

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'OML, 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 : orthopoxi viroses ; 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 donateur doit être demandée / (c) Elle peut aussi être décidée par le maire en cas d'urgence (R. 2213-18)

(d) 72 h pour recherche de la cause de décès en cas de suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob

(e) articles R. 2213-2-1 à R. 2213-30 du Code général des collectivités territoriales, et arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles

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

Document confidentiel

département

N° du

(à renseigner par la mairie)

N° d'ordre du décès

N° de l'acte du décès

Commune d'enregistrement du décès

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS – VOLET MÉDICAL

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

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès

Je soussigné(e) M. _____, docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant.
 (Nom lisible en majuscules) (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 : _____

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

Numéros à reproduire au verso.

N° d'acte

N° d'ordre du décès

INFORMATIONS FUNÉRAIRES Cocher chaque ligne par oui ou par non

Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : oui non
 Même en ce cas, renseigner 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 3) : 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

SIGNATURE À _____, le _____
 et cachet obligatoire du médecin

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
 Domicile (du défunt ou autre) Établissement de santé public
 EHPAD, maison de retraite Établissement de santé privé
 Voie publique Établissement pénitentiaire
 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 (adulte, enfant, nourrisson) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au 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)
 Précisez 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
 * toute activité source de revenu (y compris au domicile), 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 des causes de décès

SIGNATURE Nom lisible et cachet obligatoire du médecin