



a

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Certificat de décès: Qualité de sa rédaction par les internes
de médecine générale de la faculté de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 5 octobre 2023 à 16h
au Pôle Formation
par **BLAUWBLOMME Corentin**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valery HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Monsieur le Docteur Wassil MESSAADI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Wassil MESSAADI

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 5

- I- Un peu d'histoire 5
- II- Le certificat de décès: contexte 5
- III- Justification de l'étude 8

MATERIEL ET METHODES 9

- I- Type d'étude 10
- II- Cas clinique transmis à l'interne 11
- III- Animation vidéo avec chapitrage 11
- IV- Déroulement de l'évaluation 12
- V- Constat de décès - Correction 13
- VI- Certificat de décès papier - correction 14

RESULTATS 15

- I - Échantillon étudié 15
- II- Constat du décès. 16
- III- Certificat de décès 17
 - A/ volet administratif 17
 - B/ volet médical 18

DISCUSSION 19

- I- Objectif principal 19
- II Forces et limites 21
- III- Perspectives futures 22

CONCLUSION 23

ANNEXES 24

BIBLIOGRAPHIE 35

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INSERM: Institut national de la santé et de la recherche médicale

OML: Obstacle médico-légal

OPJ: Officier de police judiciaire

CépiDc: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

ARS: Agence régionale de santé

EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

D.E.S: Diplôme d'Etudes Spécialisées

ECOS: Examens Cliniques Objectifs et Structurés

INSEE: Institut National de la Statistique et Etudes Economiques

InVS: Institut de veille sanitaire

INTRODUCTION

I- Un peu d'histoire

En France, lorsqu'une personne meurt, le décès doit être constaté par un médecin (1). Cette présence médicale n'est devenue obligatoire qu'au cours des dernières décennies.

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 XVI^e siècle et parallèlement aux progrès de la médecine, la physiologie de la mort et ses signes cliniques deviennent un sujet d'étude (2,3).

En 1792, lors de l'instauration de l'état civil, c'est l'officier d'état civil qui est chargé de constater la mort et de délivrer un permis d'inhumer (4).

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 XIX^e siècle que la présence d'un médecin s'impose, et que le certificat médical de décès devient nécessaire par une circulaire de 1866. Cependant son utilisation n'est pas toujours respectée.

Il est finalement rendu obligatoire par la loi de 1960; notamment grâce aux avancées de la réanimation médicale et du prélèvement d'organe, durant lesquelles il a fallu établir différentes définitions de la mort (5,6).

II- Le certificat de décès: contexte

En 2023, le constat et le certificat de décès sont obligatoirement réalisés par un médecin (7). Les Codes civil et pénal ne donnent pas de définition légale de la mort. Une personne est déclarée « décédée » quand le médecin constatant le décès certifie qu'elle est morte.

Il n'est désormais plus obligatoire 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 constater la mort. Il procède alors à la recherche des signes négatifs de la vie et des signes positifs de la mort. Les signes positifs de la mort, aussi appelés phénomènes cadavériques, sont: les lividités, la rigidité cadavérique, le refroidissement corporel, la déshydratation et la putréfaction. Les signes négatifs de la vie sont: l'arrêt des fonctions cérébrales, de l'activité respiratoire et de l'activité cardio-vasculaire (8). Cependant, le constat de décès ne se limite pas au diagnostic de la mort.

En effet, 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).

Le médecin 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) (8,9).

Lors d'une mort violente, suspecte, ou inconnue, le médecin signale 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 (10,11). 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 constatant 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 (12).

Au terme du constat de décès, le médecin rédige un certificat de décès, dans lequel apparaissent les conclusions de son intervention. C'est une obligation administrative qui autorise la fermeture du cercueil (1).

La rédaction de ce certificat est la base juridique du constat de la mort. La personnalité juridique disparaît, l'être humain passe du statut de personne à celui de cadavre.

Le certificat de décès possède 2 versions: papier (annexe 1) et électronique.

Il en existe 2 types: général et néonatal.

Le certificat de décès (arrêté de 2017) est composé de deux volets (annexe 1):

- 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 est médical et anonyme. Il est destiné à la surveillance épidémiologique au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès - Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc), pour l'établissement de données de santé publique sur la morbi-mortalité des maladies (13).

Afin d'obtenir des certificats papiers vierges, le médecin doit faire la demande auprès de l'agence régionale de santé (ARS) de sa région (13,14).

Suite au décret 2006-938 du 27 juillet 2006, le certificat peut être également réalisé par voie électronique (15). Pour participer à ce dispositif, le médecin peut utiliser le site CertDc accessible via un poste informatique connecté, ou utiliser l'application CertDc téléchargeable sur smartphone (annexe 2). Cependant, depuis sa mise en place, ce dispositif peine à monter en puissance, bien que la crise sanitaire ait eu un impact positif sur le niveau de raccordement des établissements de santé. En effet, le taux de dématérialisation annuel régional dans les Hauts-de-France était de 4,7% en 2019, et atteint à présent 20,8% en 2021 (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 (16). Le médecin est alors rémunéré 100 € par sa caisse de rattachement. En dehors de ce cadre précis, il n'existe pas de cotation (17).

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 (17).

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). Ce dernier explique la façon dont doit être présenté l'enchaînement des événements ayant provoqué la mort. Il existe également des recommandations européennes pour aider à la détermination de l'OML (18).

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 (19).

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 (20). S'il ne peut se rendre disponible, les infirmiers, sous la supervision des médecins hospitaliers du service, peuvent remplir les certificats de décès (20). 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 (21).

III- Justification de l'étude

Au fil des années, la conception de la fin de vie a évolué dans le monde, notamment en France. Bien que la majorité des personnes souhaitent mourir chez elles, seul un quart le font. En 2016, sur 594 000 décès annuels survenus, 26,0 % des décès ont eu lieu à domicile, 14% en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et ont donc fait l'objet d'une intervention en soins primaires (22).

En 1792 a lieu la création de l'état civil et obligation du constat de décès par un officier d'état civil (4).

Avec une évolution constante de notre mode de vie, nous assistons à une réelle « médicalisation du funéraire ». En 1960 : le certificat médical de décès devient obligatoire (5,6). Il est du devoir du médecin lors d'un dernier examen clinique de confirmer le caractère réel et constant de la mort: c'est le constat de décès. Au décours de cet acte, il doit alors rédiger le certificat de décès.

Bien qu'une partie soit partagée avec les médecins urgentistes et les médecins coordinateurs d'EHPAD, le médecin généraliste, acteur majeur des soins primaires, joue donc un rôle capital dans la certification de décès (17). Pour autant, il n'est pas toujours aisé de trouver un médecin qui accepte de se déplacer au chevet d'un patient décédé (23,24). 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. En effet, les médecins retraités sans activité, les étudiants en cours de troisième cycle des études de médecine en France et les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne sont désormais habilités à rédiger un certificat de décès, sous réserve de certaines conditions (7).

La prise en charge de la fin de vie fait partie intégrante du travail du médecin généraliste. Ce dernier se retrouve parfois confronter à certaines problématiques délicates, comme le fait de ressentir de l'empathie pour un patient qu'il suit parfois depuis sa naissance. Il peut également éprouver de la culpabilité ou même le sentiment d'échec thérapeutique vis-à-vis de la mort (25,26). Cependant, il doit répondre à ses devoirs et obligations face à son patient décédé, afin d'autoriser ou non les opérations funéraires.

Le constat de décès est un acte singulier dans la pratique de la médecine, plus particulièrement dans celle du médecin généraliste. Il n'existe pas de réel consensus sur la manière de l'effectuer (33).

La certification de décès, quant à elle, s'inscrit dans une démarche scientifique bien codifiée (annexe 1). Elle est essentielle, aussi bien d'un point de vue statistique et santé publique que judiciaire, notamment si un obstacle médico-légal (OML) est évoqué (13,14).

La rédaction du certificat de décès constitue une source d'erreurs majeures. A ce jour, nous n'avons retrouvé aucun travail dans la littérature scientifique sur la réalisation des certificats de décès par les internes en médecine générale.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité de rédaction des certificats de décès auprès des internes de médecine générale de la faculté de Lille, par une enquête quantitative observationnelle réalisée entre Avril 2023 et juin 2023.

MATERIEL ET METHODES

I- Type d'étude

Cette étude quantitative observationnelle a été menée auprès des internes de médecine générale de la faculté de Lille. Les participants ont été évalués individuellement, sur la même mise en situation: un cas clinique accompagnée d'une animation vidéo (annexe 3). Les entretiens ont été réalisés en visioconférence via le logiciel ZOOM.

Ce logiciel a été choisi pour une simplicité d'usage, notamment concernant la diffusion de l'animation vidéo par l'examineur. Ce dernier était également muni de 3 grilles d'évaluation similaires pour chaque interne (annexes 4,5).

Au cours de l'évaluation, l'interne disposait du cas clinique, de l'accès au matériel médical, et un certificat de décès papier. Il devait procéder au constat de décès puis à la rédaction du certificat de décès papier.

Le cas clinique ainsi que ses grilles d'évaluation ont été relus et corrigés par le Professeur HEDOUIN - Médecin légiste, Institut Médico-Légal CHRU Lille, et le Dr MESSAADI - médecin généraliste, chef de clinique - Faculté de médecine Lille.

Les internes ont été recrutés aléatoirement par mail via le secrétariat de médecine générale.

Les critères d'inclusion pour notre étude sont: les internes inscrits au département de médecine générale de la faculté de Lille, non thésés.

Les critères d'exclusion sont: les médecins généralistes thésés, les internes d'autre spécialité ou autre faculté, les internes de médecine générale de la faculté de Lille thésés n'ayant pas fini leur internat.

Le but de cette étude a été révélé aux participants à la fin de leur entretien par des explications orales de l'examineur. Une correction du cas clinique ainsi qu'une communication des résultats définitifs leur ont été également proposés à ce moment.

L'ensemble des réponses aux items du constat puis du certificat de décès a été anonymisé, reporté dans un tableau. Nous avons ensuite évalué chaque item sous forme de pourcentage de réponses valides afin de mettre en évidence les difficultés des internes.

II- Cas clinique transmis à l'interne

Il est 8h, vous êtes en route pour aller à votre cabinet de ville. Cependant vous êtes appelé au domicile de Monsieur T. 72 ans, ouvrier retraité, que vous suiviez depuis plus de 20 ans pour un syndrome dépressif, une hypertension artérielle, un diabète de type 2, un adénome prostatique, une dyslipidémie, et un antécédent d'infarctus du myocarde il y a 5 ans. Vous l'avez d'ailleurs vu il y a 10 jours pour des troubles du sommeil, pour lesquels vous avez décidé d'introduire du Zopiclone 3.75 mg, 1 par jour au coucher. Monsieur T. vivait seul depuis plusieurs années et n'avait pas d'enfant. L'auxiliaire de vie au domicile vous dit par téléphone qu'elle l'a retrouvé dans son lit, inanimé, lors de son passage ce matin. Vous arrivez sur place au domicile de Monsieur T. à 8h15. Vous le retrouvez inanimé dans son lit.

Mise à disposition pour l'interne d'un certificat de décès papier, d'un stylo, d'une montre, d'un stéthoscope, d'un tensiomètre, d'un saturomètre et d'un otoscope.

III- Animation vidéo avec chapitrage

Cette animation a été tournée à la faculté de médecine de Lille, à l'aide du service d'audiovisuel. Elle met en situation l'examen du cadavre et la réalisation du constat de décès (annexe 3).

IV- Déroulement de l'évaluation

Manuel d'évaluation pour l'examineur:

- Connexion sur le logiciel ZOOM.
- Envoie du lien ZOOM à l'interne évalué.
- Connexion de l'interne.
- Explications concernant le sujet avec remise du cas clinique, et certificat de décès papier
- Projection de l'animation vidéo à l'interne évalué, avec comme point de départ: la scène 1: Interne debout dans la chambre face au patient habillé, allongé, dans son lit.
- Puis examen du cadavre réalisé par l'interne selon ses connaissances, en présence de l'examineur.

Les internes ont été évalués par l'examineur à l'aide de 3 grilles d'évaluation:

- une première pour le constat de décès réalisé par l'interne (annexe 4),
- puis deux autres sur la rédaction complète du certificat de décès papier (annexe 5).

Afin de diminuer les biais, les internes n'ont pas été mis au courant du sujet d'étude lors de le recrutement. Le cas clinique ainsi que le certificat de décès papier ne leur ont été transmis qu'une fois en ligne avec l'examineur sur ZOOM.

L'examineur était à l'écoute, et agissait uniquement selon les choix de l'interne évalué. Aucune intervention n'était faite de la part de l'examineur lors de l'entretien. Ce dernier avait une connaissance exacte du chapitrage vidéo et des éléments clés à examiner lors du constat de décès (aidé des grilles d'évaluation). Il pouvait ainsi passer d'un chapitre de la vidéo à un autre, sans forcément les suivre dans le même ordre. Avec l'aide du logiciel ZOOM, aucune indication concernant la durée de la vidéo ni même le chapitrage n'a été donnée.

Exemple: L'interne évalué demande: « Palpation des pouls » (annexe 3)

L'examineur clique sur le chapitre: « Palpation Pouls » de l'animation vidéo.

L'animation se lance, et donne la réponse; dans le cas ci-dessus: absence de pouls palpable.

V- Constat de décès - Correction

15 items seront évalués pour le constat de décès (annexe 4).

1/ Analyse de l'environnement : Patient allongé dans son lit, dans sa chambre, muni de sa couverture, tête reposant sur son oreiller.

Pas de boîte de médicament retrouvé ni entamée.

2/ Palpation des pouls : absence de pouls.

(autre réponse acceptée: absence de bruit du cœur).

3/ Respiration : absence de ventilation spontanée.

(autre réponse acceptée : absence de mouvements thoraciques respiratoires et/ou absence de murmure vésiculaire).

4/ Arrêt des fonctions cérébrales: Yeux: Mydriase bilatérale (ou Pupilles Intermédiaires étant donné la difficulté de mise en scène) .

(autre réponse acceptée : abolition de la conscience, sensibilité, motilité).

5/ Déshabiller : dévêtir complètement le cadavre.

6/ Examen cutané global :

a. Inspection de la totalité de la surface corporelle (y compris la face dorsale).

b. Lésions suspectes : absence.

c. Lividités : Concordantes avec la position.

d. Température corporelle : corps chaud.

e. PaceMaker : absence.

7/ Evaluation tonus musculaire: Pas de rigidité.

VI- Certificat de décès papier - correction

14 items seront évalués pour le certificat de décès:
8 pour le volet administratif et 6 pour le volet médical (annexe 5).

A. Volet Administratif :

- 1/ Date estimée et heure estimée de la mort : < 4h
Entre 4h15 et 8h15
- 2/ Obstacle médico-légal : non
- 3/ Obligation de mise en bière immédiate :
 - a. Cercueil hermétique : non
 - b. Simple : non
- 4/ Obstacle aux soins de conservation : non
- 5/ Obstacle au don du corps : non
- 6/ Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès : non
- 7/ Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile : non

B. Volet médical :

- 1/ Partie I : Causes du décès:
 - a. Infarctus du myocarde,
 - b. Athérome.
- 2/ Partie II : Autres états morbides :
 - Syndrome dépressif,
 - Adénome prostatique,
 - Syndrome métabolique.
- 3/ Lieu du Décès : Domicile
- 4/ Circonstance apparente du décès : Mort naturelle
- 5/ Activité Professionnelle : Non
- 6/ Recherche de la cause du décès : Non

RÉSULTATS

I- Échantillon étudié

Notre échantillon est constitué de 30 internes de médecine générale de la faculté de Lille. Parmi eux:

- 7 internes en 1ère année,
- 7 en 2ème année,
- 12 en 3ème année,
- 4 ayant validé les 6 semestres effectifs pour la maquette de médecine générale mais non thésés lors de l'entretien.

11 de ces internes effectuent des remplacements réguliers en médecine générale. Aucun n'a réalisé de diplômes complémentaires au Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S.) de médecine générale dans le domaine de la médecine légale.

Tous les participants ont déjà été confrontés à un décès au cours leur internat. Cependant moins de la moitié déclarent avoir déjà effectué un certificat de décès durant leur stage ou remplacement.

Nous avons détaillé les réponses de notre cas clinique sur chaque item évalué du constat de décès, puis, du certificat de décès.

Au total, 29 items ont été évalués:

- 15 concernant le constat de décès (annexe 6),
- 14 sur le certificat de décès (annexes 7,8).

II- Constat du décès

15 items ont été évalués pour le constat de décès (annexe 6).
L'analyse des données a révélé plusieurs difficultés concernant la réalisation de cet acte.

Tout d'abord, l'environnement a été analysé par uniquement 30% des internes. En ce qui concerne la recherche de lésions suspectes, celle-ci a été évoquée par 33,33% des internes. D'autres items ont été évalués en complément de ce dernier, afin d'avoir une analyse plus étoffée. 40% des internes ont retiré le t-shirt du patient, 36,67% ont procédé à une inspection de la tête, du thorax et de l'abdomen. Seulement 13% ont complètement retiré la couverture qui couvrait ses membres inférieurs ainsi que son bas de pyjama, pour ensuite rechercher l'absence de lésion suspecte. Nous nous attendions également à ce que les internes recherchent une lésion suspecte en regardant le dos du patient. Cependant cela n'a été effectué que par 4 participants, soit 13,33%.

Concernant les signes cliniques de la mort, plus particulièrement les signes négatifs de vie:

- Les pouls ou bruits du coeur ont toujours été recherchés par les internes.
- L'évaluation de la conscience et/ou des yeux dans 86,67% des cas.
- L'absence de respiration dans 70% des cas.

Ils sont en effet évoqués le plus souvent par les internes; contrairement aux signes positifs de la mort:

- Le refroidissement corporel a été recherché par 40% des internes
- 30% ont évalué la rigidité corporel du défunt.
- la recherche de lividités a été effectué uniquement par 4 étudiants, soit 13,33%.

Pour finir, un tiers des internes ont procédé à la recherche d'un dispositif implantable type pacemaker.

III- Certificat de décès

14 items ont été évalués pour le certificat de décès:

- 8 concernant le volet administratif
- 6 pour le volet médical.

A/ Volet Administratif (annexe 7)

Le premier item évalué concerne la date et l'heure du décès: 26 internes (soit 86,67%) l'ont rempli correctement. Parmi ces 26 bonnes réponses enregistrées:

- 24 ont opté pour la date et heure du constat de décès
- 2 pour la date et l'heure réelle ou estimée du décès.

Concernant l'obstacle médico-légal (OML), l'analyse des données a montré que cet item pose problème aux internes de médecine générale. En effet, 50% des internes ont coché « oui » pour la détermination d'un OML devant ce cas clinique.

Pour ce qui est de l'obligation de mise en bière immédiate, il n'y avait aucune obligation de mise en cercueil hermétique ou simple dans l'énoncé du cas clinique proposé. Le taux de réponses correctes obtenu pour ces items est presque idéal:

- 93,33% pour le cercueil hermétique,
- et 83,33% pour le cercueil simple.

À savoir que depuis la modification du certificat de décès par l'arrêté du 17 juillet 2017, le VIH et les hépatites B et C ne sont plus une obligation de mise en cercueil simple immédiatement, tandis que dans le certificat conforme à l'arrêté du 24 décembre 1996, ces maladies en faisaient partie.

L'obstacle aux soins de conservation de corps a été correctement notifié « non » dans 86,67% des cas.

La réponse était identique pour l'indication de la pose de l'obstacle au don du corps à la science. Le taux de réponse exacte s'élève à 80%.

Le taux de réponses correctes reçu pour l'item correspondant à la présence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile est de 86,67%.

Concernant l'item « recherche de la cause de décès demandée par prélèvement, examen ou autopsie médicale », nous n'attendions aucune réponse. Cependant 53,33 % des médecins ont répondu « oui » à cet item.

La majorité des réponses a été mise en lien avec l'item « obstacle médico- légal ». En effet, lorsque l'item « OML » est coché « oui », 93,33 % des participants ont aussi notifié la « recherche de la cause de décès par prélèvement, examen ou autopsie médicale ».

B/ Volet médical (annexe 8)

Notre étude a également mis en évidence une diversité des réponses lors du remplissage des causes de décès.

Concernant la partie 1 - « Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès », le taux de réponse exacte est nul:

- 36,67 % des internes ont cité « arrêt cardio-respiratoire » sans autre précision pour définir la cause du décès.
- 63,33% n'ont rien indiqué ou ont alors précisé: « cause indéterminée », « je ne remplis pas car OML », « impossible à déterminer ».

Au sujet de la partie 2 - « Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques ayant contribué au décès », seulement 2 internes (soit 6,67%) l'ont remplie correctement. Le plus souvent, les étudiants se contentaient d'inscrire les facteurs cardio-vasculaires, en omettant les autres pathologies du patient. Le reste des participants ne l'a tout simplement pas remplie.

Le taux de réponses exactes pour le « lieu du décès » est de 96,67%. L'absence d'« activité professionnelle » a été correctement notifiée par 83,33% des participants.

Nos résultats nous rapportent des difficultés pour 2 items, à corréler aux réponses précédentes:

- concernant les « circonstances apparentes du décès »: la réponse attendue « mort naturelle » a été uniquement cochée par 46,67% des internes.
- puis pour la « recherche de la cause du décès »: le taux de réponse correcte, soit « non », est seulement de 30%.

DISCUSSION

I/ Objectif principal

Cette étude a permis d'explorer la qualité de la rédaction du certificat de décès par les internes en médecine générale. Comme le rapporte nos résultats, ce n'est pas un acte évident, il est une source de difficultés multiples. Un constat de décès incorrect contribue fortement aux erreurs rédactionnelles.

Effectivement, le constat de décès est un exercice délicat, souvent erroné, qui regorge de subtilités. Nos résultats confortent d'ailleurs cette hypothèse.

Les signes négatifs de la vie sont connus des internes et recherchés avec plus de facilités que les signes positifs de la mort (annexe 6). Cependant, il est important de connaître les signes positifs de la mort. Ces derniers sont essentiels pour estimer la date et l'heure de la mort, ainsi qu'éliminer une cause suspecte.

Nos résultats nous font remarquer que les participants ont tendance à se précipiter sur le défunt, l'ausculter et évaluer sa conscience sans même analyser l'environnement qui l'entoure (réalisée dans 30% des cas seulement). Pourtant, l'environnement est une source majeure d'indices et de réponses pour remplir convenablement le certificat de décès. Des informations peuvent également être récoltées auprès de l'auxiliaire de vie, ou la famille du défunt.

Bien que la réponse attendue était « mort naturelle » par infarctus du myocarde, les antécédents psychiatriques de notre patient orientaient volontairement vers la recherche de lésions suspectes, afin d'éliminer le diagnostic différentiel de mort suspecte par suicide (annexes 6,8). La recherche d'éléments orientant vers un suicide (lettre, boîtes de médicament vides, armes, ...) et de lésions suspectes est théoriquement connue des internes, mais insuffisamment effectuée comme l'indique nos résultats (8). Seulement 40% des étudiants ont levé le t-shirt du patient, et uniquement 13% ont inspecté son dos.

L'ensemble de ces éléments explique que « l'obstacle médico-légal » soit coché à tort par 50% des participants de notre étude (annexe 7).

Nos résultats nous montrent également un décalage de réponses entre:

- l'item « recherche de la cause du décès demandée par prélèvement, examen ou

autopsie médicale »: 46,67% des internes ne l'effectuent pas (informations funéraires, annexe 7),

- et l'item « recherche de la cause du décès »: seulement 30% ont correctement répondu « non » pour ce dernier (informations complémentaires, annexe 8).

Cette différence s'explique par le simple fait que parmi les 14 internes ayant suspecté une « mort naturelle », 5 internes ont tout de même demandé une recherche complémentaire pour connaître l'étiologie exacte du décès.

D'autres difficultés ont été mises en exergue dans cette étude, notamment pour l'item « présence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile ». Le taux de réponses correctes reçu pour cet item est de 86,67% (annexe 7).

Ce dernier est à confronter à la recherche du pacemaker lors du constat de décès, qui a été effectué dans seulement 33,33% des cas.

Nous remarquons une discordance dans le taux de réponses. Cette dernière serait liée à l'énoncé comme le relèvent de nombreux internes. En effet, le fait qu'il ne soit pas indiqué que le patient porte un pacemaker n'entraîne pas sa recherche. Cependant devant la lecture de l'item sur le certificat, les internes pensent à vérifier par la suite sa présence (annexe 1).

Un constat de décès erroné engendre le plus souvent un certificat mal rempli, en particulier pour les items « causes du décès » et « circonstances apparentes du décès » (annexe 8).

En effet, lors de la correction du sujet avec l'examineur, les participants ont fait part de leur ignorance concernant les réponses attendues aux parties 1 et 2 des « causes du décès ». De plus, leurs intitulés ne seraient pas parfaitement explicites; notamment les sous-items « b,c,d: due à consécutive à ». Ces derniers n'ont d'ailleurs pas été remplis correctement une seule fois dans notre étude (annexe 8).

Cette méconnaissance des causes de décès s'adjoint à nos responsabilités civiles et pénales en tant que médecin lors de l'établissement du certificat. Ce qui expliquerait également que l'OML soit coché par excès dans les « informations funéraires » (annexe 1,7).

II/ Forces et limites

Notre sujet d'étude ainsi que la méthode utilisée sont originaux. La revue de la littérature a révélé qu'il n'existait pas d'étude quantitative ni qualitative semblable en France sur l'exploration de la réalisation du certificat de décès par les internes de médecine générale.

La mise en situation clinique accompagnée de ses grilles d'évaluation ont permis d'évaluer les différents internes de manière reproductible, sur les mêmes critères cliniques et critères administratifs. Ils correspondent aux critères nécessaires pour la réalisation du constat et du certificat de décès (annexes 4,5). L'utilisation de grilles d'évaluation a également permis d'effectuer des comparaisons entre les différents participants, au sein ou non, d'une même promotion ou semestre. Aucune différence notable n'a été retrouvée.

De plus, notre échantillon était diversifié de par l'âge des internes interrogés, leurs promotions et semestres, leurs types d'activités ainsi que les différents lieux d'exercice (stages et/ou remplacements effectués).

Le cas clinique représentait une situation clinique quotidienne d'une mort naturelle au domicile, avec le médecin traitant seul face à son patient.

En 2019, selon le CépiDC sur 611 413 décès recensés en France, les tumeurs et les maladies cardio-neurovasculaires constituent les causes de décès les plus fréquentes, tous sexes confondus (à savoir 50,5 % de l'ensemble des décès - 28 % les tumeurs, et 22,5 % pour les maladies cardio-neurovasculaires) (27).

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence via le logiciel ZOOM, qui possède de nombreux avantages mais également des limites. Son usage est simple, et permet la réalisation d'entretiens facilement reproductible. Le choix de cet outil nous a permis de nous rapprocher des conditions réelles de rédaction des certificats de décès, contrairement à l'utilisation d'un simple cas clinique papier.

Cependant, celui-ci ne remplacera pas un réel examen clinique au chevet du patient.

Bien que la région soit vaste, seuls des internes de médecine générale de la faculté de Lille ont été recrutés et évalués. Une possibilité future serait de réaliser l'étude auprès d'internes d'autres facultés.

III/ Perspectives futures

Les internes de médecine générale de la faculté de Lille éprouvent des difficultés pour remplir correctement le certificat de décès. Ces derniers y seront pourtant confrontés dans leur exercice futur.

Ces résultats incitent à proposer la mise en place d'un renforcement de la formation des internes en médecine générale autour de cet acte singulier. Aussi bien par des rappels théoriques de médecine légale du 2ème cycle, que pratique (8).

Au-delà des bases médico-légales, il serait bénéfique d'étoffer l'apprentissage par l'appréhension de l'examen de corps et de la scène du décès, en collaboration avec l'institut de médecine légale de Lille.

Afin de mettre en pratique nos connaissances théoriques, la simulation comme à travers notre cas clinique ou au centre PRESAGE, pourrait être un outil pédagogique intéressant.

Il serait d'ailleurs opportun de réaliser cette étude à plus grande échelle, de manière nationale. Voire même l'étendre aux étudiants du 2ème cycle pour les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS).

D'autres champs complémentaires pourraient être approfondis comme sujet d'étude, tels que les indications d'OML, la détermination de la cause du décès, mais aussi les interactions avec l'entourage, les forces de l'ordre et les équipes paramédicales.

La détermination des causes du décès ainsi que la cascade des pathologies ayant conduit à la mort pourraient être facilités par la généralisation du dossier médical partagé (DMP) et son accès dématérialisé (via smartphone ou tablette numérique).

De nombreuses aides à la rédaction du certificat sont disponibles sur la version électronique (par exemple, si la case OML est cochée, les obstacles aux autres opérations funéraires seront automatiquement cochés) .

Un guide d'aide au constat de décès pourrait ainsi être mis en place de la même manière, notamment sur le site CertDC ou via leur application mobile (28, annexe 2).

CONCLUSION

La rédaction du certificat de décès est un acte cardinal dans la pratique de la médecine, et plus particulièrement dans celle du médecin généraliste.

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.

Annexe 1- Certificat de décès papier (Recto/Verso)

VOLETT MÉDICAL À remplir et à clôturer 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	Sexe :
	☐ masculin
Date de naissance :	☐ 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) _____

b) due à ou consécutive à : _____

c) due à ou consécutive à : _____

d) due à ou consécutive à : _____

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
☐ CHADP, 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 (chute, noyade, électrocution) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement et inattendu) (exclusion des dévotions chroniques ou troubles cardiaques)

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

* toute activité soumise de revers à l'emploi ou à 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 Non lisible et cachet obligatoire du médecin

Ce volet a été destiné qu'à des personnes autorisées pour des motifs de santé publique

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante <https://de.cerddc.insee.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, indiquez la date et l'heure du constat de décès sur le volet administratif. En cas d'obstacle médico-légal, ces indications seront renouvelées 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'arreste à la vie d'autrui, suicide, mort subite (hors MIN), éventuelle responsabilité d'un tiers engagé (accident de la route, du travail, ...), overdose, corps non identifié (art. 74 du Code de procédure pénale, art. 81 du Code civil, R. 112-7-3 du Code de santé publique). Le corps est alors à la disposition de la justice. Toutes les opérations funéraires sont suspendues jusqu'à la disposition donnée par l'autorité judiciaire (art. 81 du Code civil, R. 2213-17 et R. 2213-2-2 à 4-34 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 sévir tout risque de contamination des personnes ou de l'environnement, et le cas échéant, dans les règles d'auréaires dédiées.
- En cas de décès d'un individu souffrant d'une infection transmissible, le médecin ou le chef de service de l'établissement de soins, après avis du médecin légiste, doit adresser au directeur de l'établissement un certificat de décès, mentionnant la cause du décès.
- En cas de mort inattendue du nourrisson (MIN) jusqu'à 2 ans, elle est recueillie 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. 2121-2, « I » 8, L. 1233-1 et 2 du Code de la santé publique, ainsi que l'annexe des infections transmissibles » art. R. 4421-1 du Code du travail, ainsi que mesures techniques de prévention et de confinement » en cas de risque sanitaire).
- **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 assurer avant la mise en bière (art. R. 2213-15 du Code général des collectivités territoriales).
- **Opérations funéraires imposées / Interdites en cas d'infections transmissibles**

Infections transmissibles ou état de corps ▼	► Obligations / interventions associées en cas de GMS, toutes les opérations suivantes sont obligatoires				
	Source de contamination (1)	Durée de l'exposition	Mise en place d'isolation ou d'isolement (2)	Durée de mise en place	Transport vers une unité de soins (3)
Liste : arbovirus (dengue, chikungia, zéka, chikungia) ; fièvre hémorragique virale grave et contagieuse	intéressé	intéressé	oui, isolement dans un circuit thérapeutique et sa fermeture	4 jours du plus tard (domicile)	intéressé
Liste : rage ; tuberculose active ou sous-malade émergeant infectieuses transmissibles (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la santé publique (http://www.hcsp.fr)	intéressé	intéressé	oui, isolement dans un circuit simple et sa fermeture	avant la sortie de l'établissement (domicile ou hôpital ou clinique)	intéressé
Liste : maladie de Creutzfeldt-Jakob ; tout état septique grave	intéressé	intéressé	non	rigide sanitaire : défaut non extérieurement	personnel dans un véhicule, max. de 28 h (60)
Liste : infection à VIH ; virus de l'hépatite B et C	autorisés	intéressé	non	non	personnel dans un véhicule, max. de 28 h

107 Les notes sont adressées uniquement à la demande de la Société, par un personnel agréé. (a) Les notes de demande doit être demandées. (b) Elle peut aussi être dévotée par le maître en cas d'urgence. (c) 2016-17

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS - VOLET MÉDICAL.

Voler 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

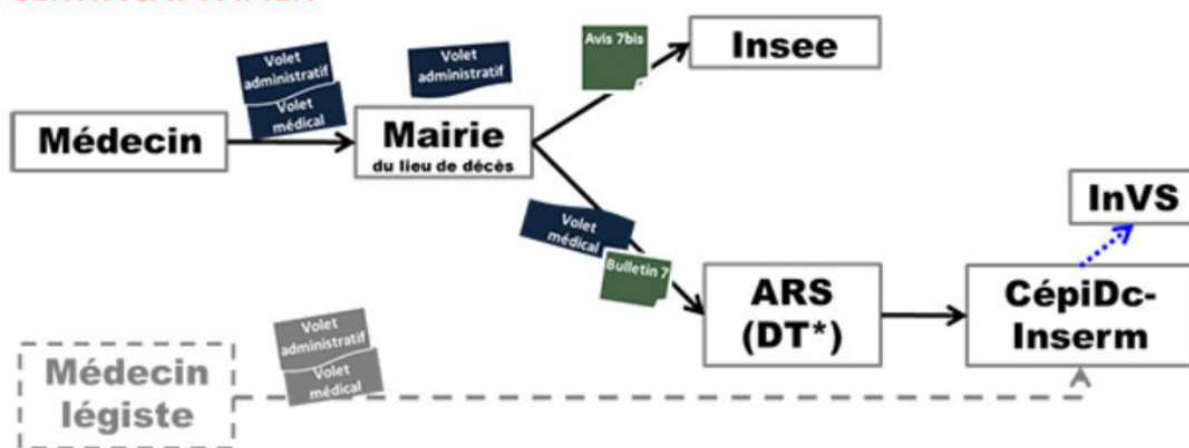
Commune d'enregistrement du décès											
N° de l'acte du décès				(à renseigner par la mairie)				N° d'ordre du décès			
N° du								département			

Document confidentiel

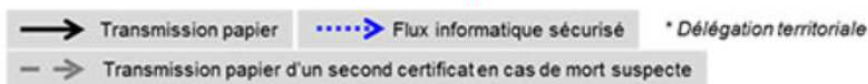
Ne doit être ouvert que par le médecin de l'Agence
régionale de santé (ARS)

Annexe 2 - Illustration de la production et de l'analyse des données du certificat de décès

CERTIFICAT PAPIER

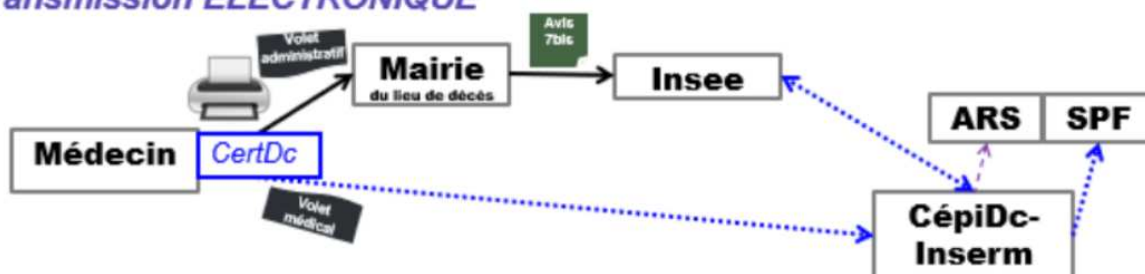


Disponibilité des données : 3 semaines à 4 mois



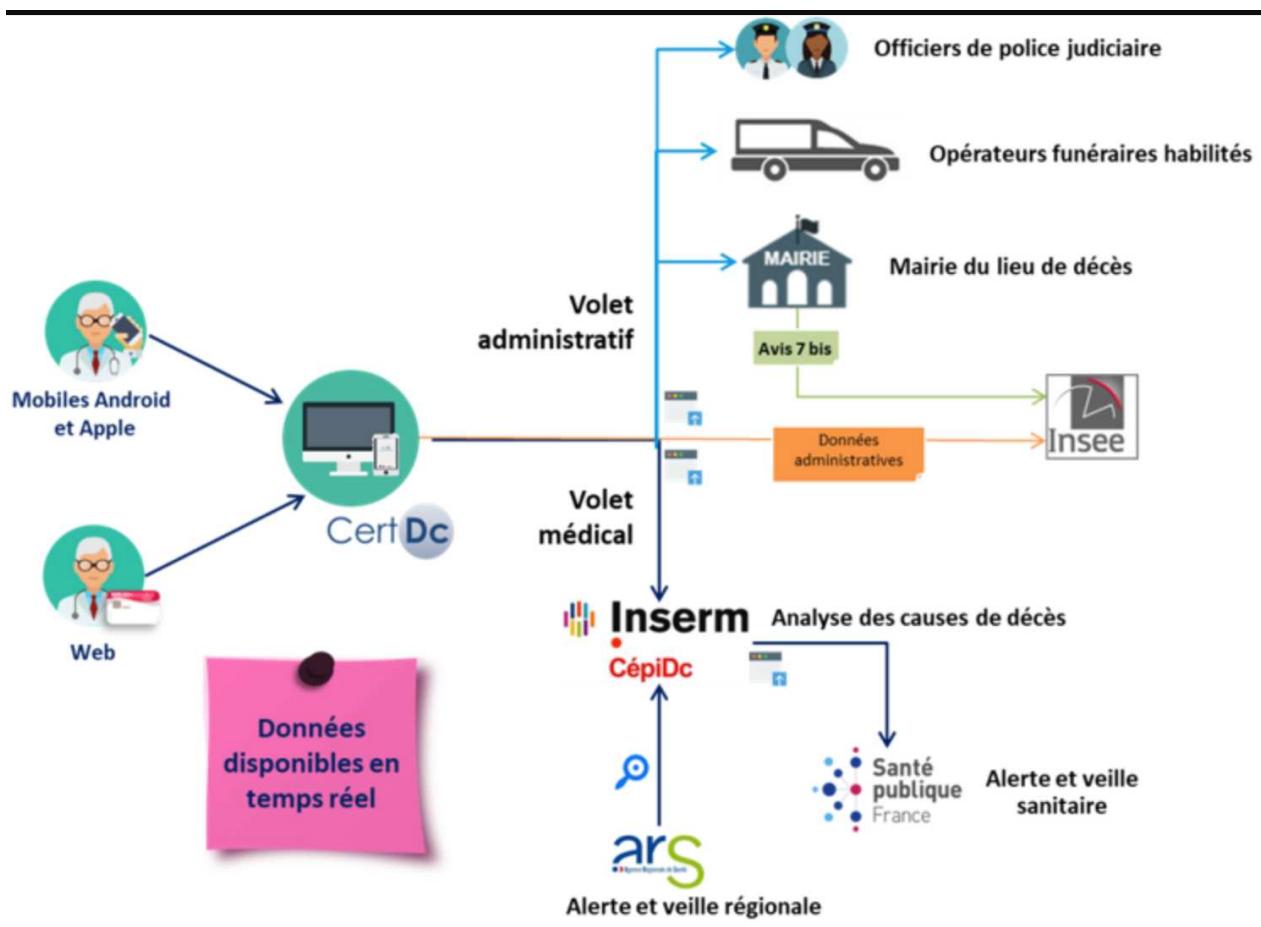
Inserm
CépiDc

Transmission ELECTRONIQUE



Disponibilité des données : quasi immédiate





Annexe 3 - Lien vers l'animation vidéo

<https://pod.univ-lille.fr/video/31481-avis-de-deces/>

Mot de passe: mort

Activation du chapitrage: cliquer sur la barre de lecture le logo à droite de « auto ».

Annexe 4 - Grille d'évaluation: Constat de décès (vierge)

CONSTAT DE DECES															
	INSPECTION ENVIRONNEMENT	Pouls	Respiration	Fonctions cérébrales (yeux ++ /-)	Déshabillage HAUT	Inspection HAUT	Déshabillage BAS	Inspection BAS	Déshabillage DOS	Inspection DOS	Recherche Lésions suspectes	Recherche Lividités	Température corporelle	Tonus musculaire	Puice/Mâker
Interne 1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
TOTAL = nombre de réponses valides															
TOTAL = % de réponses valides															

Annexe 5: Grille d'évaluation: Certificat de décès (vierge)

Certificat de décès

	Volet administratif	Date et heure estimée de la mort	Obstacle médico-légal (OML)	Obligation de mise en bière immédiate - Cercueil hermétique	Obligation de mise en bière immédiate - Cercueil simple	Obstacle aux soins de conservation	Obstacle au don du corps	recherche de la cause de décès demandée par prélèvement, examen ou autopsie médicale.	Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile
Interne 1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
TOTAL = nombre de réponses valides									
TOTAL = % de réponses valides									
Légende	\$ = Heure constatée du décès								

Certificat de décès

	Volet médical	Causes du décès - Partie I: Maladies	Causes du décès - Partie II: Autres états morbides	Lieu du décès	Circonstance apparente du décès	Activité professionnelle	Recherche de la cause du décès
Interne 1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
TOTAL = nombre de réponses valides							
TOTAL = % de réponses valides							
Légende:	* = Arrêt cardio-circu seul						
	\$ = Heure constatée						

Annexe 6- Grille d'évaluation: Constat de décès

Certificat de décès

	Volet administratif	Date et heure estimée de la mort	Obstacle médico-légal (OML)	Obligation de mise en bière immédiate - Cercueil hermétique	Obligation de mise en bière immédiate - Cercueil simple	Obstacle aux soins de conservation	Obstacle au don du corps	recherche de la cause de décès demandée par prélèvement, examen ou autopsie médicale.	Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile
Interne 1	\$	1	1	1	1	1	1	1	1
2		0	1	1	1	1	1	1	1
3 \$		1	1	1	1	1	1	0	1
4		1	0	1	1	1	1	0	1
5 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
6		0	0	0	0	0	0	0	0
7 \$		1	0	1	1	1	1	1	1
8 \$		1	0	1	1	1	1	0	0
9 \$		1	0	1	1	1	1	0	1
10 \$		1	0	1	1	1	1	0	1
11 \$		1	0	1	1	1	1	0	0
12		0	1	1	1	1	1	0	1
13 \$		1	0	1	1	1	1	0	1
14 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
15		0	1	1	1	1	1	1	1
16 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
17 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
18 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
19 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
20 \$		1	1	1	0	1	1	0	1
21 \$		1	0	0	0	1	0	0	0
22 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
23 \$		1	0	1	0	1	0	1	1
24 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
25 \$		1	0	1	1	0	0	0	1
26		1	0	1	1	1	1	0	1
27 \$		1	1	1	1	1	1	1	1
28 \$		1	0	1	1	1	1	0	1
29 \$		1	0	1	1	0	0	0	1
30 \$		1	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL = nombre de réponses valides		26	15	28	25	26	24	14	26
TOTAL = % de réponses valides		86,67 %	50 %	93,33 %	83,33 %	86,67 %	80 %	46,67 %	86,67 %
Légende	\$ = Heure constatée du décès	24							

Annexe 7: Grille d'évaluation: Certificat de décès Volet administratif

CONSTAT DE DECES														FacileMxier	
	INSPECTION ENVIRONNEMENT	Poids	Respiration	Fonctions cérébrales (yeux ++)	Déshabillage HAUT	Inspection HAUT	Déshabillage BAS	Inspection BAS	Déshabillage DOS	Inspection DOS	Recherche Lésions suspectes	Recherche Lividités	Température corporelle	Tonus musculaire	
Interne 1															
2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
4	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
11	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
15	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
17	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
18	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
20	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
21	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
23	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
26	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
28	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
29	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
30	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL = nombre de réponses valides	9	30	21	26	12	11	4	4	4	4	10	4	12	9	10
TOTAL = % de réponses valides	30 %	100 %	70 %	86,67 %	40 %	36,67 %	13,33 %	13,33 %	13,33 %	13,33 %	33,33 %	13,33 %	40 %	30 %	33,33 %

Annexe 8: Grille d'évaluation: Certificat de décès Volet médical

Certificat de décès

	Volet médical	Causes du décès - Partie I: Maladies	Causes du décès - Partie II: Autres états morbides	Lieu du décès	Circonstance apparente du décès	Activité professionnelle	Recherche de la cause du décès
Interne 1	*	0	0	1	1	1	1
2	*	0	0	1	1	1	1
3		0	0	1	1	1	1
4	*	0	0	1	0	1	0
5		0	0	1	1	1	1
6	*	0	0	1	1	1	0
7	*	0	1	1	1	0	0
8		0	0	1	0	0	0
9		0	0	1	0	1	0
10		0	0	1	0	1	0
11		0	0	1	0	1	0
12		0	0	1	0	0	0
13		0	0	1	0	0	0
14		0	0	1	1	1	1
15		0	0	1	1	1	0
16		0	0	1	1	1	1
17	*	0	0	1	1	0	0
18		0	0	1	0	1	0
19	*	0	0	1	1	1	0
20	*	0	0	1	0	1	0
21		0	1	1	0	1	0
22	*	0	0	1	1	1	1
23	*	0	0	1	0	1	0
24		0	0	1	1	1	1
25		0	0	1	0	1	0
26		0	0	1	0	1	0
27	*	0	0	1	1	1	1
28		0	0	1	0	1	0
29		0	0	1	0	1	0
30		0	0	0	0	1	0
TOTAL = nombre de réponses valides		0	2	29	14	25	9
TOTAL = % de réponses valides		0 %	6,67 %	96,67 %	46,67 %	83,33 %	30 %
Légende:	* = Arrêt cardio-circu seul	11					
	\$ = Heure constatée	24					

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- Etat civil des citoyens, ou Analyse sommaire du décret du 20 septembre 1792, et de celui du 21 janvier dernier, avec des formules des différents actes de naissances, mariages et décès. Knapen (Paris), 1793 pages 149 - 157
5. Carol A. Les médecins et la mort, XIXe-XXe siècles. Editions Aubier. Paris; 2004. 335 p.
6. Décret n°60-285 du 28 mars 1960 abrogeant l'article 77 du code civil et relatif à la délivrance du permis d'inhumér, JORF du 31 mars 1960 page 2969.
7. Décret n° 2020-446 du 18 avril 2020 relatif à l'établissement du certificat de décès. 2020-446 avril 18, 2020.
8. Item R2C 13 - Certificats médicaux / décès et législation / prélèvements d'organes et législation. Médecine Légale - Médecine du travail. Les références des collègues. Elsevier Masson ; 2022.
9. 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.
10. Code de Procédure Pénale. Article 74.
11. Code civil. Article 81.
12. 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.
13. Agence Régionale de Santé. Hauts-de-France. [Internet]. Déclarer un décès par voie électronique. 15 septembre 2022. [Consulté le 12/02/2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/declarer-un-deces-par-voie-electronique-7>
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Modèles de certificats de décès [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [Consulté le 12/02/2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modeles-certificats-deces>
15. Décret n°2006-938 du 27 juillet 2006 relatif au certificat de décès et modifiant le code général des collectivités territoriales (partie réglementaire);2006.
16. 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.
17. 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;34:16-17:41
18. 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.
19. HM Passport Office. Guidance for doctors completing Medical Certificates of Cause of Death in England and Wales. Office for National Statistics; 2020.
20. Scott G, Kirby MD. Physician obligation to complete death certificates [Internet]. North Carolina Medical board; 2013 [Consulté le 12/02/2023]. Disponible sur:

<https://www.ncmedboard.org/resources-information/professional-resources/publications/forum-newsletter/article/physician-obligation-to-complete-death-certificates>

21. 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: 2019

[Consulté

le 12/02/2023]. Disponible sur : https://www.publications.gov.on.ca/store/20170501121/Free_Download_Files/300117.pdf

22. Bellamy V. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à

leur domicile. Insee; 12 octobre 2017;(95).

23. Question au sénat n°10005. Difficulté d'obtention des certificats de décès. Journal Officiel

du Sénat. 11 avril 2019;p1912.

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

25. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. Prat Organ

Soins. 2010;41(1):65 72.

26. 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.

27. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDC). France. [Internet]. Effectifs de décès par causes 2015-2020. Dernière version décembre 2022. [Consulté le 12/08/2023]. Disponible sur:

<https://www.cepidc.inserm.fr/donnees-et-publications/grandes-causes-de-deces-en-2020-et-tendances-recentes>

28. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDC). France. [Internet]. Effectifs de décès par causes 2015-2020. Mai 2021. [Consulté le 12/08/2023].

Disponible sur:

<https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/comment-sont-produites-les-donnees>

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au 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. »

AUTEUR : Nom :

BLAUWBLOMME

Prénom : Corentin

Date de soutenance : 05/10/2023

Titre de la thèse :

**Certificat de décès: Qualité de sa rédaction par les internes
de médecine générale de la faculté de Lille**

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Certificat, Décès, Rédaction, Internes, étude observationnelle

Résumé :

En 1960: le certificat médical de décès devient obligatoire. Le médecin généraliste, joue un rôle capital dans la certification de décès. Il est de son devoir lors d'un examen clinique de confirmer le caractère réel et constant de la mort: c'est le constat de décès. Au décours de cet acte, il doit alors rédiger le certificat de décès. Le but principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes en terme de rédaction du certificat de décès.

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle menée auprès des internes de Médecine générale de la faculté de Lille, au travers une mise en situation clinique via le logiciel ZOOM. Les internes devaient procéder au constat de décès puis à la rédaction du certificat. L'ensemble des réponses était rapporté dans des grilles d'évaluation.

Les résultats de l'étude montrent de nombreuses difficultés, à commencer par le constat de décès: l'environnement n'est analysée que par 30% des internes, les lésions suspectes par un tiers des étudiants. L'« Obstacle médico-légale » est coché à tort dans 50% des cas. Pour les « causes de décès »: le pourcentage de réponse exacte est nul.

Le certificat de décès est une source d'erreurs majeures. Un constat de décès erroné engendre un certificat de décès mal rempli. La simulation, comme à travers notre cas clinique, pourrait être un outil pédagogique intéressant, avant d'aborder la réalité du terrain. Des aides à la rédaction pourraient être mises en place afin de la faciliter. La rédaction du certificat de décès est un acte cardinal dans la pratique de la médecine générale. 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.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Valery HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Monsieur le Docteur Wassil MESSAADI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Wassil MESSAADI