

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

PREMIER MINISTRE

Arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès

NOR : PRMX1720890A

Le Premier ministre,

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

Vu le décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès, notamment son article 3,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Il est institué à compter du 1^{er} janvier 2018 deux certificats de décès. Le premier concerne les décès néonataux jusqu'à vingt-sept jours de vie (mort-nés exclus). Le second concerne les décès à partir du vingt-huitième jour.

Art. 2. – Les deux modèles de certificat de décès utilisés par le médecin 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 anonymisée) 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://sic.certdc.inserm.fr> ;
- sur l'application mobile CertDc ;
- 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. Toutefois, si la mairie du lieu de décès ne dispose pas des moyens nécessaires et adaptés pour recevoir le certificat de décès dématérialisé, 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 néonatal sont établis par le médecin 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 4 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 néonataux jusqu'à vingt-sept jours de vie et le modèle de volet médical complémentaire spécifique aux décès à partir du vingt-huitième 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 24 décembre 1996 relatif au modèle de certificat de décès est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2018.

Art. 8. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 17 juillet 2017.

Pour le Premier ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

ANNEXES

ANNEXE 1

Caractéristiques techniques du certificat de décès sur support électronique

DÉPARTEMENT : [][][][]

CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du XX xxxx 2017

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès

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

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	INFORMATIONS FUNÉRAIRES <i>Cocher chaque ligne par oui ou par non</i>
COMMUNE DE DÉCÈS : _____ Code postal [][][][][]	Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.</i>
NOM : _____ NOM de jeune fille, le cas échéant : _____	Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) : - dans un cercueil hermétique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - dans un cercueil simple : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prénoms : _____	Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Date de naissance : ____/____/____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Domicile : _____	Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par prélévement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : <input type="checkbox"/> 48 h <input type="checkbox"/> 72 h
RÉSERVÉ À LA MAIRIE <i>Numéros à reproduire au verso.</i>	Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
N° d'acte [][][][][][][][][][]	SIGNATURE À _____ le _____ <i>et cachet obligatoire du médecin</i>
N° d'ordre du décès [][][][][][][][][][]	

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès – Renseignements confidentiels et anonymes

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT

Commune de décès : [][][][][][][][][][] Code postal : [][][][][][][][][][]
 Commune de domicile : [][][][][][][][][][] Code postal : [][][][][][][][][][]
 Date de décès : date réelle OU constatée [][][][][][][][][][]
 Sexe : masculin féminin
 Date de naissance : [][][][][][][][][][]

CAUSES DU DÉCÈS

PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.
Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...). Intervalle entre le début du processus morbide et le décès
En heures, jours, mois ou ans

a) _____
 due à ou consécutive à : b) _____
 due à ou consécutive à : c) _____
 due à ou consécutive à : d) _____
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale

PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)

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

SIGNATURE *Nom lisible et cachet obligatoire du médecin*

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://sic.certdc.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 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 d'autrui, suicide, mort subite (hors MDN), éventuelle responsabilité d'un tiers engagée (accident de la route, du travail...), overdose, corps non identifié (art. 74 du Code de procédure pénale, art. 81 du Code civil, R.1112-73 du Code de santé publique). Le corps est alors à la disposition de la justice. **Toutes les opérations funéraires sont suspendues** jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire (art. 81 du Code civil, R.2213-17 et R. 2213-2-2 à-34 du Code général des collectivités territoriales).
3. – **Recherche de la cause du décès** : cette investigation est effectuée à la demande du médecin ou du préfet, si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant, sauf exception. Elle est interdite en cas d'obstacle médico-légal. Les frais sont à la charge de l'établissement de santé dans lequel il est procédé à la recherche.

Par ailleurs :

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

Infections transmissibles ou état du corps ▼	Obligations / Interdictions associées (en cas d'OML, toutes les opérations funéraires sont suspendues)				
	Soins de conservation (a)	Don du corps (b)	Mise en bière obligatoire et spécifique (c)	Délais de mise en bière	Transport avant mise en bière
Liste : 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 : rage, tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté 12 juillet 2017) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du haut Conseil de la Santé Publique (http://hscsp.fr)	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	• avant la sortie de l'établissement (décès en hôpital ou clinique)	interdit
Liste : maladie de Creutzfeld-Jakob ; tout état septique grave	interdits	interdit	non	règle commune : délais non spécifiques	autorisé dans un délai max. de 48 h (d)
Liste : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	autorisés	interdit	non		autorisé dans un délai max. de 48 h

(a) Les soins sont effectués uniquement à la demande de la famille, par un personnel diplômé / (b) La carte de donateur doit être demandée / (c) Elle peut aussi être décidée par le maire en cas d'urgence (R.2213-16) (d) 72 h pour recherche de la cause de décès en cas de suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob (cf. articles R.2213-2-1 à R.2213-30 du Code général des collectivités territoriales, et arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles)

Document confidentiel

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

département

N° de

(à renseigner par la mairie)

N° de l'acte du décès

N° d'ordre du décès

Commune d'enregistrement du décès

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS – VOLET MÉDICAL

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

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès néonatal quel que soit le support

GUIDE D'UTILISATION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL

Ce certificat est à remplir pour tous les décès d'enfants nés vivants et viables, et décédés entre la naissance et 27 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. Il n'est pas à remplir pour les enfants mort-nés.

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 les causes du décès.

Lorsqu'une recherche des causes du décès a été effectuée, un volet médical complémentaire à visée épidémiologique, est établi par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes du décès.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE VOLET MÉDICAL

PARTIE : CARACTÉRISTIQUES DE L'ENFANT, DES PARENTS ET DE L'ACCOUCHEMENT

• Informations anonymes relatives à l'enfant

. **âge gestationnel** : indiquez la durée en semaines d'aménorrhée en prenant la meilleure estimation connue (calcul à partir de la date des dernières règles ou de l'examen par ultrasons). Cette durée sera exprimée en semaines révolues; par exemple, 36 semaines et 5 jours = 36 semaines révolues.

• 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. L'extraction du siège non instrumentale est à coder "voie basse non instrumentale".

. Transfert ou hospitalisation particulière de l'enfant : hospitalisation dans un secteur néonatal, même si celui-ci est situé dans la maternité.

• Informations anonymes relatives aux parents

Les caractéristiques concernant les parents (profession, état matrimonial) sont à prendre en compte au moment du décès.

. Profession des parents : indiquez la profession, même si elle n'est pas exercée. En l'absence totale de profession, précisez "sans profession".

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

PARTIE : CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Il vous est demandé de distinguer les causes fœtales ou néonatales d'une part, les causes obstétricales ou maternelles d'autre part. Ceci permet de mieux prendre en compte les décès ayant des origines multiples.

Causes fœtales ou néonatales déterminantes du décès : indiquez ici l'affection ayant provoqué le décès. En cas d'enchaînement de situations pathologiques, indiquez sur les autres lignes les affections du processus morbide qui a conduit au décès avec en dernière ligne l'affection à l'origine de ce processus (cause initiale).

Il faut éviter de retenir comme cause déterminante le retard de croissance intra-utérin ou la prématurité, sauf s'ils constituent la seule cause connue.

Cause obstétricale ou maternelle déterminante du décès : retenez la pathologie maternelle ou la complication obstétricale qui, selon vous, est à l'origine du processus morbide qui a conduit au décès de l'enfant.

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès néonatal quel que soit le support

Les autres causes ayant joué un rôle dans la survenue du décès seront classées dans les "causes associées". Si, parmi les causes fœtales ou néonatales, ou parmi les causes obstétricales ou maternelles, la seule cause connue n'a pas eu de rôle majeur dans la survenue du décès, il est possible de signaler cette cause comme cause associée, sans indiquer de cause déterminante.

En cas de doute, il faut choisir l'explication médicale du décès qui vous paraît la plus probable.

Ambiguïtés : certaines causes peuvent être considérées à la fois comme des causes fœtales ou néonatales et des causes maternelles. La distinction n'est pas toujours évidente. Pour les causes déterminantes comme pour les causes associées, on admettra par convention que :

▼ Sont à classer ▼	
dans les causes fœtales ou néonatales	dans les causes obstétricales ou maternelles
<ul style="list-style-type: none"> - les anomalies de la croissance et celles relatives à la durée de gestation (retard de croissance, prématurité, post-maturité), - les anomalies congénitales (si elles ont contribué au décès) 	<ul style="list-style-type: none"> - les anomalies du cordon, des membranes et du placenta, - la grossesse multiple, quand elle intervient dans la cause de décès, - les complications du travail et de l'accouchement (disproportion fœto-pelvienne, anomalies de présentation, accouchement prolongé...).
<ul style="list-style-type: none"> - Les <u>infections</u> peuvent être classées dans chacune de ces catégories ou les deux, selon qu'elles ont atteint essentiellement la mère, l'enfant ou les deux. 	

EXEMPLES	1	2	3
Cause fœtale ou néonatale déterminante :			
• affection ayant directement provoqué le décès due ou consécutive à :	<i>souffrance fœtale aigüe</i>	<i>choc cardiogénique</i>	<i>défaillance multiviscérale</i>
• autre(s) cause(s) fœtale(s) associée(s)	....	<i>hypoplasie du cœur gauche</i>	<i>septicémie à bacille Gram -</i>
Cause obstétricale ou maternelle déterminante :			
• autre(s) cause(s) obst. ou mat. associée(s)	<i>circulaire serré du cordon</i>	....	<i>chorio-amnionite</i>

EXEMPLES	4	5	6
Cause fœtale ou néonatale déterminante :			
• affection ayant directement provoqué le décès due ou consécutive à :	<i>insuffisance respiratoire</i>	<i>hémorragie intraventriculaire massive</i>	<i>anémie néonatale</i>
• autre(s) cause(s) fœtale(s) associée(s)	<i>hémorragie pulmonaire</i>	....	....
	<i>persistance du canal artériel</i>	<i>grande prématurité</i>	....
Cause obstétricale ou maternelle déterminante :			
• autre(s) cause(s) obst. ou mat. associée(s)	<i>prématurité, RCIU</i>	....	<i>syndrome transfuseur-transfusé</i>
	<i>toxémie</i>	....	<i>gémellité</i>

PARTIE : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Lieu de décès : cochez "domicile" si le nourrisson 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, les circonstances réelles du décès ne pouvant 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.

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès néonatal quel que soit le support

DÉPARTEMENT : [] [] [] [] **CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL** conforme à l'arrêté du XX xxxx 2017
 À remplir pour les décès néonataux entre la naissance et 27 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

CERTIFICAT		VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès	
<small>Le nom du médecin doit être lisible, en majuscules</small>			
Je soussigné(e) M. _____, docteur en médecine, 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 _____ (voir au verso 1) À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ / _____ / _____ à _____ h _____			
INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL		INFORMATIONS FUNÉRAIRES	
COMMUNE DE DÉCÈS : _____ Code postal [] [] [] [] [] [] NOM : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Domicile : _____ _____ _____		Cocher chaque ligne par oui ou par non Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès : _____ Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 4) : - dans un cercueil hermétique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - dans un cercueil simple : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 4) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Recherche de la cause du décès demandée (ou demandée en cours) : prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non SIGNATURE À _____, le _____ et cachet obligatoire du médecin	
RÉSERVÉ À LA MAIRIE <small>Numéros à reproduire au verso.</small>		N° d'acte [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] N° d'ordre du décès [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès – Renseignements confidentiels et anonymes (* instructions en annexe)			
INFORMATIONS RELATIVES À L'ENFANT			
Commune de décès : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Code postal : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Date et heure de décès : [] [] [] [] [] [] à [] [] h [] []	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> indéterminé
Commune de domicile : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Code postal : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Date et heure de naissance* : [] [] [] [] [] [] à [] [] h [] []	
Appar à 1 minute : [] [] Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		Poids de naissance en grammes : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCOUCHEMENT		INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS (inscrire le code approprié)	
Naissance : 1. unique 2. jumeaux 3. triple 4. quadruple 5. quintuple <input type="checkbox"/> Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple : <input type="checkbox"/> Lieu d'accouchement : 1. établissement de santé 2. domicile 3. autre <input type="checkbox"/> Présentation : 1. sommet 2. autre céphalique 3. siège 4. autre <input type="checkbox"/> Début du travail : 1. spontané 2. déclenché 3. césarienne avant travail <input type="checkbox"/> Mode d'accouchement* : 1. voie basse non instrumentale 2. extraction instrumentale par voie basse 3. césarienne <input type="checkbox"/> Transfert ou hospitalisation particulière* de l'enfant : 1. oui 2. non <input type="checkbox"/>		MÈRE Année de naissance : [] [] [] [] [] [] Nationalité (en clair) : _____ Profession* (en clair) : _____ exercée pendant la grossesse : 1. oui 2. non 3. chômage 4. autre situation <input type="checkbox"/> État matrimonial : 1. célibataire 2. mariée 3. veuve 4. divorcée <input type="checkbox"/> La mère vit-elle en couple ? 1. oui 2. non <input type="checkbox"/> Nombre total de grossesses, y compris grossesse pour cet enfant : [] [] [] [] [] [] Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant* : [] [] [] [] [] [] PÈRE Profession* (en clair) : _____ exercée pendant la grossesse : 1. oui 2. non 3. chômage 4. autre situation <input type="checkbox"/>	
CAUSES DU DÉCÈS (*Lire les instructions de remplissage en annexe)			
CAUSE FŒTALE OU NÉONATALE* déterminante de la mort – 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...) a) _____ due à ou consécutive à : b) _____ due à ou consécutive à : c) _____ Autre(s) cause(s) fœtale(s) ou néonatale(s) associées : _____			
CAUSE OBSTÉTRICALE OU MATERNELLE* déterminante de la mort : _____ Autre(s) cause(s) obstétricale(s) ou maternelle(s) associée(s)* : _____			
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point – *Lire les instructions de remplissage en annexe)			
LIEU DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Domicile (du défunt ou autre) <input type="checkbox"/> Établissement de santé public <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Établissement de santé privé <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé		RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS* Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ? <input type="checkbox"/> oui, recherche médicale <input type="checkbox"/> oui, recherche médico-légale <input type="checkbox"/> non Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes de décès.	
MORT INATTENDUE DU NOURRISSON S'agit-il d'un décès brutal et inattendu* ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas * décès non traumatique du nourrisson avec mode de survie brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu.		SIGNATURE Nom lisible et cachet obligatoire du médecin	
CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS <input type="checkbox"/> Mort naturelle <input type="checkbox"/> Faits de guerre <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Complications de soins médicaux, 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 adossées 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://sic.certdc.inserm.fr>

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès néonatal quel que soit le support

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL – 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 :
 - En cas de mort inattendue (MIN) du nourrisson jusqu'à 2 ans, elle est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence le plus proche.
 - La recherche 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'autopsie dédiées (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. – 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	Mise en bière obligatoire et spécifique (c)	Délais de mise en bière	Transport avant mise en bière
Liste : 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 : rage, tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté 12 juillet 2017) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du haut Conseil de la Santé Publique (http://hscsp.fr)	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	• avant la sortie de l'établissement (décès en hôpital ou clinique)	interdit
Liste : maladie de Creutzfeld-Jakob ; tout état septique grave	interdits	interdit	non	règle commune : délais non spécifiques	autorisé dans un délai max. de 48 h (a)
Liste : infection à VIH, virus de l'hépatite B ou C	autorisés	interdit	non		autorisé dans un délai max. de 48 h

(a) Les soins sont effectués uniquement à la demande de la famille, par un personnel diplômé / (b) La carte de donateur doit être demandée / (c) Elle peut aussi être décidée par le maire en cas d'urgence (R. 2213-18)
(d) 72 h pour recherche de la cause de décès en cas de suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob (cf. articles R. 2213-2-1 à R. 2213-30 du Code général des collectivités territoriales, et arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles)

Document confidentiel

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

Commune d'enregistrement du décès

N° de l'acte du décès

N° d'ordre du décès

(à renseigner par la mairie)

N° du département

TRANSMISSION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL – VOLET MÉDICAL

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

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 DÉFUNT			
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 DÉCÈS			
PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès. Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).			Intervalle entre le début du processus morbide et le décès En heures, jours, mois ou ans
a) _____			_____
due ou consécutive à : b) _____			_____
due ou consécutive à : c) _____			_____
due ou consécutive à : d) _____			_____
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale			
PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I			

● INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)			
MORT SUBITE 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)		GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> non, pas au cours de l'année précédant le décès <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'1 an <input type="checkbox"/> oui, au moment du décès <input type="checkbox"/> ne sait pas La grossesse a-t-elle contribué au décès ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas	
CIRCONSTANCES DU DÉCÈS <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"/> Suicide <input type="checkbox"/> Investigations en cours <input type="checkbox"/> Atteinte à la vie d'autrui <input type="checkbox"/> Indéterminées		ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle * ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas * toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc...	
EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle) Précisez le lieu de survenue de l'événement déclencheur : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Lieu de sport <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Local industriel, chantier <input type="checkbox"/> Exploitation agricole <input type="checkbox"/> Établissement accueillant du public <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé		● SIGNATURE - Nom <u>lisible</u> et cachet obligatoire du médecin	
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).			

ANNEXE 4

Modèle de volet médical complémentaire au certificat de décès néonatal suite à recherche de la cause du décès

A remplir pour les **décès néonataux entre la naissance et 27 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 NEONATAL			
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
Apgar à 1 minute : __	Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : __	Poids de naissance en grammes : _____	
● INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCOUCHEMENT		● INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS (inscrire le code approprié)	
Naissance : 1. unique 2. gémellaire 3. triple 4. quadruple 5. quintuple	Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple : _____	MÈRE	Année de naissance : ____
Lieu d'accouchement : 1. établissement de santé 2. domicile 3. autre	Présentation : 1. sommet 2. autre céphalique 3. siège 4. autre	Nationalité (en clair) : _____	Profession * (en clair) : _____
Début du travail : 1. spontané 2. déclenché 3. césarienne avant travail	Mode d'accouchement * : 1. voie basse non instrumentale 2. extraction instrumentale par voie basse 3. césarienne	exercée pendant la grossesse : 1. oui 2. non 3. chômage 4. autre situation _____	Etat matrimonial : 1. célibataire 2. mariée 3. veuve 4. divorcée _____
Transfert ou hospitalisation particulière * de l'enfant : 1. oui 2. non		La mère vit-elle en couple ? 1. oui 2. non _____	Nombre total de grossesses, y compris, grossesse pour cet enfant : _____
		Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant * : _____	
		PÈRE	Profession * (en clair) : _____
		exercée pendant la grossesse : 1. oui 2. non 3. chômage 4. autre situation _____	
● CAUSES DU DECÈS			
CAUSE FŒTALE OU NÉONATALE déterminante de la mort. 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 (non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).			
a) _____			
due ou consécutive à : b) _____			
due ou consécutive à : c) _____			
Autre(s) cause(s) fœtale(s) ou néonatale(s) associées : _____			
CAUSE OBSTÉTRICALE OU MATERNELLE déterminante de la mort :			
Autre(s) cause(s) obstétricale(s) ou maternelle(s) associée(s) : _____			
● INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)			
MORT INATTENDUE DU NOURRISSON S'agit-il d'un décès brutal et inattendu ?		● SIGNATURE - Nom lisible et cachet obligatoire du médecin	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> non			
CIRCONSTANCES DU DECÈS			
<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).			

ANNEXE 5

Caractéristiques techniques du certificat de décès général sur support papier

Format : 21,5 cm x 29,7

Présentation générale :

- Premier feuillet, CB blanc 56 grammes (60g), format 21,5 cm x 10 cm de haut.
- Deuxième feuillet, CFB blanc 53 grammes (60g), format 21,5 cm x 10 cm de haut.
- Troisième feuillet, CFB blanc 53 grammes (60g), format 21,5 cm x 10 cm de haut.
- Quatrième feuillet, CF blanc 92 grammes (125g), format 21,5 cm x 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, 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 médecin), 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 x 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 x 7 mm

Dimensions minimales cases à coder : 5 mm x 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 néonatal sur support papier

Format : 29,7 cm x 43 (43) cm à plat soit 21,5 cm x 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 (60g), format 21,5 cm x 10 cm de haut.
- Deuxième feuillet, CFB blanc 53 grammes(60 g), format 21,5 cm x 10 cm de haut.
- Troisième feuillet, CFB blanc 53 grammes (60 g), format 21,5 cm x 10 cm de haut.
- Quatrième feuillet, CF blanc 92 grammes (125g), format 21,5 cmx 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 médecin"), 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", " informations 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 x 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 x 7 mm

Dimensions minimales cases à coder : 5 mm x 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 7

Caractéristiques techniques du certificat de décès sur support électronique

Caractéristiques techniques des certificats de décès sur support électronique

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 à 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 :

L'application mobile est sécurisée par un code numérique à 6 chiffres défini par le médecin 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 médecin lors de l'utilisation de la carte CPS.

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 médecin 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 médecins sont informés des mairies abonnées ou non en début de saisie.