

Un certificat de décès correctement rempli participe à l'amélioration de la veille sanitaire, à la qualité des statistiques de mortalité et à la comparabilité internationale: de véritables enjeux de santé publique !

PARTIE I : doit contenir l'enchaînement le plus probable des événements morbides ayant conduit à la mort

Ligne a : Maladie terminale, traumatisme ou complication ayant directement entraîné la mort (cause immédiate)

Dernière ligne: Maladie ou traumatisme ayant initié l'enchaînement des événements (cause initiale)

| CAUSES DU DÉCÈS | | |
|--|---|--|
| PARTIE I | Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès. <i>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...).</i> | Intervalle entre le début du processus morbide et le décès <i>En heures, jours, mois ou ans</i> |
| due à ou consécutive à : a) | CAUSE IMMEDIATE | |
| due à ou consécutive à : b) | Enchaînement causal acceptable : une seule cause par ligne | |
| due à ou consécutive à : c) | | |
| due à ou consécutive à : d) | | CAUSE INITIALE |
| <i>La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale</i> | | |
| PARTIE II | Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I | |

NE PAS UTILISER D'ABREVIATION (IRA/IRG)
ETRE LISIBLE
UTILISER LE VOCABULAIRE MEDICAL COURANT
NE PAS UTILISER DE CARACTERES SPECIAUX "":</()!?"
EVITER D'UTILISER L'EXPRESSION « OU »



PARTIE II : Comorbidités, états physiologiques, pathologies en lien avec le décès et non impliqués dans la chaîne causale en partie I

- La ligne la plus basse mentionne la cause initiale qui débute l'enchaînement des événements morbides.

- Il est obligatoire de compléter au moins une ligne (même en cas d'obstacle médico-légal).

- Ne pas donner d'information directement identifiante (nom, adresse,...) dans le texte.

- En cas de doute, indiquer l'enchaînement des causes qui paraît le plus probable.

| Exemple 1 | Intervalle |
|---|------------|
| I a) Syndrome de défaillance multiviscérale | 5h |
| b) Syndrome de détresse respiratoire aiguë | 10j |
| c) Pneumopathie à COVID-19 | 15j |
| d) | |
| II Asthme | 12 ans |

| Exemple 2 | Intervalle |
|----------------------------|------------|
| I a) Infarctus du myocarde | |
| b) | |
| c) | |
| d) | |
| II Obésité | 20 ans |

Morts violentes

Détailler les circonstances et l'intention (accident de voiture, suicide, homicide, chute accidentelle, intoxication volontaire...).

Alcools/Drogues

Indiquer s'il s'agit d'une intoxication aiguë ou d'un usage continu et s'il y a dépendance. Si la consommation d'alcool ou de drogues a directement entraîné le décès, indiquez-le dans la partie I, en précisant les conséquences de cette consommation.

Hématomes et hémorragies

Préciser s'il est traumatique ou non. S'il est traumatique, préciser les circonstances (chute, accident, ...).

Diabète

Préciser si de type 1 ou 2.

Hépatites

Préciser l'évolution, l'étiologie (aiguë, chronique, alcoolique, viral (type A,B,C...)).

Infection des voies urinaires

Préciser l'organisme responsable, la cause sous-jacente de l'infection. Si elle est due à l'immobilité : précisez les causes de l'immobilité.

Infarctus

Préciser le site et la cause (artériosclérose, embolique, ...).

Maladies infectieuses

Indiquer l'organisme pathogène et le siège de la maladie (ex. tuberculose).

Interventions chirurgicales, procédures médicales et médicaments :

Préciser la maladie ou le traumatisme qui a rendu nécessaire l'intervention chirurgicale, la procédure médicale ou le médicament et les complications.

Néoplasie/tumeur

Préciser le type morphologique s'il est connu (malin, bénin, indéterminé). Préciser le siège primitif (s'il n'est pas connu, l'indiquer clairement). Préciser le siège secondaire.

Pneumopathie d'inhalation

Indiquer si possible la pathologie ou l'évènement sous-jacent.

Thrombose

Préciser artérielle ou veineuse, le vaisseau sanguin. Si post-chirurgical ou immobilité : préciser la maladie qui a causé la chirurgie ou l'immobilité.

COMMENT REMPLIR LE CERTIFICAT DE DECES

Volet médical anonyme

Exemples

| Exemple 3 | Intervalle |
|-----------------------------|------------|
| I a) Embolie pulmonaire | 1 j |
| b) Chirurgie col du fémur | |
| c) Fracture du col du fémur | |
| d) Chute | |
| II Démence | 5 ans |

| Exemple 5 | Intervalle |
|--|------------|
| I a) Etat de mort encéphalique | 2 j |
| b) Hypertension intracrânienne réfractaire | 5 j |
| c) Traumatisme crânien | |
| d) Chute accidentelle | |
| II | |

| Exemple 7 | Intervalle |
|---|------------|
| I a) Embolie pulmonaire post-opératoire | |
| b) Mastectomie | |
| c) Cancer de sein récidivé | |
| d) | |
| II | |

| Exemple 9 | Intervalle |
|--|------------|
| I a) Syndrome de défaillance multi-viscérale | |
| b) Evolution métastase pulmonaire | |
| c) Mélanome cuisse | |
| d) | |
| II | |

| Exemple 4 | Intervalle |
|----------------------------------|------------|
| I a) Insuffisance rénale aiguë | 7 j |
| b) Insuffisance rénale chronique | 1 an |
| c) Diabète insulino-dépendant | 10 ans |
| d) | |
| II Obésité | 25 ans |

| Exemple 6 | Intervalle |
|-------------------------------|------------|
| I a) Hémorragie cérébrale | 1h |
| b) Polytraumatisme | |
| c) Suicide par défenestration | |
| d) | |
| II | |

| Exemple 8 | Intervalle |
|-----------------------------------|------------|
| I a) Sepsis staphylococcus aureus | 1j |
| b) Immuno-suppression | 5j |
| c) Transplantation rénale | 5j |
| d) Insuffisance rénale terminale | 10 ans |
| II | |

| Exemple 10 | Intervalle |
|--|------------|
| I a) Défaillance respiratoire | |
| b) Traumatismes intra-thoraciques multiples | |
| c) Conducteur de voiture, collision avec train | |
| d) | |
| II | |

| INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point) | |
|--|--|
| LIEU DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Domicile (du défunt ou autre) <input type="checkbox"/> EHPAD, maison de retraite <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Établissement de santé public <input type="checkbox"/> Établissement de santé privé <input type="checkbox"/> Établissement pénitentiaire <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé | GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> non, pas au cours de l'année précédant le décès <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'1 an <input type="checkbox"/> oui, au moment du décès <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal et inattendu, évocateur de mort subite* ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <small>* décès non traumatique (adulte, enfant, nourrisson) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au stade terminal)</small> | La grossesse a-t-elle contribué au décès ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas |
| CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Mort naturelle <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Atteinte à la vie d'autrui <input type="checkbox"/> Faits de guerre <input type="checkbox"/> Complications de soins médicaux, chirurgicaux <input type="checkbox"/> Investigations en cours <input type="checkbox"/> Indéterminées | ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle* ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas <small>* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.</small> |
| EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle) Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Établissement accueillant du public <input type="checkbox"/> Lieu de sport <input type="checkbox"/> Local industriel, chantier <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Exploitation agricole | RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ? <input type="checkbox"/> oui, recherche médicale <input type="checkbox"/> oui, recherche médico-légale <input type="checkbox"/> non <small>Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes de décès</small> |
| SIGNATURE Nom lisible et cachet obligatoire du médecin | |

- Pour les informations complémentaires, une et une seule réponse est à renseigner par item.
- **Lieu du décès** : Indiquer le lieu « institutionnel » du décès (Domicile, établissement de santé, voie publique...). Pour les personnes domiciliées en EHPAD décédant à l'EHPAD, cochez « EHPAD ».
- **Circonstances apparentes du décès** : Indiquer s'il semble s'agir d'une mort naturelle (maladie, vieillesse...), d'une mort violente (accident, suicide, agression/homicide), si une enquête est en cours ou encore si les circonstances apparentes sont indéterminées.
- **Mort Violente** : S'il s'agit d'une mort violente (accident, suicide, homicide (agression)...), indiquer le lieu de survenue de l'événement déclencheur.
- **Grossesse** : Renseigner l'état de grossesse au moment du décès. Indiquer également si la grossesse a contribué au décès.