rédaction du certificat de décès.....	24
E. Devenir du certificat de décès.....	24
F. Le certificat de décès électronique	26
II. Matériel et méthode	27

III.	Résultats	28
	1. Caractéristiques de la population	28
	2. Partie supérieure du certificat de décès	31
	3. Partie inférieure du certificat de décès	38
	4. Généralités	39
	5. Certificat électronique	41
	6. Commentaires	43
IV.	Discussion.....	44
V.	Conclusion.....	50
	Bibliographie	51
	Annexes 1 : Certificat de décès	54
	Annexe 2 : Questionnaire.....	56
	Annexe 3 : Courrier.....	59
	Annexe 4 : Détails de la question « Comment vous faites-vous rémunérer lors d'une visite pour décès ? Pourquoi ? ».....	60
	Annexe 5 : Détails des réponses « Pensez-vous que la certification électronique de décès soit adaptée à la médecine de ville ? Pourquoi ? »	63
	Annexe 6 : Détails des commentaires	65

I. Introduction

D'après le Conseil national de l'Ordre des médecins, « 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 Ambulatoires (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 ordinales 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. » [1]

Les certificats médicaux sont des attestations de constatation d'ordre exclusivement médical concernant la santé d'un patient et pouvant avoir des conséquences sur ses intérêts privés [2].

Lors de la rédaction d'un certificat (quelle que soit sa nature), le médecin doit toujours avoir vu et examiné le patient sur lequel porte le certificat car il engage sa responsabilité disciplinaire, pénale et civile. En effet, en ce qui concerne le certificat de décès, selon l'article 441-8 du Code pénal, si un médecin dissimule ou certifie faussement la cause du décès, il peut être puni au maximum de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende [3].

Le médecin doit posséder des certificats de décès (Annexe 1) qu'il se procure auprès des services de la DT.ARS (Délégation Territoriale des Agences Régionales de Santé) dont il dépend par la domiciliation de son cabinet [4].

La réalisation du certificat de décès est un acte qui revêt une grande importance. Tout d'abord, la réalité de la mort doit être avérée, et seul un médecin est apte à diagnostiquer la mort. Ensuite, cet acte a pour but de déterminer la cause du décès, ce qui a deux intérêts majeurs. Le premier est d'estimer si la cause du décès peut être considérée comme naturelle ou non (c'est là qu'intervient la notion d'obstacle médico-légal). Le deuxième intérêt est de réaliser des statistiques sur la morbi-mortalité afin d'améliorer les prises en charge des

patients et la réactivité des services de santé publique (au moment des canicules, des épidémies...) par le biais des DT.ARS et de l'institut national de la santé et de la recherche médicale.

Parallèlement, il est nécessaire d'estimer les éventuelles précautions à prendre lors des soins du corps (en cas de décès par maladies contagieuses en particulier). Certains soins du corps peuvent être dangereux pour les thanatopracteurs du fait du risque de contagion.

Dans ce contexte, la certification de décès est un acte complexe pour le médecin généraliste, tous les médecins y sont confrontés.

J'ai personnellement pu constater que la certification de décès pose problème aux médecins généralistes (doute sur la notion d'obstacle médico-légal, difficultés à définir la cause, la date et l'heure du décès...). **Il m'a donc paru important d'évaluer les pratiques des médecins généralistes de Picardie afin d'identifier leurs éventuelles difficultés.**

A. Historique

Afin de mieux comprendre la certification de décès d'aujourd'hui, il faut connaître l'héritage du passé.

Durant l'antiquité, il existait de nombreuses formes de funérailles. Toutefois, on retrouvait certains éléments communs.

A cette époque, le décès d'une personne était le plus souvent suivi par de grandes réunions avec une exposition du corps durant une période plus ou moins longue (parfois de plusieurs semaines). Les funérailles étaient ensuite réalisées avec des pleureuses, des chants, des cris et de la musique. Ces mesures avaient entre autre pour but de vérifier que le décès était bien réel, afin de diminuer des risques "d'inhumations prématurés" [5].

On retrouvait ces éléments chez les Egyptiens, les Hébreux, les Grecs, les Romains, les Perses, les Gaulois...

Plus tard, en France, le rôle de surveillance des naissances (baptêmes) et des décès (enterrements) a longtemps été dévolu aux registres paroissiaux. Ceux-ci avaient également pour objectif de démasquer les bigamies, concubinages et autres impiétés. Ces registres ont également été appelés les « registres des âmes ». Il s'agissait donc du premier moyen de surveillance des décès. Le plus ancien a été retrouvé en Saône et Loire et remonte à 1303. Puis on retrouve les registres de Nantes remontant à 1406, de Saint Brioux remontant à 1421 et les registres de Dol de Bretagne remontant à 1446.

En 1539 a été rédigé un acte officiel instituant la tenue obligatoire de « registres des baptêmes et des sépultures ». Il s'agissait de l'ordonnance de Villers Cotterêts signé par François 1^{er} et qui est notamment célèbre car elle officialisait le français comme langue obligatoire pour tous les actes officiels.

A partir de la déclaration du 9 avril 1736, l'obligation de tenue d'un double registre a été généralisée. Dans le même temps, c'était le début de la médecine légale telle que nous la connaissons avec l'impossibilité d'inhumer un corps sans ordonnance d'un juge en cas de décès par mort violente.

La loi du 20 septembre 1792 obligeait la déclaration de décès en mairie dans les 24 heures suivant la mort, par deux proches du défunt.

En 1803-1804, deux nouveaux articles du Code civil ont été promulgués.

L'article 77 du Code civil : aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier d'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors des cas prévus par les règlements de police.

L'article 78 du Code civil : « l'acte de décès sera dressé par l'officier de l'état civil de la commune où le décès a eu lieu, sur déclaration d'un parent du défunt ou sur celle d'une personne possédant sur son état civil les renseignements les plus exacts et les plus complets qu'il sera possible. » [6]

Ces articles écartaient toujours le médecin de la constatation de décès.

Dans le même temps, en province, le Dr Josat décrit : « tout le monde se connaît. Une personne tombe malade. Le bruit s'en répand, et bientôt tous le savent. Elle meurt ; la nouvelle ne tarde pas à devenir publique et ne surprend personne. Avis en est donné au maire qui délivre le permis d'inhumation, sans se conformer à la loi, qui veut qu'il s'assure lui-même de la réalité du décès. Et pourquoi s'y conformerait-il ? Il est incompetent, à moins qu'il ne soit médecin » [5].

En 1840 émergeait l'idée qu'un certificat de décès pouvait être utile pour réaliser des statistiques de morbi-mortalité.

La circulaire du 24 décembre 1866 décidait : « Le maire de chaque commune fera le choix d'un ou plusieurs docteurs en médecine ou en chirurgie, et à leur défaut d'officiers de santé, qui seront chargés de constater les décès dont la déclaration aura été faite en Mairie, conformément aux prescriptions de la loi. Les médecins seront assermentés [...]. Dès que la déclaration de décès aura été faite, le maire fera parvenir au médecin vérificateur du décès une feuille en double expédition, conforme au modèle ci-joint, et sur laquelle il inscrira les nom, prénom, sexe, âge, profession de la personne décédée, la nature de la maladie à laquelle elle a succombé et, autant que possible, la durée et ses complications, le nom du médecin qui a soigné le malade, celui du pharmacien qui a délivré les médicaments et, autant que possible, les conditions hygiéniques du domicile ». Mais l'application restait très difficile.

En 1923, la société de médecine légale votait pour que la « vérification médicale des décès soit organisée en France [...] dans les villes et les campagnes et, en tous cas, le plus rapidement possible dans les villes de plus de 10 000 habitants ».

Le décret du 28 mars 1960 soumettait officiellement, au niveau national, la constatation légale de décès à l'obtention d'un certificat médical : « aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier d'état civil ; celui-ci ne pourra la délivrer que sur production d'un certificat établi par un médecin qu'il aura chargé de s'assurer du décès » [7]. En parallèle, l'article 77 du Code civil promulgué en 1803 était abrogé.

Aujourd'hui, la certification de décès est un acte médical à part entière, une obligation d'ordre administrative résultant du Code général des collectivités territoriales, en vertu de l'article

L2223-42 : « L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat établi par un médecin, attestant le décès. Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise la ou les causes de décès [...]».

- 1° A des fins de veille et d'alerte, par l'état, les agences régionales de santé et l'Institut de veille sanitaire ;
- 2° Pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès et pour la recherche en santé publique par l'institut national de la santé et de la recherche médicale » [6].

Il s'agit également d'une obligation déontologique en vertu de l'article 76 du Code de déontologie médicale : « 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. » [8].

Cet acte ne peut être rédigé que par un médecin thésé inscrit à l'Ordre des médecins ou un médecin non thésé effectuant un remplacement de médecine libérale.

L'arrêté du 24 décembre 1996 a institué deux modèles de certificats de décès : le certificat concernant le décès néonatal jusqu'au 27^{ème} jour de vie (mort-nés exclus, certificat de couleur verte) et celui sur lequel a porté notre étude, le plus usité, pour les décès survenant à partir du 28^{ème} jour de vie (certificat de couleur bleue).

B. Le diagnostic de mort

Comme nous l'avons vu, au cours de l'histoire, il était très difficile de s'assurer de la réalité de la mort afin d'éviter d'inhumer des personnes vivantes.

Aujourd'hui, la mort apparaît comme une perte irréversible des fonctions encéphaliques associant perte de conscience, perte des fonctions sensibles et motrices, conduisant inéluctablement à l'arrêt cardiaque et respiratoire [9].

Il existe des moyens de vérifier la réalité du décès. Les critères diagnostiques de la mort sont regroupés en signes négatifs de la vie et en signes positifs de mort.

Les signes négatifs de la vie sont : la disparition de l'état de conscience, la disparition de l'activité respiratoire, et la disparition de l'activité cardiovasculaire.

Les signes positifs de la mort peuvent être précoces ou tardifs. Les signes précoces sont le refroidissement, les lividités et la rigidité. Les signes tardifs sont liés à la putréfaction (tache verte abdominale, gonflement, circulation posthume, phlyctènes).

Le principal diagnostic différentiel de la mort est l'état comateux, (principalement au cours des intoxications, des hypothermies profondes).

Une fois le diagnostic de mort posé, il convient de distinguer les morts naturelles des morts violentes ou suspectes.

- Les morts naturelles sont les morts résultant de l'évolution d'un état pathologique connu ou inconnu, détectable ou indétectable, ne mettant en cause aucun tiers extérieur directement responsable, sans responsabilité en cause ou dû au vieillissement d'un individu.
- Les morts violentes sont les morts accidentelles, les morts délictuelles (accident mortel de la circulation avec tiers responsable, homicide involontaire), les morts suicidaires (avec nécessité d'une levée de corps minutieuse recherchant un homicide maquillé en suicide et, au moindre doute, de cocher la case médico-légal), et les morts criminelles évidentes (une enquête et une autopsie seront réalisées pour déterminer les circonstances de la mort).
- Les morts suspectes sont les morts de cause inconnue. Le recours au médecin légiste s'impose. Cette suspicion peut faire référence à la personnalité du défunt (criminel, délinquant, personnage public, profession à risque), aux circonstances anormales de survenue (décours d'une rixe, infraction, découverte d'un corps), aux dires (des proches, des voisins, de la rumeur circulante), aux lésions constatées (compatible avec des traces de violence, symptômes évocateurs de délit), à l'examen clinique positif (anomalies cutanéomuqueuses, déformations, stigmates de mode opératoire), aux invraisemblances (lors de la découverte du corps, lividités paradoxales, rigidité rompue), au caractère inattendu du décès (mort d'une personne jeune sans cause évidente et non connue comme porteuse d'affection). En cas de problème de responsabilité médicale, il s'agit également d'une mort suspecte [10].

C. Estimation de l'heure du décès

L'une des grandes difficultés lors de la rédaction du certificat de décès est l'estimation de la date et de l'heure du décès. Plusieurs éléments peuvent concourir à cette estimation sans toutefois permettre de déterminer l'heure du décès de façon précise et certaine.

Nous ne parlerons ici que des éléments les plus simples utilisables en médecine générale.

1. La température corporelle : le refroidissement

La décroissance thermique d'un cadavre fait partie des critères de la datation de la mort.

La topographie est ascendante, d'abord les extrémités puis la région épigastrique et ensuite les creux axillaires.

Ce critère donne un intervalle de temps et doit être confronté aux autres critères. En effet, de nombreux facteurs perturbent la température corporelle : température ambiante, rhéologie, pluie, humidité, neige, habillement, morphologie, etc...

Il existe plusieurs méthodes utilisables (tableaux, graphiques...) pour ce servir de façon précise de la température afin d'estimer l'heure de la mort.

2. Les lividités

Ce sont des taches de couleur « lie de vin » ou rouge pourpre qui apparaissent à la surface de la peau dans les zones déclives. Les globules rouges et le plasma se dirigent par gravité vers les parties plus basses du corps en remplissant en particulier les veines et les capillaires. Les zones d'appui et de contact ne se colorent pas et restent blanches.

Les lividités apparaissent entre 30 minutes et 4 heures après le décès. Elles sont maximales aux alentours de la douzième heure et persistent jusqu'à la putréfaction.

3. La rigidité cadavérique

Elle est le résultat de la contraction musculaire post mortem. Elle apparaît classiquement sur la face puis s'étend aux mâchoires, au cou (en 3 heures), aux bras, les mains, au tronc, à l'abdomen et aux extrémités inférieures. La progression est descendante.

Dans ce cadre, on observe la flexion des membres supérieurs et l'extension des membres inférieurs ainsi que de la colonne vertébrale. Elle apparaît au plus tard 6 à 7 heures après le décès. Son intensité est complète entre 6 et 12 heures après la mort.

La rupture de cette rigidité est réversible jusqu'à la douzième heure, puis survient le phénomène de myolyse et, à partir de ce moment, la rigidité rompue ne se renouvelle plus. La diminution de la rigidité se fait progressivement à partir du deuxième ou troisième jour, avec une résolution complète vers le quatrième ou le cinquième jour.

4. La déshydratation

Conséquences de la déshydratation suite au décès, on peut observer des modifications au niveau des globes oculaires ainsi qu'au niveau cutané :

- Au niveau de la cornée apparaît un piqueté cornéen, un voile arachnéen, un voile glaireux, une cornée opaline et une tache noire sclérotique. Après la mort les yeux ouverts, l'opacification est plus rapide. Les globes oculaires s'affaissent. Dans le cas où les yeux sont clos, ces signes s'installent en 24 heures.
- Au niveau cutané, on retrouve un pli cutané, des plaques parcheminées avec une peau sèche et cassante, parfois fissurée.

A l'extrême, cette déshydratation aboutit à la momification.

5. La putréfaction

Il existe quatre principaux signes de putréfaction : la tache verte abdominale, la circulation posthume, les phlyctènes et la distension cadavérique.

La tache verte abdominale se situe classiquement en regard de la fosse iliaque droite pour les décès supérieurs à 24 heures. Elle débute le plus souvent vers la 48^{ème} heure. La putréfaction prédomine dans le caecum puis s'étend au reste de la paroi du tronc.

La circulation posthume est due aux gaz de putréfaction qui provoquent une augmentation de la pression abdominale et thoracique chassant le sang vers la périphérie, au niveau des veines superficielles. La circulation posthume est verdâtre, avec des vaisseaux gonflés et remplis de sang noirâtre. Elle est souvent accompagnée d'une odeur nauséabonde avec un aspect de lacis veineux.

Les phlyctènes sont le résultat d'un décollement de l'épiderme en larges bandes fragiles. Elles sont remplies de liquide rouge foncé qui s'écoule quand on perce. Elles peuvent se rompre spontanément. A ce stade, les cheveux s'arrachent facilement, la peau des mains et des pieds s'enlève en doigt de gant.

La distension du cadavre se situe essentiellement à abdomen, au thorax, aux organes génitaux externes et au cou. Il existe aussi une distension des paupières, des lèvres et une protrusion de la langue. Le cadavre peut doubler de volume avec une coloration verdâtre puis noirâtre avec un début céphalique. La distension gazeuse peut aboutir à une rupture de la paroi abdominale. Elle s'accompagne d'une liquéfaction des organes et d'un décharnement. Ce processus est progressif et est suivi par l'apparition des « travailleurs de la mort » avec huit escouades successives (les auxiliaires de la putréfaction).

6. Synthèse des signes permettant une estimation de la date et de l'heure du décès

Le tableau le plus simple et probablement le plus utilisable dans le cadre de la certification de décès en médecine générale est le schéma de Vibert.

Schéma de Vibert

Eléments Cliniques	Date du décès
Cadavre chaud, souple, sans lividité	Moins de 6 à 8 heures
Cadavre tiède, rigide, lividités effaçables à la pression	Moins de 12 heures
Cadavre froid, rigide, lividités immuables	Moins de 24 heures
Cadavre froid, sans rigidité, tache abdominale	Plus de 36 heures

Toutefois, il faut rappeler qu'il s'agit bien là d'une estimation. Ces éléments ne permettent pas, pour un médecin généraliste, de déterminer avec précision la date et l'heure du décès.

D. Remplir un certificat de décès

Cette partie traite des "bonnes pratiques" lors de la rédaction du certificat de décès.

La première des règles reste d'examiner systématiquement le corps du défunt.

1. Partie supérieure du certificat de décès

Cette partie contient les informations administratives (commune de décès, nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse).

Le médecin y certifie que la mort est constante et réelle et précise, s'il le peut, la date et l'heure du décès. Il fait également mention de la présence ou non d'un obstacle médico-légal, de l'obligation de la mise en bière immédiate du corps, d'un obstacle au don du corps, de la nécessité ou non de réaliser des prélèvements en vue de rechercher les causes de la mort, et de la présence éventuelle d'une prothèse fonctionnant à pile (Pacemaker) [11].

Le médecin remplit le lieu et la date de la constatation, signe et appose son cachet.

a. L'obstacle médico-légal

L'obstacle médico-légal (OML) entre dans le cadre de l'article 81 du Code civil qui précise : « 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 étant 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 » [6]. **Ne pas cocher l'OML, c'est attester que le patient est décédé de "mort naturelle" [12].**

Cependant, il n'est pas toujours facile pour un médecin d'indiquer l'obstacle médico-légal sur un certificat de décès. Pourtant, les situations qui le requièrent sont très précises et engagent la responsabilité judiciaire du praticien [13].

La liste des cas de décès devant être signés avec obstacle médico-légal a été établie par le Conseil national de l'Ordre des médecins en janvier 1999. Cette liste regroupe :

- les morts violentes criminelles ou suspectes (suicide),
- les morts engageant une responsabilité (accident de la circulation, exercice médical),
- les morts mettant en jeu une législation particulière (accidents du travail, maladies professionnelles, pensions militaires),
- les morts subites de l'adulte ou de l'enfant.

Il est également possible de se référer aux recommandations européennes concernant les indications d'autopsie médico-légale (découlant d'un obstacle médico-légal) :

- homicide ou suspicion d'homicide,
- mort subite inattendue y compris la mort du nourrisson,
- violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement,

- suicide ou suspicion de suicide,
- suspicion de faute médicale,
- accident de transport, de travail ou domestique (dont intoxication au CO),
- maladie professionnelle,
- catastrophe naturelle ou technologique,
- décès en détention (prison, garde à vue) ou associé à des actions de police ou militaires,
- corps non identifié ou restes squelettiques.

Quand le médecin coche l'obstacle médico-légal, il lui est fortement conseillé de contacter les autorités compétentes et d'attendre leur arrivée sur place. Quand il existe un obstacle médico-légal, le corps devient à la disposition de la justice (l'entourage de la personne décédée ne peut ni exiger ni s'opposer à la réalisation d'une autopsie judiciaire). Le procureur décide alors s'il faut procéder à un examen externe du cadavre et s'il faut réaliser une autopsie au vu des premières conclusions des enquêteurs et de l'avis éventuel d'un médecin légiste. Le procureur peut lever l'obstacle et permettre l'inhumation.

Même en cas d'obstacle coché, le médecin doit remplir le certificat de décès dans son intégralité car, en principe, il ne sera pas refait par la suite. Le procureur délivrera simplement un permis d'inhumer. La responsabilité du médecin certificateur peut être mise en cause s'il a fait abstraction de cette mention délibérément ou par négligence. Devant une mort suspecte, il peut néanmoins refuser de signer ou de délivrer le certificat de décès sans qu'il soit indispensable de justifier ce refus.

Si le décès pose un problème médico-légal ou s'il survient sur la voie publique, le certificat rempli doit être confié aux forces de l'ordre. Il constitue la seule pièce que le médecin est autorisé à remettre aux services de police ou aux autorités judiciaires sans réquisition préalable [14].

Certaines difficultés peuvent mener les médecins généralistes à ne pas cocher l'obstacle médico-légal dans des cas où cela serait justifié [10] :

- l'ignorance de ce que couvre la notion d'obstacle médico-légal,
- la crainte d'être impliqué personnellement,

- la crainte des conséquences pour les familles (ouverture d'une enquête, interrogatoires),
- le fait que le médecin traitant soit le certificateur (connaissance du défunt, des proches...),
- la pression subie par le médecin certificateur pour certifier que le décès ne pose pas de problème médico-légal (pression exercée par la police, la gendarmerie, la famille, les élus ou les amis),
- le médecin en première ligne peut être dans de mauvaises conditions techniques et être dans l'impossibilité de faire des constatations fiables,
- la notion d'OML n'existe qu'en France et peut donc poser des problèmes aux médecins venant de l'étranger,
- cocher la case d'OML n'est pas toujours une décision purement médicale. Il faut en effet prendre en compte la personnalité du défunt, les circonstances du décès et l'environnement.

b. L'obligation de mise en bière immédiate

Certaines maladies contagieuses rendent la mise en bière immédiate nécessaire afin d'éviter les risques de transmission de ces maladies. Dans ce cas, les soins de conservation de corps sont interdits afin d'éviter la mise en danger des personnes, notamment, des thanatopracteurs [15].

La modification du verso du certificat apparaît souhaitable dans la mesure où la liste des maladies contagieuses nécessitant une mise en bière immédiate y figurant est devenue obsolète.

A ce jour, le Haut Conseil de la santé publique recommande [16] :

- La mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique avec épurateur de gaz et l'interdiction des soins du corps pour les personnes décédées des pathologies suivantes : les Orthopoxviroses, le choléra, les fièvres hémorragiques, la peste et le charbon. Ce type de mise en bière peut également être réalisé sur prescription du préfet quel que soit le motif ou en l'absence de mise en bière dans un délai de six jours.
- L'obligation de mise en bière immédiate en cercueil simple et l'interdiction des soins du corps pour les personnes décédées des pathologies suivantes : la rage, les tuberculoses

actives ou traitées pendant moins d'un mois, toutes les maladies émergentes infectieuses transmissibles (SRAS, grippe...), sur décision du Haut Conseil de la santé publique. De même, dans les situations d'urgence et à la demande de l'officier d'état civil, sur avis d'un médecin commis : en cas de décès survenu à la suite d'une maladie contagieuse ou épidémique, ou en cas de décomposition rapide [11].

- D'autre part, la présentation du corps est possible, sans mise en bière immédiate, suivie d'une mise en bière dans un cercueil simple, mais avec interdiction de soins du corps pour les situations suivantes : hépatites virales B et C, maladie de Creutzfeld-Jacob, infection VIH, tout état septique grave à Streptocoque A, et tout état septique grave sur prescription du médecin traitant.

L'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1998 (qui avait ajouté l'hépatite A à la liste des maladies faisant obstacle à la pratique de soins de conservation des corps) a été annulé par le Conseil d'Etat le 29 novembre 1999 [3].

c. Obstacle au don du corps

Le don du corps nécessite une démarche volontaire du vivant de la personne ; la famille ne peut en principe pas s'y opposer.

Toutefois, une opposition au don du corps doit être cochée en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse.

d. Prélèvements en vue de rechercher les causes de la mort

Dans les faits, il s'agit le plus souvent d'autopsies médicales ou scientifiques dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes de la mort.

Dans ce cadre, le registre national des refus doit être consulté au préalable. En l'absence de refus enregistré au registre, le médecin doit recueillir l'avis de la famille ou des proches [11].

D'après l'article L 1211-2 du Code de la santé publique, à titre exceptionnel, ces autopsies peuvent être réalisées malgré l'opposition de la personne décédée et sans recueil du témoignage des proches en cas de nécessité impérieuse de santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

Les proches sont informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués et seront informés des résultats dès réception des comptes rendus. Les frais d'autopsie ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et ne sont pas comptabilisés dans l'activité des services.

e. Présence d'une prothèse fonctionnant par pile

Il revient au médecin de vérifier la présence d'une prothèse fonctionnant à pile. Il est important de réaliser cette vérification car ces appareils sont susceptibles d'exploser en cas de crémation (y compris en cas de crémation tardive suite à des exhumations). Ces explosions peuvent générer de graves dommages matériels et corporels qui engagent la responsabilité du médecin.

L'article R 2213-15 du Code général des collectivités territoriales stipule : « si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, un médecin ou un thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière. » [6]

2. Partie inférieure du certificat de décès

Cette partie du certificat est anonyme et confidentielle. Elle contient les renseignements médicaux de façon non nominative, le lieu, la commune et la date du décès.

Au niveau médical, on recherche en particulier la cause du décès et le processus pathologique ayant abouti au décès. Il doit également y figurer les antécédents et une éventuelle grossesse en cours.

Le médecin signe et appose son cachet au bas du certificat.

Le nom du médecin doit être lisible pour que celui-ci puisse être contacté en cas d'éventuelles investigations épidémiologiques complémentaires.

3. règles générales pour la rédaction du certificat de décès :

Six règles simples peuvent permettre d'améliorer la certification de décès [17] :

- Remplir et cocher systématiquement toutes les cases demandées,
- Apposer sa signature manuscrite,
- Apposer son tampon professionnel sur chaque feuillet avec son nom lisible,
- Cacheter la partie médicale anonymisée ,
- Ne pas hésiter à cocher l'obstacle médico-légal lorsque les circonstances l'exigent ou au moindre doute (le médecin ne risque rien en faisant cela !),
- Quand on ignore précisément l'heure de décès, mettre l'heure de découverte du corps.

E. Le devenir du certificat de décès

Une fois le certificat de décès rempli, signé et cacheté par le médecin certificateur, il est le plus souvent (et en l'absence d'obstacle médico-légal) laissé aux proches du défunt.

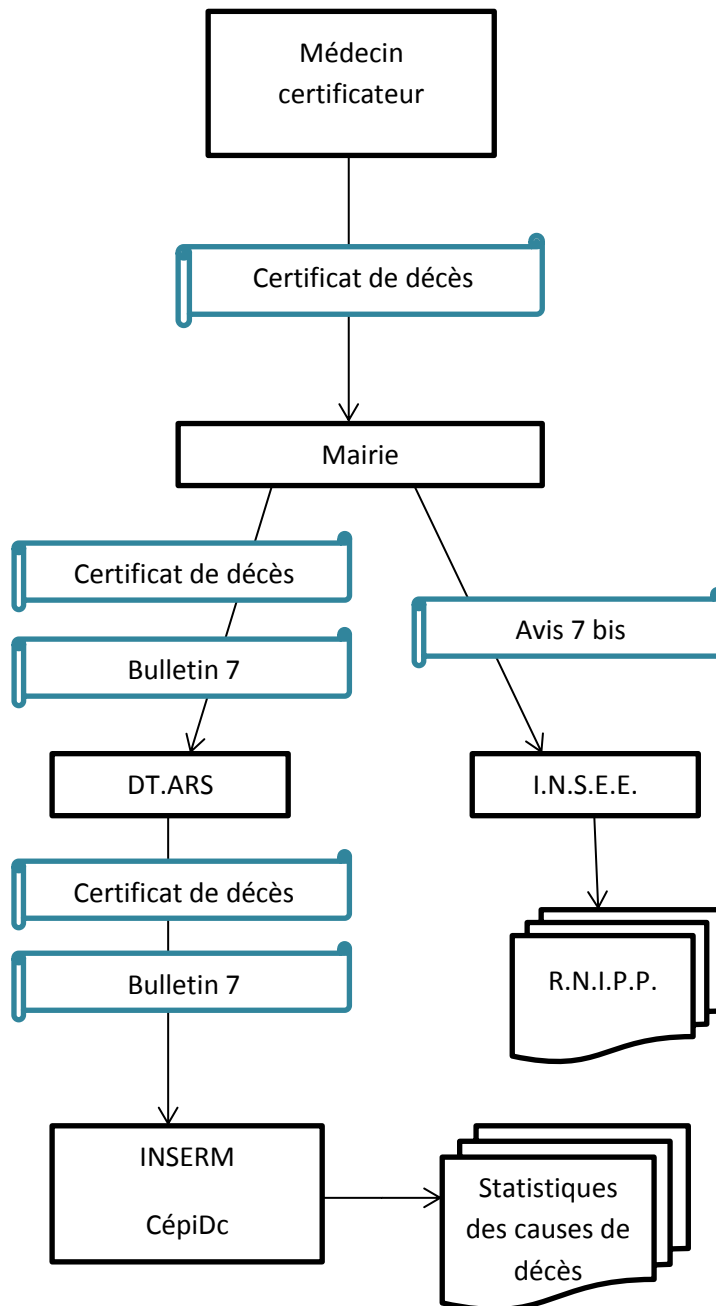
Le certificat est alors remis en totalité à la mairie du lieu de décès, puis l'officier d'état civil détache les deux volets du document. La mairie rédige alors deux documents : "l'avis 7 bis" avec les informations sur l'état civil du défunt, et "le bulletin 7" comprenant les mêmes informations, mais de façon anonyme.

La partie supérieure du certificat de décès est composée de trois feuillets, dont deux autocopiants. Le premier est destiné à la mairie dont dépend la chambre funéraire, le deuxième à la chambre funéraire, et le troisième à la mairie du lieu de décès.

Le bulletin 7 est agrafé à la partie inférieure du certificat de décès, anonyme et close par le médecin. L'ensemble est envoyé à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (DT.ARS). Le médecin de la DT.ARS vérifie la cause de décès et, en l'absence de problème de santé publique au niveau départemental, retransmet le volet clos au centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Le CépiDc gère la base regroupant l'ensemble des informations figurant sur les volets médicaux des certificats de décès qui lui sont transmis, dans le but de réaliser les statistiques nationales de mortalité.

L'avis 7 bis (nominatif), est transmis à l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour la mise à jour du répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) [18].



Si le décès est survenu en prison, la déclaration est faite par le greffier [17].

L'inhumation a lieu 24 heures au plus tôt et 6 jours au plus tard après le décès s'il est survenu en France, 6 jours au plus après l'arrivée du corps en France si le décès a lieu à l'étranger ou dans un territoire d'outre-mer [2].

F. Certificat de décès électronique

Le ministère de la santé et des solidarités a modifié le mode de transmission des informations contenues dans le certificat de décès par le décret du 27 juillet 2006.

Ce dispositif vise à accélérer les transmissions d'informations pour un suivi quotidien de l'évolution des décès afin de mettre en place plus rapidement des mesures d'alerte et de protection sanitaires de la population, notamment pendant les périodes de canicule ou d'épidémie [19].

La certification se fait alors sur un poste informatique relié à internet par le biais d'une application web sécurisée (<https://sic.certdc.inserm.fr>).

Une fois connecté à l'application, le médecin devra s'identifier à l'aide de sa carte professionnelle ou d'un dispositif similaire (article R.2213-1-2 du Code général des collectivités territoriales).

Dès la validation du certificat électronique par le médecin, les informations sont immédiatement transmises au CépiDc, aux ARS (agence régionale de santé) et à InVS (institut de veille sanitaire). Le délai moyen de disponibilité des données pour l'analyse est de 15 minutes après validation du certificat électronique contre 4 à 6 semaines dans le cas d'un certificat papier [20].

Ce système doit permettre une très forte diminution des délais de production des statistiques de mortalité ainsi qu'une amélioration de la qualité et de la fiabilité des données, grâce à l'aide aux médecins pour remplir le certificat (vérifications de cohérence, documentation sur la certification des décès, aides contextuelles).

Le but est également de renforcer la confidentialité des données par procédures de chiffrement et d'alléger le circuit du certificat entraînant ainsi une réduction importante des coûts (manipulation des documents papier).

Une étude réalisée après 3 ans de mise à disposition du certificat de décès électronique montrait que le déploiement de ce type de certification de décès restait encore limité, entre 4 et 5 % de la mortalité nationale. Cependant, de nombreux avantages avaient été identifiés,

aussi bien par les institutions en charge de l'exploitation et de l'analyse des données produites par ce biais que par les médecins certificateurs [21].

La majeure partie des certificats électroniques sont rédigés à l'hôpital. Pour les médecins libéraux, la principale limite réside dans la difficulté d'accéder à un ordinateur lors de la constatation de décès.

II. Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude quantitative prospective, au moyen d'un questionnaire adressé par voie postale à des médecins généralistes libéraux de Picardie [Annexe 2].

Ce questionnaire a été élaboré afin d'évaluer les pratiques des médecins généralistes de Picardie, de recueillir leurs impressions et leurs difficultés concernant le certificat de décès.

Nous avons joint au questionnaire une lettre expliquant notre démarche aux médecins généralistes [Annexe 3].

Afin d'améliorer le taux de réponse, une enveloppe affranchie, pré-remplie était également jointe au questionnaire.

Les médecins ont été choisis sur la liste des médecins généralistes libéraux de l'URPS après randomisation.

III. Résultats

Le questionnaire a été envoyé par voie postale en une seule fois à 600 médecins généralistes libéraux de Picardie.

L'envoi du questionnaire a été réalisé le 15 septembre 2014. Les réponses ont été collectées du 20 septembre au 15 novembre 2014.

Nous avons reçu 144 réponses soit 24% des questionnaires envoyés.

Les données ont été recueillies chronologiquement et les statistiques ont été élaborées à partir du logiciel Sphinx.

1. Caractéristiques des médecins répondants

Afin d'étudier cette population de médecins, l'encadré à la fin du questionnaire contenait les questions sur le lieu d'exercice (rural, urbain ou semi-urbain), l'âge, le sexe et l'éventuelle formation en médecine légale dans les 5 dernières années.

Nous avons résumé ces caractéristiques sous forme de tableau :

	Nombre	Pourcentage
Lieu d'exercice		
Rural	67	46,50%
Semi-Urbain	28	19,40%
Urbain	47	32,60%
Non réponse	2	1,40%
Sexe		
Homme	93	64,60%
Femme	50	34,70%
Non réponse	1	0,70%
Age		
Moins de 32 ans	9	6,30%
De 32 à 39 ans	16	11,10%
De 40 à 47 ans	22	15,30%
De 48 à 55 ans	39	27,10%
De 56 à 63 ans	41	28,50%
Plus de 64 ans	13	9,00%
Non réponse	4	2,80%

L'âge moyen des médecins ayant répondu à notre étude est de 50,97 ans. Le plus jeune médecin avait 28 ans, et le plus âgé avait 73 ans.

Parmi ces médecins, 18 (soit 12,5%) avaient participé à une formation en médecine légale au cours des 5 dernières années. 125 médecins (soit 86,8%) n'avaient pas participé à ce type de formation, et 1 soit 0,7% n'a pas répondu à cette question.

Sur les 18 ayant participé à une formation de médecine légale, 15 (83,3%) avaient assisté à une formation de type EPU, pour 1 il s'agissait d'une capacité de médecine légale, et 1 relatait un DU réparation juridique dommage corporel.

Question 1 : Participez-vous aux gardes ?

Oui : 93 soit 64,6%

Non : 51 soit 35,4%

Il existait une différence significative ($p < 0,1\%$) selon le lieu d'exercice : les médecins exerçant en zone rurale sont plus nombreux à participer aux gardes par rapport aux médecins en zone urbaine.

	Participation aux gardes	
	Oui	Non
Rural	56 (83,6%)	11 (16,4%)
Semi-urbain	19 (67,9%)	9 (32,1%)
Urbain	17 (36,2%)	30 (63,8%)

Question 2 : Fréquence de rédaction des certificats de décès par an (approximativement) :

Aucun : 18 soit 12,5%

Entre 5 et 10 : 39 soit 27,1%

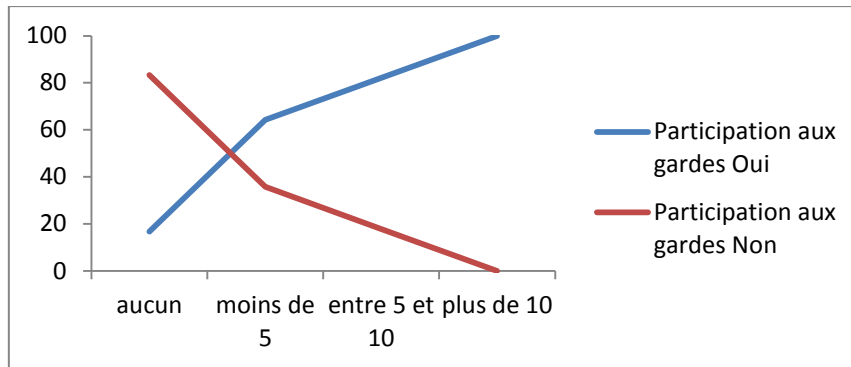
Moins de 5 : 81 soit 56,3%

Plus de 10 : 6 soit 4,2%

Il existe une différence significative ($p < 0,1\%$) des fréquences de rédaction selon la participation ou non aux gardes :

		Participation aux gardes		total
		Oui	Non	
Fréq	aucun	3 (16,7%)	15 (83,3%)	18
	moins de 5	52 (64,2%)	29 (35,8%)	81
	entre 5 et 10	32 (82,1%)	7 (17,9%)	39
	plus de 10	6 (100%)	0	6
	total	93	51	144

En effet, plus la fréquence augmente, plus la part des médecins participant aux gardes augmente. Les médecins participant aux gardes font donc plus de certificats de décès.



Nous n'avons pas retrouvé de différence significative des fréquences de rédaction des certificats de décès selon le sexe ou l'âge.

Question 3 : En cas de décès évident et bien que la rédaction du certificat de décès ne fasse pas partie de la permanence des soins, acceptez-vous de vous rendre à domicile pour réaliser cet acte ?

Oui : 120 réponses soit 83,3%

Non : 17 soit 11,8%

(Pas de réponse : 7 soit 4,9%)

Question 4 : Considérez-vous que se rendre sur place pour rédiger un certificat de décès soit (choix multiples possibles) :

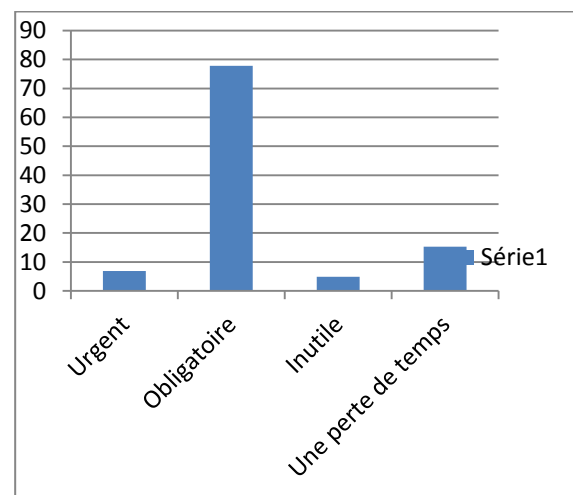
Urgent : 10 soit 6,9%

Obligatoire : 112 soit 77,8%

Inutile : 7 soit 4,9%

Une perte de temps : 22 soit 15,3%

(Pas de réponse : 15 soit 10,4%)



2. Partie supérieure du certificat de décès

Question 5 : De quelle manière vérifiez-vous l'identité du défunt ?

Papiers d'identité : 83 soit 57,6%

Dires des proches : 64 soit 44,4%

Autre : 32 soit 22,2%

(Pas de réponse : 5 soit 3,5%)

Parmi les médecins ayant répondu « autre », 23 ne font (sauf exception) les certificats de décès que pour les patients qu'ils connaissaient de longue date (suivi de façon régulière). 3 se fient aux témoins sur place (famille, police gendarmerie, pompiers), 2 vérifient par le biais de la carte vitale (avec photo si possible), 1 demande le carnet de famille, 1 vérifie l'identité avec le dossier médical, et 1 se dit non concerné.

A noter que 36 médecins ne se fient qu'aux dires des proches pour vérifier l'identité du défunt.

Question 6 : Avez-vous déjà ressenti des difficultés à déterminer le décès comme étant réel et constant ?

Oui : 30 soit 20,8%

Non : 110 soit 76,4%

(Pas de réponse : 4 soit 2,8%)

Question 7 : Quels critères utilisez-vous pour définir la date et l'heure d'un décès ?

Rigidité : 79 soit 54,9%

Dires des proches : 105 soit 72,9%

Température : 55 soit 38,2%

Autres : 16 soit 11,1%

Aspect général : 77 soit 53,5%

(Pas de réponse : 3 soit 2,1%)

Parmi les réponses « autres », on a retrouvé que 6 médecins utilisent l'auscultation cardiaque, 4 médecins examinent les pupilles, 3 recherchent les pouls et 2 médecins pincement des mamelons. 1 médecin réalise un électrocardiogramme. 3 médecins notent l'heure du constat et non l'heure du décès, et 1 médecin se sert du rapport de l'infirmière. Enfin, 1 médecin a répondu qu'il n'était pas médecin légiste.

Question 8 : Examinez-vous complètement le corps ?

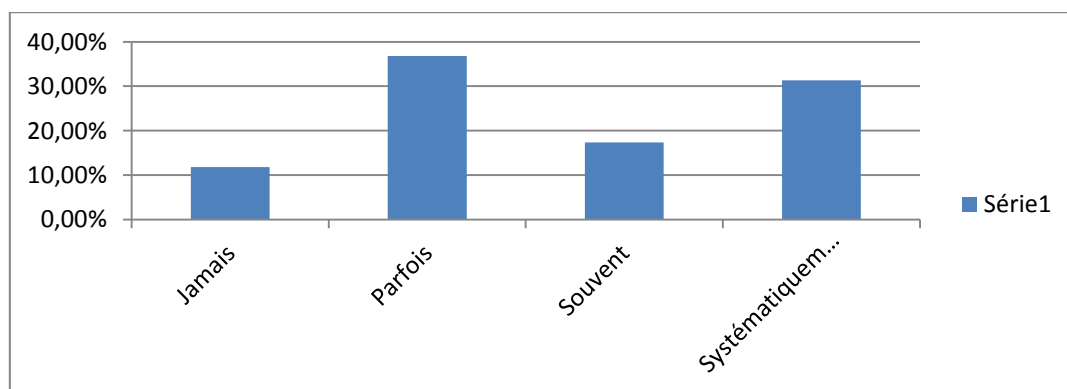
Jamais : 17 soit 11,8%

Souvent : 25 soit 17,4%

Parfois : 53 soit 36,8%

Systematiquement : 45 soit 31,3%

(Pas de réponse : 4 soit 2,8%)



Question 9 : En présence des proches

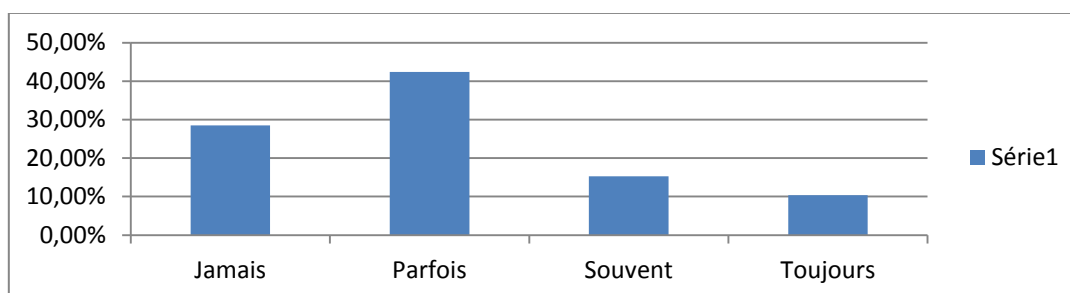
Jamais : 41 soit 28,5%

Souvent : 22 soit 15,3%

Parfois : 61 soit 42,4%

Toujours : 15 soit 10,4%

(Pas de réponse : 5 soit 3,5%)



Question 10 : Vous sentez-vous « à l'aise » lors de l'examen du corps ? (de 1 pas du tout à l'aise à 6 tout à fait à l'aise)

Sur le plan psychologique :

1 : 11 soit 7,6%
2 : 16 soit 11,1%
3 : 24 soit 16,7%
4 : 23 soit 16%
5 : 31 soit 21,5%
6 : 36 soit 25%

Sur le plan technique :

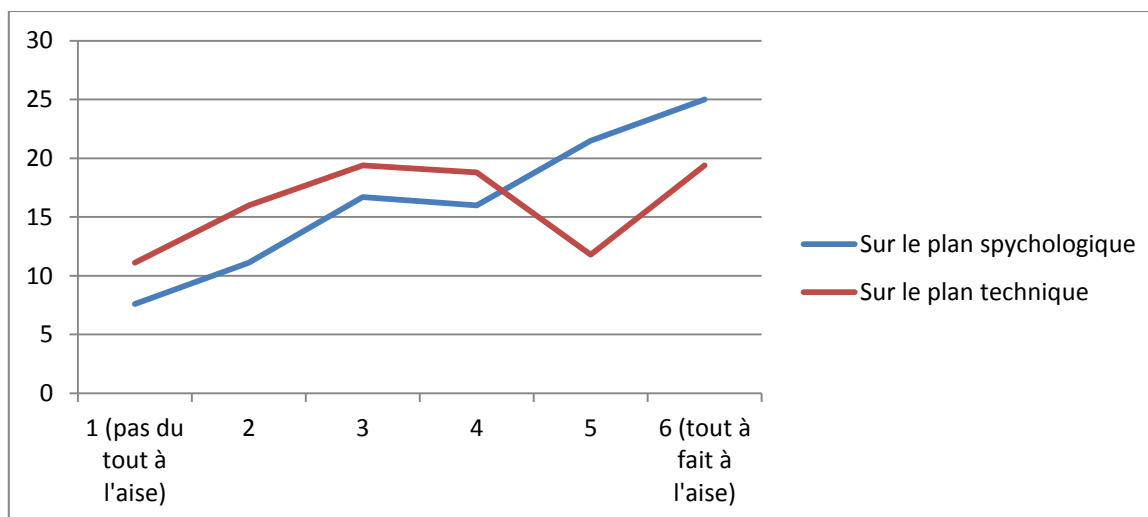
1 : 16 soit 11,1%
2 : 23 soit 16%
3 : 28 soit 19,4%
4 : 27 soit 18,8%
5 : 17 soit 11,8%
6 : 28 soit 19,4%

(Pas de réponse : 3 soit 2,1%)

(Pas de réponse : 5 soit 3,5%)

La moyenne est de 4,10

La moyenne est de 3,65



Question 11 : Avez-vous déjà rédigé un certificat de décès avec obstacle médico-légal ?

Oui : 83 soit 57,6%

Non : 58 soit 40,3%

(Pas de réponse : 3 soit 2,1%)

Si oui, avez-vous le plus souvent :

Appelé un officier de police judiciaire : 61 soit 73,5%

Appelé le procureur de la république : 4 soit 4,8%

Donné le certificat à la famille : 10 soit 12%

Autre : 18 soit 21,7%

Parmi les réponses « autre », nous avons retrouvé que, 3 médecins appelaient la gendarmerie. 10 médecins ont rédigé un certificat avec obstacle médico-légal sur réquisition ou avec les forces de l'ordre déjà sur place. 1 médecin a répondu que le maire de la commune était sur place et s'est « chargé du reste ». 1 médecin a appelé un médecin légiste. 1 médecin a appelé le SAMU. 1 médecin signale sur le certificat et n'appelle personne. 1 médecin a répondu que ce n'est « plus mon problème ».

A noté que 6 médecins ont répondu qu'ils donnaient le certificat avec obstacle médico-légal à la famille sans prévenir les autorités.

Question 12 : Avez-vous déjà eu des difficultés à évaluer s'il fallait cocher l'obstacle médico-légal ?

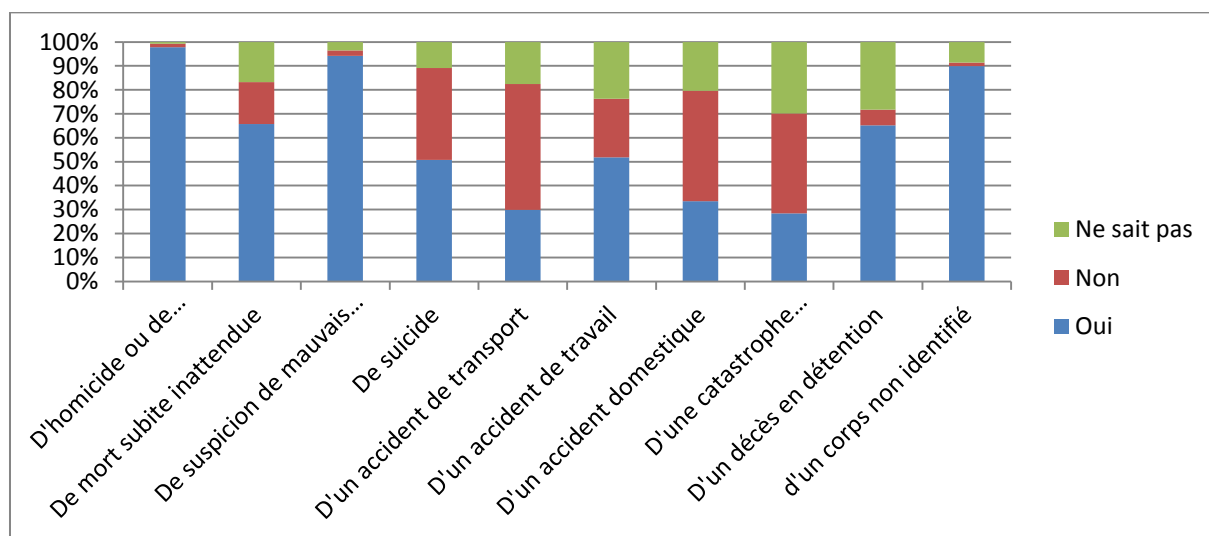
Oui : 64 soit 44,4%

Non : 76 soit 52,8%

(Pas de réponse : 4 soit 2,8%)

Question 13 : Cochez-vous l'obstacle médico-légal en cas :

	Oui	Non	Ne sait pas	Non réponse
D'homicide ou de suspicion d'homicide	138 (95,8%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	3 (2,1%)
De mort subite inattendue	90 (62,5%)	24 (16,7%)	23 (16%)	7 (4,9%)
De suspicion de mauvais traitement	132 (91,7%)	3 (2,1%)	5 (3,5%)	4 (2,8%)
De suicide	70 (48,6%)	53 (36,8%)	15 (10,4%)	6 (4,2%)
D'un accident de transport	41 (28,5%)	72 (50%)	24 (16,7%)	7 (4,9%)
D'un accident de travail	72 (50%)	34 (23,6%)	33 (22,9%)	5 (3,5%)
D'un accident domestique	46 (31,9%)	63 (43,8%)	28 (19,4%)	7 (4,9%)
D'une catastrophe naturelle ou technologique	39 (27,1%)	57 (39,6%)	41 (28,5%)	7 (4,9%)
D'un décès en détention	90 (62,5%)	9 (6,3%)	39 (27,1%)	6 (4,2%)
D'un corps non identifié	125 (86,8%)	2 (1,4%)	12 (8,3%)	5 (3,5%)



Question 14 : Eprouvez-vous des difficultés à cocher l'obstacle médico-légal ?

Oui : 57 soit 39,6%

Non : 77 soit 53,5%

(Pas de réponse : 10 soit 6,9%)

Si oui, pourquoi ?

Ignorance de ce que couvre la notion d'obstacle médico-légal : 40 soit 70,2%

Crainte d'être impliqué personnellement dans une procédure : 24 soit 42,1%

Crainte des conséquences pour la famille ou les proches du défunt : 31 soit 54,4%

Autre : 5 soit 8,8%

2 médecins ont coché « autre » sans préciser. 2 médecins ont répondu que leur crainte faisait suite à une pression des forces de l'ordre, et 1 médecin a répondu que c'était à cause de ses difficultés à identifier la cause réelle du décès.

Question 15 : Connaissez-vous les conséquences d'un obstacle médico-légal ?

Oui : 89 soit 61,8%

Non : 43 soit 29,9%

(Pas de réponse : 12 soit 8,3%)

Question 16 : Complétez-vous entièrement (avec signature) le certificat de décès en cas d'obstacle médico-légal ?

Oui : 85 soit 59%

Non : 35 soit 24,3%

(Pas de réponse : 24 soit 16,7%)

Question 17 : Avez-vous déjà eu le sentiment d'être influencé lors de la rédaction du certificat de décès ?

Oui : 48 soit 33,3%

Non : 91 soit 63,2%

(Pas de réponse : 5 soit 3,5%)

Si oui :

Par un officier de police judiciaire : 37 soit 77,1%

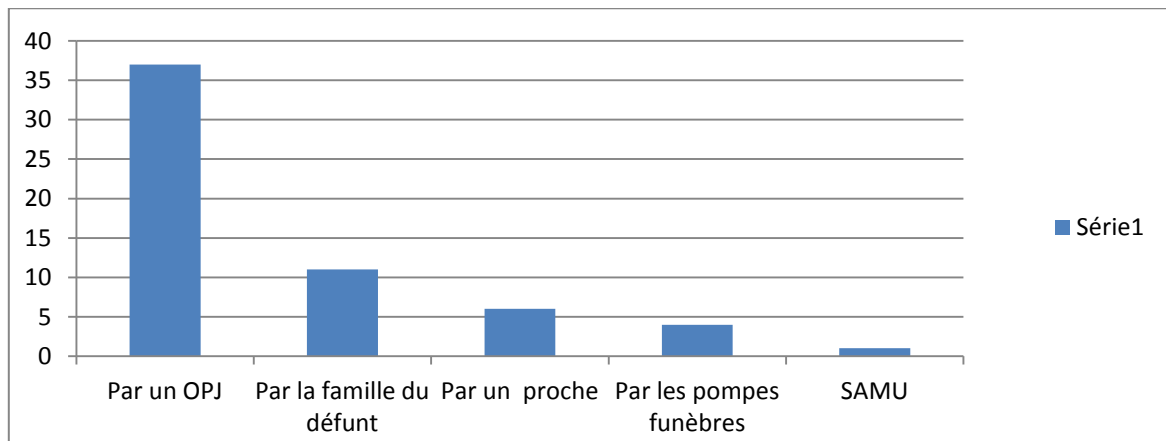
Par la famille du défunt : 11 soit 22,9%

Par un proche : 6 soit 12,5%

Par les pompes funèbres : 4 soit 8,3%

Autre : 1 (SAMU) soit 2,1%

Non réponse : 2 soit 4,2%



Question 18 : Connaissez-vous les recommandations concernant la mise en bière immédiate ?

Oui : 75 soit 52,1%

Non : 66 soit 45,8%

(Pas de réponse : 3 soit 2,1%)

Question 19 : Connaissez-vous les situations dans lesquelles l'obstacle au don du corps doit être coché ?

Oui : 63 soit 43,8%

Non : 74 soit 51,4%

(Pas de réponse : 7 soit 4,9%)

Question 20 : Vérifiez-vous systématiquement la présence d'une prothèse fonctionnant à pile ?

Oui : 131 soit 91%

Non : 10 soit 6,9%

(Pas de réponse : 3 soit 2,1%)

Si oui, comment ?

Vérification clinique : 99 soit 75,6%

Dires des proches : 72 soit 55%

Autre : 8 soit 6,1%

(Pas de réponse : 14 soit 10,7%)

Parmi les médecins ayant répondu « autre », 4 connaissaient leurs patients et leurs antécédents. 2 médecins vérifient dans le dossier médical du défunt, 1 médecin demandait à voir une radio de thorax si elle était disponible, et 1 médecin vérifiait à l'aide d'un transistor.

Question 21 : Avez-vous déjà retiré une prothèse fonctionnant à pile en exercice de ville ?

Oui : 30 soit 20,8%

Non : 111 soit 77,1%

(Pas de réponse : 3 soit 2,1%)

3. Partie inférieure du certificat de décès

Question 22 : Avez-vous déjà rencontré des difficultés à identifier la cause de la mort ?

Oui : 112 soit 77,8%

Non : 28 soit 19,4%

(Pas de réponse : 4 soit 2,8%)

Question 23 : Arrivez-vous à estimer les délais d'apparition des différentes causes ayant entraîné la mort ?

Oui : 36 soit 25%

Non : 93 soit 64,4%

(Pas de réponse : 15 soit 10,4%)

Question 24 : Appelez-vous systématiquement le médecin traitant du défunt s'il s'agit d'une personne que vous ne connaissez pas ?

Oui : 36 soit 25%

Non : 91 soit 63,2%

(Pas de réponse : 17 soit 11,8%)

4. Généralités

Question 25 : Cachetez-vous systématiquement le certificat de décès ?

Oui : 126 soit 87,5%

Non : 12 soit 8,3%

(Pas de réponse : 6 soit 4,2%)

Question 26 : En général, avez-vous des difficultés à remplir le certificat de décès (de 1 jamais à 6 toujours) ?

1 : 16 soit 11,1%

2 : 44 soit 30,6%

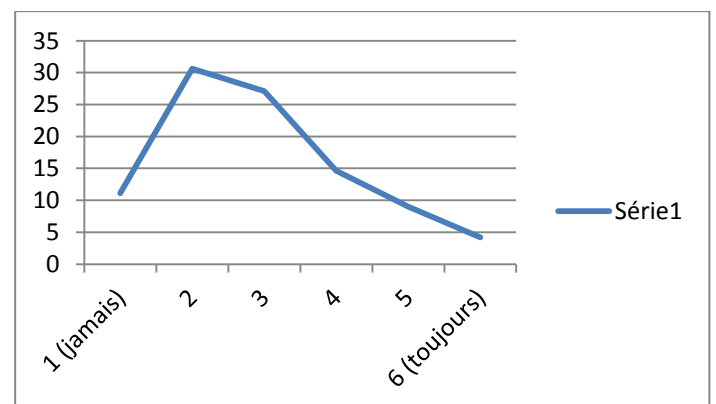
3 : 39 soit 27,1%

4 : 21 soit 14,6%

5 : 13 soit 9%

6 : 6 soit 4,2%

(Pas de réponse : 5 soit 3,5%)



Moyenne : 2,92 ; Ecart type : 1,30

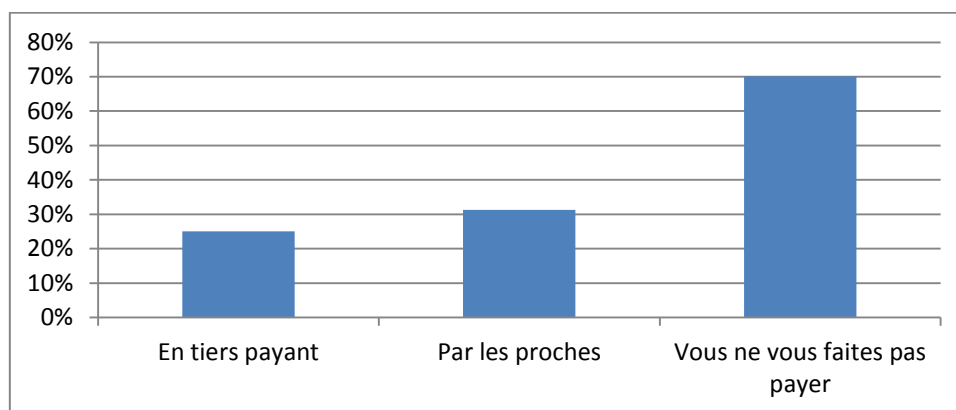
Question 27 : Comment vous faites-vous rémunérer lors d'une visite pour décès en dehors d'une réquisition ?

En tiers payant par le défunt (carte vitale) : 36 soit 25%

Par les proches : 45 soit 31,3%

Vous ne vous faites pas payer : 101 soit 70,1%

(Pas de réponse : 7 soit 4,9%)



Pourquoi ? [Annexe 4]

Parmi les médecins se faisant payer en tiers payant, on retrouvait l'idée que « tout travail mérite salaire ». Les médecins ont également mentionné qu'ils pratiquaient le tiers payant lorsque c'était possible avec la caisse, ce qui n'était pas systématique. Toutefois, un médecin rapportait que ça lui semblerait logique que l'état prenne en charge cet acte avec une cotation appropriée, et que le coût d'une certification de décès ne revienne pas à la famille.

Parmi les médecins se faisant payer par les proches, 3 médecins expliquaient qu'ils se faisaient payés par les proches lors des gardes et pour des patients qu'ils ne connaissaient pas (1 expliquait qu'il n'arrivait pas à se faire payer autrement lors des réquisitions). 2 médecins expliquaient qu'ils acceptaient le règlement par les proches lorsque ceux-ci le proposaient. 1 médecin expliquait qu'il demandait un règlement par les proches, mais que parfois, ceux-ci refusaient.

Parmi les médecins ne se faisant pas payer, 17 ont dit qu'ils ne faisaient pas payer la certification de décès quand le défunt faisait partie de leurs patients. 3 médecins ne se faisaient pas payer car ils trouvaient que demander un paiement était gênant. 5 médecins ont utilisé le terme "indécemment" dans ce cadre. 4 ne faisaient pas payer par tradition, 4 par principe,

et pour la notion de moralité et 3 par déontologie. 1 médecin parlait de ce moment comme un instant de recueillement, et 1 médecin considérait qu'il s'agissait d'un « au revoir » à son patient décédé. Enfin, 3 médecins évoquaient le fait qu'il n'existe pas de nomenclature pour un tel acte, et qu'il n'y a donc pas de remboursement possible. Dans ce contexte, ils ne se faisaient donc pas rémunérer pour une certification de décès.

18 des médecins ayant répondu à cette question rapportaient que le mode de paiement dépendait des circonstances lors de la certification de décès.

5. Certification électronique

Question 28 : Connaissez-vous la certification de décès électronique ?

Oui : 23 soit 16%

Non : 116 soit 80,6%

(Pas de réponse : 5 soit 3,5%)

Si oui, l'avez-vous déjà utilisé ?

Oui : 0 soit 0%

Non : 23 soit 100%

Question 29 : Pensez-vous que la certification électronique soit adaptée à la médecine de ville ?

Oui : 6 soit 4,2%

Non : 63 soit 43,8%

(Pas de réponse : 75 soit 52,1%)

Pourquoi : [Annexe 5]

- Pour les médecins ayant répondu oui :

1 médecin trouvait la certification électronique simple du fait de l'informatisation de tous les médecins.

1 médecin mettait en avant le gain de temps administratif dans des cas où l'obstacle médico-légal ne se présentait pas.

1 médecin semblait plutôt pour la certification électronique, à condition d'être équipé à domicile, sur smartphone si possible (les tablettes étant encore peu présentes).

- Pour les médecins ayant répondu non, ou n'ayant pas répondu à la question :

22 médecins ne trouvaient pas la certification électronique de décès adaptée à la médecine de ville de par les difficultés techniques : les décès surviennent à domicile et les médecins généralistes ne sont pas équipés (ordinateurs, connexion internet, imprimantes) sur place. La certification électronique nécessiterait, dans ces conditions, de recueillir l'ensemble des informations au domicile du défunt pour remplir le certificat de décès de retour au cabinet. Ce qui ne serait pas facile dans leur pratique.

1 médecin soulignait que l'existence du certificat électronique n'empêchait pas la forme papier.

2 médecins expliquaient qu'il était nécessaire d'avoir rapidement un « papier » pour les pompes funèbres, les secrétaires de mairie (qui ne semblaient pas connaître l'existence du certificat électronique).

1 médecin disait ne pas connaître suffisamment l'informatique.

1 médecin rapportait une informatisation encore insuffisante.

1 médecin trouvait qu'il était déjà « trop mis à contribution », sur le plan financier.

7 médecins n'avaient pas d'avis net sur la certification électronique car ils ne connaissaient pas cette forme de certificat.

101 médecins n'ont pas répondu à la question.

6. Commentaires [Annexe 6]

Nous avons recueilli 25 commentaires.

Les commentaires ont porté sur plusieurs points, en particulier sur les difficultés à remplir la partie médicale du certificat : « partie médicale mal présentée et difficile à comprendre et à remplir », « Le médecin généraliste à la formation pour constater le décès mais il n'a pas les compétences pour déterminer la cause exacte de manière clinique et objective ». A cause de ces difficultés, 4 médecins rapportaient ne faire de certificat de décès que pour les patients qu'ils suivaient de longue date. Un médecin a même répondu : « pour un défunt inconnu je refuse ce type de rédaction me targuant de l'absence de formation. En cas de réquisition je rédige un certificat mentionnant toutes les réserves et me déclarant incompetent dans ce domaine. Sauf cas très particulier (patient ultra connu) je me déclare absolument incapable de rédiger cet acte (lourd de conséquences) et avoue sans problème mon absence totale de formation dans ce domaine ! Absence que je n'ai nulle intention de combler. Cela ne m'intéresse pas !!! ». 2 médecins faisaient référence aux médecins légistes : « se serait bien qu'un légiste fasse ce travail très spécial pour que l'examen du corps soit réalisé dans les règles de l'art en tant qu'auxiliaire du service public ».

Le problème du règlement a également été abordé dans 5 commentaires avec le souhait d'un tiers payant : « Il est purement scandaleux qu'une visite pour certificat de décès soit payante. Cependant un médecin libéral ne peut travailler gratuitement. Il serait intéressant qu'une cotation spécifique existe (V-DCD) sur le TPE afin que la sécu prenne en charge cette dernière visite ». Un autre médecin notait : « Il faudrait un forfait pour le certificat car il arrive d'en faire plusieurs gratuitement le week-end. Gratuitement ! C'est limite ».

Un médecin posait la question « que fait-on des prothèses fonctionnant à pile puisque personne n'en veut... !! »

Un autre médecin rapportait : « Je suis étonné qu'un certificat de décès dans les maisons de retraite nécessite le déplacement d'un médecin de ville qui ne connaît pas le malade. Alors qu'un médecin hospitalier qui exerce dans l'hôpital ne peut se déplacer. Je suis un médecin libéral qui se déplace par l'autoroute pour faire les papiers que le médecin du SAMU ne peut faire. Le médecin de ville est-il un spécialiste ? Ou sont-ils les LARBINS des médecins hospitaliers ??? Je suis un médecin en colère »

IV. Discussion

Nous avons envoyé notre questionnaire à 600 médecins généralistes de Picardie (on dénombrait 2 115 médecins généralistes libéraux et mixtes de Picardie en 2013 [21]). L'âge moyen des médecins généralistes de Picardie était de 53 ans [22] alors que dans notre étude, l'âge moyen des médecins répondants était de 51 ans.

La population de notre étude pouvait être considérée comme représentative de la population des médecins généralistes libéraux de Picardie. Il existait un biais de sélection lors de notre étude.

Le but de notre travail était d'évaluer les pratiques des médecins généralistes concernant le certificat de décès afin de rechercher d'éventuelles difficultés. Notre étude a pu retrouver plusieurs difficultés majeures survenant lors de la certification. Nous avons choisi de balayer l'ensemble du certificat de décès, ce qui ne nous a pas permis de rentrer vraiment dans les détails de chaque item.

Nous avons pu montrer que la certification de décès était un acte peu fréquent dans l'exercice de la médecine générale avec 68,8% des médecins généralistes qui rédigeaient moins de 5 certificats par an. Cet acte est rare, toutefois, tous les médecins peuvent être amenés à réaliser cette certification. La plupart des certificats de décès étaient faits par les médecins généralistes réalisant des gardes (la totalité des médecins réalisant plus de 10 certificats de décès par an faisaient des gardes), bien que cette certification ne fasse pas partie de la permanence des soins ambulatoires.

En France, la majorité des décès a lieu en milieu hospitalier. En 2008, 57% des décès sont survenus à l'hôpital, 27% à domicile, 11% en maison de retraite [23]. Les médecins libéraux étaient à l'origine de 30% des certificats de décès en France [3].

	Hôpital	Domicile	Maison de retraite	Autres lieux
Ensemble des décès	57,7 %	26,7 %	10,9 %	4,8 %
Décès par cause naturelle (maladie)	58,8 %	26,2 %	11,3 %	3,6 %
Décès par cause externe (mort violentes)	38,2 %	34,5 %	5,5 %	21,9 %

En Picardie, en 2013, il y a eu 17 537 décès (5 618 dans l'Aisne, 6 353 dans l'Oise, et 5 566 dans la Somme). Les 2 115 médecins libéraux et mixtes de Picardie ont été à l'origine de plus de 5 000 certificats de décès.

77,8% des médecins répondants pensaient que se rendre sur place était obligatoire (ce qui expliquait que les médecins se rendent sur place bien que la certification de décès ne fasse pas partie de la permanence des soins), 15,3% pensaient que c'était une perte de temps et 4,9% inutile. 6,9% considéraient qu'il s'agissait d'une urgence. Or l'Ordre national des médecins rappelait que l'établissement d'un tel acte était une obligation administrative mais que ce n'était pas une urgence médicale ni médico-légale. « Le médecin doit en effet répondre prioritairement aux demandes des patients dont l'état de santé requiert son intervention. Aucun texte n'impose d'ailleurs de délai pour la réalisation d'un certificat de décès. Par respect pour les familles et dans l'intérêt de leurs démarches il reste cependant évident qu'il convient de répondre dans les meilleurs délais possibles. » [1]

L'obstacle médico-légal, élément essentiel du certificat de décès, était mal connu des médecins généralistes. Notre travail a montré que les médecins ayant répondu à notre étude connaissaient mal les recommandations concernant cet obstacle médico-légal. En effet, 50% des médecins ne cochaient pas l'obstacle médico-légal en cas d'accident de transport (contrairement aux recommandations). 39,6% des médecins rapportaient avoir des difficultés à cocher l'obstacle, le plus souvent par ignorance de ce que couvre la notion d'obstacle médico-légal, ou par crainte. De plus, nous avons observé qu'il existait souvent des pressions des forces de l'ordre. Nous pouvons donc considérer que l'OML n'était pas suffisamment

coché par rapport aux recommandations, ce qui avait été également constaté dans d'autres régions (Alpes-Maritimes [24] et Maine et Loire [25]) où des études sur l'OML avaient été réalisées.

Parallèlement, une étude réalisée au sein de l'équipe médicale du SMUR d'Annecy, en Haute-Savoie mettait en évidence que 20 à 26 % des décès suspects n'étaient pas signalés aux autorités (en particulier des suicides et des morts inattendues du sujet jeune) [26]. Même chez ces médecins qui réalisaient plus de certificats de décès que les généralistes (urgentistes), on retrouvait des difficultés similaires concernant l'obstacle médico-légal.

Notre étude a également montré que les médecins avaient de grandes difficultés pour évaluer la cause du décès (difficultés également mises en évidence lors d'une étude en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [27]). Dans le même temps, nous avons pu constater que l'examen du corps n'était absolument pas systématique lors de la certification de décès (avec des difficultés techniques et psychologiques lors d'un tel examen). En effet, 11,8% des médecins répondants n'examinaient jamais le corps du défunt. Or, un examen détaillé semblait être le premier point pour diagnostiquer la mort et déterminer la cause du décès.

En 2009, en France, il y avait 14 514 certificats de décès classés « causes de mortalité mal définies ou inconnues » soit 2,7% des certificats au niveau national [28], ce qui peut paraître peu, mais qui représentait une proportion non négligeable de données perdues pour la réalisation des statistiques de santé publique.

Déterminer la date et l'heure du décès semblait être extrêmement compliqué pour un médecin généraliste considérant la nécessité de prendre en compte non seulement l'état du corps mais également l'environnement. Dans ce contexte, la majorité des médecins se fiaient aux dires des proches (72,9%) et certains choisissaient de remplir le certificat avec la date et l'heure du constat de décès.

Il semblerait donc plus pertinent de demander la date et l'heure du constat dans ce certificat afin d'éliminer cette difficulté. Néanmoins, toute information relative à l'intervalle de temps écoulé entre le décès et sa constatation serait alors indisponible.

Une étude réalisée parmi les internes de Médecine Générale de dernier semestre de la faculté de Marseille [29] montrait que la prise en charge d'un décès à domicile par le généraliste était complexe, et que les internes, pourtant en fin d'étude, n'étaient pas tous prêts à assumer leurs futurs rôles dans ce domaine. Les internes interrogés ne s'investissaient pas dans le rôle médico-légal : un examen non systématique, l'absence d'évaluation du délai post mortem et le non-respect des motifs d'obstacle médico-légal.

Les mêmes difficultés ont été retrouvées dans les différents travaux réalisés, quelle que soit la région explorée. Dans notre étude, seulement 11,1% des médecins n'avaient jamais de difficultés lors de la certification de décès. Ces problèmes ne sont donc pas isolés et doivent amener un questionnement. Est-ce la formation des médecins généralistes qui est à remettre en question, est-ce la forme du certificat qu'il faudrait rendre plus simple et plus abordable pour les médecins, est-ce les deux à la fois ?

Actuellement, en Picardie, les internes ne bénéficient que de quelques heures sur les certificats médicaux. Cette formation pourrait être approfondie avec, entre autre, l'apprentissage de l'examen d'un corps.

La rémunération de cet acte posait souvent un problème aux médecins interrogés. Si 71,6% ne se faisaient pas payer, une partie expliquaient qu'ils n'osaient tout simplement pas demander de paiement dans ces circonstances. Or, ces médecins, souvent de garde, devaient faire de longs déplacements, examiner le corps, rédiger le certificat et surtout s'occuper des proches du défunt (soutien des proches, relations avec la famille, voire rites funéraires) [30]. Ces conditions particulières justifiaient-elles que les médecins accomplissent cet acte gratuitement ? C'est pourquoi une partie des médecins étaient demandeurs de la création d'un acte en tiers payant.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a rappelé qu'un certain nombre de règles, basées sur la seule éthique, étaient d'usage dans la profession. « Il en est aussi 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 » [23]. De plus, en l'absence de prise en charge de l'acte par l'assurance maladie, il existe un vide administratif. Toutefois, un grand nombre de certificats étant réalisés pendant les gardes, avec des médecins ne connaissant pas

les défunts, ces recommandations ne pouvaient pas s'appliquer. Le problème du règlement est donc bien réel.

Lors de notre étude, nous n'avons pas pu évaluer précisément la dimension psychologique que revêt la certification de décès. En effet, un travail réalisé à Rennes [30] avait mis en évidence que les médecins vivent la fin de vie de leurs patients avec des sentiments partagés : tristesse, sentiment d'injustice, culpabilité ou indifférence. Ils percevaient avec beaucoup d'acuité l'importance de l'accompagnement de leur patient et celui de la famille. Ils considéraient que la gestion du deuil fait partie de leur travail. Ils bénéficiaient eux-mêmes de peu de soutien en ces circonstances, alors qu'il pouvait y avoir un retentissement professionnel, avec des dérapages clairement élaborés comme le burn out ou encore l'euthanasie, mais aussi un retentissement personnel [31].

D'autre part, nous avons pu montrer que la certification électronique n'était pas connue des médecins généralistes de Picardie à 80,6%. Cette forme de certification semblait difficile à mettre en place en médecine de ville, du fait de la nécessité du matériel (ordinateur avec connexion internet et imprimante). Aucun des médecins répondus n'avait utilisé la certification électronique.

Des modifications du certificat de décès avaient été proposées suite à 14 entretiens avec des médecins généralistes de Saint Etienne [32] :

Ce travail mettait en avant l'importance de s'entretenir avec l'entourage, de joindre le médecin traitant au moment de la certification, de pratiquer un examen physique complet après déshabillage. Les auteurs proposaient également une modification du certificat de décès et une généralisation du certificat de décès électronique. Une autre piste explorée était une intervention plus systématique des médecins légistes, proposition difficile à mettre en place au vu du nombre de ces spécialistes. Ils proposaient également une amélioration de la formation.

Un travail réalisé par entretiens semi-directifs chez dix généralistes d'Ille-et-Vilaine proposait d'autres améliorations [30]:

- une autre formation des étudiants ;
- des formations de type FMC ;
- la création d'un guide de bonne pratique afin de sensibiliser les médecins ;
- une réflexion sur d'éventuelles modifications ou améliorations à apporter au certificat de décès (l'arrivée prochaine d'un nouveau certificat de décès qu'on annonce plus chronophage encore sera l'occasion de mettre en pratique ces recommandations) ;
- une simplification de l'accès au certificat électronique ;
- un élargissement des indications d'autopsie afin de définir de manière exacte les causes du décès et d'éviter les erreurs statistiques et épidémiologiques ;
- une proposition de vérification par les intervenants que la partie administrative est intégralement remplie ;
- l'exigence que le certificat soit bien cacheté quand on leur remet.

Dans le même temps, le Conseil national de l'Ordre des médecins travaille sur la création d'un nouveau certificat de décès. Puisque tout médecin, quelle que soit sa spécialité, doit être en mesure de rédiger un certificat de décès, la nouvelle version devrait être simplifiée. Par exemple, l'une des modifications serait la transformation de la case date et heure du décès par la date et l'heure du constat, étant donné les difficultés à dater un décès de façon fiable.

V. Conclusion

La certification de décès est un acte peu fréquent en médecine générale, cependant, tous les médecins doivent y faire face à un moment ou un autre.

Les médecins considèrent généralement que cet acte est obligatoire. Ce sentiment découle du fait que cette visite est un moment particulier, un « au revoir » au défunt et un moment de deuil avec la famille. De plus, la certification a, en plus de cette composante humaine, un but statistique et médico-légal.

Si le diagnostic de mort est à la portée du médecin généraliste, d'autres éléments semblent lui poser davantage de problèmes. L'estimation de la date et heure du décès ne semble pas pouvoir être fiable au vu de sa complexité. Les causes du décès et les antécédents ne peuvent pas toujours être notés avec certitude lorsqu'il s'agit d'un patient non connu du médecin certificateur. La notion d'obstacle médico-légal et ses recommandations sont mal connues des médecins généralistes. En parallèle, se pose le problème du règlement de cet acte, en particulier lorsque le médecin ne connaît pas le défunt.

Hors de nos frontières, il semble exister le même type de difficultés dans de nombreux pays et sur tous les continents (Italie, Espagne, Belgique, Etats-Unis, Brésil, Inde, Malaisie, Australie, Guinée, Qatar...). En effet, les certificats, ou constats de décès réalisés par des médecins, regroupent les mêmes informations : nom du défunt, lieu et date de décès ou de constatation et surtout, causes du décès. Dans certains pays, comme en France avec l'obstacle médico-légal, il existe une case particulière en cas de mort violente. Dans les autres pays, seul la cause de décès définit le type de mort. On retrouve partout les mêmes difficultés qu'en France, en particulier les difficultés pour déterminer les causes de décès.

La certification de décès est donc loin d'être un acte facile pour les médecins généralistes de Picardie.

Il nous reste à espérer que le nouveau certificat de décès actuellement en préparation permettra de diminuer les difficultés ressenties par les médecins.

Bibliographie

1. Ordre National des médecins ; Constats et certification de décès à domicile ou sur site privé ou public : aspect éthiques et déontologiques ; Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2013, session éthique et déontologique
2. Fanton L., Malicier D. Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation, La revue du Praticien, 2007 ; Vol 57 ; 419-428
3. Manaouil C., Montpellier D., Quelques interrogations pratiques autour du certificat de décès ; Annales Françaises d'Anesthésie et de réanimation ; 2008 ; 27 ; 186-189
4. Roure-Mariotti M-C, Federico-Roure V. 80 certificats et formulaires administratifs médicaux, Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2007, p. 80-85
5. Dr Josat, De la mort et de ses caractères. Nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés, Paris, Ed. Germer Baillière, 1854
6. Légifrance, en ligne, www.legifrance.gouv.fr
7. Plu I., Définition de la mort pour le médecin légiste, Paris, Institut médico-légal
8. Code de déontologie médical, Ordre nationale des médecins, 2012, <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
9. Beauthier J.-P., Boxho P., Traité de médecine légale, Bruxelles, Ed De Boeck ; 2008 ; p. 21-25.
10. Elisseeff A., Dole P., Thanatologie et l'Urgentiste ; Besançon ; 2012 ; en ligne ; www.cfcmu.fr/1/reunions2012/thanatologie-sans-photo.ppt
11. Manaouil C., Decourcelle M., Gignon M., Chatelain D., Jardé O., Le certificat de décès : comment le remplir et pourquoi ?, annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 2007 ; 26 ; p.435-439
12. Ordre national des médecins, Qu'est-ce l'obstacle médico-légal à l'inhumation et quelles sont ses contraintes pour le médecin ? en ligne ; www.comseil-national.medecin.fr/node/1403
13. Canas F., Lorin de la Grandmaison G., Guillou P.-J., Jeunehomme G., Durignon M., Bernard M.-H. ; L'obstacle médico-légal dans le certificat de décès ; La revue du praticien ; 2005 ; Vol 55 ; 587-594
14. Costagliola R., Certificat de décès et obstacle médico-légal ; Toulouse ; 2005

15. Guez-Chailloux M., Puyménil P., Le Bacle C. ; La thanatopraxie : état des pratiques et risques professionnels ; INRS, Documents pour le médecin du travail ; 2005 ; Vol 104 ; 449-469
16. Haut conseil de santé publique ; Avis relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires ; [en ligne] ; Paris ; 2009 ; <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=103>
17. Paysant F., Le certificat de décès ; CHU Rennes ; [en ligne] ; 2007 ; <http://www.medileg.fr/Le-constat-de-deces-regles-et>
18. Bassières-Lion M.-T., Du traitement hebdomadaire des certificats de décès en DDASS ; Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; Rennes ; 2004
19. Manaouil C., Decourcelle M., Gignon M., Jarde O., Certificat de décès électronique, améliorer l'alerte sanitaire ; Le concours médical ; 2006 ; 128 ; 1503-1504
20. Pavillon G., Coilland P., Jouglà E., Mise en place de la certification électronique des causes médicales de décès en France : premier bilan et perspectives ; BEH bulletin épidémiologique hebdomadaire ; 2007 ; n°35-36 ; 306-308
21. Le breton-Lerouvillois G., Rault J.-F., La démographie Médicale en région Picardie, Situation en 2013 ; [en ligne] ; www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf
22. ARS ; Autorité régionale de santé ; Médecins généralistes libéraux ; 2011 ; [en ligne] ; www.ars.picardie.sante.fr/index.php?id=91439
23. Gisquet E., Aouba A., Aubry R., Jouglà E., Rey G., Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008), BEH, 2012, Vol 48, 547-551
24. Daknou R., La rédaction du certificat de décès par les médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes : les difficultés rencontrées ; thèse ; Nice ; 2011
25. Gauthier J., La constatation de décès : les enjeux. Pratique et place des médecins généralistes ; thèse ; Angers ; 2007
26. Giordano A., Modalités de pose de l'obstacle médico-légal en pré-hospitalier : évaluation des pratiques professionnelles dans la région d'Annecy ; thèse ; Grenoble ; 2011
27. Michel E., La fiabilité des causes médicales de décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Institut national de la santé et de la recherche médicale ; 2008
28. Abadie-Peter A-L, Analyse des causes de mortalité mal définies et inconnues en France métropolitaine en 2009. Etude et propositions d'amélioration de la certification de décès ; thèse ; Paris ; 2012

29. Devooght M.-A., Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du patient décédé au domicile : constatation de décès, certificat de décès, certificats post-mortem. Le point sur les internes de Médecine Générale de dernier semestre ; thèse ; Marseille ; 2010
30. Ladevèze M., Levasseur G., Le médecin généraliste et la mort de ses patients ; Pratiques et organisation des soins ; 2010 ; 41 ; 65-72
31. Belouriez G., Décès du malade, deuil du médecin généraliste : vécu et savoir existentiel, un cheminement ; thèse ; Amiens ; 2008
32. Vial-Reyt K., Vallée J., Certification de décès et médecins généralistes : opinions sur les propositions d'amélioration ; La revue du praticien ; 2011 ; 61 ; 1401-1410

Annexe 1 : Certificat de décès

DÉPARTEMENT :

.....

CERTIFICAT DE DÉCÈS

conforme à l'arrêté du 24 décembre 1996

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

COMMUNE :

.....

Code postal

NOM :

Prénoms :

Date de naissance : **Sexe :**

Domicile :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le à heure(s) est réelle et constante (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal (voir 2 au verso)..... OUI NON

Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso)..... OUI NON

– dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso)..... OUI NON

– dans un cercueil simple (voir 5 au verso)..... OUI NON

Obstacle au don du corps (voir 6 au verso)..... OUI NON

Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso)..... OUI NON

Présence de prothèse fonctionnant sur piles (voir 8 au verso)..... OUI NON

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

À le

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

A conserver dans la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire

À REMPLIR ET À CLORE PAR LE MÉDECIN

Renseignements confidentiels et anonymes

Code Postal : Commune de décès :

Code Postal : Commune de domicile :

Date de décès :

Date de naissance :

1. Sexe masculin

2. Sexe féminin

CAUSES DU DÉCÈS

PARTIE I **Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès***

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

a.

due à ou consécutive à : b.

due à ou consécutive à : c.

due à ou consécutive à : d.

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II **Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I**

.....

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

• Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non

Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : Mois Jours

• En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) :

S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? : 1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ? 1. Non 2. Oui, résultat disponible 3. Oui, résultat non disponible

Lieu du décès : 1. Domicile 2. Hôpital 3. Clinique privée 4. Hospice, maison de retraite 5. Voie publique 6. Autre lieu

Exemples

I. a. Septicémie	Intervalle 3 h	I. a. Coma	Intervalle 12 h	I. a. Hémorragie cérébrale	Intervalle 1 h
b. Péritonite	18 h	b. Œdème cérébral	18 h	b. Hypertension	15 a
c. Perforation d'ulcère	3 j	c. Traumatisme cranien	2 j	c.	
d. Ulcère duodénal	?	d. Accident de la route	2 j	d.	

II. Alcoolisme	Intervalle ?	II. a. Noyade	Intervalle -	II. Cancer du sein récidivé	-
I. a. Toxoplasmose cérébrale	20 j	b. Suicide	-	I. a. Détresse respiratoire	5 mn
b. Sida	7 m	c.	-	b. Embolie pulmonaire	5 mn
c.		d.	-	c. Phlébite	?
d.		II. Toxicomanie	-	d. Accouchement	16 j
II. Kaposi, Tuberculose				II. Varices	-

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

IMPORTANT

1. La date et l'heure du décès doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confirmées ultérieurement par l'expertise médico-légale.

2. **Obstacle médico-légal** : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice.

Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :

- don du corps (article R 363-10 du code des communes)
- soins de conservation (article R 363-1 du code des communes)
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé (article R 363-6 du code des communes)
- admission avant mise en bière en chambre funéraire (articles R 361-37 et R 361-38 du code des communes)
- prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (article R 363-11 du code des communes)
- fermeture du cercueil (article R 363-18 du code des communes)
- inhumation (par voie de conséquence)
- crémation (article R 361-42 du code des communes).

Les mêmes opérations funéraires sont suspendues lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des blessures pour un pensionné de guerre).

3. **Mise en bière immédiate** : maladies contagieuses (arrêté santé du 17 novembre 1986, J.O. R.F. du 20 décembre 1986) ; maladies épidémiques ou mauvais état du corps (article R 363-19 du code des communes). La nature du cercueil imposé en fonction de la maladie est indiquée aux points 4 et 5 ci-après.

Les opérations funéraires suivantes sont impossibles :

- don du corps
- soins de conservation
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt
- admission avant mise en bière en chambre funéraire
- prélèvement en vue de rechercher les causes du décès (article R 363-11 du code des communes)

4. **Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : varioles et autres orthopoxviroses ; choléra ; charbon ; fièvres hémorragiques virales.

5. **Mise en bière immédiate dans un cercueil simple** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : peste ; hépatites virales sauf hépatite A confirmée ; rage ; Sida.

6. **Don du corps** : (article R 360-10 du code des communes) : impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse. La carte de donateur doit être demandée.

7. **Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** : (article R 363-11 du code des communes) : à la demande du médecin qui constate le décès (impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse) ; à la demande du préfet (article R 363-20 du code des communes).

8. **Prothèse** : (article R 363-16 du code des communes) : toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière. Toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile doit être enlevée avant la crémation.

Ne doit être ouvert que par
le Médecin de la Santé Publique
attaché à la Direction Départementale
des Affaires Sanitaires et Sociales

Préfecture du Département

Document confidentiel
à détacher et à joindre au bulletin d'état civil correspondant, au
moment de l'envoi au Médecin de la Santé Publique attaché à la
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
Ne doit être ouvert que par le Médecin de la Santé Publique
attaché à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

(À remplir par la Mairie)

N° D'ORDRE DU DÉCÈS

N° DE L'ACTE

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Code :

Certification de décès

1. **Participez-vous aux gardes ?** Oui Non
2. **Fréquence de rédaction des certificats de décès par an (approximativement) :**
 Aucun Moins de 5 Entre 5 et 10 Plus de 10
3. **En cas de décès évident et bien que la rédaction du certificat de décès ne fasse pas partie de la permanence des soins, acceptez-vous de vous rendre à domicile pour réaliser cet acte?**
 Oui Non
4. **Considérez-vous que se rendre sur place pour rédiger un certificat de décès soit (choix multiples possibles) :**
 Urgent Obligatoire Inutile Une perte de temps
5. **De quelle manière vérifiez-vous l'identité du défunt ?**
 Papiers d'identité Dires des proches
 Autre :
6. **Avez-vous déjà ressenti des difficultés à déterminer le décès comme étant réel et constant?**
 Oui Non
7. **Quels critères utilisez-vous pour définir la date et l'heure d'un décès (plusieurs choix possibles) ?**
 Rigidité Température Aspect général Dires des proches
 Autres :
8. **Examinez-vous complètement le corps :**
 Jamais Parfois Souvent Systématiquement
9. **En présence des proches :**
 Jamais Parfois Souvent Toujours
10. **Vous sentez vous «à l'aise» lors de l'examen du corps (de 1 pas du tout à l'aise à 6 tout à fait à l'aise)?**
⇒ Sur le plan psychologique :
Pas du tout à l'aise 1 2 3 4 5 6 tout à fait à l'aise
⇒ Sur le plan technique :
Pas du tout à l'aise 1 2 3 4 5 6 tout à fait à l'aise
11. **Avez-vous déjà rédigé un certificat de décès avec Obstacle médico-légal?**
 Oui Non
↳ Si **Oui**, avez-vous le plus souvent :
 Appelé un officier de police judiciaire Appelé le procureur de la république
 Donné le certificat à la famille
 Autre :
12. **Avez-vous déjà eu des difficultés à évaluer s'il fallait cocher l'obstacle médico-légal ?**
 Oui Non

13. Cochez-vous l'obstacle médico-légal en cas :

	Oui	Non	Ne sais pas
D'homicide ou de suspicion d'homicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mort subite inattendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De suspicion de mauvais traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un accident de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un accident de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un accident domestique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une catastrophe naturelle ou technologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un décès en détention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un corps non identifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Éprouvez-vous des difficultés à cocher l'obstacle médico-légal ?

Oui Non

↳ Si **Oui**, pourquoi?

- Ignorance de ce que couvre la notion médico-légal
- Crainte d'être impliqué personnellement dans une procédure
- Crainte des conséquences pour la famille ou les proches du défunt (*ouverture d'une enquête, interrogatoire...*)
- Autre :

15. Connaissez-vous les conséquences d'un obstacle médico-légal ? Oui Non

16. Complétez-vous entièrement (avec signature) le certificat de décès en cas d'obstacle médico-légal? Oui Non

17. Avez-vous déjà eu le sentiment d'être influencé lors de la rédaction du certificat de décès ?

Oui Non

↳ Si **Oui** :

- Par un Officier de police judiciaire Par la famille du défunt
- Par un proche Par les pompes funèbres
- Autre :

18. Connaissez-vous les recommandations concernant la mise en bière immédiate ?

Oui Non

19. Connaissez-vous les situations dans lesquelles l'obstacle au don du corps doit être coché ?

Oui Non

20. Vérifiez-vous systématiquement la présence d'une prothèse fonctionnant à pile ?

Oui Non

↳ Si **Oui**, comment ?

- Vérification clinique Dire des proches
- Autre :

21. Avez-vous déjà retiré une prothèse fonctionnant à pile en exercice de ville ?

Oui Non

22. Avez-vous déjà rencontré des difficultés à identifier la cause de la mort ?
 Oui Non
23. Arrivez-vous à estimer les délais d'apparition des différentes causes ayant entraîné la mort ?
 Oui Non
24. Appelez-vous systématiquement le médecin traitant du défunt s'il s'agit d'une personne que vous ne connaissez pas? Oui Non
25. Cachetez-vous systématiquement le certificat de décès ? Oui Non
26. En général, avez-vous des difficultés à remplir le certificat de décès (de 1 jamais à 6 toujours)
Jamais 1 2 3 4 5 6 toujours
27. Comment vous faites-vous rémunérer lors d'une visite pour décès en dehors d'une réquisition?
 En tiers payant par le défunt (carte vitale) Par les proches
 Vous ne vous faites pas payer
Pourquoi :
28. Connaissez-vous la certification de décès électronique ?
 Oui Non
↳ Si **Oui**, l'avez-vous déjà utilisé? Oui Non
29. Pensez-vous que la certification électronique soit adaptée à la médecine de ville?
 Oui Non
Pourquoi :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Lieu d'exercice :	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Urbain	<input type="checkbox"/> -urbain
- Votre âge:	ans		
- Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	
- Avez-vous participé à une formation en médecine légale dans les 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
↳ Si Oui , laquelle :			
	<input type="checkbox"/> EPU	<input type="checkbox"/> Capacité de médecine légale:	
	<input type="checkbox"/> Autre :		

Annexe 3 : Courrier

Cécile Moffroid
29 Rue Milton
80 000 Amiens
Tel : 06.42.73.04.56
Mail : c.moffroid@hotmail.fr

Amiens, le XXX septembre 2014

Docteur,

Je réalise actuellement mon travail de thèse sur « l'évaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès » sous la direction du Dr Patrice Nougéin.

Le but de ce travail est d'avoir un aperçu des pratiques habituelles des médecins généralistes de Picardie lors de la réalisation des certificats de décès, afin d'identifier d'éventuelles difficultés.

Pour ce faire, je vous remercie de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint et de le retourner via l'enveloppe T avant le 6 octobre 2014.

Vous remerciant par avance de votre participation.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Cécile Moffroid

Annexe 4 : Détails de la question « Comment vous faites-vous rémunérer lors d'une visite pour décès ? Pourquoi ? »

- Pas élégant même si perte de temps (vous ne vous faites pas payer)
- ça dépend de la situation
- Les trois, tout dépend des circonstances
- Auparavant, je ne me faisais pas payer il y a 17 ans ! Depuis j'ai changé : tout acte mérite salaire car des fois c'est à 20-25 km de mon cabinet en garde ou auparavant cela pouvait avoir lieu en « nuit profonde ».
- C'est assez traumatisant comme ça pour la famille. Il faut qu'elle finance l'enterrement. C'est plus humain comme ça pour le médecin de famille.
- C'est gênant de demander le règlement ou la carte vitale. (vous ne vous faites pas payer)
- C'est toujours un de mes anciens malades. (vous ne vous faites pas payer)
- C'est un « au revoir » à plus forte raison si c'est un de mes patients (vous ne vous faites pas payer)
- ça dépend du contexte
- ça fait 20 ans que je ne me fait pas payer, c'est indécent.
- Car c'est la tradition (sauf CMU car il n'y a pas de petit profit). (vous ne vous faites pas payer)
- Car j'estime, s'agissant de mes patients que cet acte est gratuit
- Car je ne signe que pour mes patients et c'est un moment de recueillement avec les proches. (vous ne vous faites pas payer)
- Cela dépend des cas
- Certains proches ont refusé de payer (vous ne vous faites pas payer / par les proches)
- Décès de mes patients = devoir . (vous ne vous faites pas payer)
- Déontologie (vous ne vous faites pas payer)
- Déplacé de demander à se faire payer dans cette circonstance, fait partie des missions à titre gratuit du médecin
- En tiers payant si la caisse accepte car récemment refus de celle-ci
- En tiers payant en cas de réquisition, pas de paiement si c'est un de mes patients
- Ethique et tradition (vous ne vous faites pas payer)
- Habitude (vous ne vous faites pas payer)
- Honnêtement, ça ne m'est jamais venu à l'esprit ! (vous ne vous faites pas payer)

- il semblerait logique que cet acte d'état civil soit pris en charge par l'Etat et non par la famille avec une cotation spécifique et lucrative. (en tiers payant)
- Indécent (vous ne vous faites pas payer)
- Je me fais payer le prix d'une visite sans IK ni majoration car tout travail mérite salaire (j'ai déjà fait 50 km aller-retour pour un certificat de décès à 33 euros ce n'est pas cher payé...)
- Je ne me fais pas payer si c'est un de mes patients, sinon, en tiers payant
- Je ne vais pas demander d'argent lors de l'annonce d'un décès (vous ne vous faites pas payer)
- Je trouve cela indécent de demander une rémunération à des proches en deuil, d'autant plus que le tarif V+MD me paraît disproportionné dans ce cas
- La PDSA (vous ne vous faites pas payer)
- La plupart du temps c'est un de mes patients que j'ai suivi jusqu'à la fin. Je ne trouve pas cela élégant, le constat de décès me sert à ce moment-là pour présenter mes condoléances. (vous ne vous faites pas payer)
- La situation ne m'autorise pas, moralement à parler d'argent (vous ne vous faites pas payer)
- Les 3 possibles
- Lorsque c'est un patient que j'ai soigné (vous ne vous faites pas payer)
- Mes patients (vous ne vous faites pas payer)
- Moralité (vous ne vous faites pas payer)
- Je ne me fais pas payer s'il s'agit d'un de mes patients. Paiement par les proches si ils me le proposent sinon je n'ose pas réclamer dans ces circonstances.
- Non payant, pas de nomenclature (vous ne vous faites pas payer)
- Paiement par les proches s'ils le proposent
- Paiement par les proches si patient non connu, pas de paiement si c'est un de mes patients
- Paiement si patient inconnu
- Paiement par les proches si rédaction dans le cadre d'une garde, je ne me fais pas payer s'il s'agit d'un de mes patients
- Par principe (vous ne vous faites pas payer)
- Par principe, depuis que je suis installé je ne me fais pas régler cet acte
- Par pudeur, il m'arrive parfois de me faire payer en tiers payant (vous ne vous faites pas payer)
- Par respect pour la vie et pour les proches du défunt présents (vous ne vous faites pas payer)

- Parce que malheureusement la sécurité sociale ne rembourse pas la rédaction d'un certificat de décès et que c'est une circonstance où il est délicat de demander des honoraires (vous ne vous faites pas payer)
- Pas d'acte connu à ce jour, je crois ! (vous ne vous faites pas payer)
- Pas de paiement pour les familles/patients connus. Je me fais régler en garde pour les personnes inconnues (du temps où les gardes se faisaient à domicile)
- Pas de paiement si un de mes patients
- Pas de règlement si dans ma clientèle
- Règlement s'ils ont de quoi payer. En cas de réquisition par les gendarmes nous ne sommes jamais payés même si l'on remplit les formulaires
- Respect des familles (vous ne vous faites pas payer)
- S'il s'agit de mes patients, pas de paiement
- Se faire rémunérer pour un décès me paraît indécent
- Selon les circonstances, personne décédée (patient suivi depuis longtemps), famille que l'on connaît bien (médecin de famille) (par les proches / en tiers payant)
- Si c'est un de mes patients, pas de paiement, conformément aux recommandations de l'Ordre
- Si c'est un patient de ma clientèle je ne fais pas payer. Les autres, c'est selon !
- Si connaissance de la famille, je ne fais pas payer (vous ne vous faites pas payer / en tiers payant)
- Tradition déontologique – acte non remboursé par la CPAM (vous ne vous faites pas payer)
- Usage (vous ne vous faites pas payer)

Annexe 5 : Détails des réponses « Pensez-vous que la certification électronique de décès soit adaptée à la médecine de ville ? Pourquoi ? »

- Ne sait pas
- Je ne sais pas
- Pourquoi pas
- Cela n'empêche probablement pas la forme papier
- Certificat fait en visite ! Pas de portable !
- Certificat fait en visite, besoin du certificat rapidement pour les pompes funèbres
- DC à domicile le plus souvent
- Décès à domicile, ordinateur au cabinet
- Difficile car il faudrait être en possession de beaucoup d'éléments que l'on n'a pas forcément une fois devant son ordinateur !!!
- Données administratives du patient à son domicile
- En milieu rural la famille réclame toujours le certificat à la demande des secrétaires de Mairie qui ne semblent pas en connaître l'existence
- Exercice rural = pas évident
- Je n'ai pas d'ordinateur sur moi en visite
- Je ne connais pas
- Je ne connais pas assez l'informatique
- L'informatisation est encore insuffisante
- Le médecin est déjà trop mis à contribution, pas payé...
- Matériel ?
- Matériel informatique
- Matériel informatique à transporter ?
- Ne dispose pas d'informatique au domicile de la personne
- Nécessité d'avoir un ordinateur portable à portée et une connexion internet en visite
- Nécessité de recueillir avec le plus grand soin les données et de le faire depuis son poste de travail au cabinet, y compris la nuit
- Nous n'avons pas d'ordinateur sur nous en visite

- NSP
- On n'est pas le médecin traitant du patient. Je crois qu'il faut sa carte vitale
- Ordi + imprimante !!
- Outils informatique mal adapté
- Parce que nous n'avons pas de PC en visite
- Pas d'accès en visite
- Pas d'ordinateur en visite
- Pas d'ordinateur sur place
- Pas pratique en ambulatoire et PDS
- Pourquoi pas si nous sommes équipés en internet avec un protocole à domicile, sur smartphone si possible, tablettes encore peu présentes
- Rédaction au domicile
- Sans avis
- Simple, nous sommes tous informatisés
- un gain de temps administratif dans des cas où l'obstacle médico-légal ne se présente pas
- Voir conditions requises

Annexe 6 : Détails des commentaires :

- Ancien urgentiste donc formé à la rédaction du certificat de décès et habitué aux réquisitions pour prélèvements post mortem et gérer la détresse familiale en cas d'annonce de décès brutal
- Bon courage. N'hésite pas à envoyer les résultats de l'étude
- Il devrait y avoir la lettre clef pour le certificat avec rémunération correcte vu le temps passé à rassurer la famille et faire l'administratif. 50 euros seraient un minimum
- Il est purement scandaleux qu'une visite pour certificat de décès soit payante. Cependant un médecin libéral ne peut travailler gratuitement. Il serait intéressant qu'une cotation spécifique existe (V-DCD) sur le TPE afin que la sécu prenne en charge cette dernière visite (avec le nombre de CMU et d'AME que l'état prend en charge, cela ne changera pas grand-chose)
- Il faudrait une législation précise et qu'elle soit communiquée à tous les assurés sociaux pour le paiement. Toujours un problème de remplir la cause du décès quand il s'agit d'une personne âgée et de faire la relation avec les pathologies en cours.
- Je n'ai eu à remplir que très peu de certificats de décès, le questionnaire est donc peu adapté
- Je n'ai pas répondu à la question 16 car je n'ai jamais eu à le faire
- Je ne fais un certificat de décès que pour mes patients que je connais bien (Suivi, HAD)
- Je ne pratique plus ce type d'acte sauf pour un patient que je connais et suis depuis longtemps et pour lequel je suis certain des causes du décès. Pour un défunt inconnu je refuse ce type de rédaction me targuant de l'absence de formation. En cas de réquisition, je rédige un certificat mentionnant toutes les réserves et me déclarant incompetent dans ce domaine. Sauf cas très particulier (patient ultra connu) je me déclare absolument incapable de rédiger cet acte (lourd de conséquences) et avoue sans problème mon absence totale de formation dans ce domaine ! Absence que je n'ai nulle intention de combler. Cela ne m'intéresse pas !!!
- Je ne suis jamais le médecin traitant. Il faudrait un forfait pour le certificat car il arrive d'en faire plusieurs gratuitement le week-end. Gratuitement !! C'est limite
- Je suis étonné qu'un certificat de décès dans une maison de retraite nécessite le déplacement d'un médecin de ville qui ne connaît pas le malade. Alors qu'un médecin hospitalier qui exerce dans l'hôpital ne peut se déplacer. Je suis médecin libéral qui se déplace par l'autoroute pour faire les papiers que le médecin du SAMU ne peut faire. Le médecin de ville est-il spécialiste ? ou sont-ils les LARBINS des médecins hospitaliers ??? Je suis un médecin en colère
- Le certificat de décès devrait faire l'objet d'un tiers payant, pris en charge intégralement par la sécurité sociale (ALD ou non) surtout lors de la permanence des soins. Le médecin généraliste à la formation pour constater le décès mais il n'a pas les compétences pour déterminer la cause exacte de manière clinique objective
- Le certificat de décès comme celui de naissance est un acte médico-légal où le médecin joue son rôle. Il n'y a pas d'urgence à cela (Mairie ouverte parfois à temps partiel) mais la famille est « sur les dents »

- Le plus difficile dans le certificat de décès c'est de préciser la cause du décès quand il s'agit d'une mort naturelle manifeste mais brutale et inattendue, IDM ? EP ? trouble du rythme cardiaque ? Comment être sûr ?
- Merci pour ce thème certes par très gai mais dont beaucoup de zones d'ombre restent à éclairer
- Merci pour ton travail, je me suis formé sur les OML le soir même
- Mes réponses sont sans doute un peu biaisées puisque je n'ai pour l'instant rempli des certificats que pour des décès attendus
- NB : étant donné le nombre de décès survenant chaque année, se serait bien qu'un légiste fasse ce travail très spécial pour que l'examen du corps soit réalisé dans les règles de l'art en tant qu'auxiliaire du service public
- Nous avons été écartés (sans concertation) des gardes de notre ville => je ne signe que très rarement ce document
- Partie médicale mal présentée, difficile à comprendre et à remplir
- Plus de certificats de décès me concernant dans ma zone rurale et seulement si je connais le patient, je ne suis pas formé pour ce type de certificat et je mettrais systématiquement un OML dans les autres circonstances.
- Que fait-on des prothèses fonctionnant à pile puisque personne n'en veut... !!
- Si on ne connaît pas le patient, c'est quasiment impossible de faire le certificat de décès et on attend le médecin traitant le lendemain matin
- Très fonction de patient dont je suis médecin traitant et des autres. Très difficile d'appliquer la théorie sur le terrain en tant que médecin généraliste, plus facile pour un médecin légiste sans relation avant et après avec les proches. Probablement assez facile de maquiller un crime !
- un certificat de décès bien payé par une instance administrative rendrait sa noblesse à cet acte si important où nous engageons notre responsabilité avec des conséquences judiciaires lourdes

Evaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès

Résumé :

Introduction : Le certificat de décès a plusieurs objectifs : vérifier la réalité du décès, évaluer le risque de décès suspect, réaliser des statistiques de morbi-mortalité. Nous avons décidé d'évaluer les pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative prospective par questionnaire adressé par voie postale à des médecins généralistes de Picardie.

Résultats : Nous avons reçu 144 réponses soit 24 % de réponse. 68,8% des médecins généralistes font moins de 5 certificats de décès par an. 83,3% se déplaçaient au domicile pour réaliser cet acte bien qu'il ne fasse pas partie de la permanence des soins. 72,9% des médecins se fiaient aux dires des proches pour déterminer la date et l'heure de décès. 11,8% n'examinaient jamais le corps. 44,4% ont déjà eu des difficultés pour évaluer s'il fallait cocher l'obstacle médico-légal (OML). 39,6% ont eu des difficultés à cocher l'OML dont 70,2% par ignorance de ce que couvre la notion d'OML. 77,8% avait des difficultés à identifier la cause de la mort.

Discussion : La certification de décès est un acte peu fréquent et pose plusieurs problèmes. L'OML est mal connu des médecins répondeurs que ce soit les recommandations comme les conséquences de l'OML. Déterminer la cause du décès était très difficile ainsi qu'estimer la date et l'heure du décès alors que l'examen du corps n'est pas toujours systématique. Le règlement de l'acte est également problématique.

Conclusion : Le certificat de décès a posé des difficultés aux médecins généralistes et devrait être simplifié dans sa prochaine version qui est en cours d'élaboration.

Mots-clés : certificats de décès – médecins généralistes – mort – cause de décès – épidémiologie – médecine légale

Evaluation of Picardy GPs practices on the death certificate

Abstract :

Introduction: The death certificate has several objectives: to verify the reality of death, assess the risk of suspicious deaths, make morbidity and mortality statistics. We decided to evaluate the practices of Picardie GPs on the death certificate.

Materials and Methods: We performed a prospective quantitative study with questionnaires sent by post to general practitioners in Picardy.

Results: We received 144 responses or 24% response. 68.8% of GPs do less than 5 death certificates per year. 83.3% moved home to perform this act although it is not part of the continuity of care. 72.9% of physicians relied on the statements of the relatives to determine the date and time of death. 11.8% never examined the body. 44.4% have had difficulties in assessing whether to check the forensic obstacle (OML). 39.6% had difficulties box OML including 70.2% of ignorance that covers the notion of OML. 77.8% had difficulty identifying the cause of death.

Discussion: Death certification is an uncommon act and poses several problems. OML is not well known doctors answering whether the recommendations as the consequences of the OML. Determine the cause of death was very hard and to estimate the date and time of death while the examination of the body is not always consistent. The regulation of the act is also problematic.

Conclusion: The death certificate has been challenging for general practitioners and should be simplified in its next version is being developed.

Keywords : Death certificates – General Practitioners – Cause of death – Forensic Medicine – Death