

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 29 mai 2024 relatif aux deux modèles du certificat de décès

NOR : TSSP2413386A

La ministre du travail, de la santé et des solidarités,

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 à R. 2213-1-4,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Il est institué à compter du 1^{er} janvier 2025 deux nouveaux modèles de certificat de décès. Le premier concerne les décès infantiles jusqu'à trois cent soixante-quatre jours de vie (mort-nés exclus). Le second concerne les décès à partir de trois cent soixante-cinq jours.

Art. 2. – Les deux modèles de certificat de décès utilisés par le professionnel de santé pour attester la réalité et la constance du décès doivent être conformes aux modèles figurant en annexes I et II du présent arrêté. Ils comprennent un volet administratif (partie haute et publique) commun aux deux modèles et un volet médical (partie basse confidentielle et non identifiante) propre à chacun des deux certificats.

Ces deux modèles sont disponibles :

1° Sur support électronique :

- sur le site internet dédié de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale à l'adresse suivante : <https://certdc.inserm.fr> ;
- sur l'application mobile CertDc disponible sur les stores Android et Apple ;
- sur le site internet d'une personne morale de droit public ou privé ayant conclu une convention avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale l'y autorisant ;

2° Sur support papier auprès des agences régionales de santé.

Art. 3. – Le volet administratif est rempli conformément aux instructions qui figurent sur les sites internet et l'application mobile mentionnés à l'article 2 du présent arrêté pour le support électronique et au verso du certificat de décès pour le support papier.

Le volet administratif établi sur support électronique est mis à disposition des destinataires mentionnés au II de l'article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales via une transmission électronique sécurisée. Lorsque pour des raisons techniques le volet administratif du certificat de décès ne peut pas être transmis électroniquement à la mairie, celui-ci est établi et transmis conformément à l'article R. 2213-1-4 du même code.

Art. 4. – Le volet médical et le volet médical du certificat de décès infantile sont établis par le professionnel de santé ayant constaté le décès, même dans les cas où une recherche des causes du décès est demandée et sont remplis conformément au guide d'utilisation qui figure sur les sites internet et sur l'application mobile mentionnés à l'article 2 du présent arrêté pour le support électronique ou qui est joint à chaque certificat pour le support papier.

Art. 5. – Le volet médical complémentaire mentionné à l'article R. 2213-1-1 du code général des collectivités territoriales est établi par le médecin ayant procédé à la recherche médicale ou scientifique des causes du décès ou à l'autopsie judiciaire.

Le modèle de volet médical complémentaire spécifique aux décès infantiles jusqu'à trois cent soixante-quatre jours de vie et le modèle de volet médical complémentaire spécifique aux décès à partir du trois cent soixante-cinquième jour sont conformes aux deux modèles figurant en annexes III et IV du présent arrêté. Ils sont disponibles uniquement sur support électronique auprès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Art. 6. – Pour les deux modèles de certificats de décès sur support papier, les caractéristiques techniques auxquelles ils doivent se conformer figurent aux annexes V et VI.

Pour les deux modèles de certificats de décès sur support électronique, les caractéristiques techniques auxquelles ils doivent se conformer figurent à l'annexe VII.

Art. 7. – L'arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux modèles de certificat de décès est abrogé à compter du 1^{er} juillet 2024.

Art. 8. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 29 mai 2024.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
G. EMERY

ANNEXES

ANNEXE 1. – Modèle de certificat de décès général quel que soit le support

ANNEXE 2. – Modèle de certificat de décès infantile quel que soit le support

ANNEXE 3. – Modèle de volet médical complémentaire au certificat de décès général suite à recherche de la cause du décès

ANNEXE 4. – Modèle de volet médical complémentaire au certificat infantile suite à recherche de la cause du décès

ANNEXE 5. – Caractéristiques techniques du certificat de décès général sur support papier

ANNEXE 6. – Caractéristiques techniques du certificat de décès infantile sur support papier

ANNEXE 7. – Caractéristiques techniques des certificats de décès sur support électronique

ANNEXE 1

MODÈLE DE CERTIFICAT DE DÉCÈS GÉNÉRAL QUEL QUE SOIT LE SUPPORT

DÉPARTEMENT : [] [] [] CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du XXXX 2024

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le professionnel de santé ayant constaté le décès

Form administrative for death certificate with fields for personal information, civil status, funeral information, and signature.

Volet original à détacher et à conserver dans la mairie du lieu de décès

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le professionnel de santé ayant constaté le décès - Renseignements confidentiels et anonymes

Medical section of the death certificate with multiple sub-sections: Informations relatives au défunt, Causes du décès (Partie I and II), Informations complémentaires, and En cas de mort violente.

Ce volet n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (cf article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales).

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

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS – VOLET ADMINISTRATIF

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

Par ailleurs :

- Elle est réalisée, notamment en cas d'infection transmissible, dans le respect des conditions propres à éviter tout risque de contamination des personnes ou de l'environnement, et, le cas échéant, dans des salles d'autopsies dédiées.
- En cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob suspectée, le délai de transport du corps avant mise en bière est porté à 72 h pour rechercher la cause de décès.
- En cas de mort inattendue du nourisson (MIN) jusqu'à 2 ans, elle est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence le plus proche (art. R. 2213-14 et -19 du Code général des collectivités territoriales, art. L.1211-2, -4 et -8, L. 1232-1 et -2 du Code de la santé publique, arrêté « listes des infections transmissibles », art. R. 4421-1 du Code du travail, arrêté « mesures techniques de prévention et de confinement » en cas de risque sanitaire).
- 4. – **Prothèse** : En cas de présence identifiée d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, devant faire l'objet d'une explantation, sur le défunt, si le médecin n'a pas attesté (au recto du certificat de décès) de sa récupération effective, c'est au thanatopracteur d'en attester avant la mise en bière (art. R. 2213-15 du CGCT).
- 5. – **Opérations funéraires imposées / interdites en cas d'infections transmissibles**

Infections transmissibles ou état du corps ▼	Obligations / interdictions associées (en cas d'OML, toutes les opérations funéraires sont suspendues)				
	Soins de conservation (a)	Don du corps (b)	Mise en bière obligatoire et spécifique (c)	Délais de mise en bière	Transport avant mise en bière
Liste A : orthopoxviroses ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil hermétique et sa fermeture	• dans les plus brefs délais (décès au domicile)	interdit
Liste B : rage ; tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté du xx xxxx xxxx) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la santé publique (http://www.hcsp.fr)	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	• avant la sortie de l'établissement (décès en hôpital ou clinique)	interdit
Liste C : maladie de Creutzfeldt-Jakob ; tout état infectieux grave	interdits	interdit	non	régle commune : délais non spécifiques	autorisé dans un délai max. de 48 h (d)
Liste E : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	autorisés	interdit	non		autorisé dans un délai max. de 48 h

(a) Les soins sont effectués uniquement à la demande de la famille, par un personnel diplômé / (b) Le corps de donateur doit être demandé / (c) Elle peut aussi être dictée par le maître en cas d'urgence (R. 2213-16 du CGCT) / (d) 72 h pour recherche de la cause de décès en cas de suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob (cf. articles R. 2213-2-1 à R. 2213-30 du Code général des collectivités territoriales, et arrêté du xx xxxx xxxx fixant les listes des infections transmissibles)

Volet à conserver clos, à attacher selon les pointilles et à joindre au bulletin d'état civil correspondant (bulletin 7 de décès), au moment de l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS – VOLET MÉDICAL

Commune d'enregistrement du décès

N° de l'acte du _____ (à renseigner par la mairie)

N° d'ordre du _____

N° du _____ département _____

Document confidentiel

Ne peut être ouvert que sous la responsabilité d'un médecin de l'Agence régionale de santé (ARS)

ANNEXE 2

MODÈLE DE CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE QUEL QUE SOIT LE SUPPORT

Guide d'utilisation du certificat de décès infantile

Ce certificat est à remplir pour **tous les décès d'enfants nés vivants et viables, et décédés entre la naissance et 364 jours révolus**.

La viabilité est définie par un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée **ou** un poids de naissance d'au moins 500 grammes, et ne tient pas compte de l'existence ou non de malformations.

Il n'est pas à remplir pour les enfants mort-nés (enfant n'ayant présenté aucun signe de vie, même si une réanimation a été mise en œuvre (les gasps ne sont pas considérés comme des signes de vie).

Le certificat de décès comporte deux volets :

- **un volet administratif** (nominatif) ;
- **un volet médical** (anonyme et confidentiel). La présentation de la partie médicale du certificat suit les principales recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Dans ce volet, il vous est demandé de décrire les caractéristiques de l'enfant, des parents, de l'accouchement ainsi que l'enchaînement causal ayant conduit au décès.

Lorsqu'une recherche médicale ou médico-légale des causes du décès a été effectuée, un **volet médical complémentaire** sera établi par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes du décès. Pour autant, il est souhaitable qu'un volet médical soit rempli par vos soins sur la base de votre propre diagnostic.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE VOLET MÉDICAL

Informations relatives à l'enfant, à l'accouchement et aux parents**Informations anonymes relatives à l'enfant**

Poids de naissance : indiquez le poids en gramme.

Age gestationnel : indiquez la durée en semaines d'aménorrhée en prenant la meilleure estimation connue (échographie du 1^{er} trimestre de la grossesse, date des dernières règles...). Cette durée sera exprimée en semaines révolues ; par exemple, 38 semaines et 5 jours = 38 semaines révolues.

Ces informations sont essentielles pour traiter les causes médicales de décès avec précision.

Informations anonymes relatives à l'accouchement

Mode d'accouchement : on entend par « extraction instrumentale par voie basse », l'utilisation de forceps, de ventouse ou de spatules. Les manœuvres comme l'extraction du siège non instrumentale est à coder « voie basse non instrumentale ».

Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance : hospitalisation avant le retour à domicile, dans un service de néonatalogie, pédiatrie, chirurgie ou réanimation, dans les heures ou les jours qui ont suivi la naissance (y compris à la maternité).

Informations anonymes relatives à la mère

Nombre total d'accouchements : comptez tous les accouchements survenus à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou concernant des enfants pesants au moins 500 g. En cas d'accouchement gémellaire ou multiple, comptez un seul accouchement.

Causes du décès

La présentation des causes médicales de décès des jeunes enfants est désormais, conformément aux nouvelles recommandations de l'OMS, semblable à ce qui est demandé pour les individus de plus de 365 jours.

PARTIE 1 :

Cette partie doit contenir l'enchaînement des événements morbides ayant conduit à la mort en partant de la cause immédiate (en ligne *a*) jusqu'à la cause initiale du décès en dernière ligne.

La cause immédiate est la maladie terminale, traumatisme ou complication ayant directement entraîné la mort.

La cause initiale correspond à la maladie ou traumatisme à l'origine de la séquence des événements morbides ayant entraîné la mort. La ligne la plus basse mentionne cette cause initiale qui débute l'enchaînement des causes intermédiaires jusqu'à la cause immédiate en ligne *a*.

Dans cette partie, il est demandé d'écrire une seule cause par ligne. Cette partie doit toujours être remplie, même en cas d'obstacle médico-légal. En cas de doute, il est demandé au professionnel de santé certificateur de mentionner l'enchaînement des causes qui paraît le plus probable.

Pour chaque cause, indiquez en bout de ligne l'intervalle de temps entre la cause et le décès.

PARTIE 2 :

Dans cette partie, les causes à indiquer correspondent à des comorbidités, facteurs de risques, état physiologiques, pathologies liés à la grossesse, à l'accouchement ou à la mère ayant contribué au décès mais

non impliqués directement dans l'enchaînement des événements décrits en partie 1. Des causes fœtales ou obstétricales peuvent être mentionnées dans cette partie si elles n'ont pas été mentionnées dans la précédente.

Cette partie peut éventuellement contenir plusieurs pathologies. Les intervalles de temps peuvent également être utilisés.

Exemples

	Intervalle
I a)	Insuffisance respiratoire 1 jour
b)	Hémorragie pulmonaire 1 jour
c)	Persistance du canal artériel 5 jours
d)	
II	Prématurité, RCIU

	Intervalle
I a)	Choc cardiogénique 2 heures
b)	Hypoplasie du cœur gauche 2 jours
c)	
d)	
II	

	Intervalle
I a)	Anémie 2 jours
b)	Syndrome transfuseur - transfusé 2 jours
c)	
d)	
II	Grossesse gémellaire

	Intervalle
I a)	Sepsis 2 jours
b)	Entérocolite ulcéro-nécrosante 5 jours
c)	
d)	
II	Pré-éclampsie maternelle, prématurité, RCIU sévère

	Intervalle
I a)	Mort inattendue du nourrisson
b)	
c)	
d)	
II	

	Intervalle
I a)	Traumatisme crânien 2 jours
b)	Défénéstration 2 jours
c)	
d)	
II	

Informations complémentaires

Lieu de décès : cochez « domicile » si l'enfant est décédé dans tout domicile privé, celui de ses parents ou celui d'autres personnes.

Mort inattendue du nourrisson (MIN) : indiquez ici s'il s'agit d'un décès non traumatique du nourrisson avec mode de survenue brutal et inattendu.

En cas de mort inattendue du nourrisson, une **recherche de la cause du décès** est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence MIN le plus proche. Indiquez « oui, recherche médicale » si une recherche a été demandée ou est en cours de demande (obtention du consentement des parents en cours).

Circonstances apparentes du décès : indiquez ici les circonstances apparentes du décès mêmes si les circonstances réelles du décès ne pourront être établies et/ou vérifiées qu'à l'occasion d'une recherche de la cause de décès (prélèvement, examen, autopsie médicale) ou d'une instruction médico-légale.

DÉPARTEMENT [] [] [] CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE conforme à l'arrêté du XXXX 2024
À remplir pour les décès intervenus entre J0 et J364 si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée OU pesait au moins 500 grammes à la naissance

CERTIFICAT VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le professionnel de santé ayant constaté le décès
Le nom du professionnel de santé doit être lisible, en majuscules
Je soussigné(e) M. _____, professionnel de santé, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant.
Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h. _____
À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h. _____
INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL
COMMUNE DE DÉCÈS : _____
Code postal [] [] [] [] []
NOM : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____/_____/_____ Sexe : M F
Domicile : _____
INFORMATIONS FUNÉRAIRES
Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : oui non
Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.
Obligation de mise en bière immédiate dans les plus brefs délais (voir au verso 5) :
- dans un cercueil hermétique : oui non
- dans un cercueil simple : oui non
Obligation de mise en bière avant transport du corps (voir au verso 5) oui non
Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : oui non
Recherche de la cause du décès demandée (ou demandée en cours) : oui non
prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3)
Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explantation (voir au verso 4) oui non
Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : oui non
SIGNATURE À _____ le _____ et cachet obligatoire du professionnel de santé

Volet original à détacher et à conserver dans la mairie du lieu de décès

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le professionnel de santé ayant constaté le décès - Renseignements confidentiels et anonymes* (instructions en annexe)
INFORMATIONS RELATIVES À L'ENFANT
Commune de décès : _____ Code postal : _____
Date de décès : date réelle OU constatée
Sexe : masculin féminin indéterminé
Commune de domicile : _____ Code postal : _____
Date et heure de naissance* : _____ à _____ h. _____
CAUSES DU DÉCÈS (*Lire les instructions de remplissage en annexe)
PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès. Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...)
Intervalle entre le début du processus morbide et le décès
En heures, jours ou mois
a)
due à ou consécutive à : b)
due à ou consécutive à : c)
due à ou consécutive à : d)
PARTIE II La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale
Autres états morbides, causes obstétricales, causes maternelles ou états physiologiques ayant contribué au décès mais non mentionnés en partie I
INFORMATIONS RELATIVES À LA NAISSANCE ET À L'ACCOUCHEMENT
Poids de naissance en grammes : [] [] [] [] []
Début du travail : Spontané Déclenché Césarienne avant travail
Année de naissance : [] [] [] []
Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : [] []
Mode d'accouchement* :
 Voie basse non instrumentale
 Extraction instrumentale par voie basse
 Césarienne
Nombre total de grossesses, y compris grossesse pour cet enfant : [] []
Lieu d'accouchement :
 Maison de naissance Domicile
 Établissement de santé Autre
Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant* [] []
Naissance : unique gémellaire triple quadruple quintuple ou plus
Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple : [] []
Présentation : Sommet Siège
 Autre céphalique Autre
Apgar à 1 minute : [] []
Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance* : oui non
Apgar à 5 minutes : [] []
La mère vit-elle en couple ? oui non
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point - *Lire les instructions de remplissage en annexe)
LIEU DU DÉCÈS Établissement de santé public Domicile (du défunt ou autre)
 Établissement de santé privé
 Maison de naissance Voie publique
 Autre lieu ou indéterminé
RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS
Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ?
 Oui, recherche médicale Oui, recherche médico-légale Non
MORT INATTENDU DU NOURRISSON S'agit-il d'un décès brutal et inattendu*?
 oui non ne sait pas
SIGNATURE
Nom lisible et cachet obligatoire du professionnel de santé
Le décès est-il consécutif à une limitation ou à un Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) ? oui non
CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS
 Mort naturelle Faits de guerre
 Accident Complications de soins médicaux, chirurgicaux
 Atteinte volontaire à la vie de l'enfant
 Investigations en cours Indéterminées
Ce volet n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (cf article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales)
Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante https://cer.tdc.inserm.fr

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE – VOLET ADMINISTRATIF

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

Par ailleurs :

- Elle est réalisée, notamment en cas d'infection transmissible, dans le respect des conditions propres à éviter tout risque de contamination des personnes ou de l'environnement, et, le cas échéant, dans des salles d'autopsies dédiées.
- En cas de maladie de Creutzfeld-Jakob suspectée, le délai de transport du corps avant mise en bière est porté à 72 h pour rechercher la cause de décès.
- En cas de mort inattendue du nourrisson (MIN) jusqu'à 2 ans, elle est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence le plus proche (art. R. 2213-14 et -19 du Code général des collectivités territoriales, art. L.1211-2, -4 et -8, L. 1232-1 et -2 du Code de la santé publique, arrêté « listes des infections transmissibles », art. R. 4421-1 du Code du travail, arrêté « mesures techniques de prévention et de confinement » en cas de risque sanitaire).
- 4. – **Prothèse** : En cas de présence identifiée d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, devant faire l'objet d'une explantation, sur le défunt, si le médecin n'a pas attesté (au recto du certificat de décès) de sa récupération effective, c'est au thanatopracteur d'en attester avant la mise en bière (art. R. 2213-15 du CGCT).
- 5. – **Opérations funéraires imposées / interdites en cas d'infections transmissibles**

Infections transmissibles ou état du corps ▼	► Obligations / interdictions associées (en cas d'OML, toutes les opérations funéraires sont suspendues)				
	Soins de conservation (a)	Den du corps (b)	Mise en bière obligatoire et spécifique (c)	Délais de mise en bière	Transport avant mise en bière
Liste A : orthopoxviroses ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil hermétique et sa fermeture	* dans les plus brefs délais (décès au domicile)	interdit
Liste B : rage ; tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté du XXXX 2024) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la santé publique (http://www.hcsp.fr)	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	* avant la sortie de l'établissement (décès en hôpital ou clinique)	interdit
Liste C : maladie de Creutzfeldt-Jakob ; tout état infectieux grave	interdits	interdit	non	régle commune : délais non spécifiques	autorisé dans un délai max. de 48 h (a)
Liste E : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	autorisés	interdit	non		autorisé dans un délai max. de 48 h

(a) Les soins sont effectués uniquement à la demande de la famille, par un personnel diplômé / (b) La carte de domicile doit être démontée / (c) Elle peut aussi être dévêtue par le maître en cas d'urgence (R. 2213-18 du CGCT) / (d) 72 h pour recherche de la cause de décès en cas de suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob / (e) articles R. 2213-2-1 à R. 2213-30 du Code général des collectivités territoriales, et arrêté du XXXXX 2024 fixant les listes des infections transmissibles

Document confidentiel

Ne peut être ouvert que sous la responsabilité
du médecin de l'Agence régionale de santé (ARS)

N° d'ordre du décès

N° de l'acte du décès

(à renseigner par la mairie)

Commune d'enregistrement du décès

département

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL – VOLET MÉDICAL

(bulletin 7 de décès), au moment de l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé

Volet à conserver clos, à détacher selon les pointillés et à joindre au bulletin d'Etat civil correspondant

ANNEXE 3

MODÈLE DE VOLET MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE AU CERTIFICAT DE DÉCÈS GÉNÉRAL
SUITE À RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS

VOLET MEDICAL COMPLEMENTAIRE suite à recherche des causes du décès			
A remplir par le médecin ayant effectué la recherche (médicale ou médico-légale) - Renseignements confidentiels et anonymes			
● INFORMATIONS RELATIVES AU DEFUNT			
Commune de décès :	Code postal :	Date du décès (<input type="checkbox"/> date réelle <input type="checkbox"/> constaté) :	Sexe :
-----	-----	-- / -- / --	<input type="checkbox"/> masculin
Commune de domicile :	Code postal :	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> féminin
-----	-----	-- / -- / --	<input type="checkbox"/> indéterminé
● CAUSES DU DECES			
PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.		Intervalle entre le début du processus morbide et le décès	
<i>Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).</i>		<i>En heures, jours, mois ou ans</i>	
a) _____	_____	_____	_____
due ou consécutive à :	b) _____	_____	_____
due ou consécutive à :	c) _____	_____	_____
due ou consécutive à :	d) _____	_____	_____
<i>La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale</i>			
PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I			

● INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)			
LIEU DU DECES		GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ?	
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Etablissement de santé public	<input type="checkbox"/> non, pas au cours de l'année précédant le décès	
<input type="checkbox"/> EHPAD, maison de retraite	<input type="checkbox"/> Etablissement de santé privé	<input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins	
<input type="checkbox"/> Voie publique	<input type="checkbox"/> Etablissement pénitentiaire	<input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'1 an	
	<input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé	<input type="checkbox"/> oui, au moment du décès	<input type="checkbox"/> ne sait pas
MORT SUBITE		La grossesse a-t-elle contribué au décès ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
S'agit-il d'un décès brutal et inattendu, évocateur de mort subite * ?			
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> non			
* décès non traumatique (adulte, enfant, nourrisson) avec mode de survenue brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au stade terminal)			
CIRCONSTANCES DU DECES		ACTIVITE PROFESSIONNELLE	
<input type="checkbox"/> Mort naturelle	<input type="checkbox"/> Faits de guerre	Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle * ?	
<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Complication de soins médicaux chirurgicaux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
<input type="checkbox"/> Suicide	<input type="checkbox"/> Investigations en cours	* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc...	
<input type="checkbox"/> Atteinte volontaire à la vie d'autrui	<input type="checkbox"/> Indéterminées	RECHERCHE DE LA CAUSE DU DECES	
		Une recherche de la cause du décès avait-elle été demandée ?	
		<input type="checkbox"/> Oui, recherche médicale <input type="checkbox"/> Oui, recherche médico-légale <input type="checkbox"/> Non	
EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle)		● SIGNATURE - Nom <u>lisible</u> et cachet obligatoire du médecin	
Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur :			
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Lieu de sport		
<input type="checkbox"/> Commerce	<input type="checkbox"/> Local industriel, chantier		
<input type="checkbox"/> Établissement accueillant du public	<input type="checkbox"/> Exploitation agricole		
<input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé			
<i>Ce volet n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (cf. art L2223-42 du code général des collectivités territoriales). Disponible uniquement en format électronique sur l'application CertDc : https://certdc.inserm.fr</i>			

ANNEXE 4

**MODÈLE DE VOLET MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE AU CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE
SUITE À RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS**

*A remplir pour les **décès infantiles entre la naissance et 364 jours révolus***

si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée OU pesait au moins 500 grammes à la naissance

VOLET MEDICAL COMPLEMENTAIRE suite à recherche des causes du DECES INFANTILE			
A remplir par le médecin ayant effectué la recherche (médicale ou médico-légale) - Renseignements confidentiels et anonymes			
● INFORMATIONS RELATIVES A L'ENFANT			
Commune de décès :	Code postal :	Date et heure de décès (<input type="checkbox"/> date réelle <input type="checkbox"/> constaté) :	Sexe :
_____	_____	__ / __ / __ à __ : __	<input type="checkbox"/> masculin
Commune de domicile :	Code postal :	Date et heure de naissance :	<input type="checkbox"/> féminin
_____	_____	__ / __ / __ à __ : __	<input type="checkbox"/> indéterminé
● CAUSES DU DECES			
PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.		Intervalle entre le début du processus morbide et le décès	
<i>Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).</i>		<i>En heures, jours, mois ou ans</i>	
a) _____	_____	_____	
due ou consécutive à :	b) _____	_____	
due ou consécutive à :	c) _____	_____	
due ou consécutive à :	d) _____	_____	
<i>La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale</i>			
PARTIE II : Autres états morbides, Autres états morbides, causes obstétricales, causes maternelles ou états physiologiques ayant contribué au décès mais non mentionnés en partie 1		_____	
● INFORMATIONS RELATIVES A LA NAISSANCE ET A L'ACCOUCHEMENT			
Poids de naissance en grammes : [][][][]	Début du travail : <input type="checkbox"/> Spontané <input type="checkbox"/> Déclenché <input type="checkbox"/> Césarienne avant travail	● INFORMATIONS RELATIVES A LA MERE	
Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : [][]	Mode d'accouchement* : <input type="checkbox"/> Voie basse non instrumentale <input type="checkbox"/> Extraction instrumentale par voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne	Année de naissance : [][][][]	
Lieu d'accouchement : <input type="checkbox"/> Maison de naissance <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Établissement de santé <input type="checkbox"/> Autre	Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple : [][]	Nombre total de grossesses, y compris grossesse pour cet enfant : [][]	
Naissance : <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> gémellaire <input type="checkbox"/> triple <input type="checkbox"/> quadruple <input type="checkbox"/> quintuple ou plus	Apgar à 1 minute : [][]	Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant* [][]	
Présentation : <input type="checkbox"/> Sommet <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre céphalique <input type="checkbox"/> Autre	Apgar à 5 minutes : [][]	La mère vit-elle en couple ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
● INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)			
LIEU DU DECES <input type="checkbox"/> Domicile (du défunt ou autre) <input type="checkbox"/> Etablissement de santé public <input type="checkbox"/> Établissement de santé privé <input type="checkbox"/> Maison de naissance <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé		RECHERCHE DE LA CAUSE DU DECES Une recherche de la cause du décès avait-elle été demandée ? <input type="checkbox"/> oui, recherche médicale <input type="checkbox"/> oui, recherche médico-légale <input type="checkbox"/> non	
MORT INATTENDUE DU NOURRISSON S'agit-il d'un décès brutal et inattendu ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> non		● SIGNATURE - Nom <u>lisible</u> et cachet obligatoire du médecin	
Le décès est-il consécutif à une Limitation ou à un Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
CIRCONSTANCES DU DECES <input type="checkbox"/> Mort naturelle <input type="checkbox"/> Faits de guerre <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Complication de soins méd. / chirurgicaux <input type="checkbox"/> Atteinte à la vie de l'enfant <input type="checkbox"/> Investigations en cours <input type="checkbox"/> Indéterminées			
Ce volet n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (cf. art L2223-42 du code général des collectivités territoriales). Disponible uniquement en format électronique sur l'application CertDc : https://certdc.inserm.fr			

ANNEXE 5

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES DU CERTIFICAT DE DÉCÈS GÉNÉRAL
SUR SUPPORT PAPIER

Format : 21,5 × 29,7 cm.

Présentation générale :

Premier feuillet, CB blanc 56 grammes, format 21,5 × 10 cm de haut.

Deuxième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 × 10 cm de haut.

Troisième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 × 10 cm de haut.

Quatrième feuillet, CF blanc 95 grammes, format 21,5 × 29,7 cm de haut.

L'assemblage des quatre feuillets est réalisé par collage talon en-tête.

Impression recto des premier, deuxième et troisième feuillets : une couleur.

Impression recto-verso du quatrième feuillet : une couleur recto-verso pour la partie supérieure, deux couleurs recto pour la partie inférieure (ou « carte-lettre »), une couleur verso en à plat bleu 100 %, couleur bleu pantone 289 U, micro-perforation et gommage à 1 cm du bord de la « carte lettre », micro-perforation entre le volet administratif et le volet médical.

Couleur d'impression : bleu 289 U, encre inactinique pantone 317 U.

Contraintes techniques :

Cadre à l'encre bleu 289 U d'une part autour des deux parties du volet administratif (parties « Cadre réservé à la mairie », informations à remplir par le professionnel de santé), d'autre part autour de chacune des 3 parties du volet médical (parties « information anonymes relatives au défunt », « causes de décès », « informations complémentaires »).

Traits légers de guidage distinguant chaque sous-partie au sein d'une partie.

Encre pour la couleur de fond du cadre « réservé à la mairie » : encre bleu pantone 289 U.

Marques à l'encre bleu 289, carré en aplat (trait plein 4 mm × 4 mm) dans la marge gauche du recto au niveau du volet médical.

Encres pour les textes, le cadre et les marques et les cases à cocher : encre pantone bleu 289 U.

Encres pour le pré-casage : encre inactinique, pantone 317 U.

Dimensions minimales pré-casage (cases à remplir type code postal) : 5 mm × 7 mm.

Dimensions minimales cases à coder : 5 mm × 3 mm.

Typographie :

Titres de volet en gras et majuscules.

Titres de parties en majuscules.

Tout le texte des questions à renseigner au recto en caractères droits.

Toutes les explications, aide, remarques au recto en italique.

ANNEXE 6

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES DU CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE
SUR SUPPORT PAPIER

Format : 29,7 × 43 cm à plat soit 21,5 × 29,7 cm plié avec une micro-perforation dans le pli (les pages 1 et 2 concernent le guide d'utilisation du certificat de décès néonatal, les pages 3 et 4 concernent le certificat lui-même).

Présentation générale :

Premier feuillet, CB blanc 56 grammes, format 21,5 × 10 cm de haut.

Deuxième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 × 10 cm de haut.

Troisième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 × 10 cm de haut.

Quatrième feuillet, CF blanc 95 grammes, format 21,5 × 29,7 cm de haut.

L'assemblage des quatre feuillets est réalisé par collage talon en-tête.

Impression recto des premier, deuxième et troisième feuillets : une couleur.

Impression recto-verso du quatrième feuillet : une couleur recto-verso pour la partie supérieure, deux couleurs recto pour la partie inférieure (ou « carte-lettre »), une couleur verso en à plat 100 %, couleur pantone 343 U, micro-perforation et gommage à 1 cm du bord de la « carte lettre », micro-perforation entre le volet administratif et le volet médical.

Couleur d'impression : vert, pantone 343 U ; bleu, encre inactinique, pantone 317 U.

Contraintes techniques :

Cadre à l'encre pantone 343 U d'une part autour des deux parties du volet administratif (parties « Cadre réservé à la mairie », et « à renseigner par le professionnel de santé »), d'autre part autour de chacune des 5 parties du volet médical (parties « information anonymes relatives à l'enfant », « information anonymes relatives à l'accouchement », « information anonymes relatives aux parents », « causes de décès », « informations complémentaires »).

Traits légers de guidage distinguant chaque sous-partie au sein d'une partie.

Encre pour la couleur de fond du cadre « réservé à la mairie » : encre pantone 343 U.

Marques à l'encre pantone 343 U carré en aplat (trait plein 4 mm × 4 mm) dans la marge gauche du recto au niveau du volet médical.

Encres pour les textes, le cadre, les marques et les cases à cocher : encre pantone 343 U.

Encres pour le pré-casage : encre inactinique, pantone 317 U.

Dimensions minimales pré-casage (cases à remplir type code postal) : 5 mm × 7 mm.

Dimensions minimales cases à coder : 5 mm × 3 mm.

Typographie :

Titres de volet en gras et majuscules.

Titres de parties en majuscules.

Tout le texte des questions à renseigner au recto en gras et en caractères droits.

Toutes les explications, aide, remarques au recto en italique.

ANNEXE 7

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES DES CERTIFICATS DE DÉCÈS SUR SUPPORT ÉLECTRONIQUE

URL : <https://certdc.inserm.fr>

Format pour l'impression du volet administratif : similaire au format du volet administratif du certificat papier.
Les volets médical et médical complémentaire ne peuvent faire l'objet d'une impression papier.

Présentation générale des volets (administratif et médical) du certificat de décès :

La présentation générale se fait sous la forme de formulaires web. Les formulaires s'approchent au mieux de la disposition, la présentation et des codes couleurs distincts des deux modèles papier.

Une aide en ligne contextuelle est accessible depuis les formulaires, reprenant *a minima* les informations fournies sur les modèles papier.

Contraintes techniques des formulaires :

Les formulaires font l'objet de contrôles de champ :

- caractère obligatoire ou facultatif du champ signalé ;
- vérification de l'adéquation des données renseignées au type défini du champ ;
- contrôle de cohérence entre plusieurs champs.

Des rétro informations sont fournies à l'utilisateur sous forme de messages (nature des informations manquantes ou erronées).

L'utilisateur peut enregistrer une version temporaire. Il peut supprimer un certificat qui n'a pas été validé.

La validation complète du certificat ne peut s'effectuer que :

- si les deux volets sont entièrement complétés et que l'utilisateur en a une vision complète permettant une relecture avant validation ;
- par l'utilisateur qui dispose des droits pour ce faire.

Spécificités pour l'application mobile CertDc :

URL : <https://certdc.inserm.fr/mobile>

L'accès sécurisé à l'application mobile est possible selon 2 modes :

- par un code numérique à 6 chiffres défini par le professionnel de santé au moment de l'enrôlement de son smartphone sur l'application CertDc Web lors de la première utilisation de l'application mobile. Cet enrôlement initial nécessite l'utilisation de la carte CPS. Une fois cette opération réalisée, seul le code à 6 chiffres sera demandé au professionnel de santé lors de l'utilisation de la carte CPS ;
- via le portail de connexion « Pro santé Connect » avec la carte e-CPS du professionnel de santé certificateur. Ce mode de connexion nécessite l'activation préalable de la carte e-CPS du professionnel de santé.

La validation et la transmission du certificat de décès ne peut s'effectuer que :

- si les deux volets sont entièrement complétés et que l'utilisateur en a une vision complète permettant une relecture avant validation.

La transmission automatique du volet administratif du certificat de décès nécessite que la mairie du lieu de décès se soit abonnée au téléservice de dématérialisation des certificats de décès. Dans le cas contraire, le professionnel de santé doit se connecter à l'issue de la saisie au portail web CertDc pour imprimer le volet administratif à remettre à la famille du défunt. Les professionnels de santé sont informés des mairies abonnées ou non en début de saisie.

Spécificités pour le volet médical complémentaire suite à recherche de la cause du décès :

Les formulaires respectent la disposition et la présentation des modèles prévus dans le présent arrêté. Un code couleur distinct le différencie du volet administratif et du volet médical.

La validation du volet médical complémentaire ne peut s'effectuer que :

- si le volet médical complémentaire est entièrement complété ;
- par l'utilisateur qui dispose des droits pour ce faire.

Contraintes typographie pour tous les certificats dématérialisés :

Police écran sans empattements.

Titres de volet en gras et majuscules.

Titres de parties en majuscules.

Tout le texte des questions à renseigner en caractères droits.

Toutes les explications, aides et remarques pour renseigner le certificat en italique.