HAL
open science

Le constat de décès en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes aquitains

Quentin Lecourt

▶ **To cite this version:**

Quentin Lecourt. Le constat de décès en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes aquitains. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03192198

HAL Id: dumas-03192198

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03192198v1

Submitted on 7 Apr 2021

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 BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Année 2021 **Thèse n°21**

Présentée et soutenue publiquement
Le 18 mars 2021 à Bordeaux
Par Quentin LECOURT
Né le 06 mai 1991 à Paris

Le constat de décès en médecine générale

Étude qualitative auprès de médecins généralistes aquitains

Sous la direction du Docteur Édouard BONTOUX

Rapporteur : Professeur François PETREGNE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Examinateur
Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON	Examinateur
Monsieur le Docteur Julien COMTE	Examinateur
Monsieur le Docteur Édouard BONTOUX	Directeur

REMERCIEMENTS

À mes maîtres,
Monsieur le **Professeur Jean-Philippe JOSEPH**, qui me fait l'honneur de présider le jury,
Monsieur le **Professeur William DURIEUX**,
Monsieur le **Docteur Emmanuel PROTHON**,
Monsieur le **Docteur Julien COMTE**,
Pour avoir accepté de composer le jury de cette thèse.

À mon directeur, Monsieur le **Docteur Edouard BONTOUX**, pour ton aide précieuse et ta grande disponibilité tout au long de ce travail de thèse.

À Monsieur le **Professeur François PETREGNE**, pour avoir accepter d'être le rapporteur de ce travail de thèse. Soyez-assurez de ma gratitude.

À l'ensemble des médecins que j'ai côtoyé au cours de mes études et qui ont participé à ma formation au cours de ces dernières années.

À mes grands-parents **Colette, Huguette et Marcel**, et mes parents **Bénédicte** et **Philippe**, pour votre soutien, votre éducation et votre amour.

À ma sœur, **Stéphanie**, pour ton aide et ton soutien sans faille. A **Thomas** et mes neveux, **Gaspard, Basile, Léon et Joseph**. Vous retrouver est toujours une immense joie.

À **Marie**, pour tous ces moments passés en ta compagnie et ceux à venir (et la relecture des fautes d'orthographe).

À l'ensemble de la famille **Lévy**, pour ces bons moments en votre compagnie.

À mes amis d'enfance, **Ariane, Charles-Luc, Julien, Lauren, Maxime et Quentin,** pour être toujours présents depuis tant d'années.

À mes amis d'externat, **Christine, Florian, Justine, Timothée et Marius,** pour l'ensemble des FOLIES passées et futures.

À mes amis d'internat et de Bordeaux**, Claire-Morgane, Ines, Olivier, Séverine, Xavier, Sarah, Emilie, Valérian et tous les autres.** J'espère vous avoir à mes côtés encore longtemps.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **5**
I- Historique 5
II- Contexte 5
III- Justification 7
MATERIEL ET MÉTHODES **9**
I – Population d'étude, recrutement et échantillonnage 9
II – Élaboration du guide d'entretien 9
III – Réalisations des entretiens 10
IV – Recueil et analyses des données 10
RÉSULTATS **11**
I – Contexte du décès 12
A – Décès « attendu » 12
B – Décès d'une personne âgée 12
C– Patient du médecin 13
D– Patient non connu du médecin 14
II – Interactions du médecin avec les différents intervenants 14
A – Famille et entourage du défunt 14
B – Infirmiers dipômés d'état 15
C – Forces de l'ordre 16
D – Le service d'aide médicale urgente (SAMU) 16
III – Intervention du médecin et réalisation du constat de décès 17
A – Diagnostic de la mort 17
B – Recherche de la cause du décès 17
C – Détermination d'un obstacle médico-légal 18
D – Rédaction du certificat de décès 19
IV – Gestion administrative du constat de décès 20
A – Intégration du constat de décès dans l'activité du médecin généraliste 20
B – Support du certificat de décès 20
C– Rémunération de l'acte 21
VI – Vécu du constat de décès par le médecin généraliste 21
A – Place du constat de décès dans l'activité du médecin généraliste 21
B – Légitimité du médecin généraliste 22
C – Vécu émotionnel 22
D – Aspect médico-légal 23
VII – Carte heuristique 24
DISCUSSION **25**
I – Forces et limites de l'étude 25
A- Forces 25
B- Limites 25
II – Objectif principal 25
III – Perspectives d'améliorations 29
CONCLUSION **30**
ANNEXES **31**
BIBLIOGRAPHIE **40**

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS: agence régionale de santé.

DPC: développement professionnel continu.

EHPAD: établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

HAD: hospitalisation à domicile.

IDE: infirmier diplômé d'état.

INSERM: institut national de la santé et de la recherche médicale.

OML: obstacle médico-légal.

OMS: organisation mondiale de la santé.

OPJ: officier de police judiciaire.

SAMU: service d'aide médicale urgente.

INTRODUCTION

I- Historique

En France, lorsqu'une personne meurt, le décès doit être constaté par un médecin (1). Cette présence médicale n'est devenue obligatoire que récemment. Au Moyen-âge, la mort est considérée comme l'instant où l'âme quitte le corps. Les prêtres sont les acteurs principaux et veillent au respect des rituels religieux aux côtés des mourants. Au XVIe siècle et parallèlement aux progrès de la médecine, la physiologie de la mort et ses signes cliniques deviennent un sujet d'étude (2,3). Lors de l'instauration de l'état civil en 1792, c'est l'officier d'état civil qui est chargé de constater la mort et de délivrer un permis d'inhumer. En 1801, pour éviter des inhumations prématurées, le Code civil impose un délai de 24 heures avant l'inhumation. Ce n'est qu'au cours du XIXe siècle, que la présence d'un médecin s'impose, et le certificat médical de décès devient nécessaire par une circulaire de 1866. Cela n'est pas toujours respecté, il est rendu obligatoire par la loi de 1960, suites aux avancées de la réanimation médicale et du prélèvement d'organe, où différentes définitions de la mort son nécessaires (4).

II- Contexte

En 2020, le constat de décès est obligatoirement réalisé par un médecin (5). Les Codes civil et pénal ne donnent pas de définition légale de la mort. Une personne est déclarée décédée quand le médecin qui constate le décès certifie qu'elle est morte. Il n'existe plus d'obligation d'utiliser une des méthodes prévues par la loi pour confirmer la mort (circulaire du 03 février 1948 et du 19 septembre 1958), telle que l'artériotomie temporale ou radiale, le test à la fluorescéine d'Icard, et le test à l'éther. Le médecin utilise des signes cliniques pour déterminer que la mort est réelle et constante, par la recherche des signes négatifs de la vie et des signes positifs de la mort. Les signes négatifs de la vie sont l'arrêt des fonctions cérébrales, de l'activité respiratoire et de l'activité cardio-vasculaire. Les signes positifs de la mort, aussi appelés phénomènes cadavériques, sont les lividités, la rigidité cadavérique, le refroidissement corporel, la déshydratation et la putréfaction (6).

Le constat de décès ne se limite pas au diagnostic de la mort. Depuis 1968, la cause du décès et les maladies associées doivent être recherchées dans le but d'une veille épidémiologique par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (1). Il doit également établir les circonstances du décès, pour différencier une mort naturelle, d'une mort violente (accident, suicide ou crime), d'une mort suspecte (possibilité d'intervention d'un tiers) (6,7). Lors d'une mort violente, suspecte, ou inconnue, le médecin établit la présence d'un obstacle médico-légal (OML), et les opérations funéraires sont suspendues. L'OML est encadré par l'article 74 du code de procédure pénale et l'article 81 du code civil (8,9). Dans ce cas, le médecin doit prendre contact avec un officier de police judiciaire (OPJ), qui doit se transporter sans délai sur les lieux, procéder aux premières constatations et informer le procureur de la république. Le médecin qui constate le décès doit également rechercher d'autres obstacles aux opérations funéraires, tels que la présence de certaines pathologies infectieuses, ou la présence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (10).

Au terme du constat de décès, le médecin rédige un certificat de décès, ou apparaîtront les conclusions de son intervention. C'est une obligation administrative qui autorise la fermeture du cercueil (1). L'établissement de ce certificat est la base juridique du constat de la mort. La personnalité juridique disparait, l'être humain passe du statut de personne à celui de cadavre. Le certificat de décès est composé de deux volets. Le premier volet du certificat de décès est administratif et nominatif, destiné à l'opérateur funéraire, avec les autorisations et conditions de mise en bière. Il est également destiné à la mairie, pour la tenue des registres d'état civil. Le deuxième volet médical est anonyme, il est destiné à la surveillance épidémiologique pour l'établissement de données de santé publique sur la morbi-mortalité des maladies. Pour obtenir des certificats papiers vierges, le médecin fait la demande auprès de l'agence régionale de santé (ARS) de sa région (11). Suite au décret 2006-938 du 27 juillet 2006, il peut être également fait par voie électronique (12). Seulement 15% des certificats de décès de Nouvelle-Aquitaine en 2015 étaient réalisés par voie électronique (13).

La rémunération du médecin pour cet acte est codifiée uniquement dans le cadre d'une intervention lors de la permanence des soins, ou en zone de revitalisation rurale, selon le décret n°2017-1002 du 10 mai 2017 (14). Le médecin est alors rémunéré 100 € par sa caisse de rattachement. En dehors de ce cadre précis, il n'existe pas de cotation (15).

Il n'existe pas de consensus international sur le constat de décès. Cependant, des recommandations existent, comme le modèle international de certificat médical de la cause du

décès, dicté par l'organisation mondiale de la santé (OMS), qui explique la façon dont doit être présenté l'enchainement des évènements ayant provoqué la mort. Il existe également des recommandations européennes pour aider à la détermination de l'OML (16). Le constat de décès varie entre les pays. En Angleterre, par exemple, la place du médecin traitant dans le constat de décès est primordiale. Il en est légalement responsable, y compris hors période de garde. A défaut, s'il ne peut pas être présent, son nom pourra être indiqué sur le certificat de décès (17). Aux États-Unis, en Caroline du Nord, lorsqu'un patient décède aux urgences, il est demandé au médecin traitant du patient de remplir son certificat de décès (18). A défaut, les infirmiers, sous la supervision des médecins hospitaliers du service, peuvent remplir les certificats de décès (18). Ce rôle donné aux infirmiers est également mis en avant dans certaines provinces canadiennes. En Ontario, depuis 1991, dans le but de limiter des délais longs et éprouvant pour l'entourage, lorsqu'un décès est prévisible et attendu, l'infirmier qui a suivi le patient, avec accord du médecin, peut réaliser le constat de décès (19).

III- Justification

En 2016, sur les 594 000 décès survenus en France, 26% des décès ont été constatés au domicile et 14% en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (20). Bien qu'une partie soit partagée avec les médecins urgentistes et les médecins coordinateurs d'EHPAD, le constat des décès est un des nombreux « rôles » du médecin généraliste, notamment lorsque cela concerne ses patients (15). Pour autant, il n'est pas toujours aisé de trouver un médecin qui accepte de se déplacer au chevet d'un patient décédé (21,22). Pour répondre à ce dysfonctionnement, les modalités de certification du constat de décès ont été aménagées. D'une part sur le plan financier par rémunération forfaitaire et d'autre part grâce à l'élargissement des professionnels pouvant établir le certificat de décès : étudiants en cours de troisième cycle des études de médecine en France et praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine (5).

Lorsque l'on interroge des médecins sur la prise en charge de la fin de vie de leurs patients, ils considèrent qu'elle fait partie de leur travail, avec des sentiments partagés : tristesse, parfois culpabilité, et également la satisfaction d'avoir accompli son travail (23,24). Concernant le constat de décès, la plupart des études s'intéressent essentiellement au certificat de décès et montrent des erreurs de rédaction fréquentes, notamment sur la cause du décès et les

informations funéraires, par manque de connaissance théorique (25,26). De même, des études sur l'OML ont montré que les médecins généralistes avaient des difficultés pour le poser, par manque de connaissances du cadre médico-légal et des recommandations (27,28).

Le constat de décès est un acte singulier dans la pratique du médecin généraliste. La formation au constat de décès n'est pas uniforme, et les pratiques sont diverses, avec une place importante laissée à l'expérience (29). Bien qu'aucun texte n'impose de délai, la réalisation d'un constat de décès demande une intervention, parfois longue et fastidieuse, dans un délai raisonnable (15).

Ainsi les difficultés autour du constat de décès semblent variées, et leurs origines diverses. L'objectif principal de ce travail de thèse est d'explorer le constat de décès en médecine générale. L'objectif secondaire est de proposer des perspectives d'amélioration de la réalisation du constat de décès en médecine générale.

MATERIEL ET MÉTHODES

Issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative appliquée au champ de la santé a pour objet spécifique d'étudier des points de vue, des représentations, des comportements et de déterminants. Elle peut permettre également d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins (soignants, patients, aidants) qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux ou émergents. Plus globalement, elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux et culturels dans leur contexte « naturel ». Il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombres, ni de quantifier des comportements, mais de décrire les actions individuelles ou collectives et éventuellement d'en saisir le sens. Il s'agit donc de prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension (30).

La question de recherche étant d'explorer le vécu des médecins généralistes lors du constat de décès, parmi les différentes perspectives théoriques de l'approche qualitative, l'analyse thématique de contenu nous semble la plus appropriée. Elle a pour but de transformer le texte multiforme et varié d'un entretien en une analyse unique et originale de son contenu autour de ses thèmes et sous-thèmes (31).

I – Population d'étude, recrutement et échantillonnage

La population cible était les médecins généralistes libéraux d'Aquitaine. Pour effectuer le recrutement, nous avons tout d'abord consulté la carte de densité médicale des médecins généralistes libéraux d'Aquitaine délivré par l'ARS en 2018 (32). En plus de la zone de densité médicale, l'échantillonnage ciblé a également pris en compte le sexe, l'âge, le type d'activité et la structure de travail. Nous avons contacté par téléphone des médecins généralistes pour leur présenter le travail de recherche, leur proposer de participer et planifier un rendez-vous.

II – Élaboration du guide d'entretien

L'élaboration du guide d'entretien a été effectuée en collaboration avec le directeur de thèse, après des recherches bibliographiques sur la méthode qualitative et sur le sujet. Nous avons utilisé un guide d'entretien exploratoire pour les premiers entretiens individuels. Après chaque

entretien, nous avons réalisé une autocritique, ce qui nous a conduit à faire évoluer notre guide. Le guide a ainsi été modifié trois fois, les différentes versions sont présentées en annexe (annexes 2, 3).

III – Réalisations des entretiens

Après un premier contact téléphonique, nous avons convenu d'un rendez-vous pour un entretien individuel sur le lieu de travail des médecins généralistes interrogés. Les entretiens individuels étaient enregistrés. Compte-tenu du contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID 19, des entretiens ont été réalisés par téléphone.

IV – Recueil et analyses des données

Chaque entretien individuel a été enregistré, anonymisé, puis retranscrit intégralement, mot à mot sur Open Office 4.1.6®, par l'investigateur.

Les entretiens ont été ensuite découpés en unités de sens correspondant aux verbatims. Ces unités de sens ont été traduites en codes reprenant l'intégralité du verbatim et son contexte. Un code pouvait correspondre à plusieurs verbatims. Afin de limiter les biais d'interprétation, les codes ont été relus et validés par le directeur de thèse, puis intégrés dans un tableur Excel 2016®. Au fur et à mesure de l'avancée dans la lecture des différents entretiens, des similarités, des connexions et des différences ont été mises en évidence donnant lieu à l'émergence de thèmes. Quand tous les entretiens ont été analysés par un processus interprétatif, un tableau final des thèmes principaux a alors été élaboré dans le but de prioriser les données, de les réduire et de se focaliser sur les grands axes. Toutes les étapes d'analyse se sont faites manuellement sans logiciel d'aide au codage. Le sentiment subjectif d'être à saturation des données était atteint lorsque les entretiens n'apportaient aucun thème nouveau, tout en ayant effectué une variabilité de l'échantillon. La dernière étape de l'étude qualitative a été la modélisation des résultats sous forme d'une carte euristique. Pour chaque retranscription présentée, le caractère oral des discours a été supprimé et nous avons rétabli la syntaxe correcte à l'écrit.

Il n'y a pas eu de déclaration préalable auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

RÉSULTATS

Entre mars 2020 et juillet 2020, seize médecins ont été interviewés : quatorze pour atteindre la saturation théorique des données, puis deux pour vérifier celle-ci. Parmi ceux-ci, quatre ont dû être réalisés par téléphone. L'âge moyen était de 50 ans, le plus jeune avait 29 ans, et le plus âgé 70 ans. Notre échantillon était composé de six femmes et dix hommes. Tous les médecins exerçaient la médecine générale en libéral, et quatre avaient une activité mixte : deux médecins exerçaient au sein de « SOS médecin », un médecin exerçait pour un service d'hospitalisation à domicile (HAD) et un médecin participait à la régulation médicale libérale. Un seul médecin était retraité, treize médecins exerçaient au sein d'un cabinet de groupe et deux exerçaient seul leur activité. Concernant la densité médicale de la zone d'activité des praticiens, onze exerçaient dans une zone de densité forte ou très forte, et cinq dans une zone de densité moyenne, faible ou très faible. Les principales caractéristiques de notre échantillon sont présentées dans le tableau 1. L'ensemble des caractéristiques est présenté en annexe 4.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés

Médecin	Âge (années)	Sexe	Département	Mode d'exercice	Durée de l'entretien (minutes)
Médecin 1	32	Féminin	24	Groupe	9
Médecin 2	60	Masculin	24	Groupe	13
Médecin 3	52	Masculin	33	Groupe	9
Médecin 4	38	Masculin	24	Groupe	18
Médecin 5	63	Féminin	24	Seule	15
Médecin 6	62	Masculin	24	Groupe	10
Médecin 7	38	Masculin	24	Groupe	16
Médecin 8	29	Masculin	24	Groupe	14
Médecin 9	51	Féminin	24	Groupe	12
Médecin 10	30	Féminin	24	Groupe	14
Médecin 11	61	Féminin	24	Groupe	11
Médecin 12	70	Féminin	40	Seule	9
Médecin 13	50	Masculin	47	Groupe	12
Médecin 14	55	Masculin	47	Groupe	10
Médecin 15	66	Féminin	40	Groupe	9
Médecin 16	48	Masculin	33	Groupe	11

I – Contexte du décès

Les médecins adaptaient leur manière de constater de décès, en fonction du contexte et de la situation autour du défunt.

A – Décès « attendu »

Dans le cadre d'un décès attendu, le constat était considéré comme fréquent et confortable. Les relations avec l'entourage étaient simples. Lorsqu'un service d'HAD intervenait dans la fin de vie du patient, la situation était d'autant plus compréhensible et encadrée.

« Le décès était attendu et c'était prévu qu'elle décède à domicile. Je trouve que c'est plus confortable que quand c'est tout à fait inopiné, car les gens s'y attendent [...] » médecin 7

« […] la plupart du temps ce sont des décès qui étaient attendus, à l'EHPAD ou à domicile et suivi par l'HAD, avec des choses assez carrées, assez claires. » médecin 8

« *Quand c'est en HAD c'est souvent plus facile. » médecin 14*

B – Décès d'une personne âgée

Le décès d'une personne âgée en EHPAD était fréquemment rapporté. Les médecins estimaient que le constat était facilité par la possibilité de consulter le dossier médical et d'échanger avec un infirmier diplômé d'état (IDE). La prise en charge de patient décédé étant le plus souvent protocolisée, le constat de décès était facilité.

« En EHPAD, si je suis appelé en garde, je regarde le dossier médical, et je demande les transmissions à l'infirmière. » médecin 4

« Si c'est en maison de retraite c'est plus codifié donc je vois l'infirmière » médecin 8

Les médecins déclaraient que le corps était fréquemment préparé par l'infirmer avant leur arrivée.

« *[…] la toilette mortuaire a quasiment tout le temps été faite […] » médecin 6*

Il arrivait que le médecin donne son accord par téléphone pour les soins mortuaires.

« Quand c'est dans les EHPADs, souvent il y'a des infirmières qui ont fait le constat, et je donne mon accord pour qu'elles préparent le défunt. Et je viens après préparation du défunt faire le constat. » médecin 16

C– Patient du médecin

Lorsque le patient était suivi par le médecin, le constat de décès était plus aisé, compte-tenu qu'il connaissait les pathologies du patient et disposait d'un dossier médical au cabinet.

« *C'est beaucoup plus simple quand c'est des gens que l'on connaît. » médecin 8*

« Quand je remplaçais des médecins, je regardais le dossier avant de partir et je savais à quoi m'attendre. » médecin 8

Les relations avec l'entourage étaient facilitées. Leur rôle de réassurance était plus bénéfique qu'avec des patients inconnus.

« Quand c'est notre patient ça va, on apporte quelque chose car on connait la famille. » médecin 5

Certains médecins rapportaient une atteinte émotionnelle plus prononcée avec les patients qu'ils appréciaient.

« Voilà j'ai toujours un petit geste affectueux, surtout quand c'est des gens que j'ai bien aimé. » médecin 9

« Si ce sont des gens avec qui j'ai eu un lien important pendant une maladie qui a duré longtemps [...] j'essaie de prendre du temps pour la famille avant d'aller voir le corps, » médecin 9

D– Patient non connu du médecin

Cette situation, le plus souvent liée au contexte de garde, était plus problématique pour les médecins. Les informations médicales étaient difficiles à obtenir, les relations avec l'entourage plus compliquées et le contexte parfois inconfortable.

« Quand on est en garde et qu'on a accès à aucune information avant, et que l'on n'a aucune donnée médicale hormis ce qui est là, là ça devient très compliqué. » médecin 8

« Ce n'était pas évident vis-à-vis des familles, on fait notre papier, on s'en va. » médecin 7

« C'était dans un patelin, une ferme, un patient décédé à domicile un vendredi soir, j'ai dû m'y rendre il était 23h, » médecin 7

L'entourage et les documents médico-administratifs sur place étaient les principales ressources utilisées.

« Après dans certains cas, je ne peux savoir que ce que l'entourage m'en dit » médecin 7

Les médecins étaient plus suspicieux et méfiants face au décès d'un patient non connu.

« Quelqu'un que je ne connaissais pas, oui parfois, car c'est normal, on ne connaît pas les gens, on ne connaît pas l'entourage, donc on se pose des questions. » médecin 12

II – Interactions du médecin avec les différents intervenants

Lors du constat de décès, les médecins interagissaient avec différents intervenants.

A – Famille et entourage du défunt

La famille et l'entourage étaient considérés comme une source d'informations médico-administratives sur le défunt.

« Quand je ne connais pas le patient, je demande les antécédents, le contexte clinique évidemment. » médecin 4

« L'interrogatoire de l'entourage aide beaucoup en général. » médecin 12

Les médecins se considéraient comme un soutien pour la famille et l'entourage, en faisant preuve d'empathie, en expliquant les causes du décès et en explicitant la procédure à suivre pour la prise en charge du corps.

« Puis après je ressort et selon le contexte avec la famille, je vois s'ils ont besoin de discuter » médecin 10

« Quand c'est des choses un peu plus compliquées j'essaie de trouver des explications, rassurer » médecin 8

« Je présente mes condoléances, je demande s'ils ont bien appelé les pompes funèbres, et après je m'en vais. » médecin 10

Certains médecins expliquaient qu'ils devaient adapter leur discours face à une famille endeuillée.

« J'arrive à avoir d'emblée la bonne distance et le bon rapport avec les gens, pour savoir comment m'adresser à eux. » médecin 7

Ils adaptaient également leurs gestes et attitudes selon la présence, ou non, de l'entourage, pour « théâtraliser » la confirmation du décès, par l'auscultation cardiaque principalement.

« Je ne prends pas particulièrement mon stéthoscope, je ne prends pas le pouls, car je n'en vois pas l'utilité. Sauf s'il y' a la famille qui est là » médecin 10

« Mon stéthoscope sur la poitrine, car pour la famille c'est l'acte officialisant » médecin 16

Un médecin décrivait être « étonné » par une famille présente en grand nombre, sur les lieux du décès.

« Ça m'est déjà arrivé d'être dans un endroit où il y' avait carrément un rite funéraire avec trente personnes, donc c'est très étonnant » médecin 8

B – Infirmiers diplômés d'état

Les IDE étaient considérés comme une source d'information médicale sur le défunt.

« Si c'est dans un EHPAD, je demande des informations aux infirmiers » médecin 9

C – Forces de l'ordre

Les médecins considéraient les forces de l'ordre comme une aide pour examiner la scène du décès et discuter la nécessité de la pose, ou non, d'un OML.

« J'ai été aidé par la police pour retourner le corps, voir si c'est accidentel. » médecin 1

« J'ai fouillé avec les gendarmes et on a trouvé des somnifères, des psychotropes, une cinquantaine de médicaments. » médecin 14

« J'ai mis une fois un obstacle, mais après discussion avec la police... » médecin 10

Néanmoins, la présence des forces de l'ordre était parfois vécue comme une pression d'autorité, qui se manifestait sous deux aspects : le sentiment d'être surveillé et la pression décisionnelle.

« Lorsque l'on est avec les forces de l'ordre, on est sous surveillance donc il ne faut pas faire n'importe quoi. » médecin 3

« Quand ils sont pressés, on peut ressentir une pression pour que l'on mette que c'est un décès de cause naturelle et que l'on s'arrête là. » médecin 3

« Le seul obstacle que j'ai mis, ils ont dit que cela n'était pas nécessaire. Ils voulaient que je ne le mette pas, mais je leur ai dit que non, je n'étais pas médecin légiste, c'était un pendu. » médecin 10

D – Le service d'aide médicale urgente (SAMU)

Les médecins considéraient le SAMU comme un soutien pratique.

« Je pense que j'appellerais le 15 car eux dans leur expérience ont déjà dû être confrontés à ça. » médecin 7

III – Intervention du médecin et réalisation du constat de décès

Trois objectifs ont été identifiés lors du constat de décès : diagnostiquer la mort, rechercher la cause du décès et rechercher un obstacle médico-légal.

A – Diagnostic de la mort

Les médecins recherchaient des signes négatifs de vie, plus particulièrement la disparition de l'activité cardio-respiratoire, par l'absence de pouls. La disparition d'activité cérébrale et respiratoire était recherchée, par l'examen des pupilles et l'absence de mouvements thoraciques.

« Donc lors de l'examen, moi je prends le pouls, et j'écoute le cœur avec mon stéthoscope » médecin 9

La présence de signes positifs de mort facilitait le diagnostic, qui n'était pas toujours évident.

« C'est évident, quelqu'un qui respire plus, qui n'a plus de pouls, qui est jaune, livide » médecin 11

« J'étais appelé par les pompiers sur des accidents de la route ou ce n'était pas toujours évident de constater le décès. » médecin 6

B – Recherche de la cause du décès

Déterminer la cause du décès pouvait être compliqué.

« Le plus compliqué, c'est la cause du décès. » médecin 4

L'inspection de l'environnement était une source d'information pour les médecins, par la recherche des documents administratifs et médicaux, et notamment l'étude de l'ordonnance des traitements habituels.

« Je prends la carte d'identité, comme ça j'ai toutes les informations et s'il y a un dossier médical, je l'utilise dans mon approche » médecin 1

« Sinon on essaie de fouiller dans les ordonnances pour trouver des antécédents et voir pour les causes de la mort. » médecin 14

L'examen clinique pouvait aider à la détermination de la cause du décès, par la position du corps et la recherche de signes traumatiques ou de lésions tégumentaires suspectes.

« *On regarde s'il y'a des hématomes, des signes de chutes » médecin 3*

Des médecins utilisaient « l'expression du visage » pour s'orienter.

« Je regarde aussi la personne pour voir s'il avait eu l'air d'avoir mal, ou s'il était crispé, » médecin 5

L'état de conservation du corps influençait la détermination de la cause du décès.

« Quand c'est quelqu'un qui est à domicile, qui est décédé depuis plusieurs jours parfois, là c'est plus difficile. » médecin 11

C – Détermination d'un obstacle médico-légal

Pour déterminer la nécessité de la pose d'un obstacle médico-légal, les médecins inspectaient l'environnement, par la recherche d'éléments suspects, de boites de médicaments vides, de toxiques, ou d'écrits suicidaires.

« Je fais moi-même un petit peu le tour de la pièce, voir ce qui était dérangé, pas dérangé. » médecin 11

« Ça arrive aussi d'ouvrir le frigo pour voir s'il n'y a pas une ou deux bouteilles de vins, de whisky, pour voir s'il n'y a pas un problème » médecin 3

« J'ai fouillé les poubelles, et là j'ai trouvé la cause de la mort » médecin 14

« Et après voir s'il n'y a pas un courrier ou une lettre qui annonce... » médecin 3

Les médecins prenaient en compte l'attitude de l'entourage.

« Si quelque chose me paraît anormal, soit dans l'attitude de l'entourage, soit dans l'examen sommaire, peut-être que j'aurais l'œil attiré » médecin 7

Les médecins recherchaient la présence de signes traumatiques à l'examen du corps ou de signes de mobilisation du corps en post-mortem.

« Il y' avait bien des lividités déclives, donc il n'avait pas été bougé. » médecin 8

Les circonstances du décès étaient prises en compte dans la recherche d'un OML, notamment face à une mort brutale ou violente, ainsi qu'une incohérence dans l'histoire de la maladie.

« Je me pose la question d'un OML quand je ne sais pas, quand ça ne me paraît pas évident, quand je ne sais pas dire de quoi il est décédé, et le contexte. » médecin 1

« Je me pose la question d'un OML devant une incohérence dans l'histoire du décès qui m'est rapportée » médecin 7

D – Rédaction du certificat de décès

Des médecins rapportaient des difficultés à rédiger la partie I du volet médical, à savoir les pathologies ou affections morbides ayant directement provoqué le décès, leur datation, et les autres pathologies du patient.

« On est dans le flou totale » médecin 2

« On est obligé de créer un enchaînement logique » médecin 2

« Là où je me mélangeais les pinceaux, c'est la différence entre la cause de la mort et ce qui a abouti à la mort » médecin 5

Lorsqu'ils ne connaissaient pas la cause du décès, les médecins écrivaient généralement « arrêt cardio-respiratoire », ou « trouble du rythme ».

« Si c'est un décès brutal à domicile, on dira très souvent que c'est un trouble du rythme » médecin 11

« En général je marque défaillance cardio-vasculaire » médecin 6

La détermination de la date et l'heure du décès étaient sources de difficultés.

« Pour fixer une date là-dessus, je ne vais pas analyser les vers. » médecin 3

IV – Gestion administrative du constat de décès

Lors d'un décès, les médecins étaient appelés par le service de régulation du SAMU ou l'entourage des patients pour réaliser un constat de décès. Des médecins détaillaient l'organisation et l'intégration de cet acte dans leur activité.

A – Intégration du constat de décès dans l'activité du médecin généraliste

Des médecins déclaraient se rendre le plus rapidement possible sur les lieux, tandis que d'autres l'intégraient dans leur planning du jour, sans urgence.

« Si c'est la famille et si c'est dans la journée, j'y vais à la fin de mes consultations. Pour moi ce n'est pas une urgence médicale. » médecin 14

Améliorer le vécu de l'entourage sur place était un motif cité comme motivant une intervention rapide.

« En général j'essaie d'y aller rapidement pour libérer la famille des formalités. » médecin 9

Des médecins déclaraient que le constat de décès est un acte qu'il réalisait peu fréquemment.

« Le certificat de décès ce n'est pas une grosse activité pour moi. » médecin 11

B – Support du certificat de décès

Des médecins évoquaient des problématiques liées au certificat de décès électronique. Ils estimaient un manque de connaissance et de formation sur leur réalisation.

« Il y'a un truc en ligne mais on ne m'a jamais expliqué comment faire » médecin 10

Le certificat de décès papier était considéré comme une aide dans l'interaction avec les familles.

« Jusqu'à présent la version papier est un outil pour moi, et je l'utilise dans l'accompagnement pour mon acte » médecin 16

C– Rémunération de l'acte

En dehors du paiement forfaitaire en période de garde, la demande de rémunération de l'acte n'était pas systématique. Deux raisons étaient citées : l'absence de cotation officielle ou par choix déontologique.

« Juste pour la rémunération, c'est un peu compliqué, parce que si c'est en semaine un mardi après-midi, voilà, un mort ne paye pas donc on ne met pas la carte vitale. » médecin 10

« Pour moi c'est un acte que je n'ai jamais fait payer. Je ne connais pas la cotation. Je prends soin des vivants, mais une fois qu'ils sont décédés ce n'est plus mon job. Ce n'est pas ma déontologie. » médecin 16

VI – Vécu du constat de décès par le médecin généraliste

A – Place du constat de décès dans l'activité du médecin généraliste

Des médecins estimaient que le constat de décès n'était pas intéressant dans leur pratique, ce qui pouvait aboutir à la réalisation rapide de celui-ci. Cela pouvait être perçu comme un acte peu gratifiant et principalement administratif.

« Je ne fais que de la paperasse » médecin 6

« C'est expéditif pour moi, je ne prends pas le temps. » médecin 14

« Ce n'est pas gratifiant. » médecin 14

« Voilà, c'est un acte comme un autre » médecin 6

Cependant, un médecin estimait que le constat de décès est un acte médical ne pouvant être délégué.

« Je sais qu'il y'a certains médecins qui disent que ça pourrait être fait par l'infirmière de l'HAD qui est tout à fait apte comme nous à voir que la personne est décédée mais je pense que c'est important pour les familles de voir que le médecin s'est déplacé, pour l'étape du deuil c'est important » médecin 10

B – Légitimité du médecin généraliste

Des médecins généralistes doutaient de leur compétence à examiner la scène du décès et à déterminer la présence d'un OML.

« Si un médecin légiste venait faire tous les certificats de décès, on passerait à côté de moins d'accidents, » médecin 1

Des médecins estimaient manquer de formation au constat de décès et craignaient passer à côté de morts suspectes.

« On n'est pas bien formé sur l'examen médico-légal, on le fait, mais moi je ne suis pas au point dessus. » médecin 3

« On n'est pas formé à voir les circonstances d'un patient que l'on ne connaît pas, lorsqu'on est de garde, et je me dis que parfois j'ai pu passer à côté d'une mort suspecte. On n'est pas formé à réunir les preuves, à enquêter » médecin 1

C – Vécu émotionnel

Certains médecins rapportaient un vécu difficile face à certaines scènes macabres.

« Cela fait plus de 20 ans que je fais de la médecine, et j'ai vu des trucs horribles. C'est bien pire que ce que l'on peut voir dans n'importe quel feuilleton. » médecin 3

Le suicide était une situation stressante pour plusieurs médecins généralistes.

« Notamment quand il y' a un suicide. C'est un stresse terrible ça. » médecin 15

L'ablation d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, au lit du patient décédé, était également décrite comme difficile.

« C'est glauque, au domicile des gens, on tirait sur les fils et tout. » médecin 9

A l'inverse, le constat de décès pouvait être un moment positif et de sérénité pour le médecin généraliste.

« Et puis en général je dis toujours au revoir à mon patient. » médecin 9

« C'est souvent un grand moment de sérénité, et de partage avec les familles. On est là pour accompagner, non pas le défunt, mais la famille, avec calme et sérénité. » médecin 16

D – Aspect médico-légal

Le respect du secret médical était évoqué, et perçu comme problématique par plusieurs médecins, notamment sur les informations à communiquer, ou non, à l'entourage.

« On ne sait pas non plus le secret médical, on ne sait pas si les patients se sont opposés à dire des choses à leur famille, etc…. » médecin 8

Des craintes sur la responsabilité du médecin lors du constat de décès était rapportées.

« A l'inverse, si on ne coche pas et que l'on est dans l'erreur, on peut avoir des problèmes avec le juge. » médecin 2

Des médecins estimaient devoir faire confiance à de tierces personnes sur des éléments invérifiables.

« On engage notre responsabilité avec parfois des éléments dont on ne peut vérifier la véracité. » médecin 7

VII – Carte heuristique

Une synthèse schématique de nos résultats a été réalisée sous forme de carte heuristique. Elle permet une lecture simplifiée des thèmes et idées issues de notre analyse.

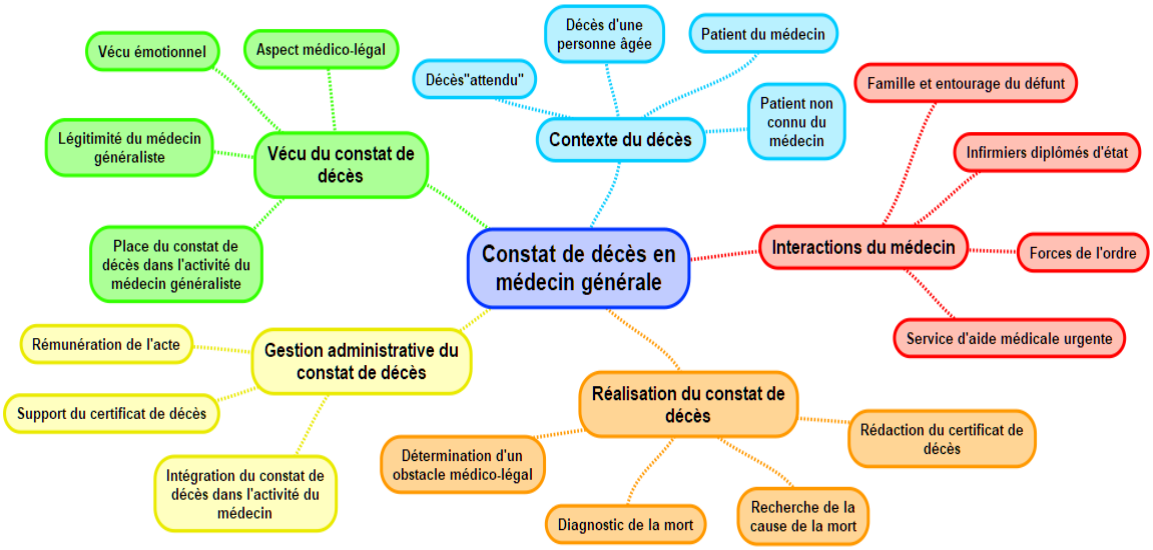

Figure 1 : Carte heuristique de l'exploration du constat de décès en médecine générale

DISCUSSION

I – Forces et limites de l'étude

A- Forces

Notre sujet d'étude ainsi que la méthode utilisée sont originaux. Les études sur ce sujet sont principalement quantitatives (25,26). Bien qu'intéressantes, ces études ne permettent pas une exploration globale du vécu du constat de décès. La revue de la littérature a révélé qu'il n'existait pas d'études qualitatives semblables en France sur l'exploration du vécu des médecins généralistes lors du constat de décès. Notre échantillon était diversifié de par l'âge des médecins interrogés, leurs lieux d'exercices et leurs types d'activités.

B- Limites

Les premiers entretiens ont été réalisés lors de la crise sanitaire liée au COVID 19, limitant la diversité géographique des lieux d'exercice des médecins interviewés. Ce biais de recrutement a été réduit par la réalisation d'entretiens téléphoniques pour les médecins les plus éloignés. Bien que les interviews aient été réalisées par un seul chercheur, la triangulation théorique qui consiste à utiliser plus d'une perspective pour analyser les données a été réalisée avec le directeur de thèse.

II – Objectif principal

Cette étude a permis d'explorer le constat de décès en médecine générale. Elle ne se restreint pas au certificat de décès ou à la question de l'OML.

Lors du constat de décès, le vécu des médecins généralistes n'est pas uniforme. Comme dans notre étude, B. Suzat, par son travail de thèse en 2018 (25), montre qu'une partie des médecins et des internes remettent en question la place et les compétences du médecin généraliste lors du constat de décès. Ils estiment que c'est une perte de temps (33). A l'inverse, certains médecins n'envisagent pas que ce rôle puisse être délégué à une autre profession et insistent sur l'importance du médecin généraliste dans ce moment (23).

Lorsque le médecin constate le décès d'un patient qu'il suit et dont il a pris en charge la fin de vie, sa place pour le réaliser lui semble d'autant plus justifiée. La cause du décès et les maladies apparentées sont mieux connues, mais il a surtout un rôle de soutien psychologique auprès de l'entourage qu'il accompagne jusqu'à la fin. Par son étude, M. Ladevèze identifie que les médecins expriment de la satisfaction par l'accomplissement de leur travail et que l'importance des liens tissés avec la famille au préalable impacte le vécu du médecin (23). Dans cette circonstance, le médecin traitant apprécie son rôle dans le constat de décès.

Lorsque le médecin constate le décès d'un patient qu'il ne connaît pas, la tache peut être plus complexe. Il doit obtenir la majorité des informations administratives et médicales lors de son intervention. La relation avec l'entourage se modifie car ils deviennent la principale source d'informations sur le patient décédé (33). La vigilance du médecin face à un potentiel acte malveillant est renforcée lorsqu'il ne connaît pas le patient.

Les infirmiers, libéraux ou en structures, apparaissent comme un interlocuteur privilégié du médecin, car considérés comme une aide, pour les informations administratives et médicales dont ils disposent. Ils participent à la préparation du corps, parfois avant l'arrivée du médecin sur les lieux. Cette pratique est à risque. Cette modification de la scène du décès avant l'arrivée du médecin est une potentielle source d'erreur médico-légale.

L'examen du corps par le médecin généraliste est l'une des principales difficultés lors du constat de décès. L'examen clinique du défunt n'est pas réalisé systématiquement (25). Lorsqu'il est effectué, il est souvent incomplet. Les signes négatifs de vie sont plus recherchés que les signes positifs de mort. Par ailleurs, il est utilisé à tort des signes cliniques, comme l'expression du visage, pour s'orienter vers une cause de décès. Des médecins omettent le rôle essentiel de l'examen tégumentaire du cadavre pour orienter la cause du décès (34). De plus ils peuvent transposer par erreur la sémiologie des pathologies du vivant, sur le cadavre, limitant la détermination exacte de la cause du décès.

La difficulté à déterminer la cause exacte du décès qu'exprime les médecins généralistes, est fréquemment décrite dans la littérature (25,26,33). L'inspection de l'environnement et l'entretien avec l'entourage sont les principales ressources du médecin. Lorsque la cause est inconnue, plusieurs médecins concluent à « un arrêt cardio-respiratoire » ou « des troubles du rythme » (26).

De pair avec la détermination de la cause du décès, la recherche d'un OML et ses conséquences sont une difficulté rencontrée (26,33,35). L'OML est insuffisamment posé par les médecins et les recommandations sont mal connues (28). L'inspection de l'environnement est le principal outil utilisé par les médecins, qui s'interrogent sur les limites légales et le respect de la vie privée. Lors de cette phase, les échanges avec les forces de l'ordre peuvent influencer sur la décision du médecin. Ils les considèrent souvent comme une aide dans l'inspection de l'environnement. Cependant, la facette médicale de l'OML est moins prise en compte par les forces de l'ordre. Les indications d'OML autre que les homicides et les suspicions d'homicides sont parfois incomprises par les officiers de police judiciaire. Les conséquences de la pose d'un OML n'étant pas les mêmes pour les médecins et les forces de l'ordre, leur pression d'autorité peut altérer le jugement du médecin et les conclusions médico-légales.

Il existe également des difficultés propres à la rédaction du certificat de décès. La modification de celui-ci en 2017 a permis une meilleure compréhension des items et permet au médecin de remplir la date et l'heure du constat lorsque le médecin ne peut déterminer avec exactitude la date et l'heure du décès (26). Le volet médical, qui comprend la rédaction de la cause du décès et l'enchaînement chronologique des pathologies ayant conduit au décès est conforme au modèle international de certificat médical de la cause de décès et a pour but d'établir des données épidémiologiques (36). Compte tenu de l'enjeu de santé publique qui en résulte, par l'analyse de ces données, il est essentiel que l'enchainement des pathologies ayant conduit au décès soit bien renseigné. « Défaillance organique » ou « arrêt cardio-respiratoire » sont à éviter dans la rédaction de la cause initiale du décès. Il est attendu la maladie ou l'état à l'origine de la défaillance organique. Cette partie est à l'origine de confusions et semble partiellement incomprise des médecins.

L'intégration du constat de décès dans l'activité du médecin n'est pas réalisée uniformément entre les médecins, allant de l'intervention rapide, pour soulager les familles, à la relégation de l'acte en fin de journée. Le constat de décès peut être vécu comme une charge mentale et de travail supplémentaire. Il n'existe pas de règle autour de ce délai. Sur le plan déontologique, en 2013, le Conseil de l'ordre énonçait que « la rédaction d'un certificat de décès doit s'inscrire dans le respect de la personne, des familles et des proches. L'établissement d'un tel acte n'est pas une urgence médicale, ni médico-légale. Le médecin doit répondre prioritairement aux demandes des patients dont l'état de santé requiert son intervention. » (15).

Par ailleurs, le constat de décès expose le médecin à des situations qui peuvent altérer ses émotions. M. Ladevèze, médecin généraliste à Rennes, détaille ces affects (23). Le médecin ressent parfois un sentiment d'injustice, ou de culpabilité face à la mort de ses patients. Des morts violentes peuvent l'impressionner. Néanmoins, il évoque que le métier de médecin apprend la capacité d'oubli, par la reprise d'un quotidien dense et l'intégration de distance dans la relation médecin-malade (23).

L'expérience acquise par la pratique semble être la principale source de connaissance des médecins. Le manque de formation des étudiants et des médecins est fréquemment retrouvé dans les travaux de recherche (23,25,33,35). Actuellement, les signes négatifs de vie, les signes positifs de morts et la présentation de l'OML sont les éléments enseignés aux étudiants en diplôme de formation approfondie en Sciences Médicales (6). En 2010, M.Devooght mettait en avant que les internes de médecine, en fins d'études, n'était pas prêts à assumer leur rôle dans la certification des décès (35). Une étude allemande de 2017 a montré que l'enseignement de l'examen clinique post-mortem améliore la qualité de la rédaction du certificat de décès (38). Cette donnée est également retrouvée dans une étude irlandaise de 2010, qui conclue qu'une formation de médecine légale devrait être proposée aux médecins généralistes (39). Au Canada, une enquête a été réalisée auprès de médecins généralistes qui avaient participé à une formation vidéo à la rédaction du certificat de décès et avaient montré que les médecins se disaient satisfaits de cet apprentissage (40).

Le certificat de décès électronique est sous-utilisé en médecine générale, il est jugé moins pratique (26,28,29,33,41). La plupart des médecins généralistes sont demandeurs de formation sur le certificat de décès électronique. De plus, beaucoup ne savent pas qu'il existe une aide au remplissage des certificats de décès lorsqu'il est réalisé en ligne (25).

La rémunération du médecin généraliste autour du constat de décès est sujet à débat. Certains considèrent qu'une gratification serait contraire à la déontologie médicale (25,33). D'autre part, certains médecins estiment qu'il n'est pas opportun de demander une rémunération dans cette situation particulière (33).

III – Perspectives d'améliorations

Un renforcement de la formation des étudiants en médecine pourrait être proposé. Dans le cadre de la formation initiale des étudiants en médecine, il pourrait être opportun d'intégrer une formation pratique au constat de décès pour permettre d'appréhender cet acte singulier. Au-delà des bases médico-légales intégrées dans le programme du 2ème cycle, il serait bénéfique d'étoffer l'apprentissage par l'appréhension de l'examen de corps et de l'examen de la scène du décès, en collaboration avec les instituts médico-légaux. La détermination de la cause du décès, la recherche d'un OML, mais également les interactions avec l'entourage, les forces de l'ordre et les équipes paramédicales pourrait faire l'objet d'examens cliniques objectifs et structurés (ECOS). Dans le cadre de la formation continue et du développement professionnel continu (DPC) des médecins généralistes, une sensibilisation et des rappels théoriques pourraient être proposés.

La généralisation du dossier médical partagé (DMP) pourrait être bénéfique lors du constat de décès. Étant une source d'information médicale sur le patient, cela faciliterait la détermination de la cause du décès et de l'enchainement des pathologies ayant conduit à la mort. L'amélioration des moyens techniques (tablettes numériques) permettrait la consultation du DMP au chevet du défunt.

Une réflexion autour de la rémunération du constat de décès pourrait être engagée. Un paiement forfaitaire hors période de garde pourrait être envisagé lorsque le médecin qui réalise le constat de décès n'est pas le médecin traitant. De plus, face aux difficultés à trouver un médecin qui se déplace au chevet d'un patient décédé, le modèle canadien et la délégation de pouvoir aux infirmiers, dans certaines conditions précises, pourrait être une solution. Il serait intéressant d'étudier la position des médecins généraliste sur ce sujet.

Concernant le certificat de décès, il pourrait être bénéfique de guider le médecin lors de son remplissage. Pour cela, la voie électronique semble la plus propice. Enfin, l'élaboration d'un guide pratique d'aide au constat de décès, à l'attention des médecins généralistes pourrait être opportun.

CONCLUSION

Le constat de décès est un acte universel et singulier dans la pratique de la médecine, et plus particulièrement dans celle du médecin généraliste. Chaque situation diffère selon les circonstances de la mort, l'entourage du défunt, et la présence d'autres professionnels tels que les infirmiers ou les forces de l'ordre. Au cours de cet acte, le médecin généraliste se doit d'être polyvalent en alliant des compétences médicales, des qualités relationnelles et des capacités d'investigation. Compte tenu des enjeux sanitaires et médico-légaux du certificat de décès liés à la détermination des évènements ayant provoqué la mort et à la présence d'un obstacle médico-légal, il est essentiel que les médecins généralistes soient rompus à cette pratique. Un renforcement de la formation ainsi que la mise en œuvre de moyens pour faciliter sa réalisation apparaissent opportuns.

ANNEXES

Annexe 1 – Certificat de décès papier (recto/verso)

DÉPARTEMENT : | | |

CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du 17 juillet 2017

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès

Je soussigné(e) M. ..... (Nom lisible en majuscules), docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et certain. (voir au verso 1)

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : ..../..../.... à .... h ....

À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : ..../..../.... à .... h ....

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL

COMMUNE DE DÉCÈS : .....

Code postal | | | | | |

NOM : .....

NOM de jeune fille, le cas échéant : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..../..../.... Sexe : ☐ M ☐ F

Domicile : .....

INFORMATIONS FUNÉRAIRES *Cocher chaque ligne par oui ou par non*

Obstacle médico-légal *(voir au verso 2)* : ☐ oui ☐ non
Même en ce cas, consigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.

Obligation de mise en bière immédiate *(voir au verso 5)* :
– dans un cercueil hermétique : ☐ oui ☐ non
– dans un cercueil simple : ☐ oui ☐ non

Obstacle aux soins de conservation *(voir au verso 5)* : ☐ oui ☐ non

Obstacle au don du corps à la science *(voir au verso 5)* : ☐ oui ☐ non

Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par prélèvement, examen ou autopsie médicale *(voir au verso 5)* : ☐ oui ☐ non
Si transport de corps nécessaire, délai de *(voir au verso 3)* : ☐ 48 h ☐ 72 h

Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile *(voir au verso 4)* : ☐ oui ☐ non
Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : ☐ oui ☐ non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE
Numéro d'opération funéraire

N° d'acte | | | | | |

N° d'ordre du décès | | | | | |

SIGNATURE À ....., le .....
et cachet obligatoire du médecin

Volet 1 à conserver par l'opérateur funéraire

Réf. 503-101 - Berger-Levrault (1718)

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès – *Renseignements confidentiels et anonymes*

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT

Commune de décès : ..... Code postal : .....

Commune de domicile : ..... Code postal : .....

Date de décès : ☐ date réelle OU ☐ constatée

Date de naissance : ..../..../....

Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

CAUSES DU DÉCÈS

PARTIE I **Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.**
Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).

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

a) .....

due à ou consécutive à : b) .....

due à ou consécutive à : c) .....

due à ou consécutive à : d) .....

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES *(cocher la case appropriée pour chaque point)*

LIEU DU DÉCÈS
☐ Établissement de santé public
☐ Domicile (du défunt ou autre)
☐ Établissement de santé privé
☐ EHPAD, maison de retraite
☐ Établissement pénitentiaire
☐ Voie publique
☐ Autre lieu ou indéterminé

MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal et inattendu, évocateur de mort subite* ?
☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
* *décès non traumatique (subito, rapide, survenant sans cause de survenue brutale (en moins d'une heure ou probablement si inattendu (incluant des maladies chroniques en stade terminal))*

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS
☐ Mort naturelle
☐ Faits de guerre
☐ Accident
☐ Complications de soins médicaux, chirurgicaux
☐ Suicide
☐ Investigations en cours
☐ Atteinte à la vie d'autrui
☐ Indéterminées

EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle)
Préciser le lieu de survenue de l'événement déclencheur :
☐ Domicile ☐ Lieu de sport ☐ Voie publique
☐ Commerce ☐ Local industriel, chantier ☐ Exploitation agricole
☐ Établissement accueillant du public ☐ Autre lieu ou indéterminé

GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ?
☐ non, pas au cours de l'année précédant le décès
☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins
☐ pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'1 an
☐ oui, au moment du décès
☐ ne sait pas

La grossesse a-t-elle contribué au décès ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle* ?
☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
* *voir au verso notre de travail (compris accidentelle), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.*

RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS
Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ?
☐ oui, recherche médicale ☐ oui, recherche médico-légale ☐ non
Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic du cause de décès

SIGNATURE *Nom lisible et cachet obligatoire du médecin*

Ce volet n'est destiné qu'aux processus nécessaires pour des motifs de santé publique (cf. art. L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales).

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante https://sic.certdc.inserm.fr

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS – VOLET ADMINISTRATIF

1. – **La date et l'heure du décès** doivent être inscrites, même de manière approximative. En cas d'impossibilité de les établir, indiquer la date et l'heure du constat de décès sur le volet administratif. En cas d'obstacle médico-légal, ces indications seront réévaluées par l'expertise médico-légale.
2. – **Obstacle médico-légal :** à cocher en cas de décès dans des conditions suspectes, violentes ou inconnues, notamment en cas de suspicion d'atteinte à la vie d'autrui, suicide, mort subite (hors MIN), éventuelle responsabilité d'un tiers engagée (accident de la route, du travail…), overdose, corps non identifié (art. 74 du Code de procédure pénale, art. 81 du Code civil, R.1112-73 du Code de santé publique). Le corps est alors à la disposition de la justice. Toutes les opérations funéraires sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire (art. 81 du Code civil, R. 2213-17 et R. 2213-2-2 à-34 du Code général des collectivités territoriales).
3. – **Recherche de la cause du décès :** cette investigation est effectuée à la demande du médecin ou du préfet, si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant, sauf exception. Elle est interdite en cas d'obstacle médico-légal. Les frais sont à la charge de l'établissement de santé dans lequel il est procédé à la recherche.

Par ailleurs :
- Elle est réalisée, notamment en cas d'infection transmissible, dans le respect des conditions propres à éviter tout risque de contamination des personnes ou de l'environnement, et, le cas échéant, dans des salles d'autopsies dédiées.
- En cas de maladie de Creutzfeld-Jakob suspectée, le délai de transport de corps avant mise en bière est porté à 72 h pour rechercher la cause de décès.
- En cas de mort inattendue du nourrisson (MIN) jusqu'à 2 ans, elle est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence le plus proche (art. R. 2213-14 et -19 du Code général des collectivités territoriales, art. L.1211-2, -4 et -8, L. 1232-1 et -2 du Code de la santé publique, arrêté « listes des infections transmissibles », art. R. 4421-1 du Code du travail, arrêté « mesures techniques de prévention et de confinement » en cas de risque sanitaire).

4. – **Prothèse :** En cas de présence identifiée d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile sur le défunt, si le médecin n'a pas attesté (au recto du certificat de décès) de sa récupération effective, c'est au thanatopracteur d'en attester avant la mise en bière (art. R. 2213-15 du Code général des collectivités territoriales).
5. – **Opérations funéraires imposées / interdites en cas d'infections transmissibles**

Infections transmissibles ou état du corps ▼	▶ **Obligations / interdictions associées** *(en cas d'OMS, toutes les opérations funéraires sont suspendues)*				
	Soins de conservation *(a)*	Don du corps *(b)*	Mise en bière obligatoire et spécifique *(c)*	Délais de mise en bière	Transport avant mise en bière
Liste : orthopoxvirose ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil hermétique et sa fermeture	• dans les plus brefs délais (décès au domicile)	interdit
Liste : rage ; tuberculose active ou toute maladie émergente infectieuse transmissible (syndrome respiratoire aigu sévère,…) après avis du Haut Conseil de la santé publique (http://www.hcsp.fr)	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	• avant la sortie de l'établissement (décès en hôpital ou clinique)	interdit
Liste : maladie de Creutzfeld-Jakob ; tout état septique grave	interdits	interdit	non	règle commune : délais non spécifiques	autorisé dans un délai max. de 48 h *(d)*
Liste : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	autorisés	interdit	non		autorisé dans un délai max. de 48 h

(a) Les soins sont effectués uniquement à la demande de la famille, par un personnel diplômé / (b) La carte de donneur doit être demandée / (c) Elle peut aussi être décidée par le maire en cas d'urgence (R. 2213-18)
(d) 72 h pour rechercher la cause de décès en cas de suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob *(cf. articles R. 2213-2-1 à R. 2213-18 du Code général des collectivités territoriales, et arrêté du 12 juillet 2017, fixant les listes des infections transmissibles)*

Voler à découper selon les pointillés, à clore et à joindre au bulletin d'État civil correspondant (bulletin 7 de décès), au moment de l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS – VOLET MÉDICAL

Commune d'enregistrement du décès

N° de l'acte du décès

N° d'ordre du décès

(à renseigner par la mairie)

N° du département

Document confidentiel

Ne doit être ouvert que par le médecin de l'Agence régionale de santé (ARS)

Annexe 2 – Guide d'entretien exploratoire (n°1/4)

Introduction

• Présentation (en tant qu'étudiant chercheur)
• Présentation du projet de recherche (étude sur difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour identifier la présence d'un obstacle médico-légal lors d'un constat de décès)
• Explication sur le déroulement de l'entretien, l'enregistrement, l'anonymat, la disponibilité ultérieure des résultats si l'enquêté le souhaite
• Recueil du consentement : Formulaire de consentement signé en 2 exemplaires dont un pour l'enquêté
• Début enregistrement (Arrêt une fois l'interviewé sorti de la pièce)

Entretien

• Contextualisation
Médecin
- *Âge/Sexe*
- *Lieu d'exercice/ Cabinet de groupe/seul - Rural/Urbain*
- *Remplaçant thésé/SOS médecin/Médecin libéral/Médecin salarié*

• Question « Brise-glace »
Pourriez-vous m'expliquer comment cela se passe lorsque vous êtes amenés à réaliser un certificat de décès ?

• Méthodologie utilisée pour déterminer de la cause du décès
Comment faites-vous pour déterminer la cause du décès ?

• Méthodologie utilisée pour la pose de l'obstacle médico-légal
Que faites-vous pour déterminer la nécessité de la pose, ou non, d'un obstacle médico-légal ? (Examen de l'environnement, utilisation des forces de l'ordre, etc...)

• Exploration des démarches mises en jeu après la pose d'un l'obstacle médico-légal
Que faites-vous une fois que vous avez posé la nécessité d'un obstacle médico-légal ?

• Exploration des pratiques pour la rédaction du certificat de décès
Que faites-vous lorsque vous êtes en difficulté pour la rédaction d'un certificat de décès ?

• Identification des perspectives d'évolution du certificat de décès désirées par les médecins généralistes
Qu'est-ce qui pourrait simplifier la rédaction d'un certificat de décès ?

• Avez-vous des choses à rajouter ?

Annexe 3 – Guide d'entretien définitif (n°4/4)

Introduction

• Présentation (en tant qu'étudiant chercheur)
• Présentation du projet de recherche (étude sur difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour identifier la présence d'un obstacle médico-légal lors d'un constat de décès)
• Explication sur le déroulement de l'entretien, l'enregistrement, l'anonymat, la disponibilité ultérieure des résultats si l'enquêté le souhaite
• Recueil du consentement : Formulaire de consentement signé en 2 exemplaires dont un pour l'enquêté
• Début enregistrement (Arrêt une fois l'interviewé sorti de la pièce)

Entretien

• Contextualisation
Médecin
- *Âge/Sexe*
- *Lieu d'exercice/ Cabinet de groupe/seul - Rural/Urbain*
- *Remplaçant thésé/SOS médecin/Médecin libéral/Médecin salarié*

• Question « Brise-glace » :
Pourriez-vous me raconter comment cela se passe lorsque vous êtes appelés pour constater un décès ?
– Pouvez-vous m'expliquer le déroulé de votre intervention lorsque vous réalisez un constat de décès ?
- Comment constatez-vous le décès ?

• Méthodologie utilisée pour déterminer de la cause du décès
Comment déterminez-vous la cause du décès ?
– Que faites-vous pour déterminer la cause du décès ?

• Méthodologie utilisée pour la pose de l'obstacle médico-légal
Comment évaluez-vous la nécessité d'un obstacle médico-légal?
- Que faites-vous lorsque vous avez posé un obstacle médico-légal ?
- Pour-vous, qu'est-ce qu'un obstacle médico-légal ?

• Exploration du rôle du médecin généraliste
Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste lors du constat de décès ?
- Pourquoi est-ce qu'un médecin généraliste vient constater le décès ?

• Identification des perspectives d'évolution du constat de décès désirées par les Médecins généralistes
Selon vous, Comment pourrait-on faciliter le constat de décès pour les médecins généralistes ?

• Avez-vous des choses à rajouter ?

Annexe 4 – Caractéristiques des médecins généralistes de l'échantillon

Médecin	Âge (années)	Sexe	Département	Mode d'exercice	Activité annexe	Densité médicale	Durée de l'entretien (minutes)	Lieu de l'entretien
Médecin 1	32	Féminin	24	Groupe	-	Forte	9	Cabinet
Médecin 2	60	Masculin	24	Groupe	HAD	Forte	13	Cabinet
Médecin 3	52	Masculin	33	Groupe	-	Très Forte	9	Cabinet
Médecin 4	38	Masculin	24	Groupe	SOS médecin	Forte	18	Cabinet
Médecin 5	63	Féminin	24	Seule	-	Forte	15	Cabinet
Médecin 6	62	Masculin	24	Groupe	-	Forte	10	Cabinet
Médecin 7	38	Masculin	24	Groupe	-	Forte	16	Cabinet
Médecin 8	29	Masculin	24	Groupe	-	Faible	14	Cabinet
Médecin 9	51	Féminin	24	Groupe	-	Forte	12	Cabinet
Médecin 10	30	Féminin	24	Groupe	SOS médecin	Forte	14	Cabinet
Médecin 11	61	Féminin	24	Groupe	Régulation	Forte	11	Cabinet
Médecin 12	70	Féminin	40	Seule	-	Très Faible	9	Téléphone
Médecin 13	50	Masculin	47	Groupe	-	Faible	12	Téléphone
Médecin 14	55	Masculin	47	Groupe	-	Très Faible	10	Téléphone
Médecin 15	66	Féminin	40	Groupe	-	Très Faible	9	Téléphone
Médecin 16	48	Masculin	33	Groupe	-	Très Forte	11	Cabinet

Annexe 5 – Extrait de verbatim, entretien n°10

Question « Brise-glace » : *Pourriez-vous me raconter comment cela se passe lorsque vous êtes appelés pour constater un décès ?*

« J'ai des formulaires papiers. Je me rends sur place, donc je rentre, je me présente. Selon l'accueil qui est réservé, soit je me rends directement dans la chambre du patient, soit je discute un peu avec la famille, selon l'état psychologique. Je présente mes condoléances ou pas, selon la famille. Après je vais dans la chambre, généralement je demande à être seule, parce que ce n'est pas un acte technique particulièrement mais c'est un acte médical, donc je pense que pour la famille ça les protège un peu. Je reste seule avec le patient. Je demande à voir le dossier s'il y'a l'HAD ou les trucs comme ça. Je regarde le dossier, si c'est une mort attendue ? Ça m'arrive parfois de demander à la famille s'ils attendaient le décès ou pas. Et après en ce qui concerne le geste, si je suis seule avec le patient, je m'astreins à regarder surtout les pupilles, je ne prends pas particulièrement mon stéthoscope, ou je ne prends pas le pouls, car je n'en vois pas l'utilité. Sauf s'il y'a la famille qui est là, parce que je pense que pour eux c'est important, je ne pense pas qu'ils comprennent que les pupilles, enfin pour moi, ça se trouve je fais une erreur, mais moi ça me suffit et parce que je le vois aussi. Après je vérifie le pacemaker. Mes tous premiers certificats de décès j'enlevais le pacemaker car j'avais un kit avec moi, mais maintenant je me suis rendu compte que les chambres mortuaires le faisaient, donc je le fais plus, car c'est un geste que je n'aime pas et je trouve que c'est un geste qui ne se fait pas trop devant la famille. Ça ne me plait pas trop. Je mets ça plutôt dans le côté préparation du mort par la chambre mortuaire.

Ça ne prend pas beaucoup de temps, ça prend deux-minutes, le temps de lire le dossier, Puis après je ressort et selon le contexte avec la famille, je vois s'ils ont besoin de discuter. Généralement ils n'ont pas besoin de discuter, ils savent ce que c'est et ils s'attendaient aux trucs. Cependant de temps en temps ils ont besoin que je relise avec eux les comptes-rendus. Ça ils aiment bien savoir les derniers comptes rendus, quand ils ont des questions. Puis je présente mes condoléances, je demande si ils ont bien appelé les pompes funèbres, et après je m'en vais.»

Méthodologie utilisée pour déterminer de la cause du décès

Comment déterminez-vous la cause du décès ?

« Avec le compte rendu et avec mon examen clinique, si je vois qu'il n'y a pas eu d'agitation, pas de choc, pas de traumatisme. Majorité de mes certificats de décès c'était dans un contexte HAD ou cancer généralisé. J'ai eu très peu de morts violentes. J'ai eu deux pendus, quand même, donc là j'étais accompagné de la police. J'ai eu quelqu'un que j'ai retrouvé deux mois après le décès, donc pareil j'étais accompagné de la police.

Donc je n'ai pas eu à me poser vraiment les questions. Souvent ma conclusion c'était arrêt cardio-respiratoire, dans la suite d'une pathologie chronique et grave. J'ai mis une fois un obstacle, mais après discussion avec la police. »

Méthodologie utilisée pour la pose de l'obstacle médico-légal

Comment évaluez-vous la nécessité d'un obstacle médico-légal ? ?

« Si c'est une mort violente, inattendue. Si j'ai un doute un peu, une histoire bizarre. Après j'en ai eu peu, à part cette personne que j'ai retrouvée deux mois après et les deux pendus, je n'ai pas eu de doute particulier, je n'ai pas eu de décès dans un contexte de violence. Après je suis jeune médecin, donc ça fait que 2-3 ans que j'en fais des certificats... »

Et vous parliez des policiers...

« Je leur pose la question lorsqu'ils sont présents. Est-ce que vous vous avez des doutes sur quelque chose ? est-ce que vous pensez qu'il est nécessaire de... ? Voilà je suis assez libre. Un jour, le seul obstacle que j'ai mis ils ont dit que ce n'était pas nécessaire et qu'ils voudraient que je ne le mette pas, mais je leur ai dit que non, que je n'étais pas médecin légiste, c'était un pendu. Oui ça faisait quelques jours qui le recherchait et la famille était au courant, mais bon, j'en sais rien moi donc..

Et une fois ou je n'ai pas mis, la personne que j'avais retrouvé deux mois après. Avec la police on a discuté et ça faisait deux mois qu'ils n'avaient pas de nouvelles, son journal intime était tenu, c'était une personne âgée, alcoolique, il y avait des signes classiques de chute sur le bord du lit, donc voilà.

C'est juste cette personne je n'en savais rien, je n'avais pas d'info, donc j'ai mis un obstacle. Après ils

m'ont dit, on appelle le procureur, on va l'enlever rapidement. »

Que faites-vous après avoir posé un obstacle médico-légal ?
« Moi rien, je le mets sur le certificat papier, et puis après c'est tout. Si j'avais un doute, j'appellerais peut-être la police. Je pense que oui, évidemment, on arrive sur un lieu, il y'a un truc un peu bizarre, on appelle la police. Mais je n'ai jamais été dans la situation »

Exploration des pratiques pour la rédaction du certificat de décès
Comment remplissez-vous les différents volets du certificat de décès ?
Est-ce que vous savez remplir les différentes cases *?*
« Je commence de haut en bas, généralement je ne le fais pas devant la famille. Je le fais toute seule, quand je suis avec le patient, car je trouve que le papier bleu ce n'est pas... Je n'aimerais pas qu'on le fasse devant moi si c'était mon proche. Et je remplis un par un, je relis bien à chaque fois, je suis assez systématique, car je pense que je suis jeune médecin, et encore un peu stressée, ou précise je ne sais pas. Je relis à chaque fois, je me repose la question à chaque fois. Ça m'est déjà arrivé de retourner dans la chambre pour vérifier le pacemaker parce que j'avais un doute. Après je tamponne sur les 3 feuillets, je remplis la partie du bas. Même quand c'est une personne âgée ou un homme, je ne remplis pas de grossesse, pas d'accident de travail. Et après je prends un sopalin humide et je ferme. Le premier j'avais fait avec la langue mais c'était un peu dégoutant. »

Identification des perspectives d'évolution du certificat de décès désirées par les médecins généralistes
Selon vous, Comment pourrait-on faciliter le constat de décès pour les médecins généralistes ?
« Qu'on soit sûr d'avoir tous des papiers. Je trouve que c'est le truc compliqué. Moi les papiers je les ai eus car on m'en a donné, à l'hôpital on m'en avait donné en avance. Mais là je pense qu'il m'en reste trois ou quatre dans mon sac, et je ne sais pas comment me les fournir. Il faut que je regarde sur Ameli-pro. Je sais qu'il y'a un truc en ligne mais on ne m'a jamais expliqué comment faire. Si je n'avais pas de papier je ne saurais pas comment faire.
Mise à part ça je ne trouve pas ça compliqué. »

Avez-vous des choses à ajouter ?
« P*ar rapport aux moyens de rémunération. Je trouve ça important qu'on continue à les faire en voyant la famille. Je sais qu'il y'a certains médecins qui disent que ça pourrait être fait par l'infirmière de l'HAD qui est tout à fait apte comme nous à voir que la personne est décédée mais je pense que c'est important pour les familles de voir que le médecin s'est déplacé, pour l'étape du deuil c'est important. Je dis infirmière de l'HAD mais ça peut être infirmière à domicile. Je pense que c'est important qu'il y ait une conclusion à l'épisode fin de vie, avec un médecin. Donc je pense que c'est important qu'on continue à y aller, c'est important pour les familles, moi ça me dérange pas du tout.*
Juste pour la rémunération, c'est un peu compliqué, parce que si c'est en semaine un mardi après-midi, voilà, un mort ne paye pas donc on ne met pas la carte vitale. Et le week-end le forfait des 100€ c'est un peu compliqué. »

Annexe 6 – Extrait de verbatim, entretien n°16

Question « Brise-glace » : *Pourriez-vous me raconter comment cela se passe lorsque vous êtes appelés pour constater un décès ?*

« Comment cela se passe lorsque je suis appelé pour un décès ? En tant que généraliste installé, médecin traitant, ce sont souvent des familles que j'ai suivies. Ce n'est pas comme la pratique de SOS médecin ou c'est un one shot. Ça fait suite à une prise en charge palliative, et ils m'appellent car ils savent que ça va arriver, ils sont semi-préparés. Si ce sont des morts violentes, inattendues, c'est plus le 15, c'est plus SOS médecin. Donc moi je suis rarement confronté à des décès inattendus. La famille m'appelle autant pour me prévenir que pour me demander l'acte, d'un commun accord. Je ne suis pas surpris par ces appels la plupart du temps. Pour Mr X, je n'ai pas été surpris, on était sur une descente.

Donc en principe je m'y rends de façon semi-urgente. Si je suis en consultation, je ne quitte pas la consultation pour me rendre sur le lieu du décès. S'il me reste 1h ou2h de consultation, je leur dis de m'attendre, et que je vais venir. Ou quand c'est dans les EHPADs, souvent il y'a des infirmières qui ont fait le constat, et je donne mon accord pour qu'elles préparent le défunt. Et je viens après préparation du défunt faire le constat.

C'est souvent un grand moment de sérénité, et de partage avec les familles. On est là pour accompagner, non pas le défunt, mais la famille, avec calme et sérénité. Je mets toujours, même si c'est 2h après, mon stéthoscope sur la poitrine, car pour la famille c'est l'acte officialisant. Je le fais toujours pour la famille, et souvent je me mets un tout petit peu à l'écart pour remplir mon certificat de décès, car je laisse à nouveau la famille prendre possession du corps décédé, dont j'ai acté le décès. Et je prends très souvent l'épouse ou le fils, la fille, la personne responsable avec moi, pour avoir le lieu de naissance, la date, pour qu'ils m'accompagnent et que je les accompagne dans le remplissage du certificat.

En EHPAD c'est différent, car elles ont déjà fait. J'y vais, ok il est décédé. Pacemaker ? On enlève ou pas. Je remplis les papiers dans le bureau infirmier, de façon complètement administrative. Je n'ai pas le même comportement. Il y'a rarement les familles en EHPAD.

Pour moi c'est un acte que je n'ai jamais fait payer. Je ne connais pas la cotation. Je prends soin des vivants, mais une fois qu'ils sont décédés ce n'est plus mon job. Ce n'est pas ma déontologie.»

Méthodologie utilisée pour déterminer de la cause du décès

Comment déterminez-vous la cause du décès ?

« La cause du décès... Je les connais. J'ai rarement à faire à des morts violentes. J'ai peut-être eu mais très rarement. Tu vas me dire, une mort est toujours violente, mais souvent Mr X, il y'avait son cancer, Mr D sa SLA. Ce sont des gens que je connais, que j'ai suivi, donc je connais toujours la cause.

Parfois, pour ne pas être trop violent avec les familles, il peut m'arriver de mettre arrêt cardio-respiratoire quand je sais qu'ils sont en difficultés avec le mot cancer. »

Méthodologie utilisée pour la pose de l'obstacle médico-légal

Comment évaluez-vous la nécessité d'un obstacle médico-légal? ?

« Rarement confronté. Une fois confronté. C'est soit si c'est mort violente inexpliquée, ou soit une pathologie infectieuse importée qui est dans la liste. Mais autrement.

Je me pose la question à chaque fois, lorsque je coche sur la ligne. C'est bref, ça dure moins de 10 secondes, mais je me pose toujours la question.»

Identification des perspectives d'évolution du certificat de décès désirées par les médecins généralistes

Selon vous, Comment pourrait-on faciliter le constat de décès pour les médecins généralistes ?

« Dans mon activité, je trouve ça simple. C'est mon rôle de médecin traitant, c'est mon rôle de médecin de famille. Il y'a cette phrase habituelle, d'accompagnement : les traits ne sont pas tirés, il n'a pas l'air d'avoir souffert, il est libéré. C'est un continuité, donc pas de difficulté.»

Avez-vous des choses à ajouter ?

« Oui, là je t'ai parlé des versions que je maitrise, que je connais. Mais maintenant ça va être informatisé et je ne sais pas. Je m'interroge toujours. Jusqu'à présent la version papier est un outil pour moi, et je l'utilise dans l'accompagnement pour mon acte, d'accompagnement. C'est chez eux, à leur chevet. Je le laisse en partant. Ca fait partie de mon acte d'accompagnement. Ce qui ne pose pas de problème en EHPAD. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Code Général des collectivités territoriales. Article L. 2223-42.

2. Ariès P. Mort apparente, mort imparfaite. Médecine et mentalités au 18e siècle. Payot. Paris; 1989.

3. L'invention du certificat de décès. La Revue Prescrire. Juin 2013;33(356):468.

4. Carol A. Les médecins et la mort, XIXe-XXe siècles. Editions Aubier. Paris; 2004. 335 p.

5. Décret n° 2020-446 du 18 avril 2020 relatif à l'établissement du certificat de décès. 2020-446 avril 18, 2020.

6. Certificats médicaux / décès et législation / prélèvements d'organes et législation. Médecine Légale - Médecine du travail. Les références des collèges. Elsevier Masson ; 2019 ; (74-103)

7. Malicier D. Les indications de l'autopsie médico-légale en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Volume 185, Issue 5. 2001;839-848.

8. Code de Procédure Pénale. Article 74.

9. Code civil. Article 81.

10. Code général des collectivités territoriales. Listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales. Arrêté du 12 juillet 2017.

11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Modèles de certificats de décès [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [Consulté le 01/08/2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modeles-certificats-deces

12. Décret n°2006-938 du 27 juillet 2006 relatif au certificat de décès et modifiant le code général des collectivités territoriales (partie réglementaire);2006.

13. ARS. Déclarer un décès par voie électronique [Internet]. ARS. 2016 [Consulté le 01/08/2020]. Disponible sur: http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/declarer-un-deces-par-voie-electronique-1

14. Décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient;2017.

15. Le Douarin B. Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public : aspects éthiques et déontologiques. Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins; avril 2014;34:16-17:

16. Conseil de l'Europe des ministres. Recommandation n° R(99) 3 du comité des ministres aux états membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. Conseil de l'Europe – Comité de ministres. 2 février 1999.

17. HM Passeport Office. Guidance for doctors completing Medical Certificates of Cause of Death in England and Wales. Office for National Statistics; 2020.

18. Scott G, Kirby MD. Physician obligation to complete death certificates [Internet]. North Carolina Médical board; 2013 [Consulté le 01/08/2020]. Disponible sur: https://www.ncmedboard.org/resources-information/professional-resources/publications/forum-newsletter/article/physician-obligation-to-complete-death-certificates

19. Ministère des services gouvernementaux et des services aux consommateurs. Manuel sur le certificat médical de décès [Internet]. Bureau du registraire général de l'état civil, Ministère des services gouvernementaux et des services aux consommateurs. Ontario: 2020 [Consulté le 01/08/2020]. Disponible sur : https://www.ontario.ca/fr/page/que-faire-lorsque-quelquun-decede#section-5

20. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. Insee; 12 octobre 2017;(95).

21. Question au sénat n°10005. Difficulté d'obtention des certificats de décès. Journal Officiel du Sénat. 11 avril 2019;p1912.

22. Question au sénat n°14016. Difficulté d'obtention de certificats de décès. Journal Officiel Sénat. 30 janvier 2020;p467.

23. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. Prat Organ Soins. 2010;41(1):65 72.

24. Samedy TL. Evolution des compétences et du vécu émotionnel des médecins généralistes au fil d'accompagnements de patients et de leur entourage dans la mort. Thèse de médecine, Tours : Université de Tours; 2013.

25. Suzat B. Le certificat médical de décès : difficultés d'usage par les professionnels et perspectives d'amélioration. Thèse de médecine, Caen: Université de Caen Normandie; 2018.

26. D'Andrea D. Pertinence de la rédaction des certificats de décès par les médecins généralistes de Moselle. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2019.

27. Giordano A. Modalités de pose de l'obstacle médico-légal en pré-hospitalier: évaluation des pratiques professionnelles dans la région d'Annecy. Thèse de médecine, Grenoble: Faculté de Grenoble; 2011.

28. Parrain C. Les certificats de décès : respecte -t-on les recommandations en matière d'obstacles médico-légaux. Evaluation de la qualité de rédaction des certificats de décès. Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2018.

29. Vial-Reyt K, Vallée J. Certification de décès et médecins généralistes: opinions sur les propositions d'amélioration. Rev Prat. 2011;10.

30. Frappé P. Initiation à la recherche. GM Santé; 2011. 216 p.

31. Smith J. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. SAGE; 2009. 234 p.

32. ARS. Offre de soins: Médecin de ville et soins ambulatoires. Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine; 2018.59.

33. Moffroid C. Evaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès. Thèse de médecine, Amiens: Faculté d'Amiens; 2015.

34. Beauthier JP. Constat et certificat de décès. Rev Med Brux ; 2004;25:348-53

35. Paris V. Analyse des difficultés rencontrées lors de la rédaction d'un certificat de décès relevant d'un obstacle médico-légal Enquête qualitative auprès de 19 médecins généralistes lorrains. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2015.

36. Université de Melbourne. Improving cause of death information. Manuel sur la certification de la cause de décès à l'intention des médecins. Ressources et Outils. Université de Melbourne : 2017.

37. Devoogght M-A. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du patient décédé au domicile: constatation de décès, certificat de décès, certificats postmortem : le point sur les internes de Médecine Générale de dernier semestre. Thèse de médecine, Marseille: Université d'Aix-Marseille; 2010.

38. Schröder AS, Wilmes S, Sehner S, Ehrhardt M, Kaduszkiewicz H, Anders S. Post-mortem external examination: competence, education and accuracy of general practitioners in a metropolitan area. Int J Legal Med. novembre2017 ;131(6):1701.

39. O'Donovan BG, Armstrong P, Byrne MC, Murphy AW, Bonar D, Brennan M, et al. A mixed-methods prospective study of death certification in general practice. Fam Pract. 22 mars 2010;27(3):351-5.

40. Myers KA, Eden D. Death duties : workshop on what family physicians are expected when patients die. Can Fam Physician. 2007;53(6):1035-8

41. Fouillet A. La certification électronique des décès, France, 2007-2011. Inst Veille Sanit. 2012;4.

SERMENT D’HIPPOCRATE

*« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »*

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
LECOURT Quentin

Bordeaux, le 18 mars 2021
Thèse n°21

Titre - Le constat de décès en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes aquitains.

Résumé

Introduction - Le constat de décès est un acte singulier dans la pratique de la médecine, et plus particulièrement dans celle du médecin généraliste. Il n'existe pas de consensus sur la manière de l'effectuer. Il repose essentiellement sur l'expérience. L'objectif de ce travail est d'explorer le constat de décès en médecine générale. **Population et Méthode** - Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse thématique de contenu, par la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès de médecins généralistes aquitains. **Résultats** - Seize entretiens ont été réalisés entre mars et juillet 2020. Les médecins percevaient le constat de décès comme un acte complexe. Les circonstances de la mort, les caractéristiques du défunt et la présence d'intervenants extérieurs, étaient des facteurs pouvant compliquer la détermination des évènements ayant provoqués le décès ainsi que la présence d'un obstacle médicolégale. L'examen de corps était une des principales sources de difficultés rencontrées. La formation des médecins à cette pratique paraissait insuffisante. **Conclusion** - Le constat de décès est un acte complexe pour lequel le médecin se doit d'être polyvalent en alliant compétences médicales, qualités relationnelles et capacité d'investigation. Compte tenu des enjeux sanitaires et médico-légaux, un renforcement de la formation ainsi la mise en place de moyens pour faciliter sa réalisation apparaissent nécessaires.

Mots clefs : constat de décès, médecine générale, étude qualitative, obstacle médico-légal.

Title - The attestation of death in general medicine: qualitative study of general practitioners in Aquitaine.

Abstract

Introduction - The attestation of death is a singular act in the practice of medicine, and more particularly in that of the general practitioner. There is no consensus on how to perform it. It is essentially based on experience. The objective of this work is to explore the attestation of death in general medicine. **Tools and methods** - We have carried out a qualitative study with thematic content analysis, by conducting semi-directed individual interviews with general practitioners in Aquitaine. **Results -** Sixteen interviews were conducted between March and July 2020. Doctors perceived the death certificate as a complex act. The circumstances of the death, the characteristics of the deceased and the presence of external interveners were factors that could complicate the determination of the events that led to the death as well as the presence of a medico-legal obstacle. Examination of the body was one of the main sources of difficulties encountered. The training of physicians in this practice appeared to be insufficient. **Conclusion -** The attestation of death is a complex act for which the physician must be versatile by combining medical skills, interpersonal qualities and investigative capacity. In view of the health and medico-legal stakes, it seems necessary to reinforce training and to set up means to facilitate its implementation.

Keywords: death certificate, general medicine, qualitative study, medico-legal obstacle.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Docteur Edouard BONTOUX