



HAL
open science

**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**

Vincent Paris

► **To cite this version:**

Vincent Paris. 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. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01733230

HAL Id: hal-01733230

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733230>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Vincent PARIS

le 17 Décembre 2015

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

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur H. COUDANE

Président

M. le Professeur C. MEISTELMAN

Juge

M. le Professeur P. DI PATRIZIO

Juge

M. le Docteur L. MARTRILLE

Juge et directeur

M. le Professeur B. PY

Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Étudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise

MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU -

Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD

- Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -
Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert
UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT -
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone
GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques
LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur
Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT
- Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René
ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Henry COUDANE

Professeur des universités - praticien hospitalier

Commandeur des Palmes académiques

Officier de l'ordre du Mérite

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous vous sommes profondément reconnaissants de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Votre expertise est une chance pour notre travail. Veuillez trouver, en ces quelques mots, l'expression sincère de notre entière gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Claude MEISTELMAN

Professeur des universités - praticien hospitalier

Sachez trouver ici nos remerciements les plus sincères pour l'intérêt que vous avez porté à notre sujet, et pour l'honneur que vous nous faites de le juger, en nous offrant votre point de vue professionnel.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur associé de médecine générale

Pour avoir spontanément accepté de juger notre travail, en y apportant votre précieuse expérience d'une spécialité dans laquelle je m'épanouis chaque jour un peu plus, la médecine générale, je vous adresse ma reconnaissance la plus chaleureuse. Merci également de votre pédagogie et de votre humanité qui ont accompagné l'ensemble de mon cursus de médecine générale.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maitre de conférence des universités - praticien hospitalier

Veillez trouver ma profonde reconnaissance pour avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de votre confiance, de votre implication et de votre bienveillance, que j'ai pu ressentir à chacun de nos entretiens. Vos conseils et votre disponibilité m'ont permis d'aboutir à ce travail, que je suis heureux d'avoir effectué à vos côtés.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Bruno PY

Professeur des universités en droit privé et sciences criminelles

Je vous exprime mes remerciements les plus chaleureux pour avoir si spontanément accepté de juger notre travail, en l'enrichissant ainsi de votre spécialité. Veuillez trouver, à travers ces mots, ma reconnaissance la plus sincère.

A MA FAMILLE

- A ma maman, que j'aimais rendre fière, partie quelques jours avant que je ne dirige "Egmont" rien que pour elle. Ton visage n'est plus là, mais ta bienveillance ne me quitte jamais.

- A mon papa, un homme qui sait tout faire, le droit, la mécanique et la panna cota ! Je suis heureux de te transformer bientôt en grand-père, toi qui désormais ne pourras plus me poser cette éternelle question : « alors la thèse, tu connais la date ? »

- A ma Clémence, ma moumoute, qui porte si bien son nom. Toi qui m'apaises, toi qui me rassures, toi qui me donnes confiance,... D'un coup de foudre il y a bientôt 9 ans, nous avons traversé tant d'orages qu'aujourd'hui plus rien ne peut nous faire chavirer. A l'heure où nous deux va devenir nous trois, trouve dans ces petits mots, plein d'amour et des blagues car je suis un rigolo à l'aise !

- A ma sœur Claire, à qui la bonne humeur fait rarement défaut. Et à son mari Mickaël. Merci de votre confiance m'ayant conduit au poste de témoin pour votre mariage et de parrain pour votre jolie petite Laly.

- A Jean, Marie-Anne, Juan-Carlos et Reine-Claude. Merci de votre chaleureuse présence et bienveillance qui me sont indispensables dans tous les événements de la vie.

- A ma mamie Colette, dont la mémoire est visiblement partie en vagabondage, mais dont le sourire et le courage sont inébranlables malgré les printemps accumulés.

- A mon papy Bébert, que j'aimais tant. La où tu es, tu dois faire des bons gâteaux aux invités, les veinards !

- A ma belle famille, Bruno et Leila, sans oublier Mathilde, Simon, Valentin, AC/DT et le petit Oscar. On s'y sent bien dans le petit nid douillet familial des BOUVEL ! Merci de vos encouragements.

A MES COLLEGUES

- A Cédric, Christian, Jean-Paul et Pierre, auprès de qui j'ai fait mes premiers pas de médecin généraliste libéral. Votre confiance et votre sympathie ont conforté chaque jour un peu plus l'enthousiasme que j'avais à vouloir exercer cette belle spécialité.
- A Dominique, qui soigne mes petits bobos depuis que j'ai 4 ans, qui a sans doute largement contribué à ma vocation, et qui m'a comblé d'honneur en me demandant d'être son remplaçant. Je t'adresse ma sincère reconnaissance et mon amitié.
- A tous les médecins ayant participé à notre étude, par focus group ou par entretien individuel, merci de votre implication et de votre disponibilité.
- A l'ensemble des équipes médicales et paramédicales des urgences d'Épinal, de pneumologie de Nancy, de pédiatrie de Remiremont, de médecine et des urgences de Neufchâteau, merci de votre accueil. Ce fut parfois drôle, ce fut parfois dur, mais votre soutien et vos conseils m'ont été précieux. Et certaines rencontres resteront inoubliables...

A MES NOMBREUX AMIS

- A ma princesse, la plus jolie des princesses, la plus admirable des princesses, la plus géniale des princesses : Sophie, qui n'aurait probablement jamais imaginé se retrouver dans la page des remerciements du "Belge" il y a 13 ans... Merci de ta précieuse amitié.

- A Paul, l'ami non pas de toujours, mais c'est bien dommage. Notre complicité nous a propulsés de Vizzavona aux pistes de Chamonix, le tout au son de la voix de Caroline Dublanche. Promis, on fait pousser Icissé, et on se le termine ce GR 20 !

- A mon frère, Baptiste, avec qui je partage beaucoup plus que l'amour du Pont L'Évêque et du houblon. Je suis fier de te faire entrer d'une certaine manière dans ma famille. Je t'aime, petit frère.

- A Olivier, le "Shum" et à toute sa petite famille. Notre amitié a grandi avec le temps, au son de Joe cocker live, de l'hymne de l'infanterie de marine et de Fort Boyard... Me voici désormais honoré et comblé de parrainer ton petit Morgann sur qui je veillerai jusqu'à ce qu'il soit plus costaud que moi.

- A mon kamarad révolutionnaire 118, parti vendre du Risperdaloro du côté de l'Indre et Loire, grâce à qui le premier cas d'urétrite à la mayonnaise a pu être décrit dans la littérature scientifique. Notre complicité, tout comme notre anatomie, n'ont désormais plus de secret.

- A mon ami Romain, kOmR2 pour les gangsters, qui m'accompagne désormais depuis la maternelle. Des premiers cubes empilés avec Mme Perrine jusqu'à cette thèse, nos chemins ne se seront jamais séparés, au gré des ploum ploum ploum, des rires et des larmes. Merci de ton amitié.

- A Philippe, le poète, l'inventeur de la « soirée-rognon », et l'inoubliable interprète de la *Symphonie du Nouveau Monde* au trombone. Quelle chance de t'avoir rencontré.

- A mon incroyable, fidèle et dévoué pupitre de violoncelles : Armand, l'homme que j'aurai pu épouser tellement il joue bien, Caroline, celle qui l'a fait, Anastasia, chanteuse passionnée du roi lion en ZX (VF uniquement) , Pauline, l'épatante et si joyeuse randonneuse mais malheureusement ballonnée, et Clémentine, la reine de la contrebasse.

- A mes fidèles copines du dernier rang de l'amphi 300B : à Léonie la féline pour ses gratouillis dans le dos, à Mimie pour le running gag de la banane qui téléphone, et à Noémie pour nos convictions écologiques fortes nous ayant poussé à briser la glace. J'adresse également ma sympathie à nos sosies du Resto U, et plus particulièrement à Noémie bis qui tient toujours aussi chaleureusement bien la caisse !

- A mes amis de la Balnéenne (harmonie du Val de Vêge) qui subissent depuis 20 ans mes pouet pouet à la trompette et plus particulièrement à Ghislain, l'historien spécialisé dans le camping Las founts, la famille Ducale au grand complet, spécialisée dans le feu, la maçonnerie et la salade, Élise, l'amie qui grandit au même rythme que le mien, la famille Claude, le fidèle Taureau, l'inégalable Laurent, le chef Bubulle (grâce à qui d'une certaine manière je dois ma carrière de chef), et une pensée bien entendu pour Jean-Claude, mon regretté maître, qui aurait été lui aussi bien fier d'être là ce jour.

- A mon déroutant pupitre de trompettes : l'agent Q, un ami 28000 fois génial, et fan de Michel Dey, mais chez qui je n'ai jamais réussi à me prononcer sur la question « joue-t-il mieux ivre ou à jeun ? », l'agent Zava, un ami aux choix sportifs douteux, mais un soliste brillant au bon goût de 51, et l'agent Puch, le rockeur des assurances, aussi habile pour escalader la montagne corse que pour interpréter magistralement le Boléro.

- A mes amis de l'Harmonie des Cheminots de Dijon qui m'ont accueilli à bras ouverts, et m'ont donné envie de poser les valises dans cette belle région. Et plus particulièrement à Sylvie et sa générosité de cœur inégalable, aux concubins Gérard et Thiery, à la famille Boireau au grand complet, au chef Pascal et à monsieur le Comte.

- Au bureau 2006 / 07, le bureau de la fête, le bureau de l'esthète, le bureau de la blanquette! A toi mon fidèle François, l'homme de culture et à toi ma douce Cécile, championne du monde de tartiflette XXL, je vous remercie d'avoir transformé une aventure associative en amitié inébranlable (sic).

- A mon incroyable pupitre de clarinettes : Margaux, et sa rigueur allemande, qui ne compte jamais les Km pour vivre un moment d'amitié, Vincent, le mécano des os et son humanité, qui sait toujours me toucher par ses mots et me faire rire par le reste, et enfin ma petite Mathilde, que j'admire de A à Z en passant par C (courage), G (gâteau au chocolat), P (pirates des caraïbes), S (spondylarthropathie de homo neandertalis), et pour qui je réserve mes derniers mots parce que tu sais que tu as une place à part dans mes ventricules.

Serment d'Hippocrate

SERMENT

« Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des Matières

Listes des professeurs.....	2
Remerciements.....	8
Serment d'Hippocrate.....	18
Table des matières.....	20
Liste des abréviations.....	22
Objectif.....	24
Introduction.....	26
I. Histoire de la médecine légale.....	27
II. Le certificat de décès.....	29
III. L'obstacle médico-légal.....	33
IV. Législation.....	37
V. Jurisprudence.....	40
VI. Données épidémiologiques.....	41
VII. Revue de la littérature.....	42
Matériels et méthodes.....	49
Résultats.....	53
I. Descriptif de la population.....	54
II. Fréquence et circonstances de rédaction d'un certificat de décès.....	56
III. Certification électronique des décès.....	56
IV. La rédaction du certificat de décès.....	57
V. Textes et recommandations concernant l'obstacle médico-légal.....	59
VI. Indications d'obstacle médico-légal selon la recommandation européenne....	60
VII. Pratiques d'examens de corps.....	61
VIII. Attitude face à une situation difficile.....	62
IX. Relation avec l'autorité judiciaire.....	63
X. Suggestions et attentes des praticiens.....	65
Discussion.....	67
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	78
Annexes.....	84
Retranscriptions des données.....	93

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

AT : Accident de travail

CEPIDC : Centre d'Épidémiologie sur les Causes de Décès

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

DESC : Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IML : Institut Médico-Légal

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

MG : Médecin Généraliste

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MP : Maladie Professionnelle

OML : Obstacle Médico-Légal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPJ : Officiers de Police Judiciaire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TIC : Technicien en Identification Criminelle

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

Objectif

Le certificat de décès est en France un document indispensable pour obtenir le permis d'inhumer et les autorisations nécessaires aux opérations funéraires. Il doit être rempli et signé par un médecin thésé, ou remplaçant un médecin thésé. Appréhendée par de nombreux médecins, sa rédaction engage la responsabilité de celui qui signe ce document.

Le certificat se compose d'une partie administrative nominative, et d'une partie médicale et anonyme. La partie administrative demande au médecin certifiant de répondre à une question fermée : « Obstacle médico-légal : Oui/Non ». La pose d'un obstacle médico-légal consiste à suspendre toute opération funéraire et à confier le corps du défunt aux autorités judiciaires qui décideront, selon les éléments de l'enquête, des investigations nécessaires à l'établissement de la vérité. Les indications relatives à la mise en œuvre d'un obstacle médico-légal sont résumées dans une recommandation de pratiques professionnelles nationale d'une part et d'une recommandation européenne d'autre part. La littérature s'est intéressée au respect de ces indications auprès de médecins intervenants au sein des urgences pré-hospitalières (SAMU principalement), mais jamais au point de vue des médecins généralistes intervenant au domicile des patients, en maison de retraite et parfois sur la voie publique sur réquisition des forces de l'ordre, dans le cadre de la permanence des soins. Notre étude qualitative avait pour objectif d'identifier les difficultés rencontrées par des médecins généralistes dans la certification d'un décès relevant d'un obstacle médico-légal en Lorraine. L'objectif secondaire était de confronter l'opinion et les pratiques des médecins généralistes dans la certification des décès aux données de la littérature.

Introduction

I. Histoire de la médecine légale

Trait d'union incontournable entre la connaissance médicale et la procédure de justice, la médecine légale a connu un développement relativement tardif car tributaire du progrès de la connaissance scientifique et surtout de l'influence religieuse sur la société.

Ainsi, de nombreux textes bibliques contiennent des références au traitement des blessures, des attentats aux mœurs, notamment le viol, l'avortement et l'accouchement. L'époque préchrétienne voit apparaître de nombreux textes réglementaires pouvant être considérés comme les premiers éléments d'appréciation médico-légale. En 449 av. J.-C., chez les Romains, la promulgation des douze tables (*Leges duodecim tabularum*) rapporte notamment les droits de l'enfant à naître, la protection de la personne ayant perdu ses facultés, et l'autorisation de l'euthanasie active pour le chef de clan. Trois siècles plus tôt, à Athènes, la dissection des cadavres était déjà autorisée chez les Grecs pour tenter de rechercher les causes de mort violente. Enfin, durant cette période, Aristote et Platon posèrent les bases de la notion d'éthique. ⁽¹⁾

Les siècles suivants seront, sous l'égide du christianisme, surtout marqués par d'importants débats éthiques sur « le souffle de la vie » ou l'avortement. L'autopsie est rendue quasi impossible par les conciles, et les rares démonstrations médico-légales s'appuyaient sur de l'empirisme teint de magie. Il faudra attendre 1396 pour que le roi Charles VI autorise l'autopsie annuelle d'un supplicié. En 1490, la loi salique, s'inspirant du code romain, fait état de la notion de compensation financière en cas de dommage corporel dans le but de mettre fin à la vengeance privée (*faida*). Cette loi est considérée comme le premier texte fondateur de la réparation juridique du dommage corporel. Au XVI^{ème} siècle, en France, un chirurgien anatomiste va pourtant étudier ce qui semble être les prémises de la médecine légale moderne : Ambroise Paré. Il publie un ouvrage évoquant les morts subites, les conséquences de l'empoisonnement, la submersion, et les blessures mortelles. Ce dernier réalise d'ailleurs probablement la première autopsie judiciaire de l'Histoire, en 1562, en analysant la blessure mortelle d'Henry II, reçue au cours d'un tournoi par la lance du duc de Montgomery.

C'est au XVIII^{ème} siècle que la médecine légale est enseignée pour la première fois à la faculté de médecine de Paris. On y instruit les étudiants, entre autres, sur l'histoire de la

médecine légale, l'analyse du viol, de l'avortement, du suicide, de l'empoisonnement, de l'infanticide, des blessures, sur les signes de la mort ou encore les rapports en justice. Le rôle du médecin légiste se popularise grâce à la presse au XIXème et de grands noms de la discipline se font connaître pour leurs publications : Benoit Fodéré, Ambroise Tardieu, Alexandre Lacassagne (auteur de la première banque de données médico-légales) ou encore Paul Brouardel. Ce dernier, doyen de la faculté de médecine de Paris, organisera des stages hospitaliers à destination des étudiants, ouvrira un laboratoire de recherche, et publiera un volumineux ouvrage de référence dans la discipline. ^(1,2)

Ces deux derniers siècles auront bouleversé l'exercice de la médecine légale. D'une part dans ses champs d'investigations, d'autre part dans ses protocoles et techniques. Sous l'impulsion des différents titulaires de la chaire de médecine légale, des travaux sur l'apport de l'imagerie, les empreintes digitales, la balistique, la toxicologie ou les intoxications professionnelles vont venir enrichir la discipline. Le début du XXème siècle voit également l'apparition du premier laboratoire de police scientifique de Lyon, ainsi que l'émergence de l'école lilloise et de l'école strasbourgeoise. Le développement des techniques médico-légales et la systématisation des protocoles vont alors se développer pendant que la médecine légale commence à trouver sa place intra-hospitalière. Parallèlement, celle-ci va se spécialiser également dans la prise en charge du vivant, notamment dans l'accueil et la prise en charge de victimes de violences sexuelles, l'aléa thérapeutique ou encore la réparation de préjudice. En France, la médecine légale est entrée dans le cursus de l'internat en 1980 par l'intermédiaire d'un Diplôme d'études spécialisée complémentaire (DESC) et de la capacité de pratiques médico-judiciaires.

II. Le certificat de décès

Le diagnostic de la mort est un acte médical qui aboutit à la rédaction du certificat de décès, document indispensable pour obtenir le permis d'inhumer et de diverses autorisations aux opérations funéraires. Les conséquences de ce certificat sont importantes à la fois sur le plan judiciaire et pour la pratique des opérations funéraires.

Attestations écrites de constatations médicales positives ou négatives, les certificats médicaux font partie intégrante de l'exercice médical. Ceux-ci engagent la responsabilité du médecin signataire. Un certificat médical ne peut être rédigé que par un médecin titulaire d'un diplôme de docteur en médecine, ou par un médecin titulaire d'une licence de remplacement. Le certificat de décès est un certificat dit obligatoire car prévu par la loi à travers le code de santé publique. Le refus de sa rédaction engage ainsi la responsabilité du médecin.

En France, le certificat médical de décès individuel et anonyme est institué à partir de 1937, venant ainsi s'adjoindre au bulletin de décès de l'époque. Celui-ci est modifié en 1955 afin de répondre aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Treize ans plus tard, l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) se voit confier le codage des informations médicales et l'élaboration de statistiques des causes de décès. La forme actuelle du certificat de décès date de 1996 avec une nouvelle modification incluant une description du processus morbide ayant conduit au décès et l'ajout d'informations complémentaires concernant la grossesse, les accidents de travail et les autopsies.

Le préalable à la rédaction du certificat de décès est un examen médical visant à s'assurer du caractère réel et constant de la mort. Celui-ci recherche des signes négatifs de vie, à savoir disparition de l'état de conscience, disparition de l'activité respiratoire, et disparition de l'activité cardiovasculaire. Mais aussi des signes positifs de mort, qu'ils soient précoces (refroidissement du corps, lividités, rigidité) ou tardifs (tache verte abdominale, circulation posthume, phlyctènes, désintégration des tissus mous, squelettisation).⁽³⁾

Depuis 1997, il existe deux types de certificats de décès en France : le certificat général (ou certificat bleu) et le certificat néonatal (ou certificat vert) réservé aux enfants décédés entre

la naissance et le vingt septième jour révolu, d'au moins cinq cents grammes, ou vingt deux semaines d'aménorrhées. Le certificat de décès général est composé de deux volets. Le volet supérieur qui est nominatif et administratif, en trois exemplaires. Ceux-ci ont pour destinataire la mairie de la chambre funéraire, la chambre funéraire elle-même, et enfin la mairie du lieu de décès. Le volet inférieur est anonyme et confidentiel, destiné à l' institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Sur le verso du certificat de décès figurent les modalités de remplissage du volet supérieur.

Le volet administratif comporte l'identité de la personne décédée, son sexe, sa date de naissance et son domicile, le département et la commune de décès, les date et heure du décès, la présence ou non d'un obstacle médico-légal, d'un obstacle au don de corps, la nécessité ou non d'une mise en bière immédiate, la présence ou non d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, le souhait ou non d'effectuer des prélèvements en vue d'une recherche de la cause du décès, et enfin la date et la signature manuscrite accompagnée du nom lisible et du cachet du médecin certifiant. Lorsque l'identité est inconnue, la mention « X » doit être portée en précisant le sexe et l'âge apparent. Un deuxième certificat de décès post autopsique pourra être rédigé, se substituant ainsi au précédent.

Si cocher la case « non » de l'obstacle médico-légal entraîne la délivrance du permis d'inhumation, cocher la case « oui » déclenche l'action des forces de police ou de gendarmerie et conduit à saisir le parquet pour l'ouverture éventuelle d'une enquête-décès. Les opérations funéraires sont alors suspendues, une levée de corps médico-légale peut être demandée sur réquisition, ainsi qu'un examen de corps voire une autopsie médico-légale à la demande du procureur de la République, d'un juge d'instruction, ou parfois d'un officier de police judiciaire. L'entourage du défunt ne peut alors pas s'opposer à ces examens.

Le volet anonyme, lui, précise la commune et le département dans lequel est survenu le décès, la commune et le département du domicile du défunt, le sexe, les dates de naissance et de décès, les causes du décès (détaillées à travers le processus morbide dans un ordre à rebours) ainsi que des informations complémentaires (grossesse, accident de travail, lieu de décès, demande d'autopsie médicale). Enfin, comme pour le volet administratif, le nom lisible du rédacteur accompagné de sa signature manuscrite et de son cachet doivent figurer.

Cette partie est confidentielle. Elle doit impérativement être cachetée. Son destinataire, l'INSERM, se charge de l'analyse et de la codification des causes médicales de décès. Il s'agit d'une source essentielle d'informations épidémiologiques. Ces données permettent de caractériser l'ampleur des problèmes de santé publique au niveau national, de comparer des données au niveau international, d'évaluer l'impact des actions mises en place par les pouvoirs publics et enfin de participer au système de veille sanitaire. Pour une analyse efficace des causes de décès, le mécanisme de la mort n'est pas demandé, mais plutôt la maladie finale (ou à défaut les conditions de la mort), accompagnée de la séquence d'événements (avec leurs durées et leurs intervalles) ayant conduit à cette dernière. ^(4,5,6,7,8)

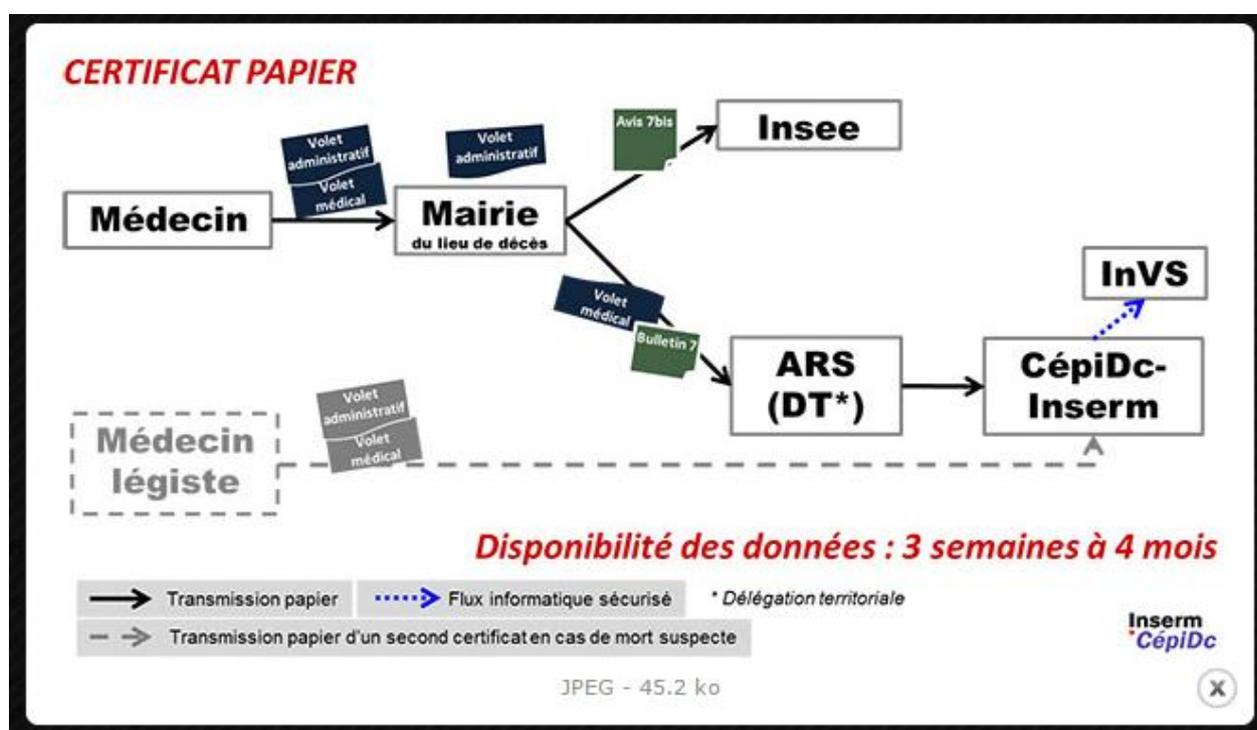


Figure 1 : circuit emprunté par le certificat de décès papier ⁽²³⁾

Depuis 2007, la rédaction du certificat de décès peut s'établir de façon électronique. Elle est possible à travers une application web sécurisée (<https://sic.certdc.inserm.fr>) depuis un poste informatique connecté au réseau internet. Une connexion via la carte CPS, ou par un identifiant avec mot de passe, est nécessaire. Cette mesure fait suite à l'épisode national de canicule du mois d'août 2003, ayant mis en lumière le délai important de deux mois minimum entre un épisode de santé publique et la compilation de données statistiques fiables de mortalité de l'épisode en question. En effet, le circuit papier traditionnel du volet confidentiel suit le chemin suivant : du médecin rédacteur à la mairie ; puis de la mairie aux

médecins de santé publique des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS, aujourd'hui, aux agences régionales de santé, ARS) d'une part ; et d'autre part à l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) dans le but de constituer le fichier individuel des données sociodémographiques et d'actualiser le répertoire national d'identification des personnes physiques. Enfin une dernière transmission s'effectue mensuellement des DDASS à l'INSERM. Or, l'efficacité d'une veille sanitaire nécessite une fiabilité statistique mais également une remontée rapide, systématique et centralisée des données. Pour ce faire, après une connexion sécurisée au site dédié à la certification électronique des décès, les différentes informations sont collectées avec présence d'une aide en ligne facilitant la saisie et la cohérence des données. La partie médicale confidentielle est directement envoyée à l'INSERM via son centre d'épidémiologie sur les causes médicales du décès (CépiDc) alors que la partie administrative est imprimée en trois exemplaires qui suivront le circuit papier traditionnel. La certification électronique des décès offre pour avantages une aide au remplissage (aides contextuelles, documentation sur la certification des décès et vérificateur de cohérence), une meilleure efficacité de la veille sanitaire (avec des données collectées quasi instantanément), un renfort de l'anonymisation et de la sécurisation des données médicales, et enfin une baisse des coûts de traitement. ^(9,10)

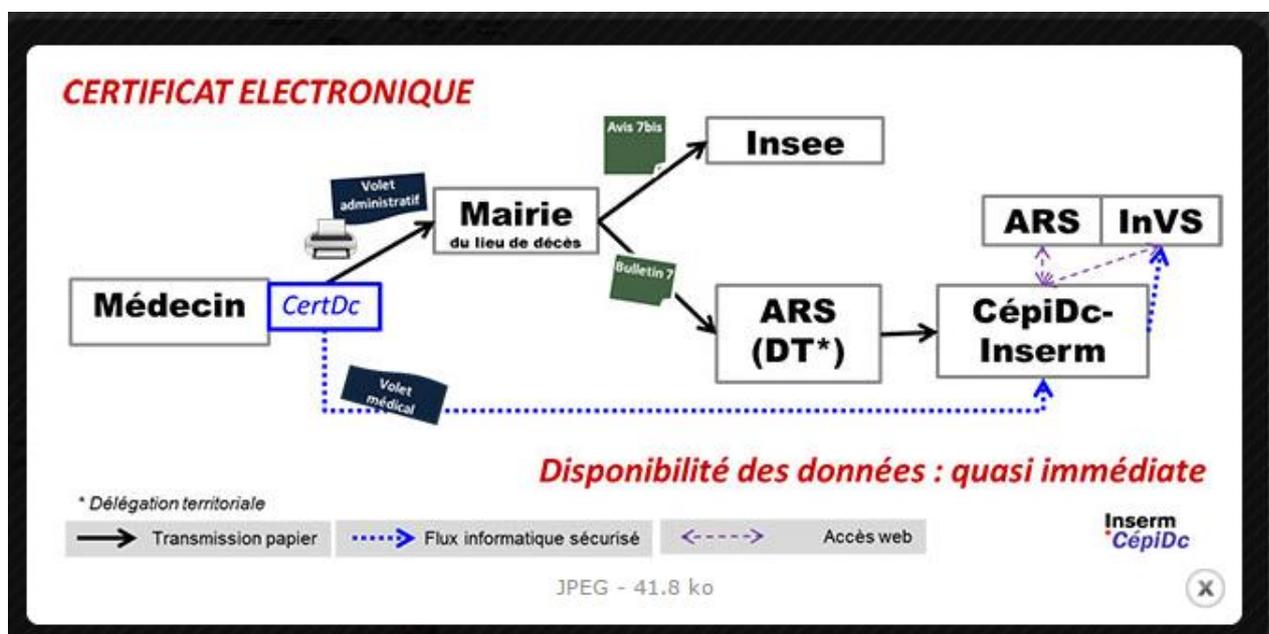


Figure 2 : circuit emprunté par le certificat de décès électronique ⁽²³⁾

III. L'obstacle médico-légal

Au cours de la rédaction d'un certificat de décès, le médecin rédacteur est donc amené à répondre à une question fermée d'importance capitale : « Obstacle médico-légal ... OUI / NON ». Les situations qui le requièrent engagent clairement la responsabilité du praticien, une réponse affirmative ayant de lourdes conséquences judiciaires. Il doit alors, le cas échéant, se mettre en rapport avec un service de police ou de gendarmerie compétent. Le certificat de décès est ensuite confié aux forces de l'ordre. Il s'agit de la seule pièce qu'un médecin est autorisé à remettre aux autorités de police ou judiciaires sans réquisitions préalables. L'officier de police judiciaire prend alors les décisions nécessaires : information du procureur de la République, enquête policière, déclenchement d'une procédure médico-légale (un médecin légiste requis pourra procéder à un examen externe du cadavre et/ou à une autopsie médico-légale à laquelle la famille du défunt ne pourra pas faire opposition).

L'article 74 du code de procédure pénale et l'article 81 du Code civil précisent que les morts violentes, suspectes ou de causes inconnues doivent faire l'objet d'investigations médico-légales. ^(11,12)

La première conséquence à la pose d'un obstacle médico-légal est de surseoir à l'inhumation, à la crémation, au transport de corps avant mise en bière, à l'admission en chambre funéraire, aux soins de conservation, au don de corps à la science, aux prélèvements d'organes ou de tissus, et à la fermeture de cercueil. Le but est d'éviter toute destruction de preuves et d'éléments d'analyse essentiels à l'enquête médico-légale. ⁽¹³⁾

Les indications des cas de décès relevant de l'obstacle médico-légal sont précisées depuis janvier 1999 par le guide d'exercice professionnel établi par l'ordre national des médecins. Celles-ci comprennent les morts violentes criminelles et suspectes (y compris le suicide), les morts engageant une responsabilité (accident de la circulation, exercice médical), la mort subite de l'adulte ou de l'enfant, et enfin les morts relevant d'une législation particulière (accident du travail, maladie professionnelle, pensions militaires). Ces indications sont résumées de manière sommaire et incomplète au verso du certificat de décès par la formule suivante : « suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction, [...], ou lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle,

conséquence des blessures pour un pensionné de guerre) ». ⁽¹⁴⁾

Ce texte est complété depuis février 1999 par la recommandation n°R(99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du conseil de l'Europe. Les indications d'autopsie médico-légale décrites sont les suivantes : homicide ou suspicion d'homicide ; mort subite inattendue, y compris celle du nourrisson ; violation des droits de l'homme (torture ou mauvais traitement) ; suicide ou suspicion de suicide ; suspicion de faute médicale ; accident de transport, de travail, domestique ; maladie professionnelle ; catastrophe naturelle ou technologique ; décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires ; corps non identifié ; restes squelettiques. ⁽¹⁵⁾

Le médecin rédacteur du certificat de décès doit donc rechercher systématiquement l'existence d'un obstacle médico-légal. Sa responsabilité peut être mise en cause s'il a fait abstraction de cette mention délibérément ou par négligence. La prudence est donc conseillée car la forme médico-légale de la mort peut être difficile à établir.

En effet, du point de vue médico-légal, la mort recouvre trois formes :

La mort naturelle : il s'agit d'une mort attendue, résultant de l'évolution d'une pathologie d'un individu. Elle ne met en cause aucun tiers extérieur directement responsable.

La mort violente : il s'agit d'une mort relevant de l'emploi de la force, ou de l'intervention soudaine et brutale d'une cause extérieure. Les statistiques nationales établissent environ 20 000 morts violentes chaque année. Parmi celles-ci, on peut distinguer trois catégories. (1) Les accidents, actes involontaires où la mort est en relation directe avec un traumatisme accidentel avec un lien de causalité évident. En France, tout comme en Suisse, la pratique d'autopsie dans ce cadre ne paraît pas du tout systématique, contrairement à d'autres pays européens comme l'Allemagne ou la Suède. (2) Les homicides, actes où l'action volontaire ou involontaire d'un tiers a occasionné le décès. Et enfin, (3) les suicides, première cause de mort violente en France avec 10 000 décès annuels, actes consistant à causer volontairement sa propre mort.

La mort suspecte : décès qui n'est pas clairement explicable, où la mise en cause d'un tiers

ne peut être formellement exclue, ou dont l'origine pourrait se trouver dans une infraction. Le fondement de cette classification repose sur le doute du médecin constatant le décès, s'appuyant sur divers éléments comme les circonstances de survenue du décès, du lieu de découverte du corps, de la personnalité du défunt, des dires recueillis auprès des proches, du caractère inattendu de cette mort, de la présence de lésions compatibles avec des violences subies, ou encore des invraisemblances lors de l'examen du corps.

Il est de fait important de rappeler que des signes de traumatismes externes peuvent se voir dans certaines morts naturelles (exemple du malaise entraînant une chute sur un objet contondant), mais aussi que l'absence de signes traumatiques externes n'élimine pas d'éventuels traumatismes internes ou une mort toxique. ^(16,17,18,19)

Concernant le suicide, le médecin doit également avoir à l'esprit la possibilité d'un homicide déguisé, tout comme un suicide peut être maquillé en homicide dans un objectif de fraude à l'assurance. Face à un cas de suicide ou de suspicion de suicide, le praticien doit avoir conscience qu'il ne pourra jamais affirmer le suicide, mais indiquer que les éléments en sa possession sont compatibles avec une mort d'origine suicidaire. En matière civile, le suicide a des répercussions pour les droits de succession et pour le code des assurances. En revanche, dans le cadre d'un suicide en institution (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, hospitalisation, prison, institution pour handicapés), une responsabilité pourra éventuellement être engagée pour défaut de soins, négligence ou non assistance à personne en danger. Enfin, la procédure médico-judiciaire trouve également un intérêt pour les proches du défunt, puisque même dans les situations les plus évidentes, il arrive que la famille doute du suicide en raison de la survenue d'une certaine culpabilité, parfois plusieurs semaines après le décès. ⁽²⁰⁾

Concernant la mort subite, on entend à travers ce terme un décès survenu de manière inattendue dans un délai inférieur à 24 heures entre la date d'apparition des premiers symptômes et le décès lui-même. Ce type de décès peut poser des problèmes de responsabilité civile si la mort est survenue sur le lieu de travail, mais également de responsabilité médicale, si elle survient chez un sportif par exemple. La mort subite est une mort suspecte jusqu'à preuve médico-légale du contraire. En ce qui concerne la mort subite du nourrisson, le ministère de la santé a mis en place des centres régionaux de références, et

promulgué une circulaire (DGS/225/2B) du 14 mars 1986 facilitant le transport des nourrissons dans un centre hospitalier pour autopsie en milieu agréé. Ceci afin de mieux distinguer mort naturelle, mort accidentelle et mort criminelle, d'apporter un diagnostic étiologique, et le cas échéant, de déculpabiliser les parents et de prendre en charge de façon adaptée fratrie et grossesses à venir. ^(21,22)

Lors de la rédaction du certificat de décès, cocher « oui » à la présence d'un obstacle médico-légal ne dispense pas de mentionner le volet médical anonyme inférieur, soit par une cause de décès connue, soit par la mention « cause de décès inconnue, enquête en cours ». Au terme des investigations et de l'enquête, c'est le procureur qui délivre le permis d'inhumer. Un second certificat de décès est alors établi par un médecin légiste.

Enfin, une habitude de certains praticiens pour signaler un problème médico-légal semble être de ne pas signer le certificat de décès, autrefois conseillé du temps du précédent certificat de décès. Cette solution ne doit plus être employée actuellement.

IV. La législation

La législation nationale régit, par ses codifications en vigueur, un certain nombre de textes venant éclairer la procédure médico-légale ⁽²³⁾. Parmi eux, il convient de citer :

- Article L2223-42 du Code de santé publique : *"L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès.*

Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise la ou les causes de décès, aux fins de transmission à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et aux organismes dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce même décret fixe les modalités de cette transmission, notamment les conditions propres à garantir sa confidentialité.

Ces informations ne peuvent être utilisées que pour des motifs de santé publique :

1° A des fins de veille et d'alerte, par l'Etat, les agences régionales de santé et l'Institut de veille sanitaire.

2° Pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès et pour la recherche en santé publique par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. En outre, si lors de l'établissement de l'acte de décès mentionné à l'article 87 du Code civil l'identité du défunt n'a pu être établie, l'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'après exécution, dans un délai compatible avec les délais régissant l'inhumation et la crémation, des réquisitions éventuellement prises par le procureur de la République aux fins de faire procéder aux constatations et opérations nécessaires en vue d'établir l'identité du défunt." ⁽²⁴⁾

- Article 81 du Code civil : *"Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée."*

- Article 87 du Code civil : *"Lorsque le corps d'une personne décédée est retrouvé et peut être identifié, un acte de décès doit être dressé par l'officier de l'état civil du lieu présumé du décès, quel que soit le temps écoulé entre le décès et la découverte du corps.*

Si le défunt ne peut être identifié, l'acte de décès doit comporter son signalement le plus complet ; en cas d'identification ultérieure, l'acte est rectifié dans les conditions prévues à l'article 99 du présent code. L'officier d'état civil informe sans délai le procureur de la République du décès, afin qu'il puisse prendre les réquisitions nécessaires aux fins d'établir l'identité du défunt."⁽¹¹⁾

- Article 60 du Code de procédure pénale : *"S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées.*

Sauf si elles sont inscrites sur une des listes prévues à l'article 157, les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit, serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience."

- Article 74 du Code de procédure pénale : *"En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.*

Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut, toutefois, déléguer aux mêmes fins, un officier de police judiciaire de son choix."⁽¹²⁾

Les indications de pose d'un obstacle médico-légal, en France, ont été précisées par l'ordre national des médecins depuis janvier 1999 à travers son guide d'exercice professionnel. Celles-ci comportent la mort violente criminelle et suspecte, y compris le suicide, la mort engageant une responsabilité (accident de la circulation, exercice médical). Sont ajoutées à ces indications les décès engageant une législation particulière tels que l'accident de travail, la maladie professionnelle, ou la conséquence de blessures pour un pensionné de guerre. Enfin la mort subite de l'adulte ou de l'enfant est incluse dans ces recommandations.⁽¹⁴⁾

A l'échelle européenne, la recommandation n° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du Conseil de l'Europe en date du 2 février 1999 fixe les indications d'autopsie médico-légale. Cette recommandation englobe l'homicide ou la suspicion d'homicide, la mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson, le suicide ou la suspicion de suicide, l'accident de transport, l'accident domestique, l'accident du travail, la maladie professionnelle, la suspicion de torture, de violation des droits de l'Homme ou toute autre forme de mauvais traitement, la suspicion de faute médicale, le décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires, la catastrophe naturelle ou technologiques, le corps non identifié et enfin les restes squelettiques. ⁽¹⁵⁾

Lors du remplissage du certificat de décès, le praticien peut trouver une aide à sa rédaction au verso de celui-ci. Il y est précisé qu'un obstacle médico-légal doit être mentionné et porté à la connaissance du parquet dans les cas suivants : « suicide ou décès paraissant avoir sa source dans une infraction, [...] accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des blessures pour un pensionné de guerre ».

V. Jurisprudence ordinaire

Jugées le plus souvent par les Chambres disciplinaires de 1ères instances puis nationales, les plaintes visant des médecins généralistes en lien avec la rédaction de certificats de décès, notamment en cas d'obstacles médico-légaux, existent, et donnent lieu à des apports jurisprudentiels ⁽²⁵⁾. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer :

Chambre disciplinaire nationale en 2012 :

« Compétence de la juridiction disciplinaire pour connaître des manquements déontologiques à raison de la modification, par un praticien réquisitionné, d'un certificat de décès rédigé par un confrère. En l'espèce, s'est cru autorisé à modifier, de sa propre initiative (en cochant la case "obstacle") et sans en informer son confrère, le certificat de décès établi et signé par ce dernier, assurant qu'il n'existait aucun obstacle médico-légal à l'inhumation d'une de ses patientes décédée à l'hôpital. Quelles qu'aient pu être ses intentions, s'est rendu coupable d'un faux. »

Dispositif : interdiction temporaire d'exercer la médecine d'un mois.

Chambre disciplinaire nationale en 2009 :

« Appelé pour constater un décès, a délivré un certificat imputant ce décès à une hémorragie extériorisée due à un problème d'hémostase sans signaler, ce que devait relever un médecin légiste appelé par le Parquet, que l'intéressé, dont le cou était entouré d'un lien, portait des marques de strangulation. »

Dispositif : Interdiction temporaire d'exercer la médecine de six mois, dont trois avec sursis.

VI. Données épidémiologiques

L'observation des données de mortalité recueillies par le centre d'épidémiologies des causes médicales de décès (CépiDC) établit une mortalité nationale de 568 903 décès pour l'année 2012 avec une répartition de 50,355 % pour les hommes et 49,645 % pour les femmes. Les causes classées relevant théoriquement d'un obstacle médico-légal se répartissent de la sorte : 440 homicides ; 9 859 suicides (75% de sujets de sexe masculin) ; 6 144 décès par chute accidentelle ; 2 089 intoxications accidentelles ; 3 598 accidents de transport ; 13 684 autres accidents ; 204 syndromes de mort subite du nourrisson ; 1 163 autres causes externes de blessures et d'empoisonnement. A noter également 646 événements dont l'intention n'est pas déterminée ; 2 8267 causes inconnues ou non précisées. ⁽²⁶⁾

Les mêmes statistiques appliquées à la région Lorraine renseignent d'un total de 21 899 décès pour cette même année 2012 avec la répartition suivante : 49,779 % pour les hommes et 50,221 % pour les femmes. Sur l'ensemble de ces décès, on recense 11 homicides ; 357 suicides (75 % de sujets de sexe masculin également) ; 246 chutes accidentelles ; 81 intoxications accidentelles ; 126 accidents de transport ; 486 autres accidents ; 4 syndromes de mort subite du nourrisson ; 46 autres causes externes de blessures et d'empoisonnement. Enfin, les statistiques révèlent 15 événements dont l'intention n'est pas déterminée et 676 causes inconnues ou non précisées. ⁽²⁶⁾

VII. Revue de la littérature

Une enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes de la Loire a porté sur des propositions d'amélioration de la certification des décès issues de la littérature scientifique ⁽²⁷⁾. Tous les praticiens interrogés ont trouvé naturel, normal et indispensable le fait de consacrer du temps aux proches. Ils ont également tous reconnu qu'il pourrait être utile, mais impossible à mettre en pratique, d'appeler le médecin traitant au moment de la certification. En revanche, le déplacement aussi rapide que possible auprès du défunt a été rejeté. La pratique d'un examen complet après déshabillage est une mesure à laquelle la majorité des praticiens interrogés a reconnu ne pas se conformer, en raison de la confiance accordée à la famille ou à l'équipe soignante, à la présence de la famille, au manque de formation pour cet examen, ou encore à la préparation du défunt préalable à l'arrivée du médecin constatant. La quasi totalité des praticiens ne connaissaient pas le certificat de décès électronique et, après explications, la majorité n'était pas favorable à ce dispositif. Le soutien physique ou téléphonique du médecin légiste dans certains cas difficiles était plébiscité.

La même structure d'étude a été menée par Nguyen F, Mathy F, Hervé C et al., auprès de 30 médecins (généralistes, SMUR, hospitaliers, légistes) afin de connaître leurs appréhensions ou difficultés lors du remplissage du certificat de décès ⁽⁶⁾. Tous les médecins ont soulevé des difficultés à remplir les causes du décès et l'intervalle entre les divers processus morbides. L'obstacle médico-légal pose des difficultés pour 66% des médecins, même si sur l'échantillon interrogé, les médecins généralistes semblent moins concernés que les médecins du SMUR en faisant facilement appel à la voie judiciaire. La date et l'heure du décès sont difficiles à estimer pour 60% des médecins, qui notent l'heure et la date du constat et non pas l'heure exacte du décès. L'identité du défunt, le code postal du domicile, les éventuelles pathologies contagieuses sont parfois difficiles à remplir. L'analyse de 100 certificats de décès recueillis auprès de l'IML de Garches retrouvait au moins une erreur dans la partie administrative dans 86 % des cas pour les certificats initiaux (contre 4% dans les certificats post autopsique). La majorité des erreurs portait sur les cases à cocher. Les autres oublis concernaient l'identité ou la fonction du médecin certificateur. Sur 11 % des certificats initiaux, l'obstacle médico-légal n'était pas coché alors que la cause supposée du décès entre dans la liste des recommandations européennes. La cause initiale de décès était

précisée dans 4% des certificats initiaux. 13 % des certificats n'apportaient aucune information sur la grossesse, un éventuel accident de travail, le lieu de survenue ou une demande d'autopsie. L'intervalle entre les séquences morbides et le décès n'était précisé que dans 8% des cas.

Deux études ont mesuré l'impact d'un enseignement sur la certification des décès dans le but d'en améliorer la qualité. Ces données ont été confirmées par l'étude de Villar J et Perez-Mendez L de 2007, démontrant qu'un programme de formation permettait de diminuer le taux d'erreurs dans les certificats de décès. L'étude de Myers KA et Farquhar DR a montré une amélioration du remplissage des certificats électronique de décès post intervention (28,29,50)

L'étude de Start RD, Usherwood TP, Carter N et al. ⁽³⁰⁾ a étudié la capacité des médecins généralistes de la région de Sheffield (Royaume-Uni) à reconnaître les situations de décès imposant d'en référer à un *coroner* (fonctionnaire indépendant des autorités policières, judiciaires, ou des investigations civiles, chargé dans les pays de culture anglo-saxonne, d'enquêter sur les circonstances des morts violentes ou obscures, et d'en déterminer la cause). 12 situations ont été soumises par voie postale à des médecins généralistes et à des coroners. Sur ces 12 fictions, 10 nécessitaient d'en référer à un coroner. Les coroners interrogés ont tous identifiés l'ensemble des cas suspects. Les praticiens de médecine générale en ont identifiés une moyenne de 8,5 cas. Seul 3% des médecins généralistes ont correctement identifiés et argumentés les 10 situations nécessitant de porter le cas à la connaissance du coroner.

Une étude similaire réalisée deux années plus tôt par le même RD Start à plus petite échelle au sein d'un hôpital universitaire auprès de 200 praticiens retrouvait des résultats similaires. 16 fictions ont été présentées par questionnaire aux médecins, dont 14 relevant d'un signalement au Coroner. Une moyenne de 9,11 cas a été identifié par les praticiens du centre hospitalier. Les valeurs extrêmes étaient 3 cas et 14 cas identifiés. ⁽³¹⁾

En France, le travail de thèse de A Giordano s'est intéressé en 2007 aux respects des indications d'obstacle médico-légal (selon la recommandation européenne) en pré-hospitalier auprès de l'équipe médicale du SMUR d'Annecy ⁽³²⁾. L'étude a démontré que 26 %

des décès suspects n'étaient pas signalés aux autorités. Les suicides et la mort inattendue du sujet jeune étaient les deux cas les plus fréquents. Ces conclusions se rapprochaient d'un autre travail de thèse contemporain sur la levée de corps posant un problème médico légal en pré hospitalier ⁽⁴¹⁾.

La procédure de la levée de corps a été étudiée par Lorin de la Grandmaison G, Lasseugeutte K, Bourokba N et al. en comparant les discordances entre les éléments de la levée de corps et les résultats de l'autopsie à travers une étude rétrospective de 200 cas, dans les Yvelines ⁽³³⁾. Le taux global de discordance entre la levée de corps et l'autopsie était élevé, égal à 44%. Le nombre d'homicides non décelés par les limites de la levée de corps était de 2. Les éléments majorant le taux de discordance étaient l'examen en période nocturne, un examen sur la voie publique, un cadavre de forte corpulence, ou un mauvais état du cadavre.

L'étude qualitative de Cabrita B, Pul I, Roy H et al. s'est penchée sur l'intérêt de l'obstacle médico-légal vu par les professionnels de la justice en interrogeant l'ensemble des officiers de police judiciaire et les magistrats du parquet du département de la Côte d'Or (21). Il a été montré par une étude qualitative que l'intérêt d'un obstacle médico-légal divergeait selon que l'on se place du point de vue du médecin ou du point de vue des professionnels de la justice. Si ces derniers ne voyaient à travers un décès que sa caractérisation pénale ou non, le médecin s'attachait à englober d'autres aspects comme la succession, les droits du patients ou la santé publique. Des procédures d'informations réciproques étaient suggérées. ⁽³⁴⁾

Mis en place depuis 2007, un nouveau mode de certification des décès est à la disposition des médecins : la voie électronique. L'étude menée conjointement par l'INVS et l'INSERM a montré une différence significative dans l'utilisation du certificat électronique ⁽¹⁰⁾. Ils étaient plus souvent utilisés pour des sujets décédés masculins et concernaient moins fréquemment des personnes âgées de plus de 85 ans. La majeure partie des certificats électroniques était rédigée pour des décès survenus à l'hôpital (84 %), contre une faible proportion concernant les décès survenus au domicile du patient (4,5 %). La proportion des décès par « états morbides mal définis » était nettement inférieure en certification électronique qu'en certification papier (3% contre 8%). L'étude mettait également en lumière une utilisation hétérogène sur le territoire national de la certification électronique avec 5 départements certifiant plus de 20 % de ses décès électroniquement, alors que 26 autres n'avaient jamais

utilisé ce nouveau mode de certification.

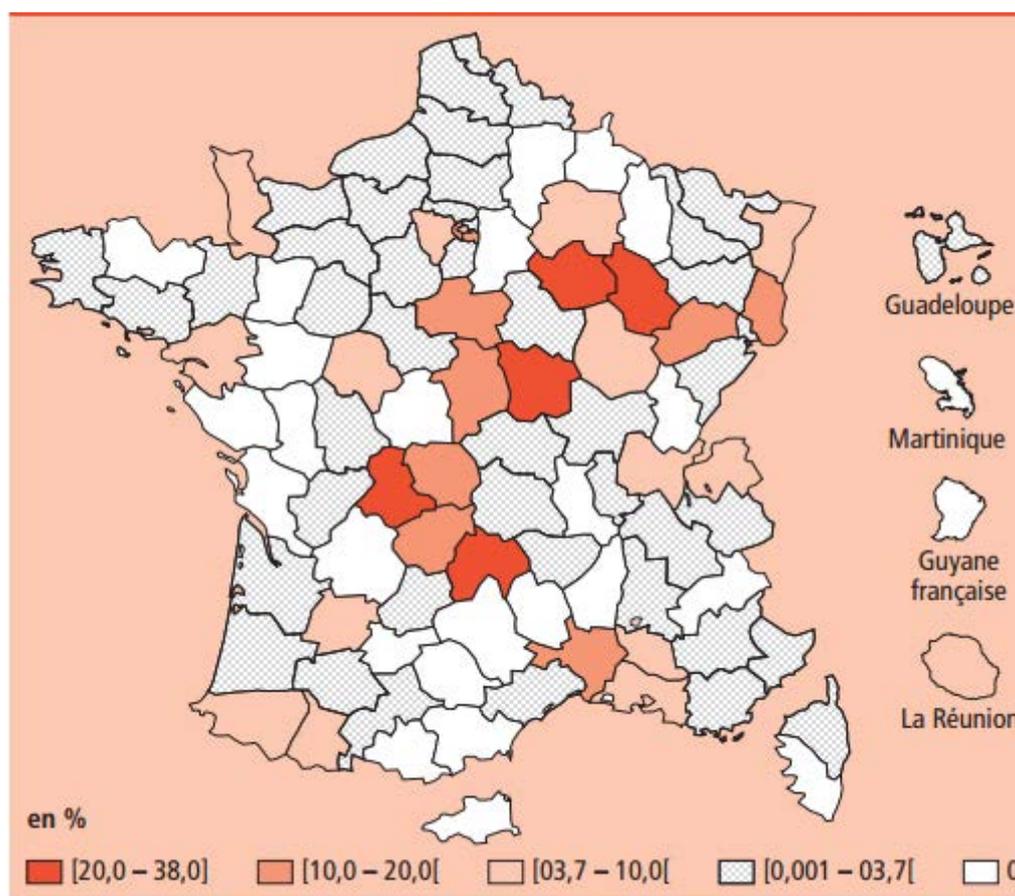


Figure 3 : Répartition géographique de la proportion de décès certifié électroniquement en 2010 ⁽¹⁰⁾

Concernant la qualité de la certification des décès, une étude a démontré son amélioration dans la version électronique par rapport à la version papier, avec une augmentation significative du nombre de codes utilisés, de la cohérence du processus morbide décrit (affection mentionnée en dernière ligne donnant naissance à toutes les autres affections mentionnées aux lignes précédentes), et une réduction du nombre de causes initiales de décès jugées imprécises (dernière ligne du processus morbide). L'aide en ligne proposée par le service impacte probablement la qualité des certificats fournis, apportant un argument supplémentaire à son déploiement. ⁽³⁵⁾

L'article de Cordona J, Gracbling R, Fasquel D et al. ⁽³⁶⁾ relatif à l'intérêt des autopsies précoces dans les morts subites au travail démontre des difficultés pour fournir la preuve de non imputabilité de la part des caisses d'assurances maladie. Parmi les facteurs évoqués, le

retard d'information de la caisse, les dossiers d'accidents du travail étant généralement ouverts lorsque le défunt est depuis longtemps inhumé voire incinéré, avec pour opposition la présomption légale d'imputabilité d'origine professionnelle. Les difficultés pour réaliser une autopsie précoce sont soulevées, avec la non systématisation de la mention « obstacle médico-légal » sur le certificat de décès, les refus d'autopsies par le parquet au motif d'absence de crime ou délit (l'examen du médecin légiste se limitant à un examen externe du corps). Enfin, les autopsies après exhumation sur initiative de la caisse, outre le fait d'être mal vécues par les familles, sont souvent des procédures administrativement longues, ce qui diminue la pertinence de l'examen autopsique, notamment en cas de pathologies thrombotiques.

La prise en charge de la mort subite du nourrisson (moins de 2 ans) est encadrée par une recommandation professionnelle de 2007, rédigée par la Haute Autorité de Santé ^(21,22). Il est souhaité une prise en charge médicalisée de l'enfant et des parents. Une fiche d'intervention est souhaitable afin que le médecin intervenant sur place puisse recueillir toutes les informations nécessaires à la procédure. Il est également préconisé d'alerter le centre 15 pour tous les cas de mort inattendue du nourrisson (MIN), d'établir un échange entre le 15 et le centre de référence MIN le plus proche, et de transporter le corps de l'enfant vers un centre de référence MIN avec l'accord des parents. L'autorité judiciaire doit être alertée à tout moment de la procédure lorsque l'origine naturelle du décès est mis en doute. La partie administrative du certificat de décès doit voir cochée la case « obstacle médico-légal » en cas de décès suspect (le certificat est alors remis à l'autorité judiciaire), ou la case « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès » si le décès ne paraît pas suspect, dans le sens d'une absence d'intervention d'un tiers (le certificat est alors remis à la mairie). Un certificat de décès complémentaire sera adressé au CégiDc après autopsie. La mention « mort subite inexplicée » peut éventuellement être portée en l'absence de cause retrouvée.

L'étude de Farrugia A et Ludes B avait pour objectif d'évaluer le rôle de l'activité médico-légale dans la recherche de la vérité dans les cas de morts violentes avec une cause inconnue avant autopsie, à travers une étude rétrospective des autopsies réalisées en 2008 à l'IML de Strasbourg ⁽³⁷⁾. Sur les 149 autopsies réalisées, 64% des morts ont été qualifiées de violentes : 26 % au terme de la levée de corps, 2% au terme de l'autopsie, 26% après analyses

toxicologiques, 5% après analyses anatomopathologiques, et 5% après analyses limnologiques. Aucune cause de décès n'était déterminée dans 3% des cas. Le rôle des investigations médico-légales dans la connaissance des morts violentes semble fondamental.

Les études d'autopsies systématiques menées dans certains pays comme l'Allemagne ou la Suède ont d'ailleurs montré que cette procédure permettait de réduire le nombre de crimes impunis⁽¹⁹⁾.

L'article de Aouba A, Pavillon G et Jouglu E relatif à l'importance des données fournies par les IML pour la connaissance des suicides en France⁽³⁸⁾, retrouve un taux de décès par suicide chez les sujets masculins français 2,3 fois supérieur à celui d'un pays de niveau de développement comparable comme le Royaume-Uni. Une enquête estime à 35 % la part des décès par cause indéterminée étant en réalité un suicide. Une autre enquête s'est penchée sur les décès de causes inconnues. La part de suicide était de 25 % dans ces cas. Une sous déclaration des suicides a été mise en avant. Le non retour d'informations de certains IML (mettant en avant le secret de la procédure judiciaire pour justifier la non transmission des informations à l'INSERM) est un facteur.

L'article de Margaret M. Stark résume les procédures de certifications des décès à travers différents pays du monde. Parmi ceux-ci, un pays frontalier, l'Allemagne, où un médecin diplômé doit certifier le décès. Si le médecin certifie un décès d'origine inconnue ou non naturelle, il doit informer l'autorité policière qui supervisera les investigations futures. Il n'existe pas de spécialisation en médecine légale. Il se pose des problèmes d'exactitudes quant à la qualité des certificats établis. Les règles spécifiques de la certification sont variables d'un Länd à un autre. En Bavière par exemple, une crémation doit être signalée aux autorités policières, afin de procéder systématiquement à un examen minutieux à la recherche de signes de mort non naturelle avant la crémation⁽³⁹⁾.

L'étude de Gisquet E. Aouba A. Aubry R. et al. s'est intéressée à la répartition des lieux de décès en utilisant les données des certificats de décès, enrichies des données externes⁽⁴⁰⁾. L'étude a démontré un taux de décès à l'hôpital de 57% contre 27% à domicile, 11% en maison de retraite et 5% dans d'autres lieux. Cette proportion varie fortement selon les départements de domicile du défunt mais n'est que peu affectée par la densité de l'offre

médicale. L'étude démontre un taux de décès à l'hôpital supérieur en Lorraine par rapport à la moyenne nationale. 34,5% des décès attribués à une mort violente ont lieu au domicile du patient, et 5,5% en maison de retraite. Parmi les morts violentes, le suicide est constaté à 65,1% au domicile du patient et dans 1% des cas en maison de retraite.

De plus, l'étude canadienne de KA Myers, a démontré en 2007, l'entière satisfaction de médecins généralistes quand à leur participation à un séminaire de formation sur les certifications de décès. Le programme incluait une vidéo pédagogique, un tutoriel, et une discussion autour de cas clinique avec des autorités judiciaires locales (Coroner). Cet échange a amélioré la connaissances du rôle de chaque intervenant ainsi que la procédure de certification de décès ⁽²⁸⁾. Ces données confirment d'anciennes études exprimant il y a plus de 20 ans, des besoins important en terme de formations et de clarifications autour de la procédure de certification des décès ⁽⁴²⁾.

Enfin, d'un point de vue législatif, le rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale, consécutif à la réforme organisationnelle de 2010, préconise une série de recommandations dans le but d'améliorer l'efficacité du système ^(43,44). Parmi elles, on pourra citer des recommandations intéressant le praticien généraliste : "recourir de façon organisée à un plus large éventail de médecins pour les examens de personnes gardées à vue" ; "inciter les procureurs de la République à organiser [...] une permanence de médecine légale dans le réseau de proximité" ; "sensibiliser et former d'autres profils de médecins susceptibles d'intervenir dans le réseau de proximité" ; "étudier la mise en place d'un réseau de médecins libéraux portant l'appellation d'attaché de médecine judiciaire" ; "développer l'accueil des étudiants dans les IML et les UMJ" ; "conforter le recours à la levée de corps"

Matériels et méthodes

Pour répondre à notre objectif visant à caractériser qualitativement les pratiques et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lorrains lors de la rédaction d'un certificat de décès relevant de l'obstacle médico-légal, une grille de lecture a été établie afin de guider les entretiens. La grille de lecture était similaire qu'il s'agisse des entretiens individuels, ou de l'entretien de groupe. Celle-ci abordait les thèmes semblant poser problème, selon la littérature, et selon nos pistes de réflexions.

Entretien de groupe :

Nous avons décidé de réaliser un focus group dans l'un des quatre départements lorrains afin de recueillir les données échangées. Nous avons choisi le département des Vosges pour réaliser ce focus group. L'entretien s'est déroulé le jeudi 03 avril 2014 au cours d'une soirée conviviale dans un restaurant du département. Pour inclure les participants, une liste alphabétique des 280 médecins généralistes participants à la permanence des soins a été demandée à l'ordre départemental des Vosges. Un tirage au sort a été effectué, puis une inclusion selon le mode n+14 a été répété jusqu'à l'obtention du nombre de participants souhaité (entre 10 et 15). Chaque médecin inclus s'est vu adresser un courrier postal comportant : une lettre de présentation de notre travail, avec explications sur le fonctionnement d'un focus group, date et conditions de réalisation de cette étude ; un coupon réponse précisant le souhait ou non de participer à notre étude ; une enveloppe pré-timbrée de retour à l'adresse de l'étudiant. Cette méthode s'est révélée peu efficiente puisque seules 10 personnes ont répondu à l'invitation et 3 médecins ont souhaité participer à notre étude sur un total de 90 personnes contactées. Nous avons donc décidé de compléter notre recrutement par une autre méthode. Un démarchage téléphonique a été entrepris au sein des membres de plusieurs groupes de pairs constitués de la région des Hautes-Vosges. Une explication a été donnée oralement sur l'objectif de notre travail, la réalisation d'un focus group, la date et les conditions de réalisation de notre enquête. Seuls les praticiens volontaires ont été inclus dans notre enquête qualitative. L'entretien de groupe s'est déroulé le jeudi 03 avril 2014 en soirée, dans un restaurant. Les médecins inclus ont été invités à remplir une fiche individuelle précisant leur année d'installation, leur type d'exercice, et leur intérêt personnel pour le sujet. Les participants étaient regroupés au sein d'une même table, l'enquête était animée par l'étudiant et le directeur de travail selon la grille de lecture établie. L'enregistrement des données a été capté par un magnétophone

placé de façon centrale. Les données ont été recueillies pendant 90 mn. Pour clôturer la soirée de manière conviviale, un repas a été offert aux participants, par un laboratoire de l'industrie pharmaceutique n'ayant aucun lien d'intérêt avec le sujet abordé durant notre enquête.

Entretiens individuels :

Nous avons décidé de compléter ce recueil de données par des entretiens individuels dans les trois autres départements lorrains. Pour ce faire, une liste alphabétique des médecins généralistes installés a été demandée aux conseils départementaux de l'Ordre des Médecins concernés. Un tirage au sort a été effectué pour déterminer aléatoirement un premier praticien inclus, puis en suivant l'ordre alphabétique selon le mode n+1. Les médecins généralistes sélectionnés ont été contactés téléphoniquement, afin de leur présenter brièvement le but et les modalités de notre étude. En cas d'accord pour participer à un entretien, un rendez-vous était convenu, durant le temps de consultation du praticien. Les inclusions ont été répétées jusqu'à l'obtention de 4 entretiens individuels par département. Lors de l'entretien, après avoir rappelé le but et les modalités de l'étude, les participants ont été invités à remplir une fiche précisant leur année d'installation, leur type d'exercice, et leur intérêt personnel pour le sujet. L'enquête a été animée par l'étudiant selon la grille de lecture. L'enregistrement des données a été capté par un smartphone placé entre l'étudiant et le médecin interrogé.

Cas particulier du département de la Meurthe-et-Moselle :

La méthode des entretiens individuels a été réalisée avec succès dans le département de la Meuse ainsi que dans celui de la Moselle. Cette même méthode de recrutement a été opérée dans le département de la Meurthe-et-Moselle. Malheureusement, sur une quinzaine de médecins tirés au sort, aucun n'a souhaité participer à notre étude, en raison de leur absence de garde dans la permanence des soins de leur département, renforçant une perception d'éloignement avec le sujet proposé ⁽⁴⁵⁾. Nous avons donc décidé de recentrer nos entretiens individuels dans ce département aux médecins généralistes travaillant dans une structure participant à la permanence des soins via les urgences pré-hospitalières telles que « SOS médecin 54 ». Nous avons contacté le président de cette association, en lui présentant l'objectif et les modalités de notre enquête, ainsi qu'à trois de ses collaborateurs

médecins, sur le mode du volontariat. Un rendez-vous à été convenu pour un entretien individuel, selon le même principe que les entretiens des départements voisins. La captation des données a été effectuée par smartphone.

L'analyse thématique discursive des données recueillies a été effectuée par un étudiant, complétée par l'analyse d'une deuxième personne exerçant la profession de chargée de communication, et diplômée d'un Master de communication stratégique et relations publiques en Europe.

La saturation des données a été obtenue au terme des enregistrements.

Résultats

I. Descriptif de la population :

Dix neuf médecins généralistes ont accepté de participer à notre étude. Parmi les médecins libéraux installés dans le département de la Meurthe-et-Moselle, aucun n'a souhaité participer aux entretiens. Deux personnes ont annulé leur participation au dernier moment pour la participation au focus group du département des Vosges; une personne a annulé sa participation à un entretien individuel. Pour tous les trois, la raison de cette annulation était un emploi du temps professionnel trop chargé. Parmi les dix neuf participants, on dénombre une femme (MG4) et Dix huit hommes. La durée de l'entretien de groupe a été de 90 minutes. La durée des entretiens individuels a varié entre 12 et 47 minutes avec une valeur médiane de 22 minutes et 30 secondes. Trois médecins étaient installés depuis moins de 10 ans (MG3, MG17, MG18), quatre médecins étaient installés depuis plus de 30 ans (MG4, MG8, MG10, MG15). La médiane était de 20 années d'installation.

Sept praticiens ont déclaré exercer en milieu urbain, six en milieu semi-urbain et trois en milieu rural.

Les médecins intervenant au sein d'une structure de soins orientée vers les urgences pré-hospitalières (l'association SOS médecin 54) ont déclaré intervenir dans ces 3 types d'exercices.

Sur les dix neuf médecins généralistes interrogés, sept ont déclaré n'avoir jamais connu de situations difficiles dans la pratique de la rédaction du certificat de décès (MG3, MG10, MG11, MG13, MG14, MG15, MG16).

Six praticiens ont exprimé un fort intérêt personnel pour le sujet de notre étude (MG1, MG9, MG11, MG12, MG18, MG19) ; alors que trois confrères ont exprimé un intérêt faible ou inexistant pour ce sujet (MG13, MG14, MG16).

Deux médecins ont déclaré être médecins pompiers (MG4, MG8), un médecin a déclaré intervenir en milieu carcéral (MG10) et un médecin a déclaré avoir une capacité de médecine légale (MG9).

N°	sexe	entretien	durée (mn)	expérience	type d'activités	situation compliquée	Intérêt pour le sujet
MG1	M	focus group	90	16	Urbain	Oui	majeur
MG2	M	focus group	90	24	Semi urbain	Oui	situation en garde pour patient inconnu
MG3	M	focus group	90	6	Urbain	Non	formation d'un futur confrère
MG4	F	focus group	90	40	Rural	Oui	manque de connaissances solides pour rédiger ces certificats
MG5	M	focus group	90	11	Urbain	Oui	Situation vécue avec un OML envisagé
MG6	M	focus group	90	28	Urbain	Oui	Aide dans les situation difficiles
MG7	M	focus group	90	19	Rural	Oui	n'aime pas les certificats de décès en garde, compliqué ou non
MG8	M	focus group	90	36	Semi urbain	Oui	à chaque fois que j'ai une situation compliquée
MG9	M	individuel	47	11	Rural	Oui	Total. Capacité de médecine légale
MG10	M	individuel	28	37	Semi urbain	Non	intervenant en milieu carcéral, SSR et médecin correspondant SAMU
MG11	M	individuel	20	30	Semi urbain	Non	Oui – sujet peu abordé
MG12	M	individuel	12	20	Urbain	Oui	intéressant
MG13	M	individuel	14	20	Urbain	Non	Non
MG14	M	individuel	20	20	Semi urbain	Non	relativement faible
MG15	M	individuel	22	34	Semi urbain	Non	pas inintéressant – faire en sorte d'améliorer
MG16	M	individuel	23	14	Urbain	Non	faible pour ce sujet
MG17	M	individuel	23	8	tout types	Oui	ni plus ni moins que la bronchiolite de l'enfant
MG18	M	individuel	22	1	tout types	Oui	intéressant car activités importante – éviter des erreurs
MG19	M	individuel	17	11	tout types	Oui	Bon sujet – formation trop rapide des jeunes

Tableau 1 : descriptif de la population de l'échantillon

II. Fréquence et circonstances de rédaction du certificat de décès

L'ensemble des médecins interrogés décrit un acte rare dans la pratique libérale : « *Très peu, de l'ordre de 3 – 4 par an* » (MG15), « *De mémoire, je dirais entre 3 et 6 par an* » (MG16), « *Cela fait 2 ans que je n'en ai pas fait* » (MG13). La fréquence de cet acte semble également être en baisse par la mise en place de régulation médicale notamment nocturne : « *C'est decrescendo* » (MG13), « *On en fait beaucoup moins qu'il y a une quinzaine d'année, c'est sûr* » (MG6), « *Il est très rare que nous soyons sollicités pour intervenir entre minuit et 6h* » (MG16). Un praticien ne partage pas cet avis collectif : « *Il n'y a pas vraiment de changement dans cette fréquence malgré l'organisation des soins* » (MG14). Les médecins intervenant à travers l'association de soins SOS médecins 54 perçoivent une fréquence beaucoup plus élevée : « *Il faut en compter un par garde minimum* » (MG19), « *Un à chaque garde, ou toutes les deux gardes* » (MG18).

Tous les médecins déclarent intervenir régulièrement en EHPAD et au domicile des patients.

Le mode de sollicitation est variable en fonction du mode de régulation médicale : « *La famille qui appelle en direct pour un décédé, c'est extrêmement minoritaire* » (MG1), « *C'est plus souvent l'EHPAD* » (MG11) « *On est appelés 2 ou 3 fois par an par la police* » (MG5) « *Quand on est de garde, c'est souvent le SAMU qui nous appelle, ou Médigarde* » (MG12).

III. La certification électronique des décès

Aucun des praticiens interrogés n'avait utilisé la certification électronique du décès. Un seul concède « *J'ai essayé mais ça ne marche pas* » ; « *On n'arrivait pas à l'envoyer* » (MG4). Les raisons invoquées sont le manque de connaissances , « *Je vous avoue que je ne savais pas que ça existait* » (MG18), « *J'en ai entendu parler mais je ne me suis jamais intéressé à la question* » (MG17), « *je ne connaissais pas* » (MG2) « *Je n'étais pas plus au courant que ça* » (MG14), le manque d'intérêt, « *Je sais que ça existe mais ça ne m'intéresse pas du tout* » (MG13), des contraintes temporelles, « *Je n'ai pas le temps, je bosse 14-15 heures par jour* » (MG12), spatiales, « *Ça voudrait dire que je dois revenir au cabinet, pour retourner à la maison de retraite ou je ne sais où pour redonner le papier* » (MG7), mais surtout techniques « *Pour nous, c'est plus simple d'utiliser le certificat papier* » (MG18), « *J'ai l'impression que je*

dois avoir mon ordinateur à portée de main », « *Je me vois mal pianoter sur un ordi [...] au domicile des patients* » (MG16), « *Je n'y aurai pas du tout accès* » (MG9), « *Je n'ai pas d'outil informatique devant le patient* » (MG2). Certains ironisent : « *J'ai rarement du monde qui vient chez moi pour remplir un certificat (de décès) électroniquement* ».

Trois praticiens concèdent : « *Peut être est-ce un tort de ne pas utiliser l'électronique* » (MG14), « *Avec la technologie, ça doit quand même devenir possible de le remplir sur place* » (MG6), « *C'est comme tout, il faut s'y faire* » (MG19).

Un généraliste remarque « *On ne me l'a, du reste, jamais proposé dans aucune institution* » (MG9).

IV. La rédaction du certificat de décès

Une très grande majorité des praticiens interrogés évoque des difficultés à remplir le certificat de décès (en dehors des situations particulières relevant d'un obstacle médico-légal) : « *Le certificat actuel est extrêmement mal fait* » (MG9), « *Ça fait 34 ans que j'en fais [...], j'ai encore des difficultés* » (MG8).

L'identité de la personne est soulevée comme problème : « *Le jour où vous vous trompez, vous tuez administrativement une personne* » (MG9).

L'horaire de survenue de la mort est également régulièrement citée : « *L'horaire [...], on fait en fonction de nos connaissances* » (MG19), « *Pour l'heure [...], il y a une part d'approximation tout de même* » (MG11), « *Je suis particulièrement nul [...] pour dater l'heure du décès* » (MG7), « *On devrait barrer et écrire "constaté le..." à la place de "survenu le..."* » (MG12).

D'autres erreurs sont reconnues dans la partie administrative : « *Je me suis déjà trompé dans [...] la commune de décès* » (MG11), « *Le pacemaker [...], je ne savais pas qu'il fallait mettre "oui" même si je l'ai enlevé* » (MG18).

Enfin, des doutes sont exprimés quant à l'intérêt de la demande de mise en bière

immédiate : « *Depuis qu'on n' a plus la peste ou le charbon, ça sert plus à grand chose dans notre pays* » (MG17).

À l'exception d'un praticien, l'ensemble des médecins exprime des difficultés à remplir la partie médicale relative aux causes de décès et notamment à son processus morbide : « *Le motif, c'est tout le temps* » (MG3), « *Le volet médico-statistique [...] est nullissime* » (MG9), « *Je n'aime pas à avoir à remplir ça* » (MG16), « *Mal conçu et obsolète* » « *C'est flou, c'est ambiguë* » (MG16), « *On a souvent des imprécisions pour bien renseigner la partie médicale* » (MG17), « *La partie diagnostic n'est pas forcément simple à étayer* » (MG18), « *Le libellé des causes du décès n'est pas très clair* » (MG11). Ces difficultés aboutissent à des erreurs de remplissage : « *J'ai tendance à facilement mettre "arrêt cardio-respiratoire" chez une personne âgée* » (MG18), « *Quand on meurt, à la fin, c'est souvent d'un arrêt cardiaque* » (MG10).

Un praticien va jusqu'à se poser la question : « *Est-ce que ces lignes sont utiles ? J'ai quand même un doute* » (MG15).

Sur le panel de médecins questionnés, 2 ont tout de même concédé apprécier la forme actuelle de ce certificat : « *Je trouve que c'est très bien fait* » (MG13), « *Ça va, [...] il est assez précis* » (MG14).

Un médecin résume lors du focus group : « *J'ai horreur de faire un certificat de décès pour quelqu'un que je ne connais pas* » (MG7), remarque approuvée par l'ensemble des participants.

Enfin, 1 praticien sur 3 décrit une habitude à ne pas signer le document en cas de situation difficile : « *Je pense que si je ne signe pas le certificat, de toutes manières, une enquête [...] va s'enclencher* » (MG16), « *Si c'est un décès survenu il y a plusieurs jours, je ne peux pas signer le certificat* » (MG12), « *Décès en garde à vue [...] moi, je ne prends pas le risque de signer cela* » (MG7), « *Je préfère ne pas le signer* » (MG14).

V. Textes et recommandations concernant l'OML

Les informations contenues au verso du certificat, support d'informations pour la pose d'un obstacle médico-légal notamment, n'ont pas attiré l'attention de l'ensemble des médecins : « *Je n'avais pas [...] retourné le certificat médical* » (MG5), « *Je ne sais pas si j'ai déjà lu le verso* » (MG14), « *Non, jamais lu* » (MG16).

Pour la plupart des praticiens, cet encadré est l'unique source de recommandations sur ce sujet : « *J'ai seulement connaissance de ce qui est marqué sur le certificat* » (MG11), « *Si j'ai une interrogation, je vais y chercher la réponse* » (MG11), « *Je ne savais pas qu'il y avait des recommandations* » (MG5), « *pas très au point sur le sujet* » (MG15).

Seul 2 médecins exerçant à SOS médecin 54 et un médecin possédant une capacité de médecine légale possèdent une connaissance formelle de la recommandation européenne : « *J'ai lu des papiers, oui, [...] des publications européennes* » (MG17), « *On est plus sur la version européenne* » (MG19), « *Je me base plutôt sur cette recommandation* » (MG17).

Deux médecins, ayant une fréquence élevée de rédaction de certificats de décès, ont exprimé leur satisfaction relative aux informations contenues au verso du certificat actuel : « *On y trouve des informations* » (MG19), « *Cela m'avait aidé, j'avais eu la réponse* » (MG18).

Pour tous les autres, cet encadré ne semble pas convenir à leurs attentes : « *Je l'ai lu, mais il m'a pas servi à grand chose* » (MG7), « *Pas bien compris la signification* » (MG14), « *Pour la partie obstacle médico-légal, le verso ne m'a pas plus aidé que ça* » (MG17), « *Ce n'est pas précis et pas détaillé* » « *Ça me paraît succinct* » (MG12), « *Le terme "infraction" est flou* » (MG13), « *Un peu de mal à faire la synthèse du paragraphe concernant l'obstacle médico-légal* » (MG1).

La lecture de la recommandation européenne par les praticiens qui ignoraient son existence semble convenir davantage à leurs interrogations : « *C'est plus simple, c'est explicite* » (MG13), « *C'est un peu plus complet* » (MG11), « *Ça force à aller jusqu'au bout du raisonnement* » (MG9), tout en nuancant, « *Ce texte [...] va ouvrir la porte à beaucoup plus d'exams* » (MG16).

VI. Les indications d'OML selon la recommandation européenne

Les médecins ont tous jugé cette recommandation plus exhaustive et « *logique* » (MG7) en terme d'indications à la pose d'un obstacle médico-légal. Son utilité à été soulignée, « *On avait du mal à le justifier, mais maintenant on va pouvoir se servir de ce texte* » (MG1).

Cependant, 3 médecins ont remis en cause la capacité de la filière médico-judiciaire à supporter un tel nombre d'indications : « *Avec seulement 2 items, on fait sauter la banque* », « *Si on suit la liste, on va augmenter le nombre d'obstacles cochés. Est-ce que la filière va réussir à suivre ?* », « *Si on se met à cocher la case pour tout suicidé, on fait sauter le système* » (MG1), « *Si on met un obstacle [à propos des accidents de voie publique], on va vraiment encombrer l'IML* » (MG4), « *Si l'on applique ça stricto sensu, cela surcharge de travail nos pauvres médecins légistes* » (MG16).

Si l'homicide ou sa suspicion fait consensus, la mort subite inattendue de l'adulte suscite le débat : « *Chez un sujet âgé, je n'irai pas forcément chercher la petite bête* » (MG18), « *Pour l'adulte, moi, je le mettrais pas* » (MG15). Le discours était différent chez les praticiens rédigeant fréquemment des certificats ou diplômés d'une capacité de médecine légale : « *Une mort subite inattendue, c'est suspect* » (MG9), « *J'ai l'obstacle médico-légal facile* » (MG17), « *Pas systématiquement, c'est l'examen du corps qui prime* » (MG9).

Il en est de même en ce qui concerne le suicide ou sa suspicion : « *Si j'ai bien compris, pour tous les suicides, il faut faire un obstacle ?* » (MG2), « *Une personne dont tu connais les troubles suicidaires, tu ne mettras pas d'obstacle* » (MG5). Des doutes sont émis quant à l'utilité même de cette indication : « *Qu'est ce que ça apporte, d'autopsier un suicide ?* » (MG1).

La quasi totalité des médecins interrogés évoque des doutes sur l'applicabilité de l'indication relative à la faute médicale : « *L'item E sera sous déclaré* » (MG1), « *Ce ne doit pas être évident d'avoir des éléments laissant penser à une faute médicale* » (MG11), « *Très difficile à appliquer* » « *surtout en libéral* » (MG15), « *Il faut remettre en cause les capacités éventuelles d'un confrère* » (MG18). Un praticien déclare tout de même l'avoir déjà vécu, « *Ça arrive d'y penser* », et nuance « *On n'est pas à l'abri d'une erreur médicale* » (MG19).

Enfin, l'indication de maladie professionnelle semble inconnue, difficile à appliquer, ou sans intérêt pour la totalité des avis exprimés à ce sujet : « *Qu'est-ce que ça veut dire ?* » (MG15), « *Je ne savais pas que c'était une recommandation possible* » (MG18), « *C'est inapplicable* » (MG19), « *Ça va ouvrir la porte à beaucoup de choses* » (MG16), « *Je reconnais, je ne suis pas informé* », « *Ça me paraît plus compliqué à mettre en place* » (MG12), « *Ce n'est pas d'ouvrir le corps pour regarder ce qu'il y a dedans qui aidera à résoudre l'affaire, donc, ça ne change rien* » (MG1). Un praticien remet en cause sa pratique à la lecture de cette indication : « *Je ne le faisais pas jusqu'à présent, maintenant je vais me poser la question* » (MG7).

VII. Pratiques concernant l'examen de corps

L'analyse qualitative des pratiques relatives à l'examen des corps révèle des résultats inhomogènes. Certains médecins décrivent des pratiques généralement assez sommaires, notamment chez les praticiens ayant manifesté un faible intérêt pour notre sujet : « *Recherche du pouls, examen des pupilles et de la froideur* » (MG13), « *Probablement pas déshabiller le cadavre* » (MG16), « *Pas besoin d'examen approfondi pour confirmer le décès. L'observation de la scène est suffisante* » (MG11).

Un décès attendu est quasi systématiquement l'objet d'un examen non approfondi : « *En soins palliatifs, je regarde qu'il est bien en mydriase et j'en reste là* » (MG14), « *L'examen est sommaire* » (MG18), de même qu'un décès survenu en EHPAD : « *Dans l'examen du corps, on est plus rapide* », « *Je n'ai jamais mis un obstacle [...] pour un décès en institution* » (MG6), « *En EHPAD [...], ça va relativement vite* » (MG11).

Un seul généraliste contredit tout de même cette pratique : « *En EHPAD [...], je peux plus facilement avoir le doute sur un sévice* » (MG14).

Certains médecins déclarent se contenter « *d'un examen sommaire* » avec recherche de « *signes positifs de mort et négatifs de vie* » lorsque les circonstances leur paraissent claires.

Les circonstances moins claires quant à la cause du décès semblent faire l'objet d'un examen

plus approfondi : « *Je regarde un peu tout, surtout en garde* » (MG14), « *Il faut quand même déshabiller le patient* » (MG10), « *L'examen peut être plus poussé, à la recherche de fractures cervicales, [...] plaies à la tête, quelque chose qui pourrait être suspect* » (MG12).

Les praticiens intervenant régulièrement dans la rédaction de certificats, par le biais de l'association SOS médecin 54, semblent avoir une démarche plus systématisée : « *Je vais systématiquement le tourner* » (MG17), « *J'aime bien être sûr de l'absence de traces de chutes, de coups, de bleus* » (MG19), « *Je fais toujours sortir la famille* », « *J'analyse ce qui est autour de moi, [...] je vérifie l'état du corps, sa position, [...], traces de plaies ou d'enfoncement* » (MG18).

Parmi les facteurs parasitant la qualité de l'examen sont citées les conditions techniques : « *La luminosité est catastrophique [...], il faut dire stop* » (MG9), « *un endroit insalubre* » (MG18), la présence de la famille : « *La famille interfère énormément* » « *On a du mal à découper les vêtements pour l'examen en présence de la famille* » (MG1), « *Chez une famille un peu à risque, on peut se poser des questions* » (MG10), les corps déplacés ou préparés avant le constat : « *Il faut toujours se méfier de la personne habillée et alitée* » (MG4), ou encore la précocité de la constatation en cas de médication sédatrice : « *J'ai laissé tomber l'idée. Je suis repassé 3h après* » (MG1).

VIII. Attitude face à une situation difficile

Les médecins questionnés avouent des difficultés à se tourner vers un avis spécialisé dans une situation difficile : « *On est quand même dans une situation d'isolement* » (MG1), « *On ne fait pas ce qu'on veut en pleine nuit* » (MG11), « *Je ne sais pas à qui m'adresser* », « *Je n'ai pas d'interlocuteur pour ça* » (MG16), « *Je ne vais pas chercher à joindre un spécialiste* » (MG14).

Certains praticiens, dont l'ensemble des personnes travaillant à SOS médecin 54 ont le réflexe de déclarer un obstacle médico-légal dans une situation où le doute est présent : « *Je mettrai un obstacle si j'ai un doute* » (MG19), « *Je mettrai un obstacle, je préfère me couvrir* » (MG18), « *Dans le doute je vais mettre l'obstacle médico-légal* » (MG17), « *Je mettrai un obstacle et puis le légiste verra* » (MG14).

La proximité du lieu d'exercice des médecins meurthe-et-mosellans avec le CHU n'améliore pas la connaissance du fonctionnement du service de médecine légale : « *Les astreintes de légistes, je ne sais pas trop comment ça marche sur Nancy* » (MG18), « *S'il y en a une ?* » (MG17), « *Les légistes sur Nancy [...], ils sont injoignables [...], je n'essaie même pas* » (MG19), « *Je n'ai pas pour habitude d'interagir avec les légistes* » (MG17).

Dans les autres départements, un avis secondaire est parfois demandé auprès de diverses structures : « *le 15* » (MG1), « *J'aurai tendance à me tourner vers un confrère qui a plus l'habitude* » (MG11, MG13), « *J'aurai tendance à téléphoner à l'ordre* » (MG15). Un seul médecin sur les 19 interrogés déclare : « *Je téléphone à l'IML quand je dois donner une date de décès* » (MG4).

Plusieurs avis convergent sur la non signature du document en cas de situation difficile : « *Si j'ai un doute, je ne signe pas le certificat* », « *Ce n'est pas de ma compétence* » (MG12).

Enfin, un médecin évoque la possibilité de « *déclarer le décès, et rédiger le certificat quelques heures plus tard, tête reposée au bureau* » (MG1).

IX. Relation avec l'autorité judiciaire

La relation des médecins avec les autorités judiciaires paraît la plupart du temps difficile et se pratique avec défiance : « *Moi, de toutes façons, à partir du moment où ça touche le judiciaire...* », « *C'est plus du judiciaire que du médical* », « *J'ai horreur des juges, donc moi, je m'en salue* » (MG7).

Les médecins semblent se sentir mal à l'aise face à cette responsabilité médico-judiciaire : « *Ce n'est pas parce qu'on est de garde que l'on change de spécialité* » (MG12), « *On n'est pas des enquêteurs de police* » (MG14, MG4), « *Ça sort complètement de nos domaines de compétences* » (MG1). Un praticien reconnaît : « *Le problème, c'est que les gens sont de plus en plus procéduriers* » (MG2). Un seul médecin admet facilement son rôle médico-judiciaire : « *On n'est pas là pour couvrir des choses* », « *On est là pour que la vérité soit établie* » (MG10).

La quasi totalité des praticiens questionnés avoue avoir déjà connu des pressions de la part de l'autorité policière ou judiciaire au moment de certifier un décès : « *Il y a peut être eu une ou deux fois où l'on a tenté de me forcer la main* » (MG11), « *Cela m'est déjà arrivé d'être influencé par des OPJ* » (MG18), « *À chaque fois que je me suis demandé si j'allais mettre un OML, à chaque fois, j'ai senti le pression des enquêteurs* » (MG5), « *Le flic m'a dit : surtout vous faites comme si vous n'aviez rien vu* » (MG5).

Cette influence semble être plus pesante face à un médecin peu expérimenté : « *Quand j'étais plus jeune, on subissait pas mal la pression des OPJ pour ne pas mettre d'obstacle* » (MG17), « *C'était une pression morale [...], pas forcément facile à prendre en charge pour un jeune médecin qui débute* » (MG18), « *J'ai signé. J'étais jeune installé. Je pense que, maintenant, j'aurai refusé de signer* » (MG6), « *Quand c'est des jeunes, la police fait pression* » (MG19), « *Quand on est jeune, avec moins d'expérience, on est forcément un peu plus influençable* » (MG10), en reconnaissant que « *quand on est remplaçant, on est pas forcément chevronné pour rechercher des petits détails* » (MG3).

La raison soulevée pour cette pression subie est une vision différente de la caractérisation du décès entre les médecins et les forces de l'ordre : « *Pour eux, l'obstacle médico-légal, c'est quand il y a un couteau planté dans les 2 omoplates* » (MG17), « *c'est sûr, ça les fait travailler* » (MG19), « *Pour eux, c'était surtout pour éviter une perte de temps* » (MG18). Ainsi, le respect des indications citées dans la recommandation européenne « *ne plaît pas du tout à la police [...]. Ils ne comprennent pas pourquoi on met un obstacle médico-légal* » (MG19).

En revanche, dans les situations d'homicides, le médecin se voit souvent imposer les choses, ce qui est source de frustration et de conflits : « *Les gendarmes nous demandent maintenant de quoi le patient est mort sans avoir le droit d'y toucher* » (MG7), « *Est-ce que ça vaut vraiment le coup que l'on se déplace [...] si on ne sert à rien ?* » (MG7), « *De toutes façons, il va y avoir une enquête [...] donc ça ne changera rien du tout* » (MG8), « *Il fallait que j'attende le TIC [...] qui n'était pas là avant 2h* » (MG7), « *Je ne suis pas persuadé que l'on puisse se permettre de passer 2h sur une levée de corps pour la faire correctement* » (MG17).

Les relations manuscrites ou téléphoniques entre le médecin et le parquet chargé de l'enquête semblent rarissimes et peu constructives : « *C'est dur d'aller s'opposer à un procureur* » (MG1), « *J'ai eu une fois le procureur au téléphone pour me dire : "Mais pourquoi avez-vous signé un obstacle ?"* » (MG8).

La frustration s'exprime également face à la possibilité du parquet de shunter l'avis médical : « *C'est le procureur qui décide. [...]. On peut cocher absence d'obstacle et on se retrouve avec une autopsie, et des fois on demande une autopsie et on ne l'obtient pas* » (MG1).

Un généraliste se pose une question par méconnaissance de l'impact judiciaire de ses décisions : « *Est-ce que l'enquête est la même si on met suicide ou si on met obstacle médico-légal ?* » (MG2).

Trois médecins nuancent les propos de ce sujet, admettant que l'autorité policière peut aussi parfois être un précieux conseil sur le terrain : « *S'il y a un OPJ sur place qui fait mention de divers éléments, je les prends en compte, oui* » (MG15), « *Un enquêteur peut également influencer mes choix* » (MG16), « *C'est dépendant des personnes avec qui vous travaillez* » (MG10).

En résumé, les situations relevant d'un obstacle médico-légal semblent être fréquemment sources de conflit entre le médecin certifiant et l'autorité judiciaire, sur l'instant comme à posteriori : « *Quand on l'a fait une fois, [...] on a tendance à ne pas le répéter. Les coups de fils très énervés des gendarmes, des pompes funèbres, de la famille, du procureur...* » (MG1).

Un praticien ironise sur la situation : « *Dans la journée, on n'est pas compétent, et la nuit ou le week-end, il n'y a plus un seul médecin légiste joignable, donc on devient compétent* » (MG12).

X. Suggestions et attentes des praticiens

Les suggestions des médecins questionnés concernent principalement la formation, qu'elle soit initiale ou continue, la jugeant insuffisante : « *On devait avoir quelques cours [...], c'était un peu juste* » (MG10), « *Dans mon souvenir, ce n'était pas abordé* » (MG12), ou regrettant

que « devant la grande pauvreté de notre formation continue, je pense que la médecine légale sera la millième roue du chariot » (MG16), « Une formation par des légistes serait utile » (MG18), « Les jeunes ne sont pas assez formés [...] ne pas apprendre la rédaction du certificat de décès sur le terrain » (MG19). Cet avis est partagé par les médecins récemment installés, et concédé par les médecins accueillant des internes en stage : « Si on a eu des formations là-dessus, j'ai du les oublier » (MG18), « Mes internes, [...] le certificat de décès, je ne leur ai jamais montré » (MG15).

La révision du certificat actuel de décès semble être souhaitée par plusieurs praticiens, notamment avec une rédaction plus intuitive, et surtout en y intégrant les recommandations européennes de façon claire : « Clarifier une ligne directrice sur le certificat » (MG19), « Le principe de lister les circonstances dans lesquelles on devrait faire valoir un obstacle, ça, c'est bien » (MG15), « Un texte détaillant un peu plus précisément les cas d'obstacles médico-légaux dans le certificat » (MG14), « Le certificat devrait être revu d'une façon beaucoup plus pratique » (MG2).

Les médecins généralistes paraissent également en attente d'une meilleure communication entre eux et les médecins légistes voire les statisticiens de l'INSERM : « On aurait tout intérêt à mieux travailler avec les légistes » (MG17), « Quand tu demandes une autopsie [...] comment en avoir un retour ? » (MG3), « On n'a jamais de retour » (MG2), « On ne m'a d'ailleurs jamais dit si mes certificats étaient bien remplis ou non » (MG2), les données ayant pour destinataires « des statisticiens, qu'ils nous montrent comment faire ! » (MG3), « un numéro de téléphone ? », « on devrait avoir au téléphone quelqu'un [...] qui pourra nous dire tu fais comme-ci et comme-ça » (MG3).

D'autres solutions sont ponctuellement évoquées : « une recommandation officielle » (MG1), « ne serait-ce que des petites fiches » (MG1). Enfin, un praticien, diplômé d'une capacité de médecine légale suggérait la généralisation d'un « certificat d'aide à la levée de corps » (MG9).

Discussion

La méthode de recueil des données par entretien s'est révélée efficace pour obtenir le ressenti, les pratiques, les difficultés et les attentes des médecins généralistes dans une situation de certification d'un décès relevant d'un obstacle médico-légal. La retranscription des données issues du discours oral à l'écrit posait le problème d'une perte d'information par ce changement de registre. Les intonations n'ont pas pu être retranscrites. De même, quelques sauts du coq à l'âne durant la conversation n'ont pas pu être exploités, engendrant une perte de données. Concernant l'entretien par focus group, le discours feutré et timide de départ, probablement dû au manque d'habitudes des praticiens dans cet exercice, a rapidement laissé place à un discours beaucoup plus fluide et vivant. Cette évolution engendrait parfois une superposition d'avis exprimés, et donc un brouhaha, inexploitable à la retranscription des données. Ceci étant à nouveau source d'une perte de données. La réalisation des entretiens, individuels et de groupe, par l'étudiant lui-même était parfois source de réponses trop orientées. La répétition de ces entretiens améliorait les choses, permettant d'obtenir des réponses plus ouvertes. Une autre limite des données recueillies par entretien est le possible manque de sincérité dans les réponses avancées, notamment sur des sujets concernant les pratiques de chacun (phénomène de préservation des faces). Il peut en effet être difficile pour un praticien d'avouer lors d'une conversation enregistrée que ses pratiques ne sont pas conformes aux recommandations, ou que ses connaissances sur un sujet sont insuffisantes. Ce phénomène n' a pas été perçu lors du focus group où la conversation longue, conviviale et confraternelle a, semble-t-il, créé un climat de confiance auprès des praticiens. Il est plus difficile de tirer une telle conclusion pour les entretiens individuels, où le côté intimidant d'une conversation en face à face avec une personne inconnue peut créer un climat moins propice à la confiance.

La constitution d'un échantillon posait une difficulté. Parmi la centaine de contacts postaux auprès des médecins généralistes vosgiens pour la réalisation d'un focus group, seule une dizaine nous a répondu par le biais de l'enveloppe de retour pré-timbrée. Seul un tiers de ces réponses étaient positives, ce qui créait un échantillon très insuffisant pour la réalisation du focus group. Les raisons de refus évoquées par courrier par les médecins ayant répondu était un manque de temps dans l'agenda professionnel, ou une indisponibilité à la date arrêtée. Cette méthode de recrutement a donc du être complétée par le contact téléphonique de

membres de groupes de pairs. Ce recrutement incluait forcément un biais de motivation. Cependant, parmi les entretiens individuels, 3 médecins de l'échantillon ont déclaré un faible intérêt ou un manque d'attrait pour le sujet abordé. 2 médecins ont annulé leur participation au focus group au dernier moment, de même qu'un entretien individuel, en raison d'un agenda professionnel chargé. Parmi les 8 médecins participants au focus group, on dénombre une femme et sept hommes, ce qui n'était pas concordant avec la démographie médicale vosgienne (32% de femmes parmi les généralistes libéraux installés). Les femmes sollicitées par écrit comme par téléphone ont majoritairement évoqué un manque de temps pour justifier leur refus. Aucun médecin sollicité téléphoniquement dans le département de la Meurthe-et-Moselle, hommes ou femmes, n'a souhaité participer à notre étude, par manque d'intérêt ou ne se sentant pas concerné, ce qui confirme les données liées à la réorganisation de la permanence des soins dans ce territoire depuis de nombreuses années. Le mode de recrutement de l'échantillon participant aux entretiens individuels n'a pas permis de recruter de femmes dans les trois départements concernés. Au total, parmi les médecins généralistes inclus, on note donc une femme pour 18 hommes, ce qui n'est pas représentatif des données de la région (31,5 % en Lorraine) ⁽⁴⁶⁾.

Le discours des participants s'est montré inhomogène. Durant l'entretien par focus group, on recense certains « meneurs », intervenant facilement et longuement dans la discussion, diminuant ainsi le temps et le nombre d'interventions d'autres participants plus intimidés. Il en est de même pour les entretiens individuels, où l'on observe une variabilité importante du temps d'entretien, allant de 12 à 47 mn, corrélé au niveau de l'intérêt pour le sujet abordé.

Le type d'activité était apprécié par le médecin lui-même. Il est possible qu'un praticien estime son activité semi-urbaine, même si sa zone est classée de manière différente par l'INSEE. On observe une diversité satisfaisante dans l'ancienneté d'installation avec une moyenne de 20 ans, proche des données régionales fournies par l'atlas démographique de l'Ordre national des médecins. Les deux valeurs extrêmes sont de 1 an et de 40 ans d'installation.

Les médecins interrogés ont décrit la certification de décès comme un acte beaucoup plus rare dans leur pratique qu'il y a une quinzaine d'année. Cette observation est corrélée à l'instauration d'une régulation médicale téléphonique dans la permanence des soins

ambulatoires de la région Lorraine. Cette régulation avait été désirée par les praticiens généralistes, probablement dans l'optique d'une amélioration de la qualité de vie. Ces données vont dans le sens d'un travail de thèse de 2007 sur les enjeux de la certification de décès par le médecin généraliste ⁽⁴⁷⁾ mais également dans le sens de l'étude de Gisquet E. Aouba A. Aubry et al. relative au lieu de décès en France, retrouvant une fréquence de décès à l'hôpital supérieure en Lorraine par rapport à la moyenne nationale, y compris après contrôle des variables individuelles et environnementales. Les médecins libéraux interrogés déclaraient entre 0 et 6 certificat(s) de décès par an, ce qui est compatible avec les données statistiques nationales publiées par l'INSERM (6 décès/an/médecin généraliste en moyenne) ⁽²⁶⁾. Cette constatation n'était pas partagée par les praticiens intervenant dans les structures de soins d'urgences préhospitalières (SOS médecins 54) pour qui cet acte fait partie du quotidien. Les médecins ayant un exercice rural se sentaient moins concernés par cette problématique que leurs confrères. De même que les praticiens ne participant plus à la permanence des soins (à cause de leur âge ou de l'organisation locale de celle-ci) ⁽⁴⁵⁾. Pour la totalité des personnes interrogées, cet acte fait partie de l'obligation médico-administrative et éthique du médecin généraliste, confirmant les données qualitatives de l'étude de Val-Reyt K et Vallée J ⁽²⁷⁾. Ceci est probablement en lien avec l'aspect humain qu'un médecin généraliste attache à la rédaction d'un tel certificat, dont le rôle est également de reconforter les proches tout en faisant valoir les droits du patients jusqu'après sa mort.

L'utilisation de la certification électronique de décès s'est révélée largement inutilisée auprès des médecins généralistes libéraux lorrains interrogés. Ces données confirment celles issues du CépiDc de l'INSERM ⁽¹⁰⁾, démontrant une utilisation du certificat électronique variant selon les départements de 0 à 3,7 % du total des certificats de décès dans la région Lorraine (contre 4,5 % à l'échelle nationale). Il semble que la méconnaissance de cette possibilité est à l'origine de cette constatation pour la plupart des praticiens interrogés, y compris pour les médecins plus récemment installés, ainsi que chez ceux ayant une fréquence de certification de décès élevée. Aucun d'entre eux n'avait réussi à en faire usage jusqu'à présent. Notre échantillon confirme donc l'étude de Fouillet A. Pavillon G. Vicente P et al., révélant un niveau de déploiement trop insuffisant pour assurer l'efficacité de la procédure de surveillance sanitaire ⁽¹⁰⁾. Après une explication donnée sur le fonctionnement et l'intérêt de cette procédure, les médecins généralistes ne se sentaient que très peu concernés par celle-ci, n'y soulevant aucun aspect mélioratif, contrairement aux données fournies par l'étude de

Lefeuve D Pavillon G Aouba A et al. relative à l'apport de la certification électronique dans la qualité des certificats de décès en France ⁽³⁵⁾. Des contraintes spatio-temporelles et techniques ont été soulevées. Les mêmes conclusions étaient tirées dans l'étude qualitative de Vial-Reyt K et Vallée J ⁽²⁷⁾. Aucun médecin n'a émis le souhait, après notre intervention, d'en faire l'essai, malgré la mise en ligne récente d'un mode « apprentissage » sur le site sécurisé de la certification électronique des décès, permettant ainsi de réaliser un certificat fictif pour mieux appréhender la procédure.

La rédaction de l'actuel certificat de décès s'est dévoilée comme un problème pour la quasi totalité des praticiens interrogés. Cet acte, relativement rare pour la plupart d'entre eux, et appréhendé pour certains, semble sources d'erreurs, d'imprécisions et ne répond pas à leurs attentes, indépendamment de l'expérience du praticien. Ces données vont dans le sens de l'étude menée par Nguyen F. Mathy F. Hervé C. et al. ⁽⁶⁾ qui retrouvait un taux d'erreur de 86% dans la partie administrative des certificats initiaux. Les destinataires des différents volets ne sont pas toujours connus. Une indication claires de ceux-ci était évoquée. La terminologie utilisée, relative à l'heure de constat de la mort, semblait ambiguë. Une habitude, pourtant non recommandée dans l'actuel certificat de décès, revenant à ne pas signer un certificat de décès litigieux, semble perdurer chez les médecins ayant plus de 20 années d' installation. L'article de Costagliola R. rappelle la nécessité d'apposer sa signature sur un certificat de décès quelles qu'en soient les conclusions (48). Certaines rubriques de la partie administrative sont apparues obsolètes aux yeux d'une partie de notre échantillon, allant ainsi dans le même sens que l'article de Canas F. Lorin de la Grandmaison G. Guillou P. et al. ⁽¹⁸⁾. La partie anonyme et médicale semble faire consensus autour des difficultés de son élaboration. Cette rubrique, souvent appréhendée, semble compliquée et imprécise pour la plupart des situations. L'établissement d'un processus morbide et de ses intervalles de façon précise et logique semble une réflexion difficile à avoir en dehors de ses propres patients, ou d'une histoire médicale récente claire. Là encore, les entretiens avec notre échantillon rejoignent les données d'une enquête qualitative menée auprès de médecin généralistes interrogés sur les propositions d'amélioration du certificat de décès papier ⁽²⁷⁾. Ces difficultés aboutissent à de nombreuses approximations quant à l'énoncé d'une cause médicale de décès et de son processus morbide. Ceci pourrait expliquer les difficultés à transformer certains certificats de décès en statistiques exploitables par l'INSERM. Une information de la part des statisticiens était souhaitée pour mieux appréhender les données à retranscrire dans

cette rubrique en fonction des situations.

La recommandation européenne relative à l'harmonisation des pratiques médico-judiciaires était largement méconnue par les praticiens généralistes interrogés, en dehors de ceux ayant un diplôme complémentaire de médecine légale ou de ceux ayant un exercice orienté vers l'urgence préhospitalière. À sa lecture, l'intégralité des indications retenues compatibles avec la tenue d'une autopsie médico-légale, n'était pas connue par les médecins interrogés. Certaines indications d'obstacle médico-légal, comme la maladie professionnelle ou l'accident domestique, étaient ignorées par certains praticiens, confirmant deux études anglo-saxonnes ^(30,31). L'aide proposée au verso du certificat concernant les indications d'obstacle médico-légal ne semble pas donner entière satisfaction à ses usagers, trouvant le texte succinct, imprécis, avec des termes flous. La recommandation européenne semble mieux répondre à leurs attentes, avec un listing exhaustif et clair de ces indications. Le souhait de voir ce texte apparaître au verso du certificat était formulé, conformément aux résultats de l'étude de Vial-Reyt K et Vallée J ⁽²⁷⁾.

Si les indications d'autopsies de la recommandation européenne semblent exhaustives et logiques à l'ensemble des médecins questionnés, certaines d'entre elles paraissent difficiles à suivre en pratique dans leur quotidien. Alors que la mort subite du nourrisson, la prise en charge hospitalière, conforme à la recommandation ministérielle publiée à l'époque par la HAS, font consensus ⁽²²⁾, il n'en va de même pour la mort subite inattendue de l'adulte, du suicide, de la faute médicale et enfin pour les maladies professionnelles. En effet, les médecins ne se posaient pas tous les mêmes questions face à un décès inattendu de l'adulte. Si certains le considèrent systématiquement comme un obstacle médico-légal, à l'inverse, d'autres ne le cochent jamais. La classification d'un suicide en obstacle médico-légal n'est pas du tout systématique non plus, contrairement à la recommandation de l'Ordre national des médecins, et à la recommandation européenne ^(14,15). Cette donnée va à l'encontre des bonnes pratiques en cas de suicides résumées par exemple dans l'article de Debout M. Faict T. Massoubre C. et al. ⁽²⁰⁾. La connaissance du défunt et de ses troubles suicidaires, une situation claire, ou encore un OPJ persuasif, ont été régulièrement cités comme des facteurs faisant conclure à un décès sans obstacle médico-légal. Dans cette situation, le risque rare mais si important d'homicide maquillé en suicide, n'a été que très peu exprimé, ce qui va à l'encontre de l'étude de Lorin de la Grandmaison G. Lasseugeutte K. Bourokba N. et al. sur les

discordances retrouvées par la confrontation de la levée de corps avec les résultats de l'autopsie ⁽³³⁾ (2 homicides sur 200 cas passés inaperçus lors de la levée de corps). À l'encontre de l'article de Aouba A. Pavillon G. et Jouglas E. ⁽³⁸⁾, l'intérêt d'autopsier un défunt suicidé a même été remis en question, que ce soit dans l'apport scientifique, ou vis à vis d'une crainte d'encombrement de la filière médico-légale. Ceci est probablement une cause de sous estimation du nombre de suicides sur le territoire national, et d'une méconnaissance de certaines morts violentes, soulevées dans l'étude de Farrugia A et Ludes B. menée à l'institut médico-légal de Strasbourg ⁽³⁷⁾. La confraternité, l'exercice libéral et la crainte de subir une telle situation sont des arguments avancés pour justifier l'impossibilité pour les médecins de notre échantillon de déclarer un obstacle médico-légal par faute médicale. Enfin, les décès liés à une maladie professionnelle ou à certains accidents du travail n'étaient pas reconnus comme un obstacle médico-légal par la plupart des médecins de notre échantillon. La difficulté d'établir le lien entre le décès et l'exposition professionnelle, le manque d'intérêt médical, ainsi que la justification auprès de la famille en deuil semblent des freins au respect de cette indication, à la fois française et européenne, figurant pourtant clairement au verso de l'actuel certificat de décès. Ces données ne sont pas conformes à l'article de Cardona J. Gracbling R. Fasquel D. et al. ⁽³⁶⁾. Cette pratique semble difficile à généraliser pour notre échantillon, contrairement aux données de la littérature ⁽¹⁸⁾ démontrant l'intérêt et la capacité d'une filière (médecin – parquet – CPAM) à effectuer systématiquement une autopsie dans une telle situation.

Le thème de l'examen des corps met en lumière des pratiques très différentes d'un praticien à un autre. Il ressort tout de même que l'examen se révèle généralement plus sommaire lorsqu'il s'agit d'une personne âgée, d'un décès en EHPAD, ou d'un décès attendu (soins palliatifs, HAD, maladie dégénérative évolutive) et que l'obstacle médico-légal n'est jamais porté dans ces conditions. Ces pratiques semblent faire penser que des cas de maltraitances, de sévices à personnes vulnérables, de suicide (actif ou passif) ou d'euthanasie (active ou passive) puissent passer inaperçus. Il faut en effet prendre en compte que des questions d'héritages, de coût d'hébergement, d'épuisement des soignants, ou de souffrances insupportables pour les proches, ne sont pas du tout négligeables concernant cette population fragile ⁽⁴⁹⁾. Les données de la littérature désapprouvent d'ailleurs notre échantillon puisque 5,5 % des décès classés comme mort violente se déroulent en maison de retraite, et qu'un suicide sur 100 a lieu en EHPAD d'après une étude de Gisquet E. Aouba A.

Aubry R. et al. ⁽⁴⁰⁾. Les conditions techniques de l'examen, la présence des proches, la précocité de la constatation, ou la préparation préalable du défunt sont des facteurs reconnus parasitant l'examen du patient par les médecins interrogés. Ces données convergent partiellement vers les résultats de l'étude ⁽³³⁾ de Lorin de la Grandmaison G. Lasseugeutte K. Bourokba N. et al.

La communication entre les médecins généralistes lorrains interrogés et les médecins spécialisés de l'institut médico-légal du CHU de Nancy semble inexistante, quelque soit le degré de proximité géographique. Personne ne connaissait l'existence d'une ligne téléphonique d'astreinte en cas de difficultés face à une situation pratique. Une impression de solitude a été déplorée à la quasi unanimité. Ces données remettent en cause les recommandations n° 17, 18, 19 et 23 du rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale de 2013 ⁽⁴⁴⁾. Le médecin régulateur du SAMU, l'Ordre des médecins ou un confrère expérimenté sont des solutions envisagées pour obtenir une aide téléphonique dans une telle situation.

Les médecins généralistes interrogés ont exprimé de fréquentes difficultés dans leur relation avec l'autorité policière. Des pressions pour ne pas signaler un obstacle médico-légal semblent régulièrement exercées, surtout auprès des jeunes médecins. Les OPJ paraissent, du point de vue des médecins, ne voir l'intérêt à un obstacle médico-légal, et donc à une enquête, que dans les cas relevant de l'homicide ou de sa suspicion. Ce point de vue conforte l'article de Cabrita B. Plu I. Roy H. et al. ⁽³⁴⁾ explorant une divergence d'objectifs dans la pose d'un obstacle médico-légal. Les OPJ et les magistrats considérant souvent uniquement le côté pénal d'un décès : « *Y a-t-il eu infraction ou non dans l'origine de ce décès ?* », alors que le médecin s'attache également à des considérations de responsabilités juridiques, assurantielles, de santé publique, etc. Le classement d'un décès par suicide, par mort subite inattendue, accident domestique, accident de travail, ou maladie professionnelle en obstacle médico-légal de la part des médecins interrogés semble être une décision incomprise par la plupart des OPJ, surtout en présence de témoins lors du décès. Ces situations sont pourtant fréquemment rencontrées lors d'une certification de décès par les généralistes. En effet, les données de la littérature confirment par exemple que 34,5% des morts classées violentes se déroulent au domicile du patient, et plus particulièrement plus de 65% des suicides ⁽⁴⁰⁾. La méconnaissance de la recommandation européenne était jusque là un facteur freinateur

dans la justification du médecin auprès de l'autorité policière présente. On peut penser que l'inclusion de cette recommandation au verso du certificat papier pourrait augmenter le nombre d'obstacles médico-légaux, en fournissant aux praticiens une justification légale à sa démarche, facilitant et apaisant l'échange avec les OPI, comme plébiscité par les généralistes de la Loire interrogés dans une enquête qualitative en 2011 ⁽²⁷⁾. En revanche, lors d'un décès par homicide ou suspicion d'homicide, lorsque les autorités policières ont « la main » sur la situation, notre échantillon a exprimé des difficultés à collaborer avec elles, devant souvent attendre très longtemps pour approcher le corps, avec une impression de ne servir à rien et de n'avoir qu'un rôle administratif (fourniture d'un certificat). Les relations entre les médecins généralistes et le parquet se sont montrées parcimonieuses et peu constructives, éléments inexplorés par les données de la littérature. Pourtant des études ont démontré l'amélioration des connaissances du rôle de chacun et de l'efficacité de la procédure de certification de décès par une formation favorisant la rencontre et l'échange entre médecins et parquet ⁽²⁸⁾.

Des carences dans la formation médicale ont été soulevées par les médecins généralistes interrogés, et ce, quelle que soit leur ancienneté d'installation, ce qui est probablement une source de désintéressement dans l'implication de la chaîne médico-judiciaire. Ces données sont conformes aux recommandations 19, 21 et 22 du rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale de 2013 ⁽⁴⁴⁾ ainsi qu'à d'antérieures études ^(27,28,29,30). Une modernisation de l'actuel certificat de décès papier a été souhaitée, avec l'apparition au verso de la recommandation européenne, et une simplification des données recueillies au recto, ce qui va dans le sens des opinions de généralistes précédemment exprimées dans l'étude de Vial-Reyt K. et Vallée J ⁽²⁷⁾. L'opportunité d'être mieux informé, voire formé, à l'utilisation d'un certificat de décès électronique n'a jamais été exprimée par notre échantillon, alors que paradoxalement l'étude canadienne de Myers KA. et Farquhar DR. montrait une amélioration significative de la qualité de remplissage post intervention ⁽⁵⁰⁾, et que l'INSERM a mis en place une procédure fictive en ligne pour apprendre « à froid » à remplir un tel certificat. Une meilleure communication semble souhaitée entre les praticiens et les médecins légistes, que ce soit au moment d'une situation délicate pour avoir un soutien spécialisé ⁽⁴⁴⁾, mais aussi *a posteriori* afin d'obtenir un retour d'informations suite à une autopsie scientifique demandée ou à la déclaration d'un obstacle médico-légal. Cette donnée n'a pas été retrouvée dans la littérature scientifique.

Conclusion

Appréhendée par de nombreux médecins généralistes, la certification de décès est un acte relativement rare mais faisant tout de même partie de la pratique et du devoir du médecin. La recommandation européenne relative aux indications d'autopsies médico-judiciaires reste largement méconnue de la part des praticiens, même si celle-ci leur paraît plus explicite, plus logique et plus complète que la recommandation figurant au verso de l'actuel certificat. Des indications comme le suicide, la mort subite inattendue de l'adulte, la faute médicale ou la maladie professionnelle ne font pas consensus dans leur applicabilité. L'intérêt d'autopsier un suicidé ou une victime d'asbestose ne paraissant pas toujours évident aux yeux du médecin généraliste.

La caractérisation uniquement pénale ou non d'un décès par les officiers de police judiciaire est une source fréquente de conflits avec le médecin certifiant, qui peine parfois à justifier son choix d'imposer un obstacle médico-légal, victime de pressions de la part des forces de l'ordre, surtout dans les premières années de son exercice.

Les indications d'obstacles médico-légaux autres qu'homicides ou suspicions d'homicides sont en effet parfois incomprises par l'OPJ, comme par le procureur. Un manque de communication semble exister à ce niveau. La procédure de levée de corps et de pose d'un obstacle semble mal maîtrisée par les praticiens. Une meilleure formation et une meilleure communication avec les unités médico-judiciaires est souhaitable, surtout à l'heure d'une réforme de la médecine légale incluant une plus forte implication des étudiants dans son fonctionnement, et un renforcement des liens avec les médecins non spécialistes de proximité. La certification électronique de décès est une procédure méconnue par les médecins généralistes : ils n'y voient que des inconvénients, et semblent peu motivés à expérimenter la procédure. L'opinion des médecins généralistes sur l'actuel certificat de décès est concordante avec les données de la littérature : ils le trouvent parfois obsolète, utilisant des termes flous, et source de casse tête dans l'établissement d'un processus morbide cohérent et exploitable par des statisticiens. Une nouvelle proposition de certificat de décès papier, datant d'il y a bientôt 20 ans, semble souhaitée, prenant en compte l'intégration claire de la recommandation européenne, avec une logique de rédaction source de moins d'erreurs, et rendant les données relatives aux causes du décès plus exploitables. Un lien téléphonique avec une UMJ de proximité pourrait éventuellement être intégré. Cette proposition pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur, afin de faciliter l'exercice du médecin généraliste confronté à une situation difficile.

Bibliographie

1. P. Chariot, M. Debout. Traité de médecine légale et de droit de la santé. Paris : Vuibert ; 2010, 718 p.
2. P Ariès. Essais sur l'histoire de la mort en occident : du moyen âge à nos jours. Paris : Seuil, 1975.
3. JP Beauthier. Traité de médecine légale. Paris : De boeck, 2007.
4. M Durigon. Levée de corps. In : Pratique médico-légale. Paris : Masson, 2007 : 3-10
5. F. Pommerie, F. Lapostolle, B. Guarrigue et al. Décès à domicile : ce que médecins et familles doivent savoir. Rev Prat Med Gen 2000 ; 510 : 1665 - 70
6. F Nguyen, F Mathy, C Hervé, G Lorin de la grandmaison, P Charlier. Comment bien remplir un certificat de décès. Rev prat 2012 ; 62 : 759-63
7. JP Beauthier. Le médecin généraliste face à la personne décédée : une aide à la compréhension et à la rédaction du certificat de décès. Rev med gen 2005 ; 225 : 332-41
8. L Fanton, G Maujean, D Malicier. Certificats médicaux – décès et législation. Rev prat 2012 ; 62 : 701-10
9. C Coumau. Certification électronique des décès : comment s'y prendre. Impact médecine 2007 ; 201 : 27
10. A. Fouillet, G. Pavillon, P. Vicente et al. La certification électronique des décès, France, 2007-2011. BEH 2012 ; 1 : 7 - 10
11. Code civil. Paris : Dalloz 2013. Art. 81, 87
12. Code de procédure pénale. Paris : Dalloz 2013. Art. 60, 74
13. O. Tonnerre. L'obstacle médico-légal. Soins 2007 ; 721 : 26

14. Ordre national des médecins. Guide d'exercice professionnel (2000). [en ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr/> Consulté le 30 Janvier 2015
15. Conseil de l'Europe. Recommandation N° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du 2.02.99
16. P Mangin. autopsie médico légale. Rev prat 2002 ; 52 : 723–8
17. D Malicier. Certificat de décès et diagnostic d'une mort violente. Rev prat 2002 ; 52 : 719-22
18. F Canas, G Lorin de la grandmaison, PJ Guillou, G Jeunehomme, M Durigon, MH Bernard. L' obstacle médico-légal dans le certificat de décès. Rev prat 2005 ; 55 : 587-94
19. D Malicier, E Fournier, J Senecal et al. Les indications de l'autopsie médico-légale en France. Bulletin de l' académie nationale de médecine 2001 ; 185 : 839-48
20. M Debout, T Faict, C Massoubre, I Naccache. Suicide : comment remplir le certificat de décès. Rev prat med gen 2001 ; 547 : 1613-15
21. E Briant-Huchet. Mort inattendue du nourrisson. Rev prat med gen 2008 ; 799 : 358-60
22. HAS. Recommandations professionnelles. Prise en charge de la mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Juin 2007
23. Le constat de décès : règles et obligations [en ligne] <http://www.medileg.fr> Consulté le 30 Janvier 2015
24. Code de la santé publique. paris : Dalloz 2013. Art. L.2223-42
25. Conseil national de l'ordre des médecins. Jurisprudence [en ligne] <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/RechercheSimple.do> Consulté le 30 Juin 2015.

26. INSERM, institut national de la santé et de la recherche médicale. interrogation des données sur les causes de décès 2012. [en ligne] <http://www.cepidc.inserm.fr>
Consulté le 30 Janvier 2015.
27. K Vial-Reyt, J Vallée. Certification de décès et médecins généralistes : opinions sur les propositions d'amélioration. Rev prat 2011 ; 61 : 1401-10
28. KA Myers, D Eden. Death duties : workshop on what family physicians are expected to do when patients die. Can fam Physician 2007 ; 53 : 977-8
29. J. Villar, L. Perez-Mendez. Evaluating an educational intervention to improve the accuracy of death certification among trainees from various specialities. BMC Health services research 2007 ; 7 : 183
30. RD Start. General practitioners knowledge of when to refer death to a coroner. British journal of general practice 1995 ; 45 : 191-3
31. RD Start. Clinicians and the coronal system : ability of clinicians to recognize reportable death. British medical journal 1993 ; 306 : 1038-41
32. A Giordano. Modalités de pose de l' obstacle médico-légal en pré hospitalier. Evaluation des pratiques professionnelles. Thèse d' exercice pour le diplôme d' état de docteur en médecine 2007
33. G. Lorin de la Grandmaison, K. Lasseugeutte, N. Bourokba, M. Durigon. Des dangers de la levée de corps : étude des discordances retrouvées par la confrontation de la levée de corps et de l'autopsie sur 200 cas. J Med Leg Droit Med 2004 ; 47 : 115-22
34. B Cabrita, I Plu, H Roy, D Chevallet, M Freysz, I François-Pursell. L'obstacle médico-légal, point de vue des professionnels de la justice. Journal de médecine légale, droit médical, victimologie, dommage corporel 2012 ; 55 : 3-16
35. D. Lefeuvre, G. Pavillon, A. Aouba et al. Evaluation de la qualité des certificats de décès en France : l'apport de la certification électronique. BEH 2013 ; 7 : 57 - 60

36. J Cardona, R Gracbling, D Fasquel, D Malicier. Mort subites au travail et autopsie précoces. Med légale, droit médical, victimologie, dommage corporel 2000 ; 4 : 309-20
37. A. Farrugia, B. Ludes. Rôle de l'activité médico-légale dans la connaissance des morts violentes dans le Bas-Rhin (France) au cours de l'année 2008. BEH 2010 ; 41 : 412 - 14
38. A. Aouba, G. Pavillon, E. Jougla. Importance des informations provenant des instituts médico-légaux pour la connaissance des décès par suicide en France. BEH 2010 ; 40 : 415
39. M Starck. Littérature review of death certification procedures – international aspects. J clin forensic med 2003 ; 10 : 21-6
40. E. Gisquet, A. Aouba, R. Aubry et al. Où meurt-on en France ? analyse des certificats de décès (1993-2008). BEH 2012 ; 48 : 547 - 51
41. C. Ganclouff. La levée de corps et la certification des décès posant un problème médico-légal en pré-hospitalier. Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2007.
42. R. Hanzlick. Death certificates. The need for further guidance. Am J Forensic Med Pathol 1993;14:249-52
43. Circulaire relative à la mise en œuvre de la médecine légale du 27 décembre 2010, le garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, de l'outre mer, de l'intérieur, du travail, de l'emploi et de la santé.
44. P Beau, A Bodon, J Emmanuelli et al. Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale. Inspection générale des services judiciaires, des finances, des affaires sociales, de l'administration, de la police nationale et de la gendarmerie nationale. Décembre 2013
45. Permanence des soins en médecine ambulatoire, cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Région Lorraine. Agence régional de Santé Lorraine, Février 2013

46. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas démographique de la démographie médicale 2014. [en ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
Consulté le 30 Juin 2015.
47. J Gauthier. La constatation de décès : les enjeux : place et pratiques des médecins généralistes. Thèse d' exercice pour le diplôme d' état de docteur en médecine 2007.
48. R Costagliola. Certificat de décès et obstacle médico-légal. Support pédagogique universitaire 2012.
49. M. Créoff. Les maltraitances institutionnelles. Actualité et dossier en santé publique 2000 ; 31 : 52 - 6
50. Myers KA, Farquhar DR. Improving the accuracy of death certification. Canadian Medical Association Journal 1998 ; 158 : 1317-23

Annexes

Annexe 2 : Certificat de décès papier actuel - verso

(de l'adulte, de l'enfant, et du nourrisson de plus de 28 jours)

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

IMPORTANT

- 1 - La date et l'heure du décès** doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confirmées ultérieurement par l'expertise médico-légale.
 - 2 - Obstacle médico-légal** : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice.
Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :
 - don du corps (article R 363-10 du code des communes)
 - soins de conservation (article R 363-1 du code des communes)
 - transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé (article R 363-6 du code des communes)
 - admission avant mise en bière en chambre funéraire (articles R-361-37 et R 361-38 du code des communes)
 - prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (article R 363-11 du code des communes)
 - fermeture du cercueil (article R 363-18 du code des communes)
 - inhumation (par voie de conséquence)
 - crémation (article R.361-42 du code des communes).Les mêmes opérations funéraires sont suspendues lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des blessures pour un pensionné de guerre).
 - 3 - Mise en bière immédiate** : maladies contagieuses (arrêté santé du 17 novembre 1986, J.O.R.F. du 20 décembre 1986) ; maladies épidémiques ou mauvais état du corps (article R 363-19 du code des communes). La nature du cercueil imposé en fonction de la maladie est indiquée aux points 4 et 5 ci-après.
- Les opérations funéraires suivantes sont impossibles :
- don du corps
 - soins de conservation
 - transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt
 - admission avant mise en bière en chambre funéraire
 - prélèvement en vue de rechercher les causes du décès (article R 363-11 du code des communes)
- 4 - Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : varioles et autres orthopoxviroses : choléra ; charbon ; fièvres hémorragiques virales.
 - 5 - Mise en bière immédiate dans un cercueil simple** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : peste ; hépatites virales sauf hépatite A confirmée ; rage ; Sida.
 - 6 - Don du corps** (article R 363-10 du code des communes) : impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse. La carte de donateur doit être demandée.
 - 7 - Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** (article R 363-11 du code des communes) : à la demande du médecin qui constate le décès (impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse) ; à la demande du préfet (article R 363-20 du code des communes).
 - 8 - Prothèse** (article R 363-16 du code des communes) : toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière. Toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile doit être enlevée avant la crémation.

à détacher et à joindre au bulletin d'état civil correspondant, au moment de l'envoi au Médecin de l'agence régionale de santé

Document confidentiel

Ne doit être ouvert que par le Médecin de l'agence régionale de santé

département

N° du

(A remplir par la Mairie)

N° d'ordre du décès

N° de l'acte

Commune d'enregistrement du décès

Annexe 3 : extrait de la recommandation européenne présentée aux médecins de notre échantillon (indications d'autopsies médico-légales recommandées)

même, en particulier dans les cas suivants :

- a) homicide ou suspicion d'homicide ;
- b) mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson ;
- c) violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de tout autre forme de mauvais traitement ;
- d) suicide ou suspicion de suicide ;
- e) suspicion de faute médicale ;
- f) accident de transport, de travail ou domestique ;
- g) maladie professionnelle ;
- h) catastrophe naturelle ou technologique ;
- i) décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires ;
- j) corps non identifié ou restes squelettiques.

Feuille1

Généralités sur le sujet

- * A quelle fréquence rédigez vous des certificats de décès ?
- * En quelles circonstances ?
- * Avez vous déjà utilisé le certificat de décès électronique ?
- * Avez vous déjà été confrontés à un cas d' obstacle médico légal ?
- * Avez vous connaissance de recommandations sur ce sujet ?
- * Vous sentez vous à l' aise dans la rédaction du certificat de décès ?

Recommandations

- * Quelle est votre ressenti à la lecture de ces recommandations européennes ?

Expériences, vécu, pratiques

- * Quelles sont / seraient pour vous les difficultés rencontrées à la déclaration d' un obstacle médico légal ?
- * Certaines indications vous semblent elles difficiles à respecter ?
- * Existe t' il selon vous des circonstances qui peuvent justifier de ne pas suivre ces recommandations ?
- * Avez vous déjà été confrontés à des situations litigieuses ?
- * Des intervenants extérieurs sur le terrain sont ils susceptibles d' influencer vos choix ?
- * D' autres paramètres vous semblent ils sources de difficultés dans la rédaction du certificat de décès ?
 - identité ?
 - motif ?
 - heure ?
- * En cas de difficultés, auprès de quelle structure cherchez vous / chercheriez vous un avis spécialisé ?
- * Quelles sont vos pratiques habituelles lors d' un examen de corps post mortem ?
- * Adoptez vous une attitude différente pour un décès en institution ?

Futur

- * La lecture / relecture de ces recommandations est elle susceptible de modifier vos pratiques ?
- * Une formation professionnelle sur ce sujet vous semble t' elle opportune pour la profession ?
- * Sous quelle forme ?
- * Avez vous des remarques non abordées sur ce sujet ?

EXAMEN DU CORPS

• Eléments d'identification du corps :

Couleur de la peau : Couleur des cheveux : Couleur des yeux :
Poids : Taille : Corpulence : Sexe :
Dents :
Amputation : Déformation :
Tatouages/piercing... :
Autre (montre, anneaux...) :

• Signes cardinaux de la mort :

TEMPERATURE RECTALE : TEMPERATURE AMBIANTE :

CYANOSE ongles : lèvres :
LIVIDITE localisation : fixée mobile
(Correspondance avec position du corps :)
Zones de pression :
RIGIDITE mandibulaire mobile fixée rompue
Mb sup mobile fixée rompue
Mb inf mobile fixée rompue
PUTREFACTION Localisation :
Type :

• Examen externe du corps :

EXTREMITE CERVICO CEPHALIQUE :

Conjonctive : pétéchies hémorragies autre
Endo-buccal : Dents : cassées n°/
Gencives :
Vestibule :

Auriculaire : Rétro-auriculaire :
Visage et région cervicale :

Dermabrasions (dimension,localisation, par rapport à repères fixes, aspect, souillures)

Ecchymoses (dimension,localisation, par rapport à repères fixes, aspect, en forme)

Hématomes (dimension,localisation, par rapport à repères fixes, aspect)

Plaies ou orifices d'injection (dimension,localisation,orientation, par rapport à repères fixes, aspect, berges, extrémités, biseau)

Sillon (dimension,localisation,orientation, par rapport à repères fixes, circonférentiel ou non, aspect,compatibilité avec le lien)

Cuir chevelu :

MEMBRE SUPERIEUR DROIT (mains, ongles) :

- Dermabrasions
- Ecchymoses
- Hématomes
- Plaies, points d'injection

MEMBRE SUPERIEUR GAUCHE (mains, ongles) :

- Dermabrasions
- Ecchymoses
- Hématomes
- Plaies, points d'injection

MEMBRE INFERIEUR DROIT :

- Dermabrasions
- Ecchymoses
- Hématomes
- Plaies, points d'injection

MEMBRE INFERIEUR GAUCHE:

- Dermabrasions
- Ecchymoses
- Hématomes
- Plaies ,points d'injections

TRONC :

- Dermabrasions
- Ecchymoses
- Hématomes
- Plaies, points d'injection

ORGANES GENITAUX EXTERNES :

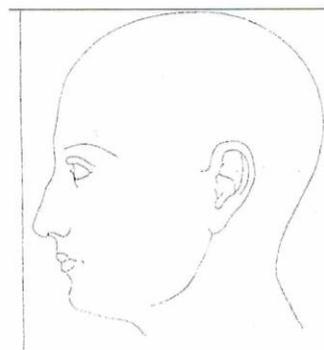
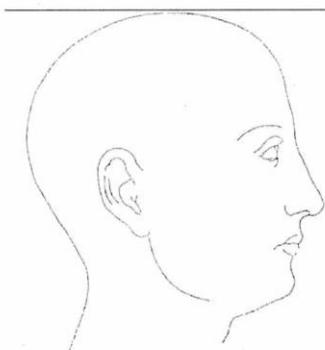
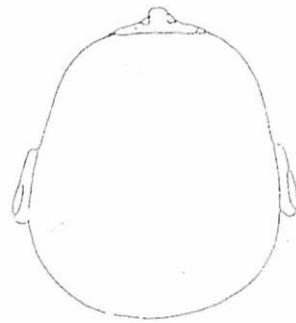
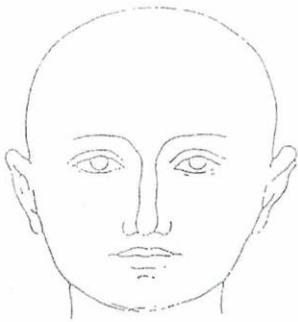
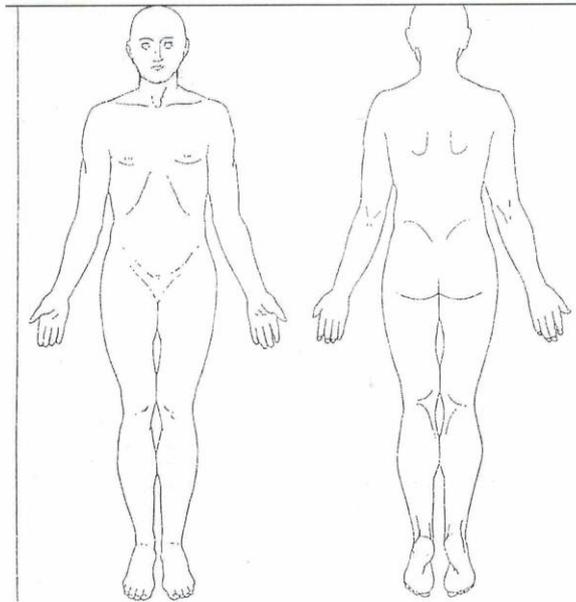
- Dermabrasions
- Ecchymoses
- Hématomes
- Plaies

DISCUSSION ET CONCLUSION :

Les constatations de la levée du corps de....., réalisé le....., à....., mettent en évidence :

-
-
-
-
-

les lésions constatés sont compatible avec les conséquences d.....
L'examen du corps permet / ne permet pas de conclure à une mort naturelle.
Il existe /n'existe pas d'obstacle médico-légal à l'inhumation immédiate



ENTRETIEN FOCUS GROUP

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ?

3 – Ma dernière expérience, c'était il y a 15 jours. Une patiente greffée rénale qui était en arrêt cardio-respiratoire, massée par les pompiers, et c'est le SAMU qui m'appelle, pendant que j'étais en consultation. Premier obstacle : je n'avais pas de certificat sur moi. Un confrère m'a dépanné. Je suis arrivé, les pompiers étaient en train de masser. Elle était allongée dans la cuisine, j'ai quand même regarder si elle n'avait pas un couteau planté dans le dos. Je n'ai pas trouvé d'obstacles particuliers, j'ai fait cesser la Réa et j'ai rappelé le 15. Il n'y a pas eu de difficultés. Cela fait 5 ans que je suis installé ; les premiers certificats, c'était quand j'étais remplaçant. En l'occurrence, c'était des appels gendarmerie : pendaison, corps dans le canal, des morts violentes. Quand on est remplaçant, on n'est pas forcément chevronné pour rechercher des petits détails. Je me souvient d'un petit papy qui avait été retrouvé à son domicile au bout de 3 semaines en plein été. Donc c'est pas forcément agréable, avec des petits animaux sous le lit, le repas d'il y a 3 semaines qui était sec. Les forces de l'ordre ne trouvent pas de traces d'effraction. Mais il faut quand même retourner le corps pour vérifier s'il n'y a pas eu une tierce personne qui ai pu commettre un meurtre, donc c'est important. Sinon, dans l'actualité, mon dernier certificat, c'était il y a 15 jours, sans soucis particulier. Je crois que, lorsqu'on est appelé par les forces de l'ordre, on va toujours se poser la question : va-t-on poser un obstacle médico-légal, demander une autopsie, se demander si la mort est naturelle ? C'est ça, la recherche.

6 – Des certificats, on en fait beaucoup moins. On en fait surtout dans les EHPAD, mais on en fait beaucoup moins qu'il y a une quinzaine d'années, c'est sûr.

7 – Alors nous, sur Saint-Amé, on en fait beaucoup plus. Nos patients ont l'habitude de nous appeler le lendemain matin. Les gendarmes nous demandent maintenant de quoi le patient est mort, sans avoir le droit de le toucher. Ça m'est arrivé, le dernier décès : « Venez voir, Docteur. Bah, pourquoi vous vous approchez de lui ? La maison est sous scellés. De quoi il est mort ?..... » Donc, il fallait que j'attende le TIC, le technicien d'investigation criminelle, qui était à Nancy et qui n'était pas là avant 2h. Donc, évidemment, moi je m'en vais, je signe un certificat avec un obstacle. Je peux pas certifier un décès si je ne peux pas l'examiner. Enfin, je sais pas ce que vous en pensez ?

1 – Bah, c'est à dire que, du moment où l'on ne le touche pas, on ne sait même pas s'il est décédé...

7 – Ils m'ont appelé, c'est un coup de bol : c'est un patient de mon associée, alcoolique notoire, devant les WC, la tête dans la cuvette, avec une mare de sang. On sait bien que c'était une rupture œsophagienne, mais je ne pouvais pas le certifier. Les policiers sont venus le lendemain avec un certificat à remplir en disant « C'est bon,

le TIC a dit que... » Le TIC "a dit que", peut être, mais moi je ne l'ai pas examiné !

6 – Alors moi, j'ai été confronté une fois à ça, en pleine nuit. Le commissaire de police était là, et donc, on m'a dit : « il ne faut pas le toucher ». Il a fallu attendre l'arrivée d'une équipe spécialisée. Et on ne m'a pas demandé de certificat de décès. On m'a seulement demandé un certificat comme quoi il y avait un obstacle médico-légal. On m'a dit, « Non, non, pas de certificat de décès. De toutes façons, il y aura autopsie, donc faites juste un certificat médico-légal comme quoi il y a un obstacle ».

7 – En général, ils demandent plutôt l'inverse.

5 – Oui, moi j'ai été confronté une fois à un cas comme ça. Appelé par le commissariat de Remiremont pour une jeune femme, retrouvée chez un homme, sur le canapé, en décubitus dorsal, toute bleue, etc. Ils m'ont demandé un certificat de décès, pour voir s'il y avait un obstacle médico-légal. Ils voulaient savoir l'heure de la mort, la cause de la mort... Bon, ils avaient bu toute la nuit, elle s'est couchée en décubitus dorsal. Le problème, c'est que, en l'examinant, sur sa cuisse, c'était marqué au marqueur « VA TE FAIRE FOUTRE SALOPE ». Elle a donc été retrouvée chez ce gars, qui était connu de l'hôpital pour des sevrages alcooliques. Ils sont sortis le même jour, et ils sont allés boire un coup, etc. Donc moi, j'aurais mis un obstacle médico-légal, même si j'étais quasi sûr de la cause du décès, par rapport à cette inscription. Mais j'ai ressenti la pression de la part de la police pour me dire « ne mettez pas d'obstacle médico-légal ».

Dans quelles circonstances êtes-vous sollicités pour rédiger des certificats de décès ?

1 – Il y a le patient institutionnalisé. Il est très rare que la famille gère de A à Z. Il y a la famille qui appelle pour un décès, ce qui est extrêmement rare. On suppose que quand quelqu'un est retrouvé décédé, le premier réflexe quand quelqu'un prévient le 15, c'est de réanimer, donc ils n'envoient pas forcément une équipe dans l'optique de réaliser un certificat. Donc, en fait, beaucoup de choses nous échappent. La famille qui appelle en direct pour un décédé, c'est extrêmement minoritaire. Ça l'a d'ailleurs toujours été, minoritaire.

2 – Peut-être moins minoritaire quand je me suis installé. Les gens appelaient en disant « Venez vite docteur, il est en train de mourir ». On venait, et on constatait un décès antérieur. Les familles n'osaient pas dire « il est mort ».

6 – Je crois que les choses ont changé avec l'installation de la régulation. Il est vrai qu'avant, avant que je sois installé sur Remiremont, on était appelés par les patients. On étaient appelés par le patient parce que sa femme s'était tuée dans les marches de l'escalier.

Avez vous constaté une différence entre l'exercice rural et urbain ?

6 – Je ne sais pas si la différence est entre l'exercice rural et urbain ; je pense que la différence est depuis qu'on

est régulés. On n'a quand même plus le contact direct avec les patients.

3 – Ça arrive parfois quand-même. On a eu le cas d'une dame qui appelle à 8h du matin au cabinet : sa sœur ne va pas bien, je pars dare-dare du cabinet. Effectivement, sa sœur était décédée dans son lit. Donc, c'est sa sœur qui a appelée directement le cabinet.

Quelle est la proportion entre les appels des familles, des EHPAD et ceux de la police/gendarmerie ?

3 – Je dirais, 90% EHPAD, 10 % pour la police sur réquisition... ET la nuit !

4 – Un peu moins, moi, ça dépend du nombre d'EHPAD qu'il y a près de chez eux. En EHPAD, je dirais, quand même beaucoup moins, parce qu'en EHPAD, les gens vont encore bien souvent mourir à l'hôpital. Donc en fait, moi je ne dirais pas plus de 60% EHPAD. Les autres, c'est police et accidents (je suis médecin pompier, donc on est appelés pour les accidents), et puis les familles. En effet, j'ai récemment été appelé sur mon portable pour une patiente qui était en fin de course. Ils n'ont pas appelé le SAMU, ils m'ont appelé directement. Vu les circonstances, j'y suis allé. C'était la nuit, j'étais pas de garde, mais tant pis. Il faut être humain, quoi. Il y a quand même le distinguo « jour » et « nuit ». La nuit, il y a la garde, et on est appelés par Médigarde ou par le SAMU. Le jour, les gens appellent encore au cabinet. En tant que médecin pompier, c'est vrai qu'on est appelés peut-être plus que mes collègues, mais je ne peux pas dire, parce que je crois qu'à Monthureux on est 75 % de médecins pompiers. Quand on est appelés par les pompiers, on n'est pas prévenus par la police/gendarmerie. Mais au final, on les retrouve.

5 – Sur Remiremont, je dirais qu'on est appelés 2 ou 3 fois par an par la police.

4 – Minimum 4 fois. D'abord, il y a les accidents de chasse chez moi. Là, on est appelés par police / gendarmerie / pompiers puisque les gens ne savent jamais si la personne est tout à fait morte, donc on appelle quand même les pompiers et le médecin.

8 – Depuis qu'on est régulés, c'est beaucoup moins de fois qu'avant. C'est-à-dire qu'avant, on avait toutes les urgences vitales et suspectes, on les avaient. Les pendus, les homicides, les armes à feu...

Sur cette proportion, combien de certificat annuels vous posent problème ?

4 – C'est vrai que, quand je suis appelée, j'ai horreur de faire un certificat de décès pour quelqu'un que je ne connais pas.

8 – Ah oui.

4 – Partout dans les EHPAD des environs, je ne les connais pas. Donc, je dirais presque les trois quarts. Je lis le

dossier, dans ces cas-là, avec autant d'attention que si c'était pour un vivant.

6 – Pour en revenir au médico-légal, je ne pense pas que les certificats qui sont faits dans les maisons de retraite, où l'on ne connaît pas le patient, posent un problème médico-légal. Il y a le dossier, le personnel, c'est pas un problème médico-légal. Le problème, c'est celui du diagnostic.

1 – On a eu un exemple à l'hôpital local par des décès explicables accidentellement avec notamment une dame qui s'est étranglée dans sa barrière en glissant de son lit. La direction s'est alarmée administrativement, et les certificats de décès suivants ont été compliqués. C'est tout juste si on n'avait pas les gendarmes à chaque fois qu'un petit vieux n'allait pas bien.

6 – Ça représente quand même une quantité infime. Des patients atteints de pathologies chroniques en fin de vie, même si ce n'est pas un de nos patients, avec le dossier, ce n'est pas un problème médico-légal. La cause me pose plus de problème, mais pour moi, ce n'est pas du médico-légal.

4 – Oui, mais je suis obligée de reconnaître que la nuit, dans les EHPAD, la personne qui est de garde peut parfois être un agent de service, et pas du tout une aide-soignante. Dans une EHPAD près de chez moi, je sais qu'on a retrouvé une personne décédée qui n'avait pas été surveillée depuis la veille au soir. Il n'est donc pas du tout évident que la surveillance ait été faite. C'est sûr qu'on n'est pas flics, mais on peut pas non plus laisser se pérenniser des choses.

8 – Cette histoire de Bussang dont parle mon voisin, ça m'est retombé dessus. C'est à dire qu'on m'a appelé pour un décès à l'hôpital local après que la dame ait été strangulée entre la barrière et sa tête de lit. C'est une dame qui était démente, et ça me posait problème justement sur le certificat de décès, car cette dame, je ne la connaissais pas. J'avais contacté le médecin régulateur du SAMU qui m'avait dit « c'est clair dans les cas-là, tu fais venir la gendarmerie ». Depuis, on nous demande, quand on pose des barrières de contention à l'hôpital local, s'il faut mettre l'ouverture à la tête, ou l'ouverture au pied. Moi, je la met toujours au pied depuis. C'était la première fois que je voyais quelqu'un décédé à cause d'une barrière.

Avez-vous connaissance de textes ou de recommandations à ce sujet ? Utilisez vous le verso de ce certificat ?

1 – On le retourne, oui. On a un peu de mal à faire la synthèse de ce paragraphe concernant l'obstacle médico-légal. Il est question de cocher la case d'obstacle médico-légal en cas de suicide ou décès suspect. Alors, est-ce que c'est pour tout suicide et décès suspect, ou est-ce que le suspect s'applique aussi au suicide ? Je me suis posé la question. Ça ne me paraît pas clair. Et quand on regarde les livres de vulgarisation écrit par les OPJ, pour eux, tout suicide doit être un obstacle médico-légal, ce que j'admets volontiers, mais l'écologie locale dans les Vosges ne le permet pas. C'est à dire qu'on peut obtenir un examen externe du corps, mais ce n'est pas parce qu'on coche la case obstacle médico-légal qu'il y a une autopsie systématique dessus. En général, le corps s'arrête à Epinal où un médecin qualifié mais non légiste fera un examen externe du corps. Mais ça s'arrête là, il

n'y a pas de transfert à Nancy pour une autopsie. Donc, si on se met à cocher la case pour tout suicide, on fait sauter le système.

5 – Personnellement, je ne savais pas qu'il y avait des recommandations. Je pense que je n'avais pas non plus retourné le certificat médical, j'avoue.

8 – Ce qui a changé aussi, c'est le passage du feuillet bleu au feuillet blanc, parce qu'avant, c'était beaucoup plus simple.

6 – Tout à fait.

8 – Là, on a une chronologie qui amène au décès qui nous interpelle souvent. On est obligé de fouiller le dossier médical du patient. Ce n'est pas un obstacle médical, mais ce n'est pas toujours facile à remplir.

7 – Facile à remplir quand tu es le médecin traitant. Mais pas facile à remplir quand tu es de garde, que tu arrives comme ça, comme un cheveu sur la soupe, avec les forces de l'ordre, ou pas d'ailleurs. Je trouve que quand on ne connaît pas le patient, ça peut l'être. Je fais partie des gens qui pensent que si le médecin traitant pouvait signer le certificat le lendemain matin à 8h, ce ne serait peut être pas plus mal. Ce n'est pas une urgence !

1 – C'est dans ces circonstances-là que les gens qui les relisent à froid estiment que l'on remplit de manière un peu désinvolte. Chez une personne que l'on ne connaît pas, ou dont on ne connaît pas les antécédents, avec une famille stressée sur le dos, on note arrêt cardio circulatoire, il semblerait que ce soit juste le truc qu'il ne faut pas mettre. Mais on n'a pas trop idées de ce qu'il se passe, si on a du mal à leur poser des questions.

4 – Moi, j'ai déjà lu le petit commentaire situé au dos du certificat.

7 – Moi, je l'ai lu mais il m'a pas servi à grand chose. Ça ne nous aide pas beaucoup.

4 – Récemment, j'ai eu un pendu. J'avais été appelé par les forces de l'ordre, qui m'ont dit « on ne va pas mettre d'obstacle médico-légal » : ils avaient fait une petite enquête auprès des proches qui avait abouti au fait que le jeune était visiblement en recherche d'un moyen d'en finir avec la vie, et les gendarmes m'ont dit « Non, on ne met pas d'obstacle médico-légal, parce qu'il était suicidaire ». Je l'ai donc noté dans les numéros du processus amenant à la mort, dans la chronologie.

8 – Je trouve que ça ne nous aide pas, puisqu'on recherche à chaque fois. On est obligé de les examiner de A à Z, ce qui peut parfois surprendre dans les EHPAD quand on leur dit « J'aimerais bien l'examiner ».

2 – Des fois, dans les EHPAD, la famille est à côté, le corps est habillé, lavé, policé,... Il y a deux choses : il y a

l'obstacle médico-légal, et puis il y a les causes qui vont avec.

6 – C'est ce que je disais tout à l'heure : vis-à-vis des causes, ce n'est pas un obstacle médico-légal.

En dehors du verso de ce certificat, avez-vous connaissance d'autres textes susceptibles de vous éclairer ?

6 – Aucun, non.

4 – Non, non.

1 – Oui, mais c'est de la vulgarisation, c'est des livres genre « le cadavre à la parole ». C'est écrit par un OPJ. Le titre est provoc'.

6 – Je suis allé il y a 2 ans, à la semaine médicale de Lorraine, à une conférence qui avait été faite. Mais en dehors de ça, je n'ai jamais eu une quelconque information.

2 – Au cours de mon cursus universitaire, moi, on ne m'a jamais appris à remplir un certificat de décès.

6 – Quand tu es interne, au cours de tes stages.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

4 – J'ai essayé, mais ça ne marche pas. J'ai tenté avec mon informaticien.

7 – J'ai rarement du monde qui vient chez moi pour remplir un certificat informatiquement. Ça voudrait dire que je dois revenir au cabinet, pour retourner à la maison de retraite, ou je ne sais où, pour redonner le papier.

2 – Premièrement, je ne connaissais pas, et deuxièmement, je n'ai pas d'outil informatique devant le patient.

7 – Ce n'est pas pratique pour nous si on n'a pas le smartphone ou je ne sais pas quoi, et l'imprimante.

4 – Moi, j'ai voulu essayer, mais on n'arrivait pas à l'envoyer.

6 – Avec la technologie, ça doit quand même devenir possible de le remplir sur place.

2 – Oui, si on peut l'imprimer au retour.

1 – On est dans un système où c'est une délégation de tâches qui ne nous satisfait pas. Là, on se trouve à devoir tout assumer, de A à Z, y compris coller le timbre et remplir l'enveloppe. J'appelle pas ça une simplification.

Pouvez-vous réagir à la lecture de cette recommandation européenne relative à l'harmonisation des pratiques en matière d'autopsie médico-légale ?

7 – On est déjà dans l'autopsie, on n'est pas que dans l'obstacle.

1 – Avec seulement 2 items, on fait sauter la banque : « mort subite inattendue ». C'est le médecin qui est appelé auprès du patient qu'il ne connaît pas pour aller voir...

5 – J'ai une histoire là-dessus : je suis appelé pour un patient d'une cinquantaine d'années que je ne connais pas, *a priori* mort subite. *A priori*, pas trop de suivi médical. Son médecin traitant ayant à ma connaissance une formation de médecin légiste. Je l'appelle, je lui dis que je pense à une mort subite d'origine cardiaque, je lui demande « Tu penses que je met un obstacle médico-légal ? ». Il m'a répondu que non, et je n'ai pas mis d'obstacle médico-légal. Alors, je continue – suicide. Alors, c'est pareil : donc un patient que je connais, dont je connais la famille, qui avait des problèmes d'alcool et qui avait fait déjà plusieurs tentatives de suicide. Alors, je suis appelé, il était sous l'évier avec un sac sur la tête et un tuyau de gaz dans la bouche. Connaissant le patient, et l'histoire, il n'y avait rien de suspect, il n'y a pas eu d'obstacle médico-légal.

1 – Qu'est ce que ça apporte, d'autopsier un suicide ?

6 – Moi, j'ai été confronté à un suicide qui, sur le coup, ne m'a pas posé problème et pour lequel j'ai fait une très, très grosse erreur. Je suis appelé via les secrétaires du cabinet parce qu'une de nos consœurs s'était suicidée. J'arrive, je la connaissais bien, c'était moi qui la soignait. J'étais interne avec elle. Elle s'était pendue, son mari l'avait détachée. La corde était restée accrochée. Dans son lit, il y avait un grand couteau de cuisine et une lettre à son mari expliquant son geste. Je la connaissais très bien, son mari aussi. Pour moi, il ne m'est pas venu une seule seconde l'idée que cela pouvait être un meurtre. Donc, je n'ai pas mis d'obstacle médico-légal. En fait, les forces de l'ordre ont bloqué le corps, qui a été transféré à l'IML. Bon finalement, il n'y a rien eu, c'était bien un suicide. Mais c'est vrai que sur le coup, j'ai fait une énorme erreur, je me suis dit « je la connais, son mari aussi », je ne voyais pas du tout la possibilité d'un meurtre, je savais qu'il y avait des soucis dans le couple. Quand son mari m'a appelé pour me dire que le corps était transféré à Nancy à l'institut médico-légal, je me suis dit « bah pourquoi j'ai signé ? » Même si je connaissais la personne, je n'aurai jamais du le signer.

1 – C'est le procureur qui décide. C'est bizarre là-dessus, puisqu'on peut cocher « absence d'obstacle » et on se retrouve avec une autopsie, et des fois, on demande une autopsie, et on ne l'obtient pas.

5 – Globalement, je vais vous dire : à chaque fois que je me suis demandé si j'allais mettre un obstacle médico-légal, à chaque fois, j'ai senti la pression des enquêteurs.

1 – Je pense que l'item E sera sous déclaré.

7 – « Décès en détention ou en garde à vue », moi je ne prends pas le risque de signer cela. C'est plus du judiciaire que du médical. Moi, j'ai horreur des juges, donc moi je m'en sauve.

1 – « Accident de travail », j'ai déjà vécu cela. Le gaillard était à son compte et on l'a retrouvé écrasé sous son propre Fenwick. En observant un peu, on s'est rendu compte que le type, en tendant la main, ne pouvait pas attraper une manette. Les gendarmes n'avaient rien retrouvé d'étonnant là-dedans. J'avais été un peu surpris. De toutes façons, ce n'est pas d'ouvrir le corps pour regarder ce qu'il y a dedans qui aide à résoudre l'affaire, donc ça ne change rien.

2 – Deux ans après mon installation, j'ai eu un cas de mort subite du nourrisson. Effectivement, je me suis demandé, « Qu'est ce que j'en fais ? ». La police était là et moi, je voulais mettre obstacle médico-légal. Je ne connaissais pas beaucoup la famille, je les avaient vus une fois ou deux. La famille n'avait pas voulu que le corps soit transféré à l'institut médico-légal. Il a fallu se bagarrer. Mais j'ai hésité longtemps, j'ai failli ne pas cocher la case. À l'époque, c'était il y a 20 ans.

3 – Pour la mort subite du nourrisson, je n'hésiterais pas. Il faut une compétence pour savoir absolument la cause.

4 – Pour les pompiers, on peut même les emmener directement en VSAB. C'est le seul mort que l'on est autorisé à transporter. Sans déclarer un obstacle médico-légal, on prévient l'hôpital de Nancy et on peut le transporter directement là-bas.

8 – On fait aussi beaucoup de certificats dans le cadre des accidents de la route.

4 – Oui mais là, si on met un obstacle, on va vraiment encombrer l'IML. Les gens seront incinérés un an après leur mort.

8 – Je ne sais pas comment ça se passe ailleurs, mais quand on a un accident de la route, on descend le corps à la morgue du village, en présence des forces de l'ordre. Donc souvent, quand-même, on pratique un examen du corps.

5 – J'avais été appelé en pleine nuit pour un accident d'un 38 tonnes sur la voie express qui avait fauché une personne démente Alzheimer qui déambulait. Quand je suis arrivé, le chauffeur était déjà parti, choqué, à la gendarmerie. Pour moi, il n'y avait pas de doute.

1 – Dans les accidents de transport, un directeur de la sûreté départementale nous avait fait un jour un petit *speech*, en prenant l'exemple d'un type décédé d'une hémorragie. En fait, l'hémorragie était préexistante. Il venait de se faire taper dessus et il se rendait à l'hôpital. Il n'est pas arrivé au bout. Alors, c'est sûr que si on

n'est pas attentif là-dessus, si le corps est dégradé par l'accident, on peut passer à coté d'autres choses.

6 – On a parfois même du mal à dire s'il s'agit d'un homme ou d'une femme.

7 – La liste, elle me semble logique. Maintenant au cas par cas, je ne sais pas si on peut tout respecter.

1 – Si on suit la liste, on va augmenter le nombre d'obstacles cochés. Est-ce que la filière va réussir à suivre ?

2 – Donc en fait, si j'ai bien compris, tous les suicides, il faut faire un obstacle ?

1 – Bah, c'est ce qu'a l'air de dire ce papier-là.

4 – C'est une recommandation.

5 – Pour une personne que tu connais, dont tu connais l'historique, les troubles suicidaires, etc. tu ne mettras pas d'obstacle médico-légal. Par contre, si je suis face à un suicide où je ne connais rien du tout, là, je mets un obstacle médico-légal.

3 – Il peut toujours y avoir une question d'héritage derrière, on connaît pas toujours les familles.

1 – Comment un légiste fait-il la différence entre un suicide et un coup de feu tiré à bout portant ?

4 – Je pense qu'ils peuvent.

2 – Et, est-ce que l'enquête est la même si on met « suicide » ou si on met « obstacle médico-légal » ?

4 – Moi, je pense que oui, en fait. Ils ont leur propre filière de recherche.

7 – Je me pose une question, moi, sur les maladies professionnelles car c'est quand même quelque chose que l'on a souvent. C'est un obstacle si l'on pense que la maladie est responsable du décès ? Ou même si l'on pense que le décès n'est pas en lien avec la maladie professionnelle ? Je ne sais pas. Moi, j'ai un tas de silicosiques. Qu'est ce que je fais des papys qui sont silicosiques, insuffisants respiratoires, et qui meurent en maison de retraite ? Faut-il mettre un obstacle médico-légal ? Moi, je ne le faisais pas jusqu'à présent, maintenant je vais me poser la question.

1 – Jusqu'à présent, on avait du mal à le justifier, mais maintenant, on va pouvoir se servir de ce texte pour leur montrer.

4 – Oui, mais là encore, c'est une recommandation.

Que faites-vous face à une personne dont vous ne connaissez pas l'identité ?

1 – Ça ne m'est jamais arrivé.

7 – Moi, je demande forcément une autopsie.

5 – Moi j'ai attendu l' OPJ, et l'OPJ m'a dit « Non, ne mettez pas d'obstacle médico-légal ». On m'a juste demandé de faire un certificat sur ordonnance pour constater le décès, il voulait juste ça.

1 – On est un peu emmerdés je dois dire, parce que là, ça sort complètement de nos domaines de compétences.

Des intervenants extérieurs sont-ils susceptibles d'influencer vos certificats de décès ?

1 + 5 + 6 + 7 : Les forces de l'ordre.

6 – Jeune installé, j'ai eu le cas d'un jeune voulant voler du cuivre dans une usine désaffectée. Il a sectionné un câble en haut d'un poteau qui était malheureusement toujours alimenté en haute tension. Il a été projeté au sol et s'est rompu les cervicales. Quand j'ai été appelé, par les services de gendarmerie, il y avait une constatation de lésions cervicales qui étaient nettes. Je ne voulais pas signer le certificat. Le gendarme a insisté en disant « ah si, si, si, il faut signer, c'est un voleur, il est tombé, il faut le signer ». Donc, j'ai pas voulu le signer. Ils ont appelé devant moi le procureur de la République, me l'ont passé, et le procureur m'a dit « Bah si, si, d'après les gendarmes, c'est bien un accident, donc vous signez ». Donc j'ai signé. J'étais jeune installé. Je pense que maintenant j'aurais refusé de signer.

1 – C'est dur d'aller s'opposer à un procureur.

6 – Oui, mais il me dit « je suis le procureur », mais il est pas là, le procureur ! C'est le gendarme qui m'a dit ça.

7 – Est-ce que ça vaut vraiment le coup que l'on se déplace devant les forces de l'ordre, si on ne sert à rien ?

1 – Si, on est là pour constater le décès.

7 – À 20 mètres de distance ?

1 – Ça, c'est un autre débat. À ce moment là, je suis comme toi, je rentre chez moi, ça ne sert à rien.

7 – Ce sont des nouvelles procédures, depuis trois ans, il y a des techniciens d'investigations criminelles. Et *a priori*, ils ont plus de pouvoir que nous.

5 – Une fois, j'ai été appelé à 4h du matin. J'ai quand même du attendre 1h avant de voir le corps, que le technicien qui venait d' Epinal soit sur place et me laisse approcher. J'étais jeune et nouvellement installé.

3 – Est-ce que tout lieu de décès doit devenir une scène de crime après ? Un décédé, et bien obstacle médico-légal, et puis scène de crime, après débrouillez-vous...

8 – J'ai l'impression que l'on nous demande surtout de faire un certificat de décès. Pour le reste, mettre « obstacle » ou « pas obstacle », il va de toute façon y avoir une enquête de gendarmerie, donc ça ne changera rien du tout. Ce n'est donc pas essentiel.

4 – On n'est pas flics, ce n'est pas nous qui faisons l'enquête.

8 – On peut constater le décès, mais si, eux, ils ont un doute...

6 – Ça change quand même, puisque si nous, on coche l'obstacle médico-légal, le corps est bloqué, la famille ne peut pas récupérer le corps.

1 – Ce truc-là, quand on l'a fait une fois et qu'on a vu l'avalanche derrière, l'expérience emmagasinée, on a tendance à ne pas le répéter. Les coups de fils très énervés des gendarmes, des pompes funèbres, de la famille, du procureur ensuite, c'est lourd.

2 – Le problème, c'est qu'il y a des causes qui peuvent nous échapper.

8 – Mais on est incapable actuellement de mettre un mécanisme de mort à tous les coups sur un individu en forme.

1 – La famille aussi influence. Rien que par le fait que la personne est habillée. On a du mal à découper les vêtements pour l'examen en présence de la famille. On a du mal à les virer pour l'examen. Donc la famille interfère énormément avec ça.

5 – Oui, ou bien tu arrives, et le corps est déjà habillé dans son costume.

4 – Eh bien, c'est dans ces cas-là qu'il faut se méfier. Moi j'ai eu un cas où j'ai été appelé pour un mec qui en fait s'était suicidé. La famille avait tout préparé le corps afin de me faire croire à une cause inconnue pour sa mort. Ils avaient mis des absorbex sous les vêtements. Ils avaient maquillé le suicide, en ne pensant pas qu'il allait tant saigné. Et moi, j'allais être appelée pour faire un certificat de décès simple. Parce qu'ils voulaient toucher la prime d'assurance, et que les gens suicidés ne la touchent pas. C'était au domicile. Évidemment, j'ai appelé les pompiers, mais ils avaient vraiment fait la mise en scène : il était habillé avec son costume du dimanche, afin de

me dire « on l'a trouvé mort, et puis c'est tout ». Il faut toujours se méfier de la personne habillée et alitée.

5 – Maintenant avec nos gardes, il n'y a souvent plus de secteur pour la nuit profonde à partir de minuit. Souvent dans les EHPAD, la régulation conseille au personnel de nuit de prévenir le médecin traitant à 8h du matin pour venir faire le certificat, ce qui est bien car on est les premiers à râler pour aller signer le papier en pleine nuit dans les EPHAD. Comme il va y avoir un laps de temps de 4 à 5h entre le décès et la venue du médecin, souvent, ils vont en profiter pour faire des soins du corps et pour l'habiller afin d'être prêt à partir avec les pompes funèbres. Ça, je pense que c'est aussi une des difficultés. Mais on est un peu coupable de ça, puisqu'on est les premiers à avoir râler pour ne plus signer le papier en pleine nuit.

1 – On ne peut même pas examiner quand ils sont rigides. En revanche, il m'est arrivé en EHPAD, qu'on me présente un décédé avec son ordonnance bourrée de benzo, avec un corps encore chaud, c'était vraiment limite. J'ai laissé tomber l'idée, je suis repassé 3h après. Je me suis moi-même donné le délai de 3 heures pour gérer ça. Parce que je ne pouvais pas certifier le décès, vu l'état du corps dans lequel on me l'a présenté. 3 heures plus tard, il y avait une baisse de température, des rigidités, c'était clair. Mais de manière immédiate, ce n'était pas net. Sachant que les benzos peuvent simuler un coma profond, je trouvais ça limite.

Le fait de très bien connaître une famille que vous suivez peut-il être un frein à certaines déclarations par empathie ?

4 – Ou le contraire ! J'ai eu la même chose avec une personne qui était sous neuroleptiques. Je savais que le couple ne s'entendait pas et j'ai été appelée pour la mort de la femme. En fait, j'ai fait la toilette mortuaire pour bien examiner. Le psychiatre disait « Ou elle délire... ou elle ne délire pas... », car elle disait que son mari voulait la tuer. Du coup bien connaître son dossier, ça m'a gêné, là. J'ai vérifié que ses boîtes de médicaments étaient pleines. En revanche, je n'ai pas voulu faire le certificat de décès tout de suite en raison du délai.

D'autres paramètres du certificat de décès vous posent-ils des problèmes à leur rédaction ?

3 – Le motif, c'est tout le temps !

1 – Enfin, les patients âgés ayant un cancer, on sait de quoi ils meurent.

3 – Mais pour l'INSEE, c'est intéressant d'avoir les stats.

6 – L'heure en général : tu mets l'heure à laquelle tu as constaté le décès. Après, c'est vrai que quand tu viens le lendemain, tu es bien embêté pour mettre l'heure de décès.

7 – Moi, je reconnais, je suis particulièrement nul en médecine légale pour dater l'heure du décès.

1 – On a vu récemment une étude qui montre que la démence d'Alzheimer est complètement sous estimée dans les causes de décès dans les pays occidentaux. Je ne comprends pas le rapport qu'il puisse y avoir entre une démence d'Alzheimer et un décès. Quelque chose rentre dans le lien de causalité et c'est très mal précisé.

En cas de difficultés, avez-vous tendance à solliciter un avis spécialisé ?

4 – Oui.

1 – Le 15. Mais on reste quand même un peu seul face à votre fiche.

5 – J'ai appelé une fois un confrère qui avait une formation en médecine légale. C'était la seule fois.

1 – En général, on est quand même dans une situation d'isolement.

4 – Moi, je téléphone à l'IML quand je dois donner une date de décès, en rapport avec les rigidités, en rapport avec les lividités.

2 – Ils répondent aussi la nuit ? Parce que c'est souvent la nuit, ce genre de questions.

4 – Bah, je téléphone aussi des fois au SAMU en premier, qui me passe parfois celui de Nancy quand ils ne servent pas. Parce que les gens que l'on retrouve morts, il faut quand même donner une date et une heure, il y a l'histoire de l'enterrement derrière, c'est important de dire si c'est avant ou après minuit.

7 – On peut demander des conseils auprès du régulateur du 15, pour vous dépanner de la situation.

4 – Ils ne savent pas toujours.

7 – Est ce qu'on a un numéro de référence ?

1 – On peut déclarer le décès, et rédiger le certificat quelques heures plus tard, tête reposée au bureau, ça je l'ai déjà fait. L'avantage, c'est qu'au bureau, tu peux pianoter sur internet pour rechercher des rappels.

6 – Tu sens quand même une pression pour avoir le certificat immédiatement.

1 – Dans la forêt au pied de l'arbre, on n'a pas forcément non plus la réquisition. Alors, on a le temps de prendre le temps pour répondre à la question.

2 – Les pompes funèbres aussi, il leur faut le papier. En EHPAD, surtout. Les pompes funèbres débarquent, ils sont là, ils attendent leur papier pour transporter le corps. Donc, on a une pression aussi des pompes funèbres.

4 – Oui mais tu as 2 papiers, celui du dessus et celui du dessous, tu peux le faire après, moi, ça m'est déjà arrivé.

1 – Un de problèmes avec les pompes funèbres est que si l'on coche « obstacle » ou « pas d'obstacle », il y a transport du corps possible, ou non. Quand j'étais jeune et naïf, il m'est arrivé de dire au gars des pompes funèbres « Vous transportez » et puis au funérarium, « On pourra regarder le corps déshabillé et éclairé au chaud, et on verra si on coche obstacle ou non ». On m'a dit que ce n'est pas comme ça que ça marche, mais ça serait tellement plus simple.

Que vous demande-t-on par réquisition ?

1 – Examen externe du corps, détermination de la cause et de l'heure de la mort.

4 – J'ai déjà été réquisitionnée le lendemain du décès au funérarium pour aller faire des prélèvements : sang, urines et compagnie. C'est le proc' qui m'a appelée à 8 heures du matin. Ça sentait la vieille viande.

Y a-t-il des circonstances dans lesquelles vous ne vous déplacez pas pour un certificat ou pour une réquisition ?

1 – Non.

3 – Ça dépend s'il y a un demeuré avec un fusil à coté qui le tient encore. S'il y a un forcené, je n'y vais pas.

7 – Je n'y vais pas dans la minute qui suit.

6 – J'ai été appelé 2 fois pour une réquisition par les gendarmes en consultation, une heure avant le début de la garde. Ils m'ont dit, « vous viendrez quand vous aurez fini ».

3 – À partir du moment où le SAMU te dit qu'il faut tenter de le réanimer et qu'il n'y a pas de lividités, c'est une urgence.

6 – La réquisition, on n'en voit jamais la couleur au moment de l'acte. On la reçoit toujours *a posteriori*.

8 – Dans cette situation-là, le certificat, je le diffère au moins jusqu'au lendemain matin. Ils se débrouillent sans certificats.

Avez-vous une attitude différente lorsque vous intervenez en institution ?

8 – Oui.

2 – Sûrement, oui.

6 – On est moins suspicieux. On a des données dans le dossier, c'est le plus souvent des décès attendus. Personnellement, je n'ai jamais été confronté à une mort violente en institution. En général, c'est rapide, ça ne nous pose pas de problème. Je n'ai jamais mis un obstacle médico-légal pour un décès en institution. Dans l'examen du corps, on est plus rapide.

5 – On fait confiance au personnel. Faut regarder quand même s'il y a un pacemaker.

7 – Il est obligatoire de le noter, il n'est pas obligatoire de l'enlever.

Ces recommandations sont-elles susceptibles de changer vos pratiques ? Une forme de complément d'information vous semble-t-elle opportune ?

6 – Oui, tout à fait.

1 – Ce qu'il nous faudrait avant tout, c'est une recommandation officielle. Un papier estampillé « Français » qui nous rendrait grandement service.

2 – Le certificat devrait être revu d'une façon beaucoup plus pratique. L'identité, les causes, c'est beaucoup trop compliqué pour nous.

3 – Parce que tu es clinicien et que tu tombes sur des statisticiens. Qu'ils nous montrent comment faire.

1 – Oui, m'enfin, devoir cocher la case « grossesse : NON », pour les mecs, c'est ridicule.

6 – Pour un homme, moi je ne coche pas.

3 – De toutes façons, il y a toujours l'histoire du mouton à 5 pattes. La tête reposée c'est facile, mais sur le terrain, au fin fond des Vosges, dans la neige, c'est peut-être pas les mêmes circonstances.

Êtes-vous plus à l'aise pour les certificats de coups et blessures ?

1 + 7 + 3 + 5 : Ah non.

7 – Moi, de toutes façons, à partir du moment où ça touche le judiciaire...

6 – Le certificat de coups et blessures, on peut le refuser. Moi personnellement, j'en fais très, très peu. Je dis

aux patients que je ne suis pas habilité à faire ce genre de certificats, que je suis incompetent. Ce sont des gens qui bien souvent viennent des urgences, conseillés par le commissariat.

7 – Nous, on a briefé notre secrétaire : quand une personne appelle au cabinet pour avoir un certificat de coups et blessures, on lui demande de prévenir « Attention, c'est 5 fois le prix d'une consultation ». Et en général, là, on n'a plus personne.

3 – Ce n'est pas remboursable.

Quelles sont vos attentes face à cette problématique ?

3 – Il faudrait un super médecin, qui fasse tous les décès.

1 – Ne serait-ce que des petites fiches.

3 – Ou qu'un médecin du SAMU ne soit habilité à ne faire que ça.

1 – Oui mais là, tu rentres en concurrence avec le soins des vivants.

3 – Et un numéro de téléphone ?

8 – Ça fais 34 ans que j'en fais, des certificats de décès, et j'ai encore des difficultés.

2 – Il nous arrive parfois d'envoyer des patients depuis le fond de nos vallées, mais on n'a jamais de retour. J'avais envoyé une jeune fille de 16 ans, décédée brutalement. J'avais coché le médico-légal : on n'a jamais voulu me donner les résultats de l'autopsie. Son médecin traitant a du les recevoir très longtemps après. On fait des certificats, mais ce que j'aurai aimé, c'est avoir un retour. On ne m'a d'ailleurs jamais dit si mes certificats étaient bien remplis ou non. Sans retour, je ne peux pas savoir. J'ai du avoir 1 heure ou 2 dans mon cursus universitaire. Le problème, c'est que les gens sont de plus en plus procéduriers. Moi, cette recommandation européenne, ça m'intéresse.

5 – Moi aussi, je crois que, par rapport à tous les cas auxquels j'ai été confrontés, je pense que j'aurais du mettre plus souvent l'obstacle médico-légal.

1 – Quelles conséquences avec ces indications ? À quel moment cela va engorger ?

8 – Est-ce que c'est mon problème, ça ?

1 – Vis-à-vis de l'incrimination des familles, je pense que oui.

6 – Le problème, c'est que si l'on suit cette recommandation, on va demander plus d'obstacles médico-légaux. Mais si on est face aux forces de l'ordre qui poussent en disant « Non, vous voyez bien qu'il était dépressif etc. », quelle va être notre attitude ?

3 – Peut-être qu'on devrait avoir au téléphone quelqu'un qui est peinarde dans son bureau, qui n'est pas dans le stress de la situation ou de l'urgence, qui n'a pas la pression autour de lui, qui pourra nous dire « hé bien, tu fais comme-ci et comme-ça ». Je suis médecin, je suis ton confrère, je ne suis pas le policier, je ne suis pas la famille.

1 – Mais ce ne sera toujours pas lui qui aura signé.

7 – Oui, mais il peut t'appuyer. Moi, je suis d'accord.

2 – J'ai eu le cas d'une personne âgée qui avait Alzheimer et qui était diabétique. Il y avait une histoire de prix à payer pour l'EHPAD et de succession, là-derrrière. On a appris que la famille amenait en douce des médicaments à la dame à son EHPAD. On a du se bagarrer avec la famille pour limiter ces initiatives. La dame est décédée un dimanche et c'est le médecin de garde qui a certifié le décès. Et je ne peux pas être certain que la dame n'avait pas ingéré d'autres médicaments de types benzos ou somnifères ce jour-là. Alors, bien sûr, le médecin a signé sans obstacle médico-légal, mais après tout, pourquoi pas ?

6 – Est-ce que quelqu'un autour de la table a déjà été embêté suite à un certificat de décès qu'il a rédigé ?

Tous : Non.

3 – Les assurances parfois qui reviennent un an après pour ceci, cela.

8 – J'ai eu une fois le procureur au téléphone pour me dire : « Mais pourquoi vous avez signé un obstacle ? »

Quelles sont vos remarques ou suggestions sur ce sujet ?

3 – Sur le certificat médical, on est là pour constater un décès. Après, il y a un obstacle, c'est en notre âme et conscience. Ce n'est pas parce que le policier te met la pression pour le signer en naturel : si tu sens que ce n'est pas naturel, tu mets « obstacle médico-légal ». On n'est pas là pour mener une enquête, c'est au procureur de le faire. Après, quel est le retour ? Quand tu demandes une autopsie, comment être sûr qu'elle est faite, et comment en avoir un retour ?

5 – Dans le cas de la jeune fille avec l'inscription sur la cuisse, le flic m'a dit « Surtout, vous faites comme si vous n'aviez rien vu sur la cuisse ».

ENTRETIEN MG9

À quelle fréquence et dans quelles circonstances rédigez-vous des certificats de décès ?

Je suis installé ici en libéral depuis un an, donc je n'ai pas vraiment de recul. Avant, je travaillais à SOS médecin. Je pense que j'en fais autant là qu'à SOS médecin. C'est vraiment difficile de comparer, mais en garde, sur des appels SAMU pour certificats de décès, j'ai envie de dire que c'est à peu près similaire en envois directs prévenus. En journée, je n'ai jamais été sollicité par la patientèle pour l'instant. C'est plutôt les EHPAD.

Dans quelles circonstances êtes-vous sollicité ?

Essentiellement les EHPAD, un petit peu de domicile. Quand je travaillais à SOS médecin, on pratiquait pas mal de carences sur des levées de corps, lorsque le médecin traitant n'existait pas, ou n'était pas disponible à ce moment là. Chose que je n'ai pas rencontrée ici, puisque les médecins traitants répondent pour leur patientèle de façon directe.

Avez-vous fréquemment affaire à des circonstances d'obstacles médico-légaux ?

Lors de mon activité à SOS médecin, en 10 ans, des morts suspectes j'ai dû en avoir une petite dizaine. Suicides et morts inexplicables, toxicomanies, cadavres inidentifiables, ce genre de choses. Ici, non : pour l'instant, je n'en ai pas encore rencontrées. En ce qui concerne les certificats pour des morts attendues, on en faisait 2 – 3 par mois. Maintenant, au cours de mon activité d'installé, j'en fais un tous les 2 mois à peu près. Il y a donc une moins grande fréquence entre les deux activités. C'est logique, la couverture n'est pas du tout la même. Sauf en ce qui concerne les déplacements SAMU, je n'ai pas l'impression qu'il y ait une véritable différence.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non. Je n'y aurais pas du tout accès. Je n'en ai jamais rencontré d'ailleurs dans aucun EHPAD. On ne me l'a, du reste, jamais proposé dans aucune institution en Meurthe-et-Moselle et en Meuse, et je ne savais pas que ça existait.

Avez-vous eu affaire à des cas d'obstacle médico-légal ?

Oui : j'ai eu 2 cas de toxicomanie, dont 1 difficile à identifier. Des cas de difficultés d'identification, ça, j'en ai eu au moins 5. Suicides, j'en ai eu 2. Et un autre suicide médicamenteux qui semblait pas trop mal expliqué. Mais pour ficeler l'affaire avec les gendarmes sur place, il y a un obstacle pour analyse du contenu d'une bouteille retrouvée à proximité. Les circonstances m'ont paru claires. Bon, je suis médecin légiste également, donc ça me semble assez clair naturellement par rapport à ces levées de corps. Il existe des pressions sur le coup, en particulier des pressions policières qui peuvent assez rapidement orienter vers une cause par suicide clair. Mais

je pense qu'à partir du moment où on est sur des morts brutales, on va dire que si le suicide est clair en moins d'un quart d'heure sur place, c'est quand même assez compliqué. Donc, on peut expliquer que même sur un suicide clair, il faut faire un examen de corps par un médecin légiste qui sait le faire, et dans de bonnes conditions d'examen. Quand on l'explique ensuite aux gendarmes ou aux policiers qui sont sur place, j'ai toujours réussi à les convaincre. Ça ne plaît pas, mais quand c'est expliqué comme ça, que le corps est transféré à l'IML et que le médecin légiste va pouvoir passer une demi-heure pour réfléchir et pouvoir affirmer que la situation est claire, c'est quand même pas du tout les mêmes conditions que dans une forêt en pleine nuit quand il fait froid. On ne peut que regretter d'avoir vite fait de cocher une case sans signaler d'obstacle médico-légal, alors que la question de l'intervention du tiers reste largement en suspens.

Avez-vous connaissance de textes ou de recommandations sur ce sujet ?

Le certificat de décès actuel est extrêmement mal fait. Des textes de lois, il y en a pas mal d'écrits derrière. Mais il est mal fait, car il nous demande de répondre à beaucoup trop de questions. Si on prend le certificat dans l'ordre, on a un coupon administratif de constatation de la mort uniquement. Ce coupon a pour destinataire la mairie. Mais on ne devrait en fait ne donner à la mairie que la constatation du décès. La caractérisation médicale ou judiciaire du décès, c'est une autre question. Moi, je verrais 3 volets dans le certificat médical : je vois un volet administratif, un volet médico-judiciaire, et un volet médico-statistique. Et il n'est pas fait comme ça. Sur son verso, ses textes sont aidants, on peut s'en servir face à des pressions policières lorsqu'on entend « Bah non, ça semble clair », car il sert à rappeler les conditions d'obstacles médico-légaux, et en particulier sur les suicides. Le gros problème que l'on rencontre dans la réalisation des certificats, c'est « il s'est suicidé ». C'est très difficile, en particulier en Lorraine, de faire déplacer un médecin légiste pour faire la levée de corps. C'est souvent les médecins généralistes qui le font. Les policiers, malheureusement, considèrent le suicide comme une cause médicale de décès et non pas comme une cause médico-judiciaire.

Quelles difficultés rencontrez-vous à la rédaction du certificat de décès ?

Encore une fois, je ne l'aime pas, ce certificat. Regardez : « Nom, Prénom ». Vous engagez sacrément votre responsabilité. C'est quand même cette partie administrative hyper importante qui engage sacrément notre responsabilité derrière. Parce que, lorsqu'on ne se trompe pas, tout va bien. Le jour où vous vous trompez, vous tuez administrativement une personne. Moi, je n'ai pas envie d'être celui qui y pose sa signature. Deuxième chose, le volet médico-statistique, il est nullissime. Cette succession de causes terrorise les médecins généralistes au remplissage. Pour en avoir discuté avec des médecins de la DDASS, ils m'ont dit : « La plupart du temps, on nous marque arrêt cardio-respiratoire », ce qui est une évidence. Et cette succession de processus morbide à tiroir n'a aucun sens, alors qu'un système de décès attendu/inattendu nous aiderait beaucoup mieux à classer les choses. Il faudrait également clairement identifier les organismes destinataires de chaque volet, ce qui n'est absolument pas le cas. Un encadré statistique pourrait être clairement écrit : « avez-vous une idée de la cause de la mort ? Non, absolument inattendu, corps retrouvé dans telles circonstances, avec telles co-morbidités, ... ». Moi, c'est comme ça que je remplis cette partie-là. Ainsi, d'un point de vue statistiques, la

mort est classée d'une certaine façon, et non pas « arrêt cardio-circulatoire », beaucoup en relation avec la réalité.

Pouvez-vous me soumettre votre avis sur la recommandation européenne d'harmonisation des pratiques médico-légales de 1999 ?

J'ai fait l'essentiel de ma formation en médecine légale à Strasbourg. Le taux de pratique des autopsies à Strasbourg et en Alsace est au moins 3 à 4 fois supérieure qu'en Lorraine. À l'époque, les grands centres qui pratiquaient des autopsies étaient Strasbourg et Montpellier, avec des chefs de service des IML qui recommandaient fortement de pratiquer des autopsies avec des indications assez larges, en suivant du coup plutôt ce texte. Ce que j'en pense ? Effectivement, on tombe sur un grand nombre d'autopsies « blanches », sans conclusions évidentes. Mais ça force à aller jusqu'au bout du raisonnement en termes de cause de la mort, et je pense que c'est intéressant.

Certaines indications vous semblent-elles tout de même difficile à suivre ?

Si on les prend les une à la suite des autres : « suicide, homicide, suspicion d'homicide », c'est clair. « Mort subite inattendue, y compris celle du nourrisson », ça, c'est compliqué. C'est compliqué mais une mort subite inattendue, c'est suspect. Vous savez, l'autopsie, elle est là aussi pour pouvoir lever le doute. Quand il y a une mort subite du nourrisson, il y a forcément l'entourage qui devient suspicieux. Et qu'il y ait un examen qui lève tout doute permet aussi à des parents qui sont dans une interrogation folle de comprendre ce qui s'est passé. C'est difficile à expliquer au moment-là, mais ce doute-là est extrêmement important à lever. Chez l'adulte, je ne le fais pas systématiquement. C'est l'examen du corps qui prime à ce moment-là, et les circonstances qui sont évoquées au moment de l'accident. Maintenant, il faut se méfier des « blancs », des questions essentielles qui restent en suspens. Une histoire qui se ficelle bien au niveau de l'examen du corps, des informations recueillies, des témoins, c'est bien. Est-ce que ça déclenche systématiquement un obstacle médico-légal ? Non. Moi, je pense que si on ne coche pas d'obstacle médico-légal, dans une telle situation, il faut en avoir la compétence. Et à un moment donné, si on n'a pas les compétences, il faut pouvoir sacrément justifier. Si un jour, la France impose ce texte européen, qui aujourd'hui n'est pas obligatoire, il faut pouvoir justifier de ne pas suivre ces indications.

Quels sont les facteurs, déjà en partie évoqués, susceptibles d'exercer des pressions sur vos prises de décisions ?

La capacité technique de réaliser l'examen, déjà. Je ne sais pas si vous avez déjà fait un kilomètre de marche dans la forêt pour aller voir un pendu, mais la luminosité est catastrophique, et à un moment donné, il faut dire « stop ». Des policiers qui vous demandent d'examiner avant de pouvoir décrocher le corps. Un corps totalement en décomposition. Si l'on arrive même pas à mettre un nom dans le premier volet, comment voulez-vous ? J'ai failli avoir un problème, d'ailleurs, à ce sujet-là. La police m'a donné un jour une mauvaise carte

d'identité sur un obstacle médico-légal. C'était un jeune et le policier m'a donné la carte d'identité d'un jeune né en 1968, alors que j'avais devant moi un jeune de 20 ans, et non pas de 45 ans à l'époque. Et pourtant, ils se ressemblaient énormément puisque c'était la carte d'identité du père. Il faut donc être extrêmement vigilant. À chaque fois que l'on remplit une case, en fait, il faut en être sûr. Quand on a mis en place une procédure à SOS médecin, après ma formation en médecine légale, on est partis du principe de faire une bonne levée de corps en essayant de ne rien louper pour dire « je coche » ou « je ne coche pas l' obstacle médico-légal ». Et quand je coche l'obstacle médico-légal, donner tous les éléments au médecin légiste qui n'a pas la possibilité technique de se déplacer dans une région aussi importante, et du coup lui permettre d'avoir les éléments de ce qu'il se passait sur place. J'ai donc mis en place un certificat-type à destination des médecins non formés pour SOS médecin, pour essayer de ne pas louper ces éléments.

Quelle amélioration dans ce domaine de la certification du décès suggèreriez-vous ?

Je pense que ça pose problème à beaucoup de gens, cela. Déjà, je crois que ce genre de certificats d'aide à la levée de corps, que j'avais conçus pour SOS médecin, devrait être un peu généralisé. L'IML serait très contente de voir tous les obstacles médico-légaux arriver avec ce type de document. La police essaie de remplir la constatation des lieux et la position du corps, mais ça s'arrête là : ils ne touchent pas du tout au corps. Savoir qu'un corps a été déplacé ou pas, ça a quand même sacrément de l'importance, quoi. Le problème est de savoir quoi rechercher.

ENTRETIEN MG10

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ?

J'interviens aussi en tant que praticien à temps partiel dans un hôpital, notamment dans un service de soins de suite et de réadaptation, et je pense remplir entre 30 et 40 certificats de décès par an. Je suis également médecin correspondant de SAMU, donc il m'arrive d'être déclenché et puis de constater le décès. Si le décès est constaté, disons que le SMUR n'intervient pas, ou bien il fait demi-tour. Je pense que dans l'activité libérale (cela doit faire 5 par an), j'ai l'impression que cela est stable.

Quelles sont les circonstances d'intervention ?

Il s'agit souvent de décès attendus chez des gens en soins palliatifs ou en fin de vie. Sinon, il s'agit d'un déclenchement SAMU. Et puis à la prison, c'est déjà arrivé, mais là, il y a un obstacle, il y a toujours une autopsie. Le décès est constaté, mais il n'y a pas de permis d'inhumer bien sûr.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non. Même à l'hôpital, on les fait manuellement.

Avez-vous connaissance de recommandations sur le sujet de l'obstacle médico-légal ?

Non.

Quel est votre ressenti à la lecture de cette recommandation européenne, précisant les indications d'autopsie médico-judiciaire ?

« Homicide »... moi je travaille depuis 37 ans, « homicide » je n'en ai pas eu. « Mort subite », peut-être 3 ou 4, il y a assez longtemps, et il n'y avait pas eu d'autopsie de faite. Bon, « suspicion de torture », non. « Suicide », oui. Donc en général, le procureur est averti, puisque quand il y a un suicide, les gendarmes viennent. À la prison, c'est la même chose : il y a systématiquement une autopsie puisque le procureur est averti. Dans la prison voisine, il y a du avoir 3 ou 4 suicides sur une prison de 400 places. On fait quand même un examen du corps, on recherche des lettres, mais quand il s'agit de pendaisons, souvent, ça ne pose pas de problèmes. Souvent, ce sont des gens qui sont seuls d'ailleurs. C'est la découverte par un tiers. « Suspicion de faute médicale », moi je n'en ai pas eu. En général, quand on constate un décès sur un arrêt cardio-respiratoire ou sur un accident de la voie publique, bon et bien là, on rédige le constat de décès. Il faut dire que récemment, il y a eu une grosse série avec 8 décès sur la route en 15 jours de temps. Mais dans ces cas-là, c'est le médecin du SMUR qui signe le constat de décès. Il y a aussi des prélèvements qui peuvent être demandés par la gendarmerie : toxique, cannabis, alcool. « Accident du travail », personnellement je n'en ai pas eu. Alors, « décès en détention », j'en ai

fait quelques-uns, mais je vous dis, c'est pas pour nous. Nous constatons, mais après, c'est le procureur qui déclenche l'autopsie. « Corps non identifié », non, je n'ai pas eu. « Restes squelettiques », cela arrive, car nous sommes sur un territoire qui a subi la bataille de la guerre de 14-18. Il n'y a pas longtemps, on a retrouvé encore une vingtaine de corps, mais il y a un médecin spécialisé du département qui se déplace dans les cas-là.

En comparaison des indications rapportées sur le certificat de décès, quelle est votre vision de ce texte ?

Alors c'est vrai que pour la date du décès, quand ça vient d'arriver, c'est facile. Je n'ai jamais vu après plusieurs jours... peut être 48 heures, mais pas plus. Dans le milieu carcéral, il y a deux rondes et parfois, pas de surveillance à l'œilleton entre 23h et 6h du matin, donc c'est plus dur d'être précis. Mais encore une fois, comme c'est naturellement un obstacle médico-légal, c'est le médecin légiste qui rectifie. Je pense que c'est quand même assez bien rédigé.

Certaines de ces indications vous semblent-elles tout de même difficiles à respecter en pratique ?

Je pense qu'il faut quand même faire attention. S'il y a un souci, on téléphone à un médecin de l'ARS pour savoir ce qu'il faut faire puisqu'à titre individuel, on ne va pas prendre des risques. Ce que je veux dire, c'est que quand on a un doute, il faut qu'on informe quelqu'un. Ça me paraît normal. On est quand même dans une société judiciarisée. Donc dans l'exemple de quelqu'un qui tombe dans ses escaliers, on n'est pas légistes, on va faire un examen un peu sommaire. Et puis si il y a un souci, on prévient le procureur en disant « J'ai un doute là-dessus ».

Des facteurs locaux vous semblent-ils susceptibles d'influencer vos décisions ?

Les gendarmes, cela peut arriver. Moi, ça fait 37 ans que je suis là : bon, je connais un peu les gens. Disons que quand ça arrive chez une famille un peu à risque, on peut se poser des questions. Moi, personnellement ça ne m'est jamais arrivé. J'ai un de mes collègues qui avait fait il y a longtemps un certificat de décès un peu hâtif, d'un marginal pour qui il se demandait s'il s'agissait d'une mort naturelle. Disons que, quand on est jeune, avec moins d'expérience, on est forcément un peu plus influençable, et puis l'autorité peut vous dicter les choses. Quand on a un peu d'expérience et de caractère, on peut quand même dire « Attendez, ce n'est pas comme ça que ça se passe ».

Avez-vous déjà rencontré des situations litigieuses ?

Personnellement, non.

Rencontrez-vous d'autres difficultés à la rédaction d'un certificat de décès ?

Si vous voulez, l'identité, ça ne pose pas de problème. Bon, quand on meurt, à la fin, c'est souvent d'un arrêt

cardiaque. Des fois, on est un peu gêné pour le remplir, parce qu'on ne sait pas forcément depuis combien de temps la maladie a commencé. Et puis souvent, le décès peut être plurifactoriel. Cette partie semble la plus difficile à remplir si l'on veut exploiter et faire des statistiques.

Avez-vous une attitude différente lorsque le décès survient en institution ?

Non. Si c'est quelqu'un que l'on ne connaît pas, le dossier médical aide à connaître les antécédents médicaux. Sinon, on peut toujours téléphoner au médecin traitant.

Quelles sont vos habitudes en termes d'examen de corps lors d'une constatation de décès ?

Il faut quand même déshabiller le patient, pour voir s'il y a des hématomes.

Des améliorations dans la formation sur ce sujet vous semblent-elles intéressantes ?

Si vous voulez, j'ai passé ma thèse en 1977. Bon, on devait avoir quelques cours de médecine légale, mais je pense que c'était un peu juste. C'est l'expérience qui a fait le reste. Et puis, je pense aux médecins remplaçants, qui peuvent ne pas être suffisamment formés, et pour qui c'est difficile de prendre l'autorité adéquate.

Avez-vous des remarques ou des suggestions sur le sujet ?

Oui je vous dirais que ce n'est probablement pas toujours bien fait à 100 %, c'est sûr, par manque de formation. L'exercice médical n'est pas facile. On peut reconnaître qu'il pourrait y avoir une pression des autorités, mais là, je vais vous dire que c'est dépendant des personnes avec qui vous travaillez. Mais il faut être vigilant. On a une éthique. On est pas là pour couvrir des choses, on est là pour que la vérité soit établie. Mais c'est pas toujours simple et je crois que, quand on a un doute, il ne faut pas signer le papier, c'est tout. Parce que si on le signe, et que derrière il y a un doute, que le procureur demande une autopsie, celui qui a signé le papier, c'est quand même gênant pour lui. Je pense qu'on ne nous en voudra pas si on refuse quelque chose. Alors, c'est sûr que par rapport à la famille, ce n'est peut être pas toujours évident. Dans le cas d'une mort subite du nourrisson, ce n'est pas facile de dire à la famille qu'il faut faire une autopsie pour faire progresser la science. Maintenant, je le dirais plus facilement, mais les cas que j'ai eus, c'était il y a une vingtaine d'année. À l'époque, on savait que la mort subite du nourrisson existait et que ça ne paraissait pas évitable. Maintenant, on sait que c'est important de comprendre les malformations cardiaques par exemple. On sait aussi que maintenant, on peut téléphoner pour dire « Voilà ce qui m'arrive, qu'est ce qu'on fait ? ». Ça peut nous arriver de voir un patient pas bien, grippé avec 40 de fièvre, et d'apprendre son décès dans la nuit. Là, je pense que c'est important de dire à la famille qu'il faut faire une autopsie pour essayer de comprendre. Il est plus facile de faire correctement son boulot à l'instant « T », que de devoir faire une autopsie 15 jours après les obsèques.

ENTRETIEN MG11

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ?

Globalement, peut être 4 ou 5 fois par an. J'interviens d'ailleurs souvent en EHPAD.

Quelles personnes ou structures vous sollicitent dans ce cadre ?

C'est plus souvent l'EHPAD. C'est une grosse résidence de 160 lits. Et c'est le plus souvent l'EHPAD qui appelle. Cela peut arriver aussi que ce soit des familles, en journée.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non. Jamais. En libéral, on utilise encore le bon vieux papier. Y compris à l' EHPAD. Ils ont des certificats, on en a quelques uns d'avance.

Avez-vous déjà été confronté à une situation suspecte ou litigieuse lors d'un constat de décès ?

Rarement. Peut être une fois ou deux. La dernière fois que j'ai rédigé un certificat, c'était une réquisition, c'était pour un probable suicide. Le certificat, donc, je l'ai rédigé, mais je ne l'ai pas signé. Là, c'était une réquisition, donc c'était la gendarmerie qui m'avait appelé.

Vous intervenez également parfois dans des locaux des forces de l'ordre ?

Oui, ça m'arrive. Il y a une gendarmerie ici.

Avez-vous connaissance de recommandations concernant l'obstacle médico-légal ?

Non, pas beaucoup de connaissances. J'ai seulement connaissance de ce qui est marqué sur le certificat en lui-même.

Quel est votre avis sur la rédaction de ce certificat de décès ?

Il y a un certain nombre de choses qui m'embêtent. Le libellé des causes du décès n'est pas très clair. Je ne suis pas le seul à le penser. Le reste, non, il n'y a pas vraiment de souci. Je me suis par contre déjà trompé dans les champs de la commune du décès, ce n'est pas clair. Je ne sais pas pourquoi c'est doublé à chaque fois. Et puis, il y a cette partie où l'on nous demande d'établir les pathologies ou les co-morbidités qui peuvent convenir. Les questions sont mal posées. Il y a déjà la difficulté d'y répondre : il s'agit souvent de personnes que vous ne connaissez pas, dans le cadre plus ou moins de l'urgence aussi. On n'a pas toujours le dossier médical à

disposition, donc pour établir les pathologies « dues ou consécutives à », ce n'est pas toujours facile. L'heure, c'est vrai que, des fois, c'est un problème, même si l'on a encore parfois des petites notions. Mais il y a une part d'approximation qui existe tout de même.

Avez-vous déjà lu les informations contenues au verso de ce certificat ?

De temps en temps, car on en signe quand même pas tous les jours. Si j'ai une interrogation, je vais y chercher une réponse. Mais en dehors de l'heure ou de la cause du décès, ça va.

Le complément d'informations sur l'obstacle médico-légal, situé au verso du certificat de décès, a-t-il toujours répondu à vos questions ?

Oui. Le dernier cas que j'ai eu, c'était un suicide par arme à feu, donc il n'y avait pas de questions à se poser.

Que pensez-vous de cette recommandation européenne sur les indications d'autopsie médico-légale ?

Oui, c'est un petit peu plus complet que le premier texte. « Suspicion de faute médicale », ce n'est pas répertorié non plus sur le certificat. C'est plus complet. Ce n'est peut être pas encore exhaustif, mais c'est mieux d'avoir plus de causes à disposition, je pense. Ça ne me paraît pas aberrant, en tout cas.

Lors de la rédaction, des facteurs sont-ils susceptibles d'influencer vos décisions ?

Non. Lors de mon dernier cas, c'était un peu particulier : c'était un homme qui avait disparu, et c'est la gendarmerie qui l'a retrouvé dans un bois. Sa voiture avait été repérée par un hélicoptère. J'ai été appelé pour constater le décès. *A priori*, il y a eu obstacle, car il y a eu une enquête, mais le suicide était avéré. Il y a peut-être eu une fois ou deux où l'on a tenté de me forcer la main, mais pas plus. Je n'ai pas tout en tête, car en trente ans de temps, il y en a eu quelques uns, mais je n'ai pas eu de gros souci à ce niveau-là.

En cas de doute ou de questionnement non résolu, auriez-vous tendance à vous tourner vers un avis spécialisé ?

Je pense que j'aurais tendance à me tourner vers un confrère qui a plus l'habitude. En pleine nuit, c'est un peu différent : on ne fait pas ce qu'on veut en pleine nuit. La nuit, on a que les documents que l'on a sous la main, donc en l'occurrence, le certificat.

Quelles sont vos pratiques en termes d'examens de corps ?

Ça dépend de l'état dans lequel est découvert le corps. En EHPAD par exemple, on examine quand même pour confirmer le décès, mais ça va relativement vite. On n'a pas trop de questions à se poser. Si, on se pose des

questions sur la cause du décès. Mais bon, c'est souvent des gens en fin de vie, donc bon, voilà... Il y a rarement de doutes. Sauf pour une mort subite, auquel cas on est appelé en urgence. Mais dans d'autres circonstances plus horribles, il n'y a pas besoin d'examen approfondi pour confirmer le décès. L'observation de la scène est suffisante.

Certaines indications d'autopsie de la recommandation européenne vous paraissent-elles difficilement applicables à votre pratique ?

La faute médicale, ce n'est pas toujours évident. Ça, en pratique, j'ai du mal à m'imaginer voir s'il y a eu une faute médicale. Ça ne doit pas être évident d'avoir des éléments laissant penser à une faute médicale. « Suspicion de torture » et « violation des droits de l'homme », ça, ça n'arrivera jamais.

La lecture de ces recommandations est-elle susceptible d'influencer votre pratique ?

Oui, je pense que c'est un bon complément.

Avez-vous des suggestions pour la formation sur ce sujet ?

Non, pas vraiment. C'est vrai que c'est un domaine où chacun fait un peu sa petite cuisine, et où ma formation personnelle remonte à longtemps.

ENTRETIEN MG12

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ?

Pas souvent, car j'ai fait très peu de garde cette année. Donc je crois que cette année, je n'en ai fait aucun. Dans les années précédentes, il n'y en avait pas beaucoup, je dirais un ou deux par an.

Intervenez-vous en EHPAD ou structure spécialisée ?

La où l'on nous appelle, oui. Quand on est en garde, aussi.

Dans quelles circonstances êtes-vous sollicité pour la rédaction d'un certificat de décès ?

Parfois, c'est la famille. Quand on est en garde, c'est souvent le SAMU qui nous appelle. Ou Médigarde.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non. Je n'ai pas le temps. Je bosse 14 – 15 heures par jour, je n'ai vraiment pas le temps.

Dans votre carrière, avez-vous déjà été confronté à des situations relevant d'obstacles médico-légaux ?

Une fois, pour un de mes patients. La police m'avait appelé car on l'avait retrouvé mort dans les escaliers après une chute. C'était un patient éthylique notoire. Ils ont peut être voulu savoir ses antécédents, ce qu'il avait comme pathologie, si cela lui arrivait fréquemment de faire des chutes, ... C'était, dans ce cas, les forces de l'ordre qui m'ont demandé de me déplacer. Mais moi, je n'ai jamais rencontré de cas de mort suspecte ou de corps déplacé, ou autre. Soit il s'agissait de patients que je connaissais, qui avaient des pathologies connues ou à risque. En EHPAD, ce sont aussi souvent des patients qui ont de forts antécédents.

Avez-vous connaissance de textes juridiques de support dans votre pratique, en matière de décès ?

Non, pas spécialement.

Quel est votre ressenti à la lecture du verso du certificat de décès, en rapport avec la pose de l'obstacle médico-légal ?

Ce n'est pas vraiment une aide pour moi. Ce n'est pas précis, et pas détaillé. Ca me paraît assez succinct, en fait.

Votre avis, sur la circulaire européenne visant à harmoniser les pratiques en matières médico-judiciaires ?

« Maladie professionnelle », c'est délicat. « Catastrophes naturelles », ça, c'est plus du judiciaire qu'autre chose. Cela paraît très logique. Il n'y a rien qui me choque dans cette liste. En cas d'accident du travail, ça me paraît normal qu'il y ait une enquête. Pour les maladies professionnelles, ça me paraît plus complexe à mettre en place. En général, on demande l'avis à la famille. Parce que ce n'est pas des morts suspectes. Maintenant, pour faire reconnaître les droits à l'indemnisation de la personne, là, c'est autre chose. Mais là, je reconnais, je ne suis pas informé.

D'autres facteurs sur le terrain sont-ils susceptibles d'influencer vos décisions ?

On regarde un peu l'état du corps, comment on trouve le corps, où il se situe, dans quel état... C'est sûr que, si c'est un décès survenu il y a plusieurs jours, je ne peux pas signer un certificat de décès. Si on découvre quelqu'un au bout de 2 ou 3 jours, c'est systématique. Les paramètres familiaux, pas trop. Si c'est des gens que l'on connaît, non. Mais c'est sûr que si l'on est appelé chez une famille que l'on ne connaît pas, cela peut être plus délicat, oui.

Y a-t-il des parties susceptibles de vous poser problème lors de la rédaction d'un certificat de décès, d'une manière plus générale ?

Sur les premières parties, non. En revanche, « survenue le », ça, je ne peux pas dire. Je la constate, mais « survenue le », ce n'est pas facile. Moi, je laisse comme ça. Mais on devrait barrer, et écrire « constaté le » à la place de « survenue le ». En EHPAD, on écrit l'heure décrite par le personnel, mais il serait logique de plutôt mettre que l'on a constaté à telle heure, et non pas « survenue ». Le lieu de naissance, le lieu de décès, on n'est pas toujours au courant. Et c'est vrai que les causes de décès, ce n'est pas toujours facile à identifier, parce que l'on n'a pas forcément l'historique. Sans autopsie, on va mettre toujours « arrêt cardio-respiratoire », mais c'est difficile de détailler.

En cas de doute, ou de situation compliquée, auriez-vous tendance à chercher un avis spécialisé ?

Moi, si j'ai un doute, je ne signe pas le certificat. Je demande à l'autorité judiciaire de venir et de faire intervenir un médecin légiste. En ce qui concerne le lieu ou le transport, ça, c'est eux qui se débrouillent. Ils viennent, ils constatent, ils décident. Moi, ce n'est pas de ma compétence. Même les suicides, à la limite, ce n'est pas à moi d'établir le certificat de décès.

Avez-vous des habitudes dans votre pratique concernant l'examen de corps ?

Sur des circonstances claires, ça va aller vite. Sinon, l'examen peut être plus poussé, à la recherche de fractures cervicales par exemple. Des fractures, des plaies à la tête, ou quelque chose qui pourrait être suspect. Il y a quand même une interrogation dès que la cause n'est pas claire.

Avez-vous des remarques ou des suggestions sur ce sujet ?

Non, pas vraiment. Mais la cause du décès... lorsqu'il s'agit de gens jeunes, quand il n'y a pas de pathologies connues, moi, je ne veux pas signer un certificat de décès. Si c'est par exemple quelqu'un qui a quarante ans, que l'on retrouve comme ça, moi, je ne remplis rien du tout, je ne signe rien du tout, et j'appelle l'OPJ. Je ne mets pas d'obstacle. Mais je ne le signe pas. Le président du conseil départemental de l'ordre disait que les gardes à vues, ou certains certificats de décès, devraient être exclusivement réservés aux médecins de médecine légale, et pas à nous. Ce n'est pas parce qu'on est de garde que l'on change de spécialité. Il sous-entendait que, dans la journée, on n'est pas compétent, et que la nuit ou le weekend, il n'y a plus un seul médecin légiste joignable, donc on devient compétent...

Est ce un sujet abordé lors de formations professionnelles ?

Non, pas abordé. Dans mon souvenir, ce n'était pas abordé.

ENTRETIEN MG13

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ?

Cela fait deux ans que je n'en ai pas fait. C'est decrescendo, ça descend vraiment, en raison du système de garde. Honnêtement, je ne sais même plus comment c'est organisé en Moselle. Ceux qui veulent peuvent continuer d'en faire. Ce n'est plus le cas pour moi.

En quelles circonstances intervenez-vous ?

Plutôt à domicile. Le dernier, ce n'était pas pour mes patients : c'était pour dépanner un confrère.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non. Je sais que ça existe, mais ça ne m'intéresse pas.

Avez-vous déjà été confronté à un cas relevant d'un obstacle médico-légal ?

Non.

Avez-vous connaissance de textes en rapport avec ce sujet ?

Non. J'ai vu l'évolution des certificats sur 25 ans, finalement. Autrement, non, je n'ai pas connaissance de textes. Je trouve d'ailleurs que le certificat s'est amélioré. Le plus important reste cependant qu'il réponde aux attentes des enquêteurs.

Vous sentez-vous à l'aise dans la rédaction de ce certificat ?

Oui, oui, je trouve que c'est très bien fait.

Pouvez-vous me commenter le verso du certificat de décès ?

Cette phrase me paraît floue : « Suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction ». Le terme infraction est flou. Dans le cadre d'un suicide, quelle infraction peut-il y avoir ? Je ne comprends pas. C'est sûr qu'après un suicide, il y a toujours une enquête policière.

Je vous laisse me commenter cette recommandation européenne relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico légale.

Je comprends bien ce qu'ils veulent dire, puisqu'il s'agit d'une enquête policière, c'est de savoir s'il s'agit vraiment d'un suicide. Mais bon, je n'aime pas cette terminologie. Il y a sans doute plus simple. Bon, là, c'est plus simple, c'est explicite. Ça ne me choque pas.

Avez-vous déjà été confronté à des situations litigieuses ?

Non, jamais.

Quels facteurs peuvent influencer vos prises de décisions sur ce sujet ?

Il y a une dizaine d'années, quand je faisais des gardes, il y a eu un courant qui a fait que l'on faisait appeler le médecin légiste quasi systématiquement pour les décès. Les circonstances, c'était une dame qui était décédée depuis longtemps. Bon, c'est-à-dire que les vers étaient dans le corps quoi. Et l'autre, c'était un suicide. Je suis arrivé chaque fois sur place, et chaque fois, on m'a dit « Bon, bah, maintenant c'est le médecin légiste, ce n'est pas vous qui devez faire ça ». Donc on m'a appelé pour rien : je n'ai pas eu le choix, on m'a imposé la manière de faire.

En termes d'examens de corps, quelles sont vos pratiques ?

Recherche du pouls, examen des pupilles, et la froideur s'il y a lieu. Cela reste simple.

Intervenez-vous en EHPAD ?

Très, très peu. Je n'ai pas fait de constat de décès en EHPAD.

Avez-vous des suggestions sur ce sujet ?

Non.

Ce sujet est-il évoqué lors de formations initiales ou continues ?

Bah vous savez, en médecine, quand on a un souci, on appelle les confrères. L'évolution du certificat m'a paru intéressante, mais si j'ai un souci, j'appelle un confrère. Après, en médecine de ville, je ne suis pas vraiment confronté à des problèmes de relève de corps.

ENTRETIEN MG14

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ? Avez-vous remarqué un changement de fréquence ?

Environ 5 par an. Principalement dans le cadre de la permanence des soins. Disons, en moyenne 4 lors de la permanence des soins et un pour mes patients à domicile. Non, il n'y a pas vraiment de changement dans cette fréquence malgré l'organisation des soins.

En quelles circonstances et lieux intervenez-vous ?

En EHPAD, je n'ai que 3 personnes. Donc c'est souvent en tant que médecin de garde que j'y intervins. Il m'est également déjà arrivé d'intervenir à domicile pour un patient en difficulté, avec un décès survenu avant mon arrivée. Sur voie publique, cela m'est arrivé une fois. Il y a une gendarmerie dans le secteur, qui me réquisitionne de temps en temps, hors garde quelques fois, mais le plus souvent lors des gardes. En général, c'est plutôt des gardes à vue. Je n'ai pas eu l'occasion de rédiger de certificat de décès.

Utilisez-vous le certificat de décès électronique ?

Non. Je n'étais pas plus au courant que ça qu'il y en avait un, et puis j'ai toujours un papier dans la sacoche. En général, on est dans des conditions où l'on est pas spécialement chez soi. Après, je ne sais pas, peut-être que c'est un tort de ne pas utiliser l'électronique. Je suppose qu'il faut un ordinateur et un accès à internet.

Avez-vous déjà été confronté à des cas de décès litigieux dans votre carrière ?

Cela m'est arrivé deux fois. La première fois, c'était une personne que l'on a retrouvée dans un bois dans un état de décomposition. Il s'est avéré qu'il s'agissait d'un suicidé, le 6 décembre, et j'ai été appelé en mars. Il commençait à être en mauvais état. Il avait des trous dans le corps, et là, je ne savais pas trop la cause du décès. Et c'est arrivé une autre fois : pareil, une personne retrouvée comme ça, sans trop savoir comment il était décédé, pourquoi il était là. Et à chaque fois, on ne savait pas l'identité de la personne. Dans les deux cas, l'obstacle médico-légal a été spontané, puisqu'il était difficile de dire s'ils avaient été agressés ou pas, la nature du décès, ... c'était imprécis. À l'époque, je ne savais pas qu'il s'agissait d'un suicidé. Pour l'autre, je n'ai jamais eu de nouvelles depuis, donc je ne sais même pas ce que c'était comme contexte. Pour le reste, j'ai toujours eu l'impression d'avoir affaire à des décès naturels, sans suspicion de coups ou de doutes.

Vous sentez-vous à l'aise lors de la rédaction de ce certificat ?

Ça va, il a la même structure depuis des années et des années. Après, c'est vrai que l'on a parfois du mal à trouver une cascade qui va bien pour la cause du décès : on hésite un petit peu, on a parfois du mal à tout bien

hiérarchiser, ou trouver une cause bien précise alors qu'on est parfois dans le doute. Mais dans l'ensemble, il ne pose pas trop de problème, il est assez précis. Je me sens assez à l'aise avec ça.

Pouvez-vous me donner votre opinion suite à la lecture des indications situées au verso de ce certificat relatif à l'obstacle médico-légal ?

Pour être honnête, je ne sais pas si j'ai déjà lu le verso de ce document. Cela me paraît un peu surprenant, et pas si clair que ça. En le lisant comme ça en direct, je n'avais pas bien compris la signification.

Pouvez-vous me commenter cette recommandation européenne liée à l'harmonisation des pratiques médico-légales ?

Je pense que « catastrophe naturelle », pour moi, ce n'est pas forcément un obstacle. Si une noyade paraît évidente suite à une crue, l'intérêt d'aller faire une autopsie ne me paraît pas judicieuse. L'accident domestique, pas forcément non plus. L'intérêt ne me paraît pas évident, pour moi.

Des facteurs sont-ils susceptibles d'influencer vos décisions lors de la rédaction de ce certificat ?

En général, c'est sur réquisition en gendarmerie. Donc ils ont déjà fouillé et regardé deux, trois choses autour. Après, j'ai tendance à le mettre [l'obstacle] car on n'est pas des enquêteurs de police, on peut très bien avoir raté un élément qui peut aller vers un meurtre. Après, si sur le corps il n'y a rien et que je n'ai pas d'indices, je préfère ne pas le signer. En général, je ne suis pas très influencé par la famille. Je n'ai jamais connu la pression inverse de la part de famille non plus.

Quelle est votre démarche lors d'un examen de corps ?

En général, si c'est en pleine nature, je regarde un peu tout. Après, cela dépend du contexte. S'il s'agit d'un cancéreux en soins palliatifs, je regarde qu'il est bien en mydriase et j'en reste là, sans le déshabiller. Cela m'est déjà arrivé de regarder un peu tout, surtout en garde, quand je ne connais pas bien la famille, et que le motif de décès est un peu moins clair.

Avez-vous des pratiques différentes en EHPAD ?

Oui, parce que je peux plus facilement avoir le doute sur un sévice, ou un truc comme ça.

Ces textes sont-ils susceptibles d'influencer votre pratique ?

- Je n'en avais pas connaissance. En tout cas ce texte [RE] est plus clair que le certificat, qui n'est pas très clair sur les obstacles médico-légaux. Cela peut être un plus.

Quel est votre avis sur la formation initiale ou continue de ce sujet dans votre pratique ?

Je ne sais même pas si j'ai eu un jour une formation là-dessus. Non, je ne crois pas, je n'ai pas eu de formation. Après, le certificat est quand même relativement bien fait, donc on remplit un peu méthodiquement les choses, et cela se passe à peu près bien. Je n'éprouve pas non plus un grand besoin, parce que pour le peu que je signe, cela ne me paraît pas être une priorité dans ma formation.

En cas de difficultés ou de doute, vers qui vous tourneriez-vous pour obtenir un avis ou une aide ?

Je mettrais un obstacle et puis le médecin légiste verra ce qu'il en pense derrière. Je ne sais pas trop, quand on met un obstacle, ce qui se passe. Mais moi si j'ai un doute, je mets « obstacle » et puis voilà, je ne vais pas chercher à joindre un spécialiste. Le médecin légiste verra un peu ce qu'il en pense, il décidera s'il estime qu'il faille poursuivre le processus.

Avez-vous des suggestions ?

Non, pas plus que ça. Je suis surpris, car je ne suis même pas sûr d'avoir eu conscience qu'il y avait un truc là-dedans [le verso du certificat]. Après, une plaquette, pourquoi pas, qui soit un peu plus claire. Ou un texte détaillant un peu plus précisément les cas d'obstacles médico-légaux dans le certificat.

ENTRETIEN MG15

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ? Avez-vous constaté un changement dans cette fréquence avec l'évolution de la permanence des soins ?

Très peu, de l'ordre de trois, quatre, par an. Non, je n'ai pas constaté de changement. Disons que, lorsque je faisais des gardes plus fréquentes, j'en faisais plus souvent mais pas souvent pour des patients qui étaient les nôtres. Mais sinon, au niveau de notre cabinet, ce n'est pas plus fréquent que ça, non.

Quelles sont les circonstances dans lesquelles vous êtes appelé ?

C'est plutôt dans le cadre du service de garde. Le dernier certificat que j'ai fait, c'était cet été, pour un patient qui n'était pas le mien parce que le médecin traitant n'était pas là, n'était pas joignable. Donc, j'y suis allé. C'était justement pour un patient que je ne connaissais pas et que l'on a découvert mort à son domicile alors qu'il vivait seul, et mort depuis plusieurs heures. C'est toujours gênant dans ces cas-là puisqu'on a pas du tout l'historique, on le connaît pas. Donc là, au moment de la rédaction du certificat, on essaie de glaner quelques informations de base, voire on téléphone à droite, à gauche, pour pouvoir le rédiger avec un minimum d'informations. Une situation un peu casse-pied en fait. Cela fait quelques décennies que j'exerce, mais des cas litigieux, je n'en ai jamais vraiment connu. Des suicides, ça oui, mais.... si je me souviens quand même d'un couple qui s'est suicidé, sans trop savoir les moyens, l'ordre dans lequel ils s'étaient donné la mort. Mais bon, il y avait un inspecteur de police, il y a eu une enquête qui a été faite. Quand je suis arrivé, la police était déjà là.

Avez-vous déjà utilisé un certificat électronique ?

Non. Pour le nombre de certificats que j'ai à faire, j'ai encore des imprimés. Et puis, on ne le fait pas au cabinet. Donc par internet, cela me paraît compliqué.

Avez-vous connaissance de textes, de lois ou de recommandations pouvant être utiles à votre pratique en matière d'obstacle médico-légal ?

Je ne suis pas très pointu sur le sujet, non.

Quels sont les renseignements demandés susceptibles de vous poser problème lors de la rédaction de l'actuel certificat ?

Il a l'avantage de ne pas avoir été modifié au fil des décennies, puisque c'est toujours le même depuis très longtemps. Je n'ai pas souvenir de l'avoir vu se modifier dans les libellés au fil des décennies. Lorsque l'on ne connaît pas bien les patients, ou qu'on ne les connaît pas du tout, là, ce qui échappe, ce sont les causes du décès. Parce qu'ils nous mettent « maladie » ou « morbidité ayant entraîné le décès » : bien souvent, on ne la

connaît pas. « Due à ou consécutive à » je me dis, est-ce que ces lignes sont utiles ? J'ai quand même un doute. Parce que si vous êtes sûr, par exemple, qu'un décès est survenu par infarctus du myocarde, « due à ou consécutive à », vous n'allez pas mettre ce qui a présidé à la constitution de l'infarctus ou aux conditions qui ont fait que ce sujet-là ait pu faire un infarctus. Vous n'allez pas mettre athérosclérose, hypercholestérolémie, tabagisme... Sur la première partie, cela ne me pose pas de problème. Non, là, franchement, non. Je n'ai jamais eu de problèmes.

Pouvez-vous me commenter la lecture de la recommandation européenne relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale ?

Oui. Cela a l'avantage de lister les conditions dans lesquelles on devrait décréter qu'il y a obstacle médico-légal. « Suspicion de faute médicale » : très difficile à appliquer, ça, c'est sûr. « Mort subite inattendue »... tous les accidents vasculaires létaux débouchent sur une mort subite inattendue ce jour-là. Pour la mort subite du nourrisson, je suis d'accord. Pour l'adulte, moi je ne le mettrais pas. C'est sûr que s'il y a des co-morbidités et un arrière plan pathologique, la mort subite inattendue chez l'adulte... c'est discutable. « Violation des droits de l'homme », on peut le garder. « Suicide ou suspicion de suicide », bien sûr que oui. « Suspicion de faute médicale », alors là... surtout en libéral, ça ne me paraît pas facile. Ce n'est pas possible de suspendre la mise en bière en disant « Il doit y avoir une faute médicale ». « Accident de transport et accident domestique », ça, on peut le garder. « Maladie professionnelle », là, qu'est ce que ça veut dire ? Tout assuré social chez qui on reconnaît une maladie professionnelle et qui décède, on devrait suspendre la mise en bière ? Pas pour n'importe quelle maladie professionnelle, si ? Maladie professionnelle potentiellement létale ? On ne va pas en trouver beaucoup quand même ! « Catastrophe naturelle », oui. « Décès en détention ou associé à des actions de police », oui. « Corps non identifié et restes squelettiques », oui.

Existe-t-il des éléments susceptibles de vous influencer dans la prise de décision au moment de la rédaction du certificat de décès ?

Un facteur policier, oui, c'est possible. S'il y a un officier de police judiciaire sur place qui fait mention de divers éléments, je les prends en compte, oui. Cela me paraît même sage. Sinon, cela dépend des arguments que l'on me met en avant. Si l'argumentaire est convaincant, je me laisserai convaincre. S'il me paraît un peu tiré par les cheveux, je me laisserai pas convaincre.

Si vous aviez un doute sur place, auriez-vous tendance à chercher un avis spécialisé ?

J'aurais tendance à téléphoner à l'ordre [des médecins]. S'ils sont joignables.

Quelle est votre démarche lors d'un examen de corps ?

Je n'ai pas d'habitudes. Je l'examine, mais c'est vrai que je ne suis pas bon du tout pour dater la mort. Faudrait

que je révise, parce que c'est une situation en fait qui revient tellement peu souvent que l'on a tendance à avoir oublié ce que l'on a appris sur les bancs de la faculté ; et on revoit beaucoup de choses, mais pas ce qui tourne autour du décès et de l'examen des corps. Je fais un examen, je m'assure qu'il n'y ait pas de traces de violences, de strangulations, et puis ça s'arrête là, en fait.

Avez-vous une attitude différente en EHPAD ?

En EHPAD, on n'est jamais seul. On n'a jamais de problème pour retracer l'histoire naturelle des derniers jours. Je regarde quand même la présence de traces de strangulations. Ce n'est pas parce qu'on me dit « Madame Untel est décédée », sous-entendue « Ça va de soi », que je ne vais pas la voir. Je regarde. Je fais un examen clinique identique.

La lecture de ces différents textes est-elle susceptible de modifier vos pratiques ?

Je trouve que le principe de lister les circonstances dans lesquelles on devrait faire valoir un obstacle, ça, c'est bien. Parce que là [verso du certificat], ils nous ont listé ce qui est suspendu. Ça [recommandation européenne], ça manque.

En termes de formation initiale et continue, ce sujet est-il parfois abordé ?

Non. Non, non. Je reconnais que moi, qui suis maître de stage depuis des années (donc, qui a tous les semestres un nouvel interne), on n'aborde jamais ce sujet. Mes internes, je leur montre tout : tous les papiers, même ma déclaration fiscale. Mais le certificat de décès, je ne leur ai jamais montré. En fait, je n'y ai jamais pensé. Je dois en avoir quelques uns dans mon tiroir. Ce n'est pas du tout un sujet sur lequel on est revenu. À tort, parce qu'autant leur montrer quand même une fois. Au moins le formulaire, ce qu'il contient, et la façon dont on le rédige. Mais bon, je pense qu'ils feront aussi bien que moi.

Avez-vous des suggestions ou des attentes concernant ce sujet ?

C'est vrai qu'on pourrait faire de temps en temps un retour sur ce que l'on a su à une certaine époque. Mais pour moi, qui suis sorti du système de garde, ce n'est pas un sujet phare, loin de là. La preuve, c'est que je n'ai jamais eu l'idée de montrer un certificat de décès à l'un ou à l'autre de mes internes. Je n'ai jamais été amené à rédiger un certificat de décès en leur présence. Ce que vous proposez là [recommandation européenne], je trouve ça bien, puisqu'au verso du certificat, on ne nous rappelle pas les circonstances dans lesquelles on devrait émettre un avis de réserve. Il y a donc un manquement, en sachant qu'il y a un point qui nécessite d'être précisé puisque mort subite inattendue de l'adulte...

ENTRETIEN MG16

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ? Avez-vous constaté un changement dans cette fréquence avec l'évolution de la permanence des soins ?

Pas beaucoup de changements. De mémoire, je dirais entre trois et six par an. Il y a une permanence des soins. Il est très rare désormais que nous soyons sollicités pour intervenir entre minuit et 6h. Cela arrive très rarement.

Quelles sont les circonstances pour lesquelles vous êtes appelé ?

Souvent pour des décès à domicile de mes patients. J'interviens et je rédige le certificat de décès. Ça, c'est la grande majorité des cas. Dans de rares cas, j'interviens lors d'une garde dans un établissement type EHPAD pour faire un certificat de décès. Rarement, à domicile pour un patient qui n'est pas un de mes patients.

Avez vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non, jamais. Pour l'utiliser, cela, j'ai l'impression que je dois avoir mon ordinateur à portée de mains. Or, dans la plupart des cas, je n'ai pas mon ordinateur, et lorsque je fais un certificat, c'est au domicile des patients. Donc je me voit mal pianoter sur un ordi là-bas. En EHPAD, je ne l'ai pas encore fait.

Avez vous déjà été confronté à un cas relevant d'un obstacle médico-légal ou à une situation litigieuse vous ayant mis le doute ?

Non, je n'ai pas été confronté à cela.

Avez-vous connaissance de textes, de lois ou de recommandations pouvant être utiles à votre pratique sur ce sujet ?

Je pense que si je ne signe pas le certificat, de toutes manières, une enquête va être diligentée, et quelque chose va s'enclencher. Si je le rédige mais que je ne le signe pas, quelque chose s'enclenche.

Quels sont les renseignements demandés susceptibles de vous poser problème dans la rédaction de l'actuel certificat ?

Les causes de décès... la partie I – A/B/C/D. Ça, je trouve ça mal conçu et obsolète. Notamment dans l'intervalle entre le processus morbide et le décès. Je trouve cela mal fichu. C'est flou, c'est ambiguë. Rares sont les cas où je peux renseigner ça de façon naturelle et spontanée. J'ai souvent besoin de me creuser sérieusement la tête pour dire « Bon... alors voyons... l'arrêt cardio-respiratoire qui a été précédé de... d'un coma profond... qui fait

lui même suite à l'évolution finale d'une tumeur cérébrale... Bon, alors... l'espace entre le début du processus morbide et le déclenchement de ce phénomène là en particulier ». Cela me paraît [hésitation]... Je n'aime pas cette formulation, et je n'aime pas à avoir à remplir ça. Pour les autres parties, je n'ai aucun problème. « Autopsie », c'est très clair. « Le lieu du décès », c'est très clair, « la grossesse : oui / non », aucun problème. Je vous dis, mon souci, c'est « cause du décès partie I », avec cette chronologie. C'est foireux, comme façon de présenter.

Avez-vous déjà lu le verso de ce certificat de décès, précisant les modalités de remplissage ?

Franchement ? Non, jamais lu.

À sa lecture, est-ce une aide pour vous ? Pouvez-vous me commenter les recommandations vis-à-vis de l'obstacle médico-légal ?

« Suicide ou décès suspect » ? Oui, j'ai déjà été confronté à cela. Mais de toutes manières, dès lors que le mécanisme du suicide est évident pour tout le monde, il est évident que la police ou la gendarmerie va être diligentée sur place et que, de toutes manières, une enquête va avoir lieu. Et dans ces cas-là, je suis souvent appelé par la police ou la gendarmerie. La dernière fois que c'est arrivé, je n'ai pas eu de réquisition. Ils m'ont appelé car c'était un patient de ma femme, qui elle-même était absente, et en fait, j'ai fait un certificat sans me faire payer et voilà, au revoir tout le monde. J'ai bien précisé qu'il s'agissait d'un suicide, à savoir une pendaison, et ce jour-là, j'ai signé le certificat. Je ne sais plus si j'ai coché un obstacle médico légal... [hésitation] Oui, j'ai du cocher un obstacle, je pense.

Quel est votre avis et ressenti à la lecture de la recommandation européenne relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico légale ?

Cela me paraît cohérent et justifié, oui. Néanmoins, « maladies professionnelles », bon, ça va ouvrir la porte à beaucoup de choses, et j'ai bien peur que si l'on applique ça *stricto sensu*, cela surcharge de travail nos pauvres médecins légistes qui ne sont pas très nombreux. Les maladies professionnelles sont fréquentes. Alors, après, il faut imputer la mort à la maladie professionnelle, ça, c'est autre chose. Qui va faire ça ? Un patient porteur d'une asbestose de 80 ans qui décède de façon brutale... Qu'est-ce qu'on fait ? Ce texte ne me choque pas, mais je pense qu'il va ouvrir la porte à beaucoup plus d'examens.

Des indications de cette liste vous paraissent-elles difficilement applicables ?

En pratique, cet item des maladies professionnelles. Je pense que, premièrement il faut une notion de gravité de ladite maladie professionnelle, deuxièmement il faut une imputabilité, en fonction de pas mal de facteurs, à la mort. Si tel est le cas, oui, ça me paraît intéressant de faire une autopsie. Mais maintenant dans de nombreux cas, il y aura doute, et l'attitude actuelle est de se prémunir contre le doute, donc on va ouvrir large le

parapluie. Je pense que ça va multiplier les examens de médecine légale. Après, est-ce un bien, est-ce un mal ? Ce n'est pas à moi de le dire. Mais pourquoi pas, bien sûr, l'intention est louable.

Avez-vous déjà été confronté à un doute ou une situation litigieuse en matière de décès ?

Non.

Si cela devait se produire, des facteurs seraient-ils susceptibles d'influencer vos décisions lors de la rédaction du certificat de décès ?

Forcément, bien sûr. Une scène de rixe, un appartement dévasté, un corps dénudé avec un couteau planté au milieu du ventre, vont me faire incliner vers une mort non-naturelle, bien sûr. Mon rôle n'est pas celui d'un enquêteur, mais je ne peux pas faire abstraction de la scène qui entoure le corps. Tout comme un enquêteur peut également influencer mes choix, et ce, dans les deux sens. Des tiers sur place, des témoins, peuvent peser dans la balance dans le descriptif du mécanisme de la mort, dans les circonstances qui vont être relatées, bien sûr. Cela peut influencer.

En cas de difficultés face à un cas, auriez-vous tendance à rechercher une information ? Joindre un avis spécialisé ? Etc. ?

Non. Car je ne sais pas à qui m'adresser. Je n'ai pas d'interlocuteur pour ça. Si une instance telle que celle-là existait, ça serait intéressant. Avoir un référent téléphonique pour les cas difficiles ou litigieux, oui bien sûr, ça pourrait être un truc intéressant.

Quelle est votre démarche lors d'un examen de corps ?

Je ne vais probablement pas déshabiller le cadavre à la recherche d'ecchymoses ou de traces, non, ça certainement pas. Je vais constater la mort, je vais appréhender le contexte. Je n'ai pas été confronté à des situations douteuses à ce jour. J'ai été confronté à des suicides de façon tout à fait manifeste et spectaculaire. Maintenant, je ne peux pas répondre à cette question, car je n'ai pas le recul suffisant pour avoir développé une procédure.

L'intervention en EHPAD a-t-elle un caractère différent lors de vos constatations de décès ?

En EHPAD, il y a souvent une infirmière sur place. C'est quand même quelqu'un de confiance qui permet de relater l'historique du patient, son profil, son histoire, les circonstances dans les jours précédents, les heures précédentes, et souvent, la présence d'une infirmière est précieuse. Souvent, il y a un dossier qui relate l'historique du patient avec pas mal de données, donc c'est souvent beaucoup plus argumenté et détaillé en matière de renseignements. En ce qui concerne l'examen du corps, franchement, je ne pense pas.

La lecture de ces différents textes est-elle susceptible de modifier vos pratiques ?

Bah écoutez, oui, en quelques sortes, oui. Oui, tout à fait.

En termes de formation initiale ou continue, ce sujet est-il abordé de temps en temps ? Vous sentez-vous à l'aise face à celui-ci ?

Pas du tout abordé. Honnêtement, devant notre grande solitude et la grande pauvreté de notre formation continue, je pense que la médecine légale sera la millième roue du chariot. Donc il y a beaucoup plus de domaines dans lesquels j'aimerais approfondir mes connaissances avant celui-là. Donc je pense que je suis prêt à réévaluer mon approche dans ce genre de situations, mais spontanément, je ne ferai pas la démarche de faire une formation complémentaire.

En termes de suggestions ou d'attentes sur ce sujet ?

Oui, l'avis spécialisé avec peut-être une hotline pour les cas difficiles peut être intéressant. Maintenant, en plus, on a des téléphones qui font des photos, ça peut être un outil précieux pour échanger à distance. Et deuxièmement, cet item de chronologie dans le processus morbide me paraît devoir être revu. Ça ne va pas.

ENTRETIEN MG17

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès dans votre pratique ?

Je dirais un ou deux par mois. C'est un chiffre constant, c'est toujours à peu près la même chose. Après, c'est très variable, il y a des périodes sans, des périodes avec. C'est par vague, un peu comme beaucoup de choses en médecine.

Dans quelles circonstances rédigez-vous des certificats de décès ?

Réquisitions, on en fait moins qu'avant. Il y a eu un petit pic cet été parce qu'il n'y avait pas trop de solutions pour la police. Mais des réquisitions, on en fait le moins possible car c'est très chronophage, et c'est souvent conflictuel avec les officiers de police judiciaire quand les circonstances ne sont pas claires. Sinon, je dirais moitié domicile, moitié EHPAD.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Jamais. Je ne sais même pas comment ça se présente. J'en ai entendu parler, mais je ne me suis jamais intéressé à la question et je ne sais pas comment ça fonctionne.

Avez-vous déjà été confronté dans votre pratique à des cas d'obstacles médico-légaux ?

Oui. Oui, oui.

Avez-vous connaissance de textes ou de recommandations à ce sujet ?

J'ai lu des papiers, oui. Fait par des légistes, des publications récentes, des publications plus anciennes. En français ou des publications européennes. Oui, je lis de temps en temps des papiers sur ça.

Utilisez-vous une procédure particulière à SOS médecin pour les levées de corps ?

Il existe un certificat pour les levées de corps qui existe encore, mais je ne m'en sers quasiment jamais. On part souvent sur des décès en HAD, en EHPAD, ou à domicile pour des circonstances relativement claires, et du coup, je ne me sers pas de cette procédure assez complète. Le certificat existe encore mais je pense qu'il n'est quasiment plus utilisé.

Avez-vous déjà eu besoin de chercher une information au verso du certificat de décès ?

Oui. Après sur le verso, pour eux, c'est les morts trouvant une cause extérieure, ou les morts violentes, les

suicides. Sincèrement, pour la partie « obstacle médico-légal », le verso ne m'a pas plus aidé que ça. Je dirais, à la limite, que ce n'est pas trop ces questions-là qui posent problème. Déjà, elles sont très vagues : « semblant provenir d'une cause extérieure », ce n'est pas si simple que ça. Ces recommandations-là, pour le pendu ou l'homicide, on ne se pose pas trop la question ou non de l'obstacle médico-légal.

Quel est votre ressenti vis-à-vis de la recommandation européenne concernant les indications d'autopsies ?

Moi, je me base plutôt sur cette recommandation-là. Donc je suis plutôt large sur les indications d'obstacle médico-légal.

Certaines indications vous semblent-elles difficiles à respecter dans cette recommandation ?

Alors, les accidents de transport ou de voie publique, ce sont des choses que l'on a arrêté d'accepter chez SOS médecin. Après, moi, j'ai fait du SAMU avant : c'est vrai qu'on avait tendance à ne pas mettre d'obstacle médico-légal, mais ce n'est pas bien, en fait. On se basait sur le fait que la police était là, qu'il y avait forcément un constat de gendarmerie. Mais ce n'est pas conforme aux recommandations européennes. Après effectivement, les circonstances médicales, ce n'est pas forcément facile à apprécier quand on voit quelqu'un à domicile. L'accident de travail, oui ça va être assez simple : quelqu'un qui décède brutalement sur son lieu de travail, je ne vais pas me poser de questions, je vais mettre un obstacle médico-légal. Après, la maladie professionnelle, c'est vrai que, quand on fait un certificat de décès pour une personne en HAD qui était suivie pour un cancer du poumon, je ne vais pas forcément chercher à savoir s'il a eu une exposition professionnelle, vous voyez ? Pour la mort subite inattendue de l'adulte, j'ai l'obstacle médico-légal facile. Ça dépend de l'âge et ça dépend aussi des antécédents. Je ne le fais pas forcément systématiquement. C'est-à-dire que l'adulte de 65 ans, tabagique avec 4 stents, qui continue à fumer, et qui fait une mort subite à l'effort après avoir signalé une douleur thoracique 5 minutes avant de s'effondrer, je ne vais pas forcément mettre d'obstacle médico-légal. Après, une mort subite inopinée chez un adulte pas trop âgé et sans antécédents connus, je vais mettre un obstacle médico-légal.

Des intervenant extérieurs sont-ils susceptibles d'influencer vos choix dans le cadre d'un obstacle médico-légal suspecté ?

Je dirais qu'il y a quelques années, oui. Maintenant, plus vraiment. Après, je n'ai jamais eu le cas d'une famille chez qui j'avais le doute qu'ils puissent avoir intervenu dans le décès, et que je subisse une pression morale ou physique pour ne pas signaler. Cela doit être marginal. Après quand j'étais plus jeune, on subissait pas mal la pression des OPJ pour ne pas mettre d'obstacle médico-légal, quand il n'y avait pas de cause criminelle évidente, parce que c'est un peu la culture à Nancy : à savoir que pour eux, l'obstacle médico-légal, c'est quand il y a un couteau planté entre les deux omoplates. Maintenant, je ne me laisse plus trop influencer : quand je considère qu'il y a un obstacle médico-légal, il y a un obstacle médico-légal. Et puis de toutes façons, si la police ne voit pas pourquoi, eh bien, elle fait avec.

Face à un doute, cherchez vous un avis spécialisé ?

Dans le doute, je vais mettre l'obstacle médico-légal. J'ai pas pour habitude d'interagir avec les légistes, je ne sais même pas comment fonctionne l'astreinte de médecine légale... s'il y en a une ? Je vais d'emblée mettre l'obstacle médico-légal si j'ai un doute. Après, je trouve qu'on se pose trop de questions parfois sur l'obstacle médico-légal. Je ne dis pas qu'il faut le mettre tout le temps, mais quand on a un doute, mettre l'obstacle médico-légal conduit à un transport à l'IML, à une levée de corps sur table, donc je pense que c'est une procédure dont on se prive un peu trop facilement. Je ne connais pas bien les décisions de justice derrière, ni les conséquences pratiques pour la famille.

Rencontrez-vous d'autres difficultés à la rédaction du certificat de décès ?

Oui. Alors, les causes de la mort, c'est toujours un peu difficile quand on n'est pas le médecin traitant ou que l'on n'a pas un tiers qui peut nous donner une histoire détaillée des dernières années. On a souvent des imprécisions pour bien renseigner la partie médicale. Je trouve que c'est un peu récurrent. Si on veut sortir des poncifs « arrêt cardiaque », « fin de vie », enfin, des trucs qui ne veulent rien dire, hé bien ce n'est pas toujours clair. Pour avoir une chronologie précise ou suffisamment intéressante pour renseigner cette partie médicale, je trouve que là, c'est très aléatoire. Il y a des choses qui ne sont également jamais très claires sur l'obligation de mise en bière immédiate, cercueil hermétique, etc. J'ai du lire la liste des pathologies justifiant de ces cas-là, mais dans la pratique, je ne me suis jamais trop posé la question. On n'a pas toujours accès aux antécédents qui justifieraient ces cas-là. Du coup, dans la pratique, je vais mettre la mise en bière immédiate si je vois un corps en mauvais état et qu'il n'y a pas d'obstacle médico-légal. Et sinon les histoires de cercueils hermétiques, je ne sais pas, ça existe encore ça ? Depuis qu'on n'a plus la peste et le charbon, ça sert plus à grand chose dans notre pays, je pense.

Avez-vous des habitudes dans votre pratique d'examen de corps ?

Si je suis dans une structure de soins et que les circonstances sont claires, je peux me contenter d'un examen sommaire. Si c'est du domicile et que les circonstances sont claires, par exemple, fin de vie attendue, prise en charge HAD, avec un contact avec la famille qui me paraît bon et sain, je vais juste rechercher que la personne est bien décédée avec les signes positifs de morts et négatifs de vie. Si c'est une mort à domicile attendue, je vais quand même systématiquement le tourner pour vérifier au niveau du tronc que rien ne me paraisse suspect, et examiner la boîte crânienne. Après, quand on fait du domicile sur quelqu'un qui est retrouvé par la police, sincèrement, si le corps n'est pas en super état, un examen décent n'est pas réalisable. Je vais avoir facilement l'obstacle médico-légal. Parce que je ne suis pas légiste et je n'ai pas la compétence. Quand je fais du domicile, je n'ai pas forcément la combinaison et les bottes en caoutchouc pour pouvoir être derrière, présentable face à un gamin qui a la varicelle. Donc je ne vais pas batailler des heures avec un corps qui est en

mauvais état, ou qui est coincé sur 30 cm entre le mur et les WC. Je vais avoir recourt à un obstacle médico-légal pour qu'un examen de corps soit fait sur une table d'IML avec un éclairage normal.

Avez-vous des remarques ou des suggestions sur la formation ou sur ce sujet en général ?

Je pense qu'à Nancy, on aurait tout intérêt à mieux travailler avec les légistes. Et surtout, à définir clairement les limites de compétences de chacun. Même en étant correctement formé, en gérant des patients, une ligne de garde, des pathologies hivernales avec des épidémies et des visites, je ne suis pas persuadé que l'on puisse se permettre de passer 2h sur une levée de corps pour la faire correctement. Dans la pratique, l'interface n'est pas géniale. Dans la pratique, je ne me sens pas souvent en difficultés, par l'expérience, par la pratique, la force de caractère et la capacité de me détacher des pressions extérieures. Maintenant, quand les choses ne me semblent pas claires, c'est obstacle médico-légal, et puis voilà.

ENTRETIEN MG18

A quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ?

Je dirais un à chaque garde, ou un toutes les 2 gardes. Donc ça fait environ 8 certificats de décès par mois. Cette fréquence est stable. La plupart des certificats de décès sont envoyés par le SAMU parce que la plupart des gens, quand il y a un décès dans la famille, appelle le 15 et non pas SOS médecin.

Dans quelles autres circonstances pouvez-vous être sollicité ?

Il y a les gens qui appellent directement le standard privé de SOS médecin, mais c'est moins fréquent parce que je pense qu'ils sont un peu perdus dans les cas-là, et le premier numéro auquel ils pensent, c'est le 15. Cela nous arrive d'être réquisitionné par la police. C'est arrivé pendant ces trois mois d'été parce qu'ils avaient un déficit de médecins généralistes et un temps d'attente allongé. Du coup, un protocole a été instauré entre SOS médecin et la police, mais ça a été ponctuel.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non, je n'en ai jamais utilisé et je vous avoue que je ne savais pas que ça existait. Sur le plan pratique, je vous avoue que pour nous, c'est plus simple d'utiliser le certificat papier.

Avez-vous connaissance de textes ou de recommandations sur ce sujet ?

Non, pas de façon formelle en tout cas.

D'autres rubriques du certificat de décès vous posent-elles problème lors de leur rédaction ?

La partie « pacemaker » est un peu mal formulée, dans le sens où moi, en tant que médecin, j'enlève le pacemaker. Alors, répondre « port d'une prothèse fonctionnant à l'aide d'une pile », une fois que je l'ai enlevé, je répond « non ». Je ne savais pas qu'il fallait mettre « oui » même si je l'ai enlevé. La partie « diagnostic » n'est pas forcément simple à étayer. On revient souvent sur le problème de marque « arrêt cardio-respiratoire », ce qui n'est pas forcément une cause valable sur un certificat de décès. Le problème, c'est que quand la personne a 90 ans et que l'on n'a pas le diagnostic précis, ce n'est pas simple de donner de façon précise une formulation expliquant le décès. J'ai tendance à facilement mettre « arrêt cardio-respiratoire » chez une personne âgée pour laquelle le diagnostic ne saute pas aux yeux. Pour la partie finale du certificat, les questions sont assez simples. Généralement, je note à laquelle je constate le décès, sauf si l'attente a vraiment été très longue, auquel cas je me réfère à l'équipe soignante ou aux pompiers.

Des indications de la recommandation européenne ci-jointe vous semblent-elles difficiles à mettre en œuvre en pratique ?

« Mort subite d'adulte », tout dépend de l'âge du contexte et des co-morbidités. Si c'est une personne de plus de 65 ans, avec de multiples facteurs cardio-vasculaires, je pense que je n'irai pas mettre un obstacle médico-légal là-dessus s'il n'y a pas de traces de coup par exemple. Chez le sujet jeune, ou sans antécédents, je me poserai plus facilement la question. Je demanderai un obstacle. La suspicion de faute médicale, ce n'est pas facile, ça. Il faut remettre en cause les capacités éventuelles des confrères. Si c'est un sujet jeune, oui, j'aurai tendance à déclencher l'obstacle. Chez un sujet âgé, je n'irai pas forcément chercher la petite bête. « Accidents de travail et de transports », on ne fait pas, c'est le SAMU qui sera déclenché. Pour l'accident domestique, si la personne est seule, sans trace d'effraction, et que la découverte du corps est concordante avec une chute, je ne suis pas sûr de déclencher un obstacle. Enfin, pour les maladies professionnelles, je ne savais pas que c'était une recommandation possible. J'avoue que, si le décès concerne un patient atteint d'un cancer lié à l'amiante ou quelque chose comme ça, je pense que je ne déclencherai pas : ça serait plus une mort naturelle pour moi. Je ne savais pas que la maladie professionnelle pouvait rentrer dans ce cadre-là.

Avez-vous déjà lu le verso du certificat de décès actuel à la recherche d'une information ?

Je l'ai déjà retourné pour la partie supérieure concernant l'obstacle au don du corps, des trucs comme ça. Cela m'avait aidé, j'avais eu la réponse qui m'avait aidé.

Des intervenants extérieurs sont-ils susceptibles d'influencer vos choix en cas de décès pouvant correspondre à un obstacle médico-légal ?

Oui, cela m'est déjà arrivé d'être influencé par des OPJ ou également par le SAMU après discussion pour des choses qui, moi, me semblaient un peu suspectes, alors qu'eux voulaient plutôt cocher une mort naturelle. Alors, le contexte de la mort naturelle pouvait en effet tout à fait être plausible, mais je pense que pour eux, c'était surtout pour éviter une perte de temps en déclenchant un obstacle médico-légal, donc médecin légiste, donc attente sur place. Les OPJ avaient été appelés par le fils de la patiente retrouvée seule à son domicile, et ils étaient arrivés avant nous. Pour eux, il n'y avait rien. Moi, ça me paraissait un peu suspect : j'ai coché un obstacle. Ils ont du attendre que le médecin légiste vienne, et je les ai sentis pas très contents du fait que je pose un obstacle, quoi. C'était plus une pression morale, qui n'est pas forcément facile à prendre en charge pour un jeune médecin qui débute. Sinon, les conditions difficiles, c'est quand on arrive dans un endroit insalubre pour examiner le corps dans de bonnes conditions.

Recherchez-vous un avis spécialisé en cas de difficultés ?

Si je suis en difficultés, je mettrai un obstacle : je préfère me couvrir. Les astreintes de légistes, je ne sais pas

trop comment ça marche sur Nancy. Il me semble qu'ils sont déclenchés par la police, donc moi, quand j'ai une suspicion, j'appelle la police directement.

Avez-vous des pratiques habituelles concernant l'examen de corps ?

L'examen sommaire, c'est les fonctions vitales que je vérifie, notamment pour les gens en fin de vie ou en soins palliatifs, lorsque le décès est attendu par la famille. L'examen est sommaire. Je vérifie s'il y a un pacemaker et les papiers sont généralement vite faits. Maintenant, pour ce qui est une situation soudaine, je fais toujours sortir la famille. Je reste seul sur le lieu du décès, j'analyse ce qui est autour de moi, sans toucher le corps, et après seulement je vérifie l'état du corps, sa position, l'état de la peau, la recherche de traces de plaies, ou d'enfoncement, de saignements extériorisés, et puis après, ce qui est de la durée de décès par rapport aux signes de mort, je ne suis pas un expert là-dedans. Donc je ne suis pas capable de donner précisément un horaire de mort. Je préfère rester seul dans la situation, analyser le contexte extérieur avant de me pencher sur le corps. Généralement, j'ai quand même tendance à déshabiller assez facilement pour voir.

Votre attitude est similaire en EHPAD ?

En EHPAD, généralement, je fais plutôt confiance au personnel médical, ce qui n'est pas forcément une chose [hésitation]... enfin, ils connaissent quand même mieux les patients que nous. Généralement, c'est un examen des fonctions vitales principales : retirer le pacemaker, retirer les éventuelles perfusions , et puis voilà.

La déclaration d'un obstacle médico-légal vous semble-elle un acte aisé, ou une cascade administrativo-judiciaire difficile à contrôler ?

Pour nous, une fois que la décision de pose d'un obstacle médico-légal est prise, c'est facile. Enfin, c'est facile sur le point de vue de la démarche : on appelle la police, on attend qu'ils arrivent, nous, on repart ensuite, ils attendent les légistes. Nous, notre travail : on fait le certificat, on a marqué obstacle, ça, c'est simple. Après, le plus difficile, c'est de cocher cette case justement, parce que la famille sur place va devoir attendre également, ça va demander plus de temps.

Avez-vous des remarques ou des suggestions sur la formation ou la pratique de la pose d'un obstacle médico-légal par le médecin généraliste ?

Moi, je ne me souviens pas trop du cours sur les délais par rapport au corps. C'est vrai qu'on n'est pas des légistes. Dans le contexte de ma profession, je trouve que ce serait utile, car avant, c'était SOS qui faisait les levées de corps. Cela a été changé depuis quelques années. Je trouve que, vu qu'on en fait quand même pas mal, une formation par des légistes serait utile pour vraiment savoir appréhender un corps, savoir que chercher précisément. Si on a eu des formations là-dessus, j'ai du les oublier.

ENTRETIEN MG19

À quelle fréquence rédigez-vous des certificats de décès ?

On en a au moins un par garde, au moins. Il faut compter au moins un par garde minimum.

Avez-vous déjà utilisé un certificat de décès électronique ?

Non, jamais. Vous savez comment c'est, quand on a des habitudes, on n'a pas forcément envie de les changer.

Dans quelles circonstances intervenez-vous pour la rédaction d'un certificat de décès ?

SAMU : pour un certificat de décès quand une famille appelle le 15, parce qu'ils n'ont que le 15 comme recours. Dans le bas du département, il y a des gens qui appellent directement SOS médecin. Donc, des familles. Et il y a les maisons de retraites qui nous appellent, ainsi que les hospitalisations à domicile. Soit ça passe par le 15, soit ça passe par médigarde, soit ça passe directement par notre plate-forme téléphonique. Pour la police, il y a eu récemment un papier dans le journal de la part de la police, via un de ses syndicats, sur le fait que SOS médecin ne se déplaçait plus sur les certificats de décès, parce qu'ils n'étaient pas payés. Quand la police nous réquisitionne, on intervient. Mais quand la police découvre un cadavre ou un décès par mort violente ou suspecte, on y intervient plus. C'est le légiste qui se déplace. Mais les réquisitions pour les gardés à vue par exemple, si on fait. Mais des réquisitions pour les certificats de décès, on ne fait plus.

Certaines rubriques vous posent-elles des problèmes lors de la rédaction du certificat de décès ?

Oui, c'est toujours difficile, quand on n'est pas le médecin traitant et que la personne est décédée en maison de retraite, de savoir la cause de la mort, quand le dossier est incomplet. C'est là où c'est un peu plus problématique. L'heure est toujours délicate à préciser, on fait en fonction de nos connaissances. La raideur de la mâchoire, la raideur de l'ensemble du corps, etc. Quand la famille nous dit « Il est mort il y a 2 heures », c'est pas un souci, mais quand on retrouve un corps en décomposition, c'est difficile de dire. Si jamais on devait nous reformer, c'est sûrement sur les cases « Oui/Non » de la partie du haut, où on est souvent amené à regarder derrière.

Les informations du verso du certificat vous semblent-elles claires et utiles ?

On trouve les informations. Quand on est novice dans la rédaction du certificat de décès, ça peut nous paraître fastidieux. Mais quand on a l'habitude de le rédiger, ça va tout vite. Mais c'est ça, le problème : on est habitué à la version papier, et pour revenir sur le certificat électronique, si on s'y met, on va trouver ça fastidieux. Après, c'est comme tout, il faut s'y faire.

Suivez-vous les recommandations professionnelles françaises ou la recommandation européenne en termes d'indication à un obstacle médico-légal à SOS médecin ?

On est plus sur la version européenne. Et ça ne plaît pas du tout à la police. Eux, ils ont une vision où, à partir du moment où la personne est décédée devant une autre personne, et même si elle est jeune et qu'une réanimation cardio-respiratoire a été pratiquée, ils ne comprennent pas pourquoi on met obstacle médico-légal. Ça, c'est un gros problème chez nous. Moi je leur réponds : « Écoutez, je suis docteur en médecine, la rédaction de ce certificat m'incombe, je suis responsable de cette rédaction. Que ça vous plaise ou pas, ce n'est pas mon problème, c'est le vôtre ». Et après je leur dis : « Il y a des recommandations, vous avez votre façon de voir les choses, mais moi j'applique les recommandations ».

Avez-vous déjà subi une forme de pression lors de la rédaction d'un certificat ?

Oui, oui, oui. La police fait pression. Quand c'est des jeunes, la police fait pression. Parce que c'est sûr que ça les fait travailler. J'ai rien contre les fonctionnaires, mais à un moment donné, quand il faut mener une enquête, ils disent : « Vous vous rendez compte, de toute la démarche derrière », et ça leur pose problème. Si le problème est uniquement administratif, à la limite, moi je me couvre.

Les indications de la recommandation européenne vous semblent-elles difficiles à respecter en pratique ?

La maladie professionnelle, c'est inapplicable. Moi, j'avoue que je ne pourrai pas l'appliquer. La faute médicale, ça arrive d'y penser. Je vais vous raconter un cas d'une patiente qui avait appelé son médecin le matin pour une douleur thoracique, et qui l'avait traitée pour une petite bronchite. Je suis venu constater le décès, en soirée, de la dame, qui était à quatre pattes au pied de sa table basse ; elle avait probablement fait un infarctus. J'ai expliqué à la famille qu'elle avait fait un problème cardiaque, mais je n'ai pas marqué, je n'aurai jamais marqué erreur médicale. Du point de vue de la confraternité, c'est délicat de signer une faute médicale sur le certificat de décès. On n'est pas à l'abri d'une erreur médicale.

En cas de doute ou de situation compliquée, avez-vous recours à un avis spécialisé ?

Non, je mettrai un obstacle si j'ai un doute. Si j'ai besoin d'un avis, j'appelle mes collègues de SOS. De toutes façons, les légistes sur Nancy, bon voilà, on ne va pas polémiquer, mais ils sont injoignables. C'est difficile. Je n'essaie même pas.

L'examen de corps est-il identique en EHPAD, en HAD, à domicile ?

J'aime bien examiner le corps. J'aime bien être sûr de l'absence de trace de chutes, de coups, de bleus, qui pourraient m'évoquer un problème, pour ma part en tout cas. Après je ne sais pas comment font mes collègues.

Une procédure existe-t-elle à SOS médecins pour vos confrères dans une situation relevant de l'obstacle médico-légal ?

Quand on forme les jeunes, on leur explique la rédaction du certificat de décès. On leur montre sur quoi il ne faut pas passer, mais après il n'y a pas vraiment de formation. Mais dans les cas-là, on leur présente quand-même plutôt les recommandations européennes. Sinon, entre collègues, on se fait circuler pas mal de recommandations. Je pense que celle-ci en a fait partie.

Avez-vous des suggestions ou des attentes vis à vis des situations ?

Oui, bien clarifier une ligne directrice sur le certificat de décès, pour savoir s'il y a un obstacle médico-légal ou pas. Les jeunes ne sont pas assez formés sur la rédaction du certificat de décès. On m'a appris à remplir un bon de transport, mais jamais un certificat de décès. On peut remplir rapidement un bon de transport : les ambulanciers sauront toujours vous trouver pour vous le faire corriger. Mais un certificat de décès, une fois qu'il est parti, il est parti. Pour la formation, je pense qu'il faut y consacrer un peu plus de temps et ne pas apprendre la rédaction du certificat de décès sur le terrain. Pour la famille, c'est très pénible de savoir que le certificat de décès a été mal fait.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le certificat de décès, nécessaire aux opérations funéraires, doit impérativement être rédigé par un docteur en médecine, engageant sa responsabilité. Celui-ci doit signaler, dans certaines circonstances, la présence d'un obstacle médico-légal aux autorités judiciaires. Une enquête qualitative a été menée auprès de 19 médecins généralistes de la région Lorraine pour connaître leurs difficultés dans les situations de certification de décès relevant d'un obstacle médico-légal, et leurs attentes pour améliorer cette procédure. Les médecins interrogés caractérisent la certification de décès comme étant devenue un acte rare, fréquemment source de difficultés s'il s'agit d'un patient inconnu lors d'une garde. L'établissement d'une cause de décès et de son processus morbide, la datation, ou la pose d'un obstacle médico-légal sont fréquemment cités comme étant problématiques. La recommandation européenne listant les indications d'autopsies médico-légales est largement méconnue de la part des praticiens. Parmi elles, la faute médicale, le suicide, la maladie professionnelle, et la mort inattendue de l'adulte ne font pas consensus quant à leur applicabilité. Des difficultés relationnelles avec l'autorité policière sont soulevées, et une meilleure communication est attendue envers les médecins légistes, les autorités de police ou de gendarmerie, et le parquet. Enfin, la certification électronique des décès est inutilisée, et semble actuellement inadaptée à la pratique de la médecine libérale ambulatoire. Les médecins généralistes semblent en attente d'une meilleure formation et d'une simplification de l'actuel certificat de décès, dont certains items sont jugés flous, ambigus ou obsolètes. Ils souhaitent y voir intégrer la recommandation européenne, afin de se justifier lors de pressions exercées de la part des autorités policières. Un lien téléphonique avec un institut médico-légal en cas de difficultés pourrait être discuté.

TITRE EN ANGLAIS

Analysis of encountered problems in certifying death in case of forensic obstacle. Qualitative study with 19 general practitioners in the French region of Lorraine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : certificat de décès ; mort inattendue de l'adulte ; obstacle médico-légal ; recommandation européenne n°R(99) 3 ; suicide

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex