Faculté de médecine et médecine dentaire

Ecole de médecine

MORT NATURELLE OU MORT VIOLENTE ?

Etude mixte sur les constats de décès et la prise en charge des morts violentes par les médecins généralistes de garde.

Travail de fin d'études réalisé par

Constance de Montpellier d'Annevoie

Promoteur

Dr Viviane de Buggenoms

Année académique 2017-2018

Master de spécialisation en médecine générale

RÉSUMÉ

L'examen actuel des décès en Belgique et leur prise en charge par les intervenants de première ligne, dont les médecins généralistes, permettraient à des morts violentes d'échapper à la justice (1,2,3,4). Ce travail a mis en lumière, par une recherche dans la littérature et des entretiens, les faiblesses suivantes du système belge de constatation des décès : la législation incomplète, le manque de clarté du certificat de décès modèle III C, le trop faible taux d'autopsies et les connaissances insuffisantes en médecine légale des policiers de première ligne, des médecins certificateurs, des médecins requis par l'officier de l'état civil et des procureurs du Roi (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Ensuite, un questionnaire a permis d'évaluer les connaissances et les habitudes des médecins généralistes lors de la constatation d'un décès et de confirmer l'hypothèse selon laquelle ils avaient une connaissance insuffisante tant de la procédure à suivre lors d'un constat de décès que de l'attitude à avoir lors de la découverte d'une mort violente certaine ou probable. Les médecins généralistes sondés semblaient éprouver des difficultés ou n'adoptaient pas l'attitude adéquate au niveau de la détermination du type de décès, de l'examen clinique (35,6% n'examinaient pas toujours le corps), de l'obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (63,8% ne cochaient pas l'obstacle médico-légal en cas de mort subite et inattendue et 43,1% déclaraient ne pas du tout connaitre la procédure mise en place) et de la préservation de la scène de crime.

Les pistes éventuelles pour diminuer ces erreurs étaient une amélioration du certificat de décès modèle III C, une meilleure formation en médecine légale des MG et une modification de la législation et du système de constatation des décès en Belgique (2, 3, 5, 7, 9).

Pour finir, ce travail a proposé un protocole aux médecins généralistes de garde reprenant les étapes importantes lors d'un constat de décès et des recommandations sur la prise en charge des morts non naturelles.

MOTS-CLÉS ET DESCRIPTEURS (CISP-2 ET Q-CODES)

Mots-clés : médecin généraliste, constat de décès, certificat de décès, garde, étude mixte, mort violente, mort suspecte, mort non naturelle, scène de crime, médecine légale, homicide ignoré, protocole.

Descripteurs : QD6 question médico-légale ; Z09 problème légal ; 62.003 certificats décès ; A96 mort ; QS41 médecin de famille ; QS2 garde médicale ; QR33 étude mixte.

TABLE DES MATIÈRES

1. Abréviations 6
2. Introduction 7
3. Question de recherche 8
4. Méthodologie 9
   4.1. Choix de la méthodologie 9
   4.2. Revue de la littérature 10
   4.3. Entretiens 11
      4.3.1. La méthodologie 11
      4.3.2. Le guide d'entretien 11
      4.3.3. L'analyse 12
      4.3.4. Les communications personnelles 12
   4.4. Questionnaire 13
      4.4.1. La méthodologie 13
      4.4.2. L'envoi du questionnaire 13
      4.4.3. L'analyse 13
   4.5. Les résultats et la discussion 14
5. Revue de la littérature 14
   5.1. Apports théoriques 14
      5.1.1. La cause et le mécanisme de décès 14
      5.1.2. Le mode ou le type de la mort : naturelle ou violente ? 14
      5.1.3. La mort suspecte 15
   5.2. Recherche bibliographique 15
      5.2.1. Le contexte légal des constats de décès en Belgique 15
      5.2.2. Les morts violentes ignorées : les failles du système 18
      5.2.3. Les constats de décès réalisés par les médecins généralistes : un protocole ? 24
      5.2.4. Les pistes pour le futur 29
6. Résultats 32
      6.1. Résultats des entretiens 32
      6.2. Résultats du questionnaire 42
7. Discussion 52
      7.1. Les résultats 52
      7.2. La méthodologie et les limites 61
8. Conclusion 63

Remerciements 65

Bibliographie 67
Annexes 71
Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes 71
Annexe 2 : Demande d'incinération 76
Annexe 3 : Données thanatologiques 77
Annexe 4 : Certificat de décès modèle III C 78
Annexe 5 : Instructions pour compléter le volet médical du certificat de décès (32) 82
Annexe 6 : Décès potentiellement suspects 84
Annexe 7 : Recommandation n° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale 85
Annexe 8 : Décès anormaux 85
Annexe 9 : Critères de décès anormal de la proposition de loi du sénateur Brotchi 86
Annexe 10 : Résultats du questionnaire 86
Annexe 11 : Protocole : Constater un décès d'une personne âgée d'un an ou plus 87

1. ABRÉVIATIONS

APES	Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé
CAMG	Centre Académique de Médecine Générale
CCFFMG	Centre de Coordination Francophone pour la Formation des Médecins Généralistes
CD	Certificat de décès modèle III C
CIRCABC	Centre de ressources de communication et d'information pour les administrations, les entreprises et les citoyens de la Commission Européenne
HeTOP	HealthTerminology/Ontology Portal
ME	Médecin épidémiologiste
MG	Médecin(s) généraliste(s)
ML 1	Médecin légiste 1
ML 2	Médecin légiste 2
MR	Maison(s) de repos
MRS	Maison de repos et de soins
MT	Médecin traitant
OML	Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation
PM	Pacemaker
PV	Procès-verbal
SC	Scène de crime
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
UCL	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Bruxelles
ULg	Université de Liège
UZ Leuven	Universitaire ziekenhuizen Leuven

2. INTRODUCTION

En Belgique, 5 à 10% des morts considérées comme naturelles ne le seraient pas et 10 000 décès par an recevraient un diagnostic erroné quant à la cause de la mort (1). Ces erreurs de diagnostic ont des conséquences dans plusieurs domaines. Tout d'abord, au niveau épidémiologique et scientifique car la politique en matière de soins de santé et les recherches scientifiques se basent sur des statistiques erronées (2, 5). Ensuite, au niveau judiciaire en mettant en péril la protection des citoyens et l'indemnisations des victimes (2, 5, 9). En effet, selon des estimations, 75 homicides ne seraient pas détectés chaque année en Belgique (1). L'examen actuel des décès dans notre pays dont leur prise en charge par les intervenants de première ligne expliquerait ces chiffres alarmants (1, 2, 4, 5, 7, 8).

L'examen des décès en Belgique a plusieurs failles telles que le manque de législation dans le domaine, les faiblesses du certificat de décès modèle III C (CD), le manque de médecins légistes en service et les compétences insuffisantes des intervenants de première ligne (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Pour ces raisons, notre pays souffre d'un retard important au niveau de la prise en charge des décès en comparaison de nombreux pays d'Europe Occidentale (5). En effet, selon des estimations, une autopsie est pratiquée dans seulement 1 à 2% des cas de décès en Belgique pour 19% en Suisse, 24% en Grande-Bretagne et plus de 30 % dans les pays scandinaves (5, 10). Or, l'autopsie est la meilleure méthode pour déterminer la cause exacte du décès et il est nécessaire d'atteindre 10% des cas afin d'améliorer la qualité (5, 10). De plus, selon une étude allemande (2002, cité dans Universitaire ziekenhuis Leuven, 2018), le faible taux d'autopsies est responsable du nombre élevé de morts violentes ignorées (10).

En Belgique, les intervenants de première ligne lors d'un décès sont le médecin certificateur, la police de première ligne et le procureur du Roi (2, 7). Ils seraient en partie responsables des homicides ignorés à cause de la formation insuffisante en médecine légale des médecins certificateurs, de la faible expérience et du manque de compétence de la police de première ligne et des connaissances insuffisantes dans ce domaine des procureurs du Roi (1, 2, 4, 5, 7, 8). Or, les intervenants de première ligne ont un rôle important car ils doivent reconnaître les décès qui nécessitent une prise en charge par les spécialistes (10). En effet, le médecin certificateur amené à constater le décès doit prendre une décision difficile et primordiale pour la suite de la prise en charge du corps : « le décès est-il naturel ou violent ? » (4). Cependant, il commettrait des erreurs

n'ayant pas les compétences, la formation ni l'expérience pour déterminer le type (mort naturelle ou violente) ni la cause exacte de la mort (1, 8, 10, 11).

Le médecin certificateur est souvent le médecin traitant (MT) (4,5). En effet, selon une étude de l'université de Gand (2003, cité dans Universitaire ziekenhuis Leuven, 2018), il s'agissait du MT dans 44% des cas (4). Cependant, le médecin certificateur est de plus en plus fréquemment un médecin généraliste (MG) de garde qui ne connait pas le défunt et qui doit compléter immédiatement le CD et déterminer la cause du décès parfois sans avoir les renseignements du MT (4, 10). Or les MG manquent de formation en médecine légale (1, 8, 10, 11). En effet, lors de mes premières gardes de population, j'ai réalisé des constats de décès pour des personnes qui m'étaient inconnues. Je voyais alors pour la première fois un CD et j'ignorais la procédure à suivre en cas de mort violente ou de cause inexpliquée. Il serait donc intéressant de déterminer quelles sont les erreurs que les MG réalisent lors d'un constat de décès et qui permettent à des morts violentes d'échapper à la justice, quels gestes indispensables ils doivent réaliser, quelles précautions ils doivent prendre et quelle procédure ils doivent suivre en cas de mort non naturelle.

L'objectif de ce travail est de comprendre la problématique des homicides ignorés en Belgique et de déterminer les étapes importantes et les difficultés que les MG rencontrent lors de la constatation d'un décès tout d'abord, en recherchant dans la littérature, puis, en réalisant des entretiens avec des médecins légistes et un médecin épidémiologiste et enfin, en récoltant les connaissances et les habitudes des MG par un questionnaire. Ce travail tentera pour finir, de proposer aux MG en garde de population un outil à utiliser lors du constat de décès d'une personne âgée d'un an ou plus afin de les aider dans la détection et la prise en charge des morts suspectes, violentes et de cause indéterminée.

3. QUESTION DE RECHERCHE

Dès ma première garde de population, j'ai réalisé à domicile un constat de décès d'une personne qui m'était inconnue et dont je ne suis pas parvenue à déterminer la cause de la mort. J'ignorais alors la procédure à suivre, le rôle primordial du CD au niveau épidémiologique et judiciaire et les précautions que je devais prendre.

En m'intéressant aux constats de décès en médecine générale, j'ai découvert la problématique de l'examen des décès en Belgique et le grand nombre d'homicides ignorés estimés (1, 2, 8). Les

constats de décès réalisés par les MG étaient très souvent cités comme une des causes du chiffre élevé d'homicides ignorés. Cependant, notre pays n'ayant pas de statistiques officielles, je suis partie de deux postulats pour réaliser ce travail. Premièrement, le nombre d'homicides ignorés estimé en Belgique reflète la réalité et deuxièmement, les constats de décès réalisés par les MG permettent à des mort violentes d'échapper à la justice.

J'ai ciblé ce travail sur les constats de décès réalisés par les MG en garde de population d'une part, parce que le MG ne connait pas le patient et, d'autre part, parce que je suis partie du postulat que les MG réalisaient plus de CD en garde. J'ai également ciblé les constats de décès réalisés avec le certificat de décès modèle III C pour les personnes âgées d'un an ou plus.

Je pars du postulat que les connaissances des MG sur la procédure à suivre tant lors d'un constat de décès que lors de la découverte d'une mort violente probable ou certaine ou de cause indéterminée sont insuffisantes. C'est pourquoi, mes questions de recherche sont : « Quelles sont les difficultés que rencontrent les MG lors d'un constat de décès en garde de population ? Comment d'une part, limiter le risque qu'ils concluent à tort à une mort naturelle et d'autre part améliorer leur prise en charge des morts non naturelles ? ».

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE

J'ai utilisé une **méthode mixte** selon un protocole exploratoire en réalisant d'abord une étude **qualitative** avec des entretiens individuels puis une étude **quantitative** avec un questionnaire. Le choix des **entretiens individuels** avec des médecins légistes et un médecin épidémiologiste a été motivé par la volonté de mieux comprendre la problématique des constats de décès en Belgique et d'avoir l'avis d'experts sur ma question de recherche. Le choix du **questionnaire** a été motivé par l'absence d'étude quantitative sur les constats de décès réalisés par les MG en Belgique. Il a été effectué afin de comparer les informations obtenues par la revue de la littérature ainsi que par les entretiens et d'apporter un outil en adéquation avec les besoins des MG.

4.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Tout d'abord, j'ai réalisé une revue de la littérature que j'ai limitée aux articles en français et en anglais à cause de la barrière de la langue. Premièrement, j'ai introduit dans HealthTerminology/Ontology Portal (HeTOP)[1] les mots-clés suivants :

certificat de décès	deathcertificate, death record.
mort	Death
cause de décès	cause of death, death cause
médecin généraliste	general practice
médecin de famille	family practice, familyphysicians
examen physique	Physicalexamination
médecine légale	forensicmedicine, legalmedicine
homicide	wrongfuldeath, homicide,killing, murder
thanatologie	Thanatology
examenpostmortem	autopsies, post-mortem examination

Deuxièmement, j'ai introduit les mots-clés dans la CDLH ASBL qui m'a permis de trouver un article de J.-P.Beauthier.

Troisièmement, j'ai effectué une recherche dans le catalogue de la bibliothèque de l'Université Catholique de Louvain (UCL) où j'ai trouvé deux mémoires réalisés par des étudiants pour leur master en criminologie et un traité de médecine légale écrit par J.-P. Beauthier.

Quatrièmement, j'ai introduit mes mots clés dans Pubmed mais aucune étude ne concernait les constats de décès effectués par les MG. De plus, les études étaient réalisées dans des pays qui n'avaient pas le même système de constatation des décès que la Belgique ; ce qui rendait difficile l'application de leurs recommandations à la Belgique. Cependant, elles m'ont permis de découvrir d'autres systèmes de constatation de décès. Je suis passée à une recherche avancée dans Pubmed avec comme seule limitation un auteur, J.-P.Beauthier qui est en réalité un des seuls auteurs francophones belges à avoir publié sur ce sujet. J'ai retenu trois nouveaux articles mais n'en ai pas trouvé davantage concernant la Belgique.

Cinquièmement, j'ai trouvé deux livres par la bibliographie des articles que je possédais.

[1] Portail qui donne accès à des terminologies et ontologies dans le domaine de la santé.

Sixièmement, j'ai fait des recherches dans le Code civil, le Code d'instruction criminelle, le Code de déontologie médicale, le site officiel du gouvernement fédéral belge et le Portail de la Wallonie afin de connaitre le cadre légal de mon sujet.

Septièmement, j'ai consulté le site de l'Ordre des Médecins afin d'avoir les avis que le conseil national a émis sur le sujet.

Neuvièmement, j'ai effectué des recherches sur le site de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM) et sur le site de l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA) afin de mieux connaitre le rôle et le trajet du CD.

Dixièmement, j'ai lu et visionné plusieurs interviews et articles dans les médias sur la problématique des homicides ignorés en Belgique (12, 13).

4.3. ENTRETIENS

4.3.1. LA MÉTHODOLOGIE

J'ai réalisé et enregistré trois entretiens individuels, anonymes et semi-directifs durant lesquels j'ai eu une écoute active. J'ai contacté par mail deux médecins légistes d'Instituts médico-légaux différents et un médecin épidémiologiste fonctionnaire communautaire chargé d'établir des statistiques sur base des informations fournies sur les CD. Les entretiens ont été fait sur le lieu de travail des intervenants. Je me suis arrêtée à 2 entretiens avec des médecins légistes par manque de temps et parce que le but des entretiens était principalement de mieux cerner la problématique.

4.3.2. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a évolué entre chaque entretien afin de mieux répondre à ma question de recherche. L'écoute active a permis d'aborder des sujets qui n'étaient pas repris dans le guide et de préciser certaines réponses. Les questions suivantes ont été abordées :

- Le système de constatation des décès en Belgique :
  - Quelles sont les failles ?
  - Quelles sont les pistes pour diminuer le nombre d'homicides ignorés ?
- Les constats de décès réalisés par les MG :
  - Existe-t-il des études sur les erreurs réalisées par les MG lors de la rédaction d'un CD ?
  - Dans votre pratique, constatez-vous des erreurs sur les CD ?
  - Comment améliorer les constats de décès réalisés par les MG ? Avez-vous une procédure à conseiller aux MG lors de la réalisation d'un constat de décès ? Existe-il un protocole ? Quelles sont les étapes importantes ?

A plusieurs reprises, j'ai laissé les intervenants guider la discussion quand elle concernait le sujet car ces informations me permettaient de mieux comprendre le système de constatation actuel et la problématique des constats de décès en Belgique.

4.3.3. L'ANALYSE

La présentation de Ségolène de Rouffignac organisée par le Centre Académique de Médecine Générale (CAMG) de l'UCL le 18 janvier 2018 m'a permis de comprendre les principes de l'analyse qualitative (14). J'ai transcrit les entretiens mot à mot puis je les ai analysés de manière qualitative et inductive en les écoutant et en les lisant plusieurs fois. J'ai étiqueté, catégorisé et conceptualisé l'entièreté de mes entretiens afin de répondre à ma question de recherche. J'ai supprimé les parties d'entretien, les noms et les lieux qui auraient permis de reconnaitre les participants - suppressions signalées par trois points entre crochets -, afin de conserver l'anonymat. Suite à l'analyse des entretiens, les enregistrements ont été détruit.

4.3.4. LES COMMUNICATIONS PERSONNELLES

J'ai eu plusieurs communications personnelles par mail et conversations téléphoniques afin de clarifier certaines procédures et certaines questions. Tout d'abord, j'ai contacté deux **médecins assermentés commis par l'officier de l'état civil** pour contrôler la cause du décès en cas de crémation afin de les interroger sur la procédure et l'examen clinique qu'ils réalisaient. Cependant, ils m'ont tous deux expliqué ne pas avoir de protocole fixe concernant l'examen clinique et ne pas être spécialisé en la matière. J'ai conclu que des entretiens ne me permettraient pas d'avancer dans ma question de recherche.

Ensuite, j'ai eu plusieurs échanges avec un **employé de l'état civil** service population d'une commune de Bruxelles.

Puis, j'ai contacté un **inspecteur de police** afin de clarifier les connaissances et la formation de la police de première ligne.

De plus, j'ai eu un entretien avec une **assistante en médecine légale** d'une université néerlandophone mais qui a refusé que je transcrive l'entretien par peur d'être reconnue.

Pour finir, j'ai eu des conversations téléphoniques et des échanges de mail avec deux **infirmiers chargés de coder les causes de décès** reprises sur les CD.

4.4. QUESTIONNAIRE

4.4.1. LA MÉTHODOLOGIE

Pour l'élaboration du questionnaire adressé aux MG (Annexe 1), j'ai utilisé un guide sur l'enquête par questionnaire proposé par l'Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé (APES) (15). Les questions abordent les difficultés auxquelles les MG sont confrontés durant un constat de décès et que j'avais obtenues par la revue de la littérature et l'analyse des entretiens. Je me suis également appuyée sur le questionnaire d'une thèse évaluant les habitudes et les difficultés des MG de Picardie lors de la rédaction d'un CD (16). En effet, bien que la constatation des décès ne soit pas la même en France, les questions reflétaient bien la problématique belge.

Le but du questionnaire était d'analyser les habitudes et les connaissances des MG afin d'une part de comparer les résultats à ceux des entretiens et de la revue de la littérature, et, d'autre part, d'élaborer une aide à la réalisation des constats de décès par les MG. C'est pourquoi, le questionnaire reprend aussi bien des concepts théoriques que des situations pratiques.

Les questions ont été introduites en français dans le logiciel de questionnaire en ligne Evalandgo. Le prétest a été réalisé par deux assistantes en deuxième année de médecine générale à l'UCL et a permis d'améliorer plusieurs questions. Le questionnaire a été auto-administré par le répondant afin d'obtenir un échantillon qui soit non seulement d'un assez grand volume mais aussi constitué de MG travaillant en milieu rural et urbain. En effet, je n'aurais pas eu le temps de réaliser chaque entretien.

4.4.2. L'ENVOI DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été envoyé le 18 mars 2018 par voie électronique à des MG agréés et candidats MG. Je l'ai envoyé à différents cercles de MG, aux assistants en médecine générale de l'UCL et au Centre de Coordination Francophone pour la Formation des Médecins Généralistes (CCFFMG) de l'Université de Liège (ULg), de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et de l'UCL qui le transféraient aux maîtres de stage et aux assistants. La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) a refusé de transférer mon questionnaire car il comportait des questions de connaissances.

4.4.3. L'ANALYSE

Avec l'aide d'un statisticien, j'ai réalisé l'analyse statistique des données sur le logiciel Microsoft Excel.

4.5. LES RÉSULTATS ET LA DISCUSSION

Dans les résultats, j'ai fait une analyse descriptive des données puis dans la discussion, j'ai fait une analyse plus interprétative de celles-ci afin d'une part, de comparer les résultats des deux études entre elles et avec les éléments existant dans la littérature et, d'autre part, d'aboutir à la formulation d'hypothèses induites et de recommandations.

5. REVUE DE LA LITTÉRATURE

5.1. APPORTS THÉORIQUES

5.1.1. LA CAUSE ET LE MÉCANISME DE DÉCÈS

La **cause initiale de décès** correspond à l'évènement, la maladie ou au processus initiateur qui a déclenché la chaîne d'évènements conduisant au décès. Elle est par exemple une athéromatose coronarienne ou un coup de couteau thoracique (11, 17).

Le **mécanisme physiopathologique terminal** du décès est provoqué par l'évènement initiateur. Il est par exemple un trouble du rythme provoqué par une athéromatose coronarienne ou une tamponnade cardiaque provoquée par un coup de couteau thoracique (17).

5.1.2. LE MODE OU LE TYPE DE LA MORT : NATURELLE OU VIOLENTE ?

5.1.2.1. Le mode de la mort

Le **mode** ou **type** de décès est la forme médico-légale de décès. Il est divisé en mort naturelle, accident, homicide volontaire et suicide (17).

5.1.2.2. La mort naturelle

La mort **naturelle** résulte de l'évolution terminale d'un processus **endogène** pathologique (11). Le mécanisme endogène explique à lui seul le décès de la personne, aucun facteur extérieur n'intervient (11, 17).

5.1.2.3. La mort violente ou non naturelle

Selon J.-P. Beauthier (2015), la **mort violente** ou **non naturelle** « *résulte de l'intervention directe, indirecte ou même éloignée d'une* ***force extérieure*** *ou d'un agent extérieur à l'organisme, avec ou sans la participation d'une ou plusieurs tierces personnes* » (11). **L'intervention de tiers** se rapporte aux homicides volontaires (meurtres) ou involontaires (par exemple un accident) (3, 9). Les agents et forces extérieurs à l'organisme sont par exemples : un objet contondant, une électrocution, un agent chimique, toxique ou médicamenteux, … L'action de ces éléments

extérieurs peut être **immédiate** (décès rapide) ou **retardée** (décès dans le décours du traumatisme) par rapports aux faits initiaux (3, 9). Elle peut dépendre **directement** (mécanisme létal évident, imputabilité évidente) ou **indirectement** des faits initiaux (9). Par exemple, une personne qui a un polytraumatisme suite à un accident de la route, se retrouve hospitalisée en soins intensifs puis a une embolie pulmonaire quelques mois plus tard aboutissant à la mort. Le décès est dû à l'accident de la route de manière indirecte sauf si une rupture du lien de causalité est démontrée (3, 11). Dès lors, une même pathologie peut-être une mort naturelle ou une mort violente (9).

La mort violente regroupe les **homicides volontaires**, les **suicides** et les **accidents** (8). **Un accident** est un évènement involontaire dû à un acte soudain et inattendu, provoqué par une cause externe génératrice de lésions corporelles (2, 5). **L'homicide** est une action commise ou omise (par exemple la privation de soins ou de nourriture) qui a provoqué la mort d'un homme. L'homicide peut être involontaire, volontaire ou accidentel (2).

5.1.3. LA MORT SUSPECTE

La mort suspecte n'a pas de définition précise au niveau légal. Selon F. Beauthier et J.-P. Beauthier (2013), la première définition est basée sur la notion de **doute**. Une mort devient suspecte pour le MG certificateur s'il a un doute sur la cause et donc le mode du décès (8). Selon eux (2013), la deuxième définition, qui est celle à retenir et que j'ai utilisée dans ce travail, est basée sur le **soupçon de l'intervention d'une tierce personne** : homicide volontaire ou homicide involontaire (accident médical, accident de la route…) (8).

5.2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

5.2.1. LE CONTEXTE LÉGAL DES CONSTATS DE DÉCÈS EN BELGIQUE

5.2.1.1. La procédure : le constat, la déclaration et l'acte de décès

Si le décès à lieu à domicile ou dans une maison de repos (MR), un MT ou un médecin de garde doit être contacté afin de **constater le décès** (18). Le conseil national de L'Ordre des médecins (2014) préconise d'appeler d'abord le MT du patient qui se déplace s'il en a la possibilité même s'il n'est pas de garde (19). Si le MT ne peut se déplacer, un médecin de garde doit être appelé en seconde intention et doit se déplacer (19). Le conseil préconise également que l'examen du corps soit effectué dans les plus brefs délais afin d'éviter la disparition de traces, la mobilisation et la toilette du corps (19).

Selon l'article 78 du Code civil du 21 mars 1804 (1807), le médecin qui constate le décès doit rédiger une **attestation de décès** aussi appelée **certificat de décès** (20). Le certificat de décès est un document officiel qui doit obligatoirement être rempli par le médecin ayant réalisé l'examen de la personne décédée (9).

Ensuite, une personne doit **déclarer** rapidement le décès au service état civil de la commune du lieu du décès (18, 21). L'article 78 du Code civil (1807) stipule que toute personne apte à fournir les renseignements requis peut déclarer le décès en apportant le certificat de décès à l'officier de l'état civil (20). En pratique, l'entrepreneur de pompes funèbres accompagné ou non d'un membre de la famille s'occupe de la déclaration de décès et des démarches administratives (5, 18, 21).

Ensuite, selon l'article 77 et 78 du Code civil (1807), l'officier de l'état civil doit s'assurer du décès par l'attestation de décès puis délivrer d'une part, **l'acte de décès** qui apporte la preuve du décès et, d'autre part, **l'autorisation d'inhumation** (20, 21). **L'acte de décès** permet d'ouvrir la succession (9). **Le permis d'inhumer** ne peut être délivré que 24 heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police et est nécessaire pour toute inhumation (9, 20). En effet, contrairement à la déclaration du décès qui n'est pas obligatoire, l'inhumation nécessite une autorisation qui permet de disposer du corps et donc de l'enterrer (4, 9, 20).

5.2.1.2. La procédure en cas de morts violentes, suspectes ou de cause indéterminée

La mort d'une personne ne relève pas le médecin du secret professionnel (22). Cependant, selon l'article 132 du code de déontologie médicale (1975), le médecin qui constate le décès peut affirmer si la mort est **naturelle** ou **violente** (23). S'il ne peut se prononcer sur la cause du décès, il doit écrire « **cause indéterminée** » (23).

Selon l'article 81 du Code civil (1807), lorsqu'il y a des **signes** ou des **indices** de mort **violente** ou des **circonstances qui donneront lieu de le soupçonner**, un officier de police assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, doit dresser un procès-verbal (PV) sur l'état du cadavre, les circonstances et les renseignements recueillis sur le défunt (20).

L'article 82 (1807) souligne que **l'officier de police** doit transmettre sans délai à l'officier de l'état civil du lieu du décès les renseignements contenus dans son PV qui serviront à rédiger l'acte de décès (20).

Selon l'article 44 du Code d'instruction criminelle du 17 novembre 1808 (1808), si la mort est **violente** ou de **cause inconnue et suspecte,** le procureur du Roi doit se faire assister d'un ou de deux médecins qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre (24).

En cas de mort **violente** ou **suspecte**, l'officier de l'état civil devra être en possession des documents suivants afin de fournir l'autorisation d'inhumation :

- le PV du fonctionnaire de police,
- une autorisation d'inhumation ou de crémation du procureur du Roi (20, 21).

5.2.1.3. La crémation

Selon l'article 20 de la loi sur les funérailles et sépultures du 20 juillet 1971 (1971), toute crémation[2] nécessite une **autorisation** délivrée par l'officier de l'état civil qui doit être au préalable en possession des documents suivants :

- Une **demande d'autorisation** signée par la personne qualifiée pour pourvoir aux funérailles selon l'article 21 (1971). (Annexe 2)
- Un **certificat** dans lequel le médecin ayant constaté la mort ou le MT indique si la mort est naturelle, violente, suspecte ou de cause indéterminée selon l'article 22 (1971). (Annexe2) En pratique, selon un officier de l'état civil d'une commune de Bruxelles, le médecin certificateur affirme dans le certificat qu'il n'y a pas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte et que le corps n'est pas muni d'un pacemaker (PM) (communication personnelle [courrier électronique], 13 avril 2018).
- Un **rapport d'un médecin assermenté** commis par l'officier de l'état civil pour contrôler la cause du décès qui indique si la mort est naturelle, violente, suspecte ou de cause indéterminée selon l'article 22 (1971). Ce deuxième médecin certifie que la mort est naturelle et que le corps ne porte pas de pacemaker (25).

L'article 22 (1971) stipule que si le médecin certificateur ou le MT ou le médecin assermenté commis par l'officier de l'état civil détectent des **circonstances**, des **signes** ou des **indices** permettant de soupçonner une mort **violente** ou **suspecte** ou une **cause de décès impossible à déceler**, l'officier de l'état civil transmet le dossier au **procureur du Roi** (25).

[2] La crémation est l'action de réduire en cendres les corps des défunts dans un établissement crématoire (20).

5.2.2. LES MORTS VIOLENTES IGNORÉES : LES FAILLES DU SYSTÈME

5.2.2.1. Les homicides ignorés

Plus ou moins 10 à 15% des homicides échapperaient à la justice (8). Ces chiffres extrapolés à partir de statistiques sur les interventions secondaires, les exhumations et les affaires classées sans suite reflèteraient la réalité (2, 8). Les homicides ignorés seraient dus en partie aux situations où les intervenants de première ligne n'ont pas requis un médecin légiste, ou que le diagnostic de ce dernier était inexact par faute de moyens si une autopsie n'a pas été demandée ou par manque de formation scientifique (2). Les intervenants de première ligne sont le médecin certificateur, la police de première ligne et le procureur du Roi (1).

J'ai décrit dans cette partie les différents acteurs de la problématique des morts non naturelles ignorées.

5.2.2.2. Les médecins généralistes

Les médecins certificateurs sont souvent des MG (4, 5). Ils seraient responsables d'une **sous-estimation du nombre de décès non naturels** d'une part, en déclarant comme mort naturelle des accidents de la route, des suicides et des décès iatrogènes et, d'autre part, en ne reconnaissant pas des suicides et des homicides (4).

5.2.2.2.1. Une formation en médecine légale insuffisante

La **formation insuffisante** en médecine légale des futurs médecins est un des problèmes majeurs qui expliquerait les homicides ignorés (2). Actuellement, ils reçoivent 15 heures de cours de médecine légale à l'UCL (26). Cette formation insuffisante ne leur permet pas d'avoir une **approche médico-légale** pour déterminer si la mort est naturelle ou violente (8). En effet, les MG ne connaissent pas les signes de mort violente et ne possèdent pas les connaissances pour analyser un décès dans des circonstances inconnues ou non naturelles (4). Or, désigner le **mode de la mort** est la clé de voûte de l'approche médico-légale car elle détermine l'enclenchement d'une éventuelle enquête criminelle (8).

De plus, les MG réalisent des **erreurs lors de la rédaction du CD** n'étant pas familiarisés avec les notions telles que la mort **violente**, la mort **naturelle** et **l'obstacle médico-légal** à l'inhumation ou à la crémation (OML) (2, 4, 8).

Ensuite, les MG n'ont pas les connaissances ni l'expérience pour établir la **cause de la mort** et ont des difficultés à identifier les **mécanismes létaux** qui mènent à la mort (4, 8, 11). En effet,

trop souvent des MG mentionnent un arrêt cardiaque comme cause de la mort alors qu'il s'agit d'un mécanisme et non d'une cause (4, 8).

5.2.2.2.1. Un manque d'expérience

Le faible nombre de CD complétés par an par les MG ne leur permet pas d'acquérir suffisamment d'expérience pour détecter les morts suspectes (5).

5.2.2.2.2. Une démarche opposée à celle des médecins légistes

Selon J.-P. Beauthier et al. (2013), les MG partent du principe qu'il s'agit d'une mort naturelle pour éventuellement arriver au diagnostic de mort suspecte alors que, pour les médecins légistes, la mort naturelle est un diagnostic d'exclusion afin d'éviter de passer à côté d'un homicide camouflé (2, 11).

5.2.2.2.3. Un examen clinique post mortem insuffisant

Les MG réalisent des examens cliniques très **superficiels** et **insuffisants** (6). En effet, il est déjà arrivé que des blessures par balle soient découvertes par l'entrepreneur des pompes funèbres après le constat de décès (27). Cependant, l'examen externe ne permet souvent pas de déterminer la cause du décès et est peu fiable (9, 11). Selon F. Beauthier et J.-P. Beauthier (2015), trop de magistrats se contentent de l'examen externe alors qu'il est très pauvre et qu'il peut mener à des erreurs si on s'y limite surtout s'il est réalisé par un médecin non spécialisé (9, 11).

5.2.2.2.1. La contamination de la scène de crime

Les médecins certificateurs **perturbent la scène de crime** (SC) à cause de leur manque de formation (1, 11). En effet, ne connaissant pas les précautions à prendre, ils apportent et effacent des traces et des microtraces (tache de sang, cheveux, empreintes de pieds, empreintes digitales …) et modifient des indices (disposition des objets, chauffage, …) (1, 2, 11).

De plus, en manipulant le corps et en perturbant les lieux, ils altèrent et empêchent l'exploitation des signes tardifs de la mort (**l'hypostase**, la **rigidité**, **l'opacification cornéenne** et le **refroidissement corporel)** (Annexe 3) qui sont fortement influencés par les éléments extérieurs du corps (ouverture des fenêtre, déplacement du corps, déshabillage, ...) (11, 17). Or, les signes tardifs de la mort permettent de déterminer le délai post mortem qui est une donnée essentielle au niveau médico-légal (3).

Une SC contaminée **ne peut être corrigée** et les errements d'une enquête judiciaire sont souvent dus à des fautes commises par les premiers intervenants tels que les médecins certificateurs (2, 11).

5.2.2.2.2. Les médecins généralistes de garde ou le médecin traitant

Les constats de décès sont de plus en plus souvent réalisés par des **MG de garde** qui n'ont pas le temps de contacter le MT et qui éprouvent des difficultés à déterminer la cause de la mort ne connaissant pas le défunt (4). En effet, le **MT** connait les pathologies de son patient et peut plus facilement déterminer le processus pathologique ayant entrainé la mort (11). Cependant, ce dernier peut éprouver plus de difficulté à conserver une attitude objective et scientifique à cause de l'influence de la famille ou de son implication émotionnelle (5).

5.2.2.3. Le certificat de décès modèle III C

Le CD (Annexe 4) a des faiblesses majeures qui permettent à des morts violentes volontaires ou involontaires d'échapper à la justice belge (3, 7). Il contient des notions méconnues des MG et manque de clarté (4, 7). J'ai décrit dans cette partie certains volets du CD sans être exhaustive afin de me focaliser sur les éléments importants pour ma question de recherche.

5.2.2.3.1. Son rôle et sa composition

Le CD est utilisé pour la déclaration de décès d'une personne âgée d'un an ou plus (28). Il a un rôle **administratif**, **épidémiologique** et **judiciaire** (3). Il est composé de **4 volets** et d'une **enveloppe** à sceller (3). J'ai détaillé les 3 volets que le médecin certificateur doit remplir à savoir les volets C, A et B en insistant sur le volet C pour son rôle statistique et sur le volet A pour son rôle médico-légal.

5.2.2.3.2. Son trajet

Tout d'abord, le **médecin certificateur** doit compléter et signer les volets A, B et C puis sceller dans l'enveloppe le volet C (3, 28). Ensuite, le CD est remis dans son entièreté à **l'administration communale** qui complète le volet D avec l'aide du déclarant, vérifie le volet B et conserve le volet A (28). Puis, l'administration communale envoie les volets B et D ainsi que l'enveloppe scellée contenant le volet C aux **médecins fonctionnaires communautaires responsables**. Ces derniers vérifient, codent et saisissent les données afin d'établir leurs propres statistiques puis transmettent leurs bases de données à **Statbel,** l'office belge de statistique (28, 29).

5.2.2.3.3. Le volet C

Le volet C contient les informations médicales décrites ci-dessous et a un rôle **épidémiologique**. L'identité du défunt n'y figure pas. Le médecin certificateur le remplit et le scelle dans l'enveloppe que seul le médecin fonctionnaire communautaire responsable pourra

ouvrir (30). Pour remplir ce volet, le médecin doit répondre à des questions difficiles comme le type et la cause de décès qui déterminent la suite de la prise en charge du corps.

a) Le type de décès

Dans la rubrique **type de décès**, le médecin doit choisir entre les 7 propositions suivantes : « cause naturelle », « accident de la circulation », « autre accident », « suicide », « homicide », « sous investigation » ou « n'a pu être déterminé ». Il n'y a pas d'exemple ni de définition sur le CD expliquant les différentes propositions. Selon J.-P. Beauthier (2005), le terme « **accident de la circulation »** comprend tous les accidents de transport (train, aéroplane, naufrage, …) tandis que le terme « **autre accident »** comprend les accidents domestiques et scolaire (3).

b) Les circonstances : en cas de mort non naturelle

Dans la rubrique **circonstances**, à remplir quand la mort est non naturelle, il n'y a pas d'indication sur les informations à fournir.

c) La date de l'heure de l'accident

Selon Eurostat[3] (2003), la date peut être **estimée** en ajoutant la mention « approximative » avant la date (31).

d) Le lieu de l'accident

Dans la rubrique **lieu de l'accident,** les propositions suivantes sont indiquées : « voie publique », « lieu de travail (ou école pour enfants) », « domicile », « ne sait pas » ou « autres, précisez… ». Selon Eurostat (2003), le médecin doit préciser la catégorie du lieu où le traumatisme s'est produit : ferme, prison, autoroute, …. (31).

e) La cause du décès

Dans la rubrique **cause de décès, partie I**, le médecin doit décrire la séquence des évènements ou des affections morbides ayant **directement** entrainé la mort (31). La séquence commence par la cause immédiate et termine par la cause initiale (31). Le volet C a un rôle **épidémiologique** important car les statistiques des causes de décès sont réalisées sur base de la cause initiale notée par le médecin certificateur (28). Dans la **partie II**, il peut mentionner les autres états morbides ayant **contribué** au décès mais n'ayant pas de rapport avec l'état morbide qui l'a provoqué. Le CD ne donne aucune indication concernant les informations à fournir en cas de mort non naturelle.

[3] Eurostat est l'office de statistique de l'Union européenne.

f) Autopsie/examens complémentaires

Le médecin certificateur a le choix entre 4 propositions : « oui, en cours », « non », « oui, prévue » ou « ne sait pas ». Cette rubrique a **peu de sens** car elle concerne rarement le médecin certificateur et le volet C est généralement déjà scellé quand le médecin légiste arrive sur place (3, 9).

5.2.2.3.4. Le volet A

Le volet A a une utilité **administrative**, **légale** et **médico-légale** (6). Il est composé en partie des informations suivantes :

- Les renseignements administratifs du défunt dont son identité.
- L'**OML** dont la case est suivie du numéro 1 qui se rapporte aux indications suivantes inscrites en petits caractères en bas de page *:* « décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide) » (Annexe 4). L'OML est primordiale sur le plan médico-légal car il déclenche l'ouverture d'une investigation (8). Le volet C étant scellé, il est le seul moyen pour l'officier de l'état civil de savoir si la mort est violente ou suspecte afin de s'assurer de l'intervention de la police avant de remettre l'autorisation d'inhumation.
- **L'obstacle aux soins de conservation** dont la case est suivie du numéro 5 qui se rapporte aux recommandations suivantes en bas de page : « mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté) ; certitude ou suspicion de décès par cause externe ».

Les **recommandations** se rapportant à l'OML et aux soins de conservation se trouvent en bas de page et sont difficilement lisibles. De plus, **l'OML**, primordial au niveau légal, n'est pas mis en évidence et il n'y a aucune explication concernant la **procédure** mise en place lorsqu'il est coché.

5.2.2.3.5. Le volet B

Le volet B reprend la **date, l'heure** et le lieu du décès ainsi que le sexe du défunt. Son intérêt est uniquement statistique.

5.2.2.3.6. Un manuel de certification des causes de décès

Eurostat a créé un manuel et un dépliant (Annexe 5) qui fournissent des instructions afin de compléter de manière adéquate le volet médical du certificat de décès (31, 32).

5.2.2.1. Le médecin requis par l'officier de l'état civil : incinération

Les médecins requis par l'officier de l'état civil chargés de remettre les autorisations d'incinération sont des MG qui n'ont pas reçu de formation spécialisée en thanatologie. Malgré

leur lourde responsabilité, ils réalisent des examens souvent trop sommaires se contentant de vérifier la présence d'un pacemaker (PM) aboutissant à des erreurs et à la disparition du corps et des preuves (2, 3, 9, 11). Or, en Belgique, le nombre de crémations est croissant ; en ville, plus de 50% des personnes sont incinérées (2, 4).

5.2.2.1. La police de première ligne

La police de première ligne n'est pas suffisamment formée ni expérimentée tant pour exclure une infraction avec certitude, que pour préserver la SC (1).

5.2.2.1. Le procureur du Roi

Le procureur du Roi est le seul à pouvoir **légalement mandater un médecin légiste** mais il n'a pas l'obligation de le faire, une intervention de police étant suffisante (4). En effet, le procureur du Roi est chargé de détecter les infractions à la loi pénale. S'il estime qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments permettant de présumer un **délit**, il peut renoncer à tout autre acte d'instruction n'étant pas chargé de déterminer la cause exacte de la mort (1, 4). Dans le cas contraire, il peut demander un examen externe du corps et/ou une autopsie. Le premier risque est d'exclure un délit avant d'avoir procédé à une expertise médico-légale afin de déterminer la cause de la mort (4). Le deuxième risque est la qualité de l'évaluation de la police de première ligne et du médecin certificateur, insuffisamment formés, sur laquelle le procureur du Roi base sa décision (1). Une étude dans l'arrondissement judiciaire de Louvain (2001, cité dans Universitaire ziekenhuis Leuven, 2018) a montré qu'un médecin légiste a été désigné dans uniquement 40% des décès avec un OML ; dans 31% des cas, il n'a réalisé qu'un examen externe sur place et dans 68% des cas, une autopsie (4). Or, les erreurs de diagnostic concernant la cause de la mort seraient d'au moins 50% quand un médecin légiste réalise un examen externe sans autopsie (1997, cité dans Universitaire ziekenhuis Leuven, 2018) (5).

Pour finir, le procureur de Roi peut désigner n'importe quel médecin comme expert. Il arrive qu'un médecin sans formation médico-légale soit appelé (4, 5, 24).

5.2.2.1. Le médecin légiste

Le médecin légiste est au **service de la justice**. Il tente d'approcher la vérité objective par la recherche de la preuve médico-légale et rend un avis au magistrat chargé du dossier. L'examen médico-légal doit donc être de **qualité** parfaite et suivre les procédures. Cependant, cette qualité est tributaire de la préservation de la SC et de la qualité de la formation du médecin légiste. Or, il n'existe actuellement pas de formation continue avec accréditation dans ce domaine (2).

5.2.2.2. Les autopsies

Malgré que l'autopsie soit la meilleure méthode pour déterminer la cause et le mode de la mort, la Belgique réalise peu d'autopsies tant cliniques que médico-légales (3, 8, 9, 10). En effet, trop de magistrats se contentent de l'examen clinique externe et les morts violentes ou non expliquées ne sont pas systématiquement autopsiées dans notre pays (4, 11). Or, ce faible taux d'autopsies serait responsable de statistiques nationales de décès faussées et d'homicides ignorés (3, 8, 9, 10). En effet, selon une étude allemande (2002, cité dans Universitaire ziekenhuis Leuven, 2018), le faible taux d'autopsies est responsable du nombre élevé de morts violentes ignorées (10). La Belgique est d'ailleurs un des pays qui réalise le plus d'exhumations suite à des contestations sur la cause de la mort ou suite à des dénonciations (4, 11). Une étude allemande (1997, cité dans Universitaire ziekenhuis Leuven, 2018), a démontré que dans 17% des autopsies médico-légales, le type de mort indiqué sur le certificat de décès était incorrect (10). Dans cette étude, il s'agissait d'un homicide dans 11% des cas de décès considérés comme non naturels après l'autopsie alors qu'ils avaient été considérés comme naturels par le médecin certificateur (10).

5.2.2.1. La législation

Le retard important et la faible qualité de l'examen des décès en Belgique sont dus en partie à la législation en la matière qui est obsolète et incomplète (4, 5, 9). Une des faiblesses majeures de la législation est l'absence de devoir de communication lorsque le médecin certificateur considère le décès comme suspect et coche l'OML. Ceci a pour conséquence de retarder l'intervention de la police parfois jusqu'à plusieurs jours après le constat de décès (4). Les autres faiblesses ont été abordées dans les autres parties du travail.

5.2.3. LES CONSTATS DE DÉCÈS RÉALISÉS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : UN PROTOCOLE ?

5.2.3.1. Absence de protocole

En Belgique, il n'existe pas de protocole pour les constats de décès réalisés par les MG. Dans cette partie, j'ai repris des recommandations proposées dans des articles.

5.2.3.2. Confirmer le décès

Tout d'abord, le médecin doit confirmer le décès (17). Il doit s'assurer que le coma n'est pas dû à des médicaments, des substances toxiques, une hypothermie profonde ou des troubles métaboliques ou endocriniens (33).

5.2.3.3. Recueillir des informations

Les médecins légistes commencent par recueillir un maximum d'informations (circonstances de découverte du corps, personne vivant seule, traces de lutte, antécédents médicaux, …) en faisant attention à ne pas se laisser induire en erreur (27). En effet, les témoignages peuvent être des éléments perturbants et peu fiables (2).

5.2.3.4. Examiner le corps

5.2.3.4.1. Les rôles

Devant chaque personne décédée, le médecin certificateur doit tenter de déterminer par l'examen clinique et les informations obtenues les éléments suivants :

- Le **mode** et la **cause** du décès qui sont cruciaux pour la suite de la prise en charge. Existe-il des éléments orientant valablement vers une mort naturelle ou, à l'inverse, des éléments suspects sur les lieux ou à l'examen clinique orientant vers une mort violente ?
- L'**identité** du défunt.
- Le **délai post mortem** en évaluant la rigidité, l'hypostase et la décroissance thermique.
- Le **lieu** du décès en examinant les signes de mobilisation et de déplacement du corps (hypostase) (2, 11).

5.2.3.4.2. L'inspection

Le **corps**, sa **position** et **l'environnement** fournissent des éléments et peuvent soulever la suspicion (2, 9). Les médecins légistes commencent par observer la situation des lieux : traces de sang, emballage de médicaments, traces de vomis, sources de CO … (27)

5.2.3.4.1. Un examen clinique minutieux et précautionneux

Le MG doit certifier s'il existe un OML ; ce qui implique un examen clinique du corps **minutieux** et **toujours complet** surtout lorsqu'il ne connait pas les antécédents du défunt (3). Il doit rester **précautionneux** car un médecin légiste peut passer dans un second temps et toute modification des conditions extérieures perturbent les paramètres qui permettent d'apprécier le délai post mortem : déshabillage, placement d'une couverture, … (3)

Cependant, l'examen externe du corps est souvent **insuffisant** pour poser un diagnostic précis. C'est pourquoi, le MG doit rester **prudent** car un corps avec des téguments intacts peut dévoiler à l'autopsie des lésions évoquant une mort violente (2, 3, 9).

5.2.3.4.2. L'étendue de l'examen clinique

Les recommandations trouvées dans la littérature à propos de l'étendue de l'examen externe concernaient surtout les médecins légistes et semblaient **difficilement applicables** en médecine générale. C'est pourquoi, je n'ai pas développé cette partie mais j'ai repris les quelques conseils suivants :

- La découverte d'abrasions, de plaies, de contusions, de lacérations ou d'hématomes peut mener à la suspicion de la participation d'un tiers (9).
- Les faces antérieure et postérieure du corps doivent être examinées (27).
- Les vêtements peuvent cacher des éléments traumatiques importants (9).
- Si la mort est considérée comme **suspecte**, le médecin qui constate le décès ne doit effectuer d'autres manipulations que celles destinées à sauver la vie de la victime (1).

5.2.3.5. Rédiger le certificat de décès

a) La cause du décès : mort naturelle ou mort violente ?

Le diagnostic de la cause du décès est un diagnostic au sens premier du terme qui engage la **responsabilité** du médecin et nécessite une **démarche médicale**. Lorsque le médecin certificateur a un **doute** sur la cause du décès, il doit cocher la case « sous investigation » et demander le passage d'un médecin légiste sur le CD (3, 8). Lorsque le décès est **suspect**, le médecin peut cocher la case « homicide » ou « n'a pu être déterminé » (3).

b) L'obstacle médico-légal

Le médecin doit cocher l'**OML** sur le volet A en cas de mort **violente** ou de **suspicion de mort violente**. Le volet C étant scellé et soumis au secret médical, l'OML est le seul moyen pour l'officier de l'état civil de savoir qu'il s'agit d'une mort violente certaine ou probable (7). Seul le procureur du Roi ou le juge d'instruction après l'enquête peuvent lever cet obstacle (8).

c) L'obstacle aux soins de conservations

Lorsqu'il y a un OML, la case obstacle aux soins de conservations doit également être coché car les soins effacent les traces et les microtraces (8).

d) Le délai post mortem

Le délai post mortem est une donnée capitale difficile à estimer. Il est apprécié à partir de la rigidité cadavérique, de l'hypostase, de l'opacification cornéenne et de la décroissance thermique (Annexe 3) (3).

La **rigidité** ou **rigor mortis** due à la disparition des réserves en adénosine triphosphate (ATP) qui brisent les liaisons au sein des cellules musculaires s'installe après **3 heures** et débute au niveau de la mâchoire puis progresse après **6 heures** au niveau de la nuque, des membres supérieurs et des membres inférieurs. Elle disparait totalement après **48 heures** suite aux phénomènes putréfactifs (9, 17). La manipulation du corps rompt la rigidité. Si la manipulation a lieu dans un délai inférieure à **7 à 8 heures** post mortem, la rigidité peut réapparaitre, contrairement aux manipulations ayant lieu dans un délai supérieur (17). Malgré quelques variations, la rigidité est un signe capital pour apprécier le délai post mortem et est **accessible aux MG** (3, 11). Elle est également le signe le plus valable pour **apprécier la mort** (en excluant les états cataleptiques) (3).

La décroissance thermique post mortem est progressive (17). Contrairement à la peau qui refroidit rapidement, la température centrale ou température corporelle a un plateau thermique initial de 2 ou 3 heures (9, 11, 17). L'impression d'un corps froid commence à la température corporelle de 32°C (3, 11, 17). Pour les médecins légistes, la décroissance thermique post mortem est l'élément le plus fiable pour estimer le délai post mortem (11, 17).

La putréfaction dépend d'éléments endogènes (la fermentation des bactéries de la flore intestinale) et exogènes (les insectes et les larves) qui dégradent les matières organiques**.** Une **tache verte** apparait au niveau de l'abdomen 48 heures après la mort puis se propage au niveau de la tête, de la nuque et des épaules (11, 17). Les bactéries produisent des gaz qui conduisent au gonflement de la face puis de l'ensemble du corps en 60 à 72 heures. Le **réseau veineux**, colonisé par les bactéries, devient apparent et de couleur rouge puis vert. Ensuite des **phlyctènes** apparaissent et la peau et les cheveux se décollent (11).

Tableau 1 : La chronologie thanatologique simplifiée. Tiré de Beauthier, 2008, p. 72. (17)

Délai post mortem en heures	0	↔	3	↔	6 à 8	↔	36	↔	48
Corps		Chaud Flaccide		Chaud Rigide		Froid Rigide		Froid Flaccide	Tache verte abdominale

5.2.3.6. Contacter les services de police

Dès qu'un OML est coché, la police et le procureur du Roi doivent être appelés (20, 33). Cependant, la loi ne précise pas quand les contacter ni qui doit s'en charger. Le médecin peut :

- soit compléter le CD,
- soit contacter la police de la zone concernée et les convaincre par des arguments médicaux afin qu'une enquête soit réalisée et qu'un médecin légiste soit appelé,

- soit contacter le parquet du procureur du Roi de l'arrondissement judicaire concerné disponible 24h/24 (3, 8).

5.2.3.7. Préserver la scène de crime

En cas de mort suspecte ou violente, le médecin doit veiller à préserver la SC en ne **touchant à rien** et en évitant de manipuler le corps et les vêtements du défunt sauf pour confirmer la mort (1, 3). Aucune fouille ne doit être effectuée, même pour déterminer l'identité du défunt car la préservation de la SC prime (1). La **communication entre les différents intervenants** est très importante (11). En effet, si des modifications ont été apportées à la SC, les premiers intervenants doivent en informer le laboratoire de police technique et scientifique et les enquêteurs. De plus, si des techniques de réanimation ou de perfusion ou d'autres techniques ont été utilisées, il faut le signaler ou laisser le matériel en place afin que ces manœuvres ne soient pas confondues avec des injections de produits toxiques qui pourraient être responsable de la mort (11).

5.2.3.8. Les situations problématiques

Tout **noyé** nécessite un examen sérieux par un médecin légiste afin d'exclure un homicide camouflé car cette méthode criminelle ne laisse souvent aucune trace. La noyade étant un diagnostic d'exclusion, une autopsie médico-légale devrait être systématiquement demandée (2, 11).

Un meurtre par **strangulation** peut être camouflé par une pendaison secondaire. Face à un suicide par **pendaison**, il est nécessaire d'exclure l'intervention d'un tiers (2). Pour cela, les constatations sur le lieu de découverte (concordance, faisabilité) et la préservation de la SC sont très importantes (2).

Un meurtre par **tir balistique** peut être très facilement camouflé en suicide. En cas de problème balistique, les MG doivent éviter de manipuler les mains du défunt et l'arme (2). L'inspection des orifices et l'appréciation de la distance de tir permet de déterminer si un tiers a pu être impliqué (2, 3).

Les corps en voie de **décomposition** (putréfaction, momification, transformation adipocireuse) ou de **squelettisation** (Annexe 3) sont impossibles à examiner pour les MG. En effet, les corps altérés font partie des décès mal étiquetés car la putréfaction et la dégradation provoquées par les larves peuvent camoufler des plaies. C'est pourquoi, un examen médico-légal doit être systématiquement envisagé devant un corps altéré (3). En cas de découverte de pièces

osseuses, ces dernières doivent également être analysées par des spécialistes quelles que soient les circonstances de découvertes (2, 3).

Un **accident** peut masquer un suicide ou un meurtre. Les accidents devraient être traités comme les autres homicides. Cependant, il y a une banalisation des accidents du trafic routier alors qu'ils entrainent une grande responsabilité (2).

Pour finir, de nombreuses **intoxications fatales** sont étiquetées de morts naturelles (2). Une couleur ou une odeur particulière du corps, des traces de vomis, des accessoires de toxicomane, des boissons ou des emballages de médicaments peuvent évoquer une intoxication (27).

5.2.4. LES PISTES POUR LE FUTUR

5.2.4.1. La collaboration entre les différents acteurs

Les recommandations européennes en matière d'autopsie (1999) conseillent la mise en place d'une structure de coordination adéquate entre chaque acteur notamment le procureur du Roi, le médecin légiste et la police (35). De plus, elles proposent une collaboration entre les différents intervenants présents sur la SC afin d'une part, de générer des discussions pour se rapprocher de la vérité et, d'autre part, d'éviter les égarements pendant l'enquête (2).

5.2.4.2. Le certificat de décès modèle III C

Le sénateur Brotchi (2012) propose d'adapter le CD afin qu'il continue à être utilisé pour l'élaboration des statistiques mais plus pour les autres aspects (5).

5.2.4.3. Les médecins légistes

La Société royale de Médecine légale de Belgique recommande un examen secondaire par les médecins légistes de **toutes les morts violentes sans exceptions** (8). Cependant, le manque de médecins légistes en service et l'absence de soutien du monde politique ne permettent pas de respecter ces recommandations actuellement (8). Les médecins légistes conseillent une valorisation des études de spécialisation en médecine légale et une formation continue des spécialistes (2, 9).

5.2.4.4. La police de première ligne

Un manuel a été créé pour les policiers de première ligne afin d'uniformiser et d'améliorer la qualité de leur prise en charge des décès suspects. Le but de ce manuel était de diminuer le chiffre d'homicides ignorés en Belgique. Cependant, des mesures organisationnelles et des initiatives législatives doivent être proposées afin de permettre la mise en pratique de ces recommandations (1).

Selon ce manuel, tout décès d'origine **douteuse** doit être considéré comme un décès **suspect** jusqu'à preuve du contraire. Une liste non exhaustive de décès potentiellement suspects a été établie (Annexe 6). En cas de décès douteux ou si une intention criminelle n'a pu être exclue lors des premières constatations objectives, les policiers de première ligne doivent partir du principe du « worst case scenario » (agir comme s'il s'agissait d'un homicide), préserver totalement le SC et avertir le procureur du Roi et le laboratoire de police technique et scientifique (1).

5.2.4.5. Le médecin certificateur

Améliorer la formation en médecine légale des futurs médecins ou réserver l'examen des décès à des personnes ayant acquis une compétence particulière dans ce domaine permettraient d'augmenter la qualité de la prise en charge des décès en Belgique (3, 5, 9).

L'approche médico-légale des MG lors d'un constat de décès pourrait être améliorée en :

- améliorant leurs connaissances sur les notions de mort violente et de mort naturelle,
- améliorant leur compréhension et leur utilisation du CD,
- insistant sur la nécessité de demander le passage d'un médecin légiste en cas de doute (8).

5.2.4.6. Le médecin requis par l'officier de l'état civil : crémation

Les médecins qui travaillent pour l'état civil devraient :

- réaliser un examen externe du corps correctement,
- connaître les circonstances du décès et contacter le MT,
- avoir une formation adéquate en thanatologie,
- avoir la possibilité de contacter rapidement un médecin légiste (3, 9).

5.2.4.7. La recommandation n° R (99) 3

Les recommandations européennes en matière d'autopsie de 1999 (Annexe 7) n'ont pas encore été transposées dans la législation belge. Leur application permettrait une grande amélioration dans la pratique de la médecine légale et une diminution des homicides ignorés (2). En effet, une autopsie serait réalisée dans tous les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée (35).

5.2.4.8. La proposition de loi du sénateur Jacques Brotchi

a) Les objectifs

Le sénateur Brotchi propose une adaptation de la législation afin d'améliorer l'examen des décès en poursuivant les 3 objectifs suivants :

- l'identification des décès qui doivent bénéficier d'une attention particulière,
- l'examen adéquat des décès « anormaux »,
- la réalisation d'une autopsie si l'examen externe est douteux ou soulève des questions d'ordre juridique (5).

Plusieurs médecins légistes sont favorables à cette proposition de loi qui représenterait, selon eux, un immense progrès pour la médecine légale en Belgique (2).

b) Le concept de décès anormal/inhabituel

Le concept de **décès inhabituel** ou **anormal** (Annexe 8) est une aide afin de déterminer quels décès nécessitent un examen complémentaire comprenant au minimum un examen externe précis du corps et éventuellement une autopsie (2, 10). Cette notion utilisée dans le droit suisse désigne toute mort non naturelle et tout décès pour lequel on ne peut exclure une cause non naturelle (5, 10). Il comprend les morts **violentes**, les morts **suspectes d'être une mort violente** et les décès **inopinés** et/ou **inexpliqués** : les accidents, les suicides, les décès survenant dans des circonstances particulières (les décès liés à la drogue, les décès lors d'une arrestation ou en détention,…), … (2, 5) La proposition de loi du sénateur Brotchi énonce une série de **critères** (Annexe 9) permettant de déterminer quels sont les décès anormaux et ainsi objectiver la décision du médecin, supprimer les pressions qui pèseraient sur lui et garantir un traitement uniforme et objectif des décès. En effet, si un des critères est rempli, le décès est considéré comme anormal et le médecin certificateur doit prévenir sans délai un médecin examinateur (5). Si le médecin certificateur conclut à une mort violente ou suspecte, il prévient le médecin examinateur et le procureur du Roi (5).

c) Le médecin examinateur

Selon la proposition de loi (Brotchi, 2012), le médecin examinateur est formé pour rechercher la **cause exacte de la mort** par une courte formation théorique et pratique. Il est rattaché à un institut de médecine légale agréé. Il peut s'agir de MG, d'urgentistes ou de candidats spécialistes en médecine légale. Il détermine la cause du décès sur la base d'un **examen externe scientifique**, en tenant compte des circonstances concrètes et des antécédents médicaux du défunt. S'il ne parvient pas à déterminer avec certitude la cause exacte du décès, une autopsie doit être réalisée par un médecin spécialisé en médecine légale attaché à un des instituts agréés de médecine légale. S'il conclut que le décès est normal, il informe l'officier de l'état civil et complète le CD existant. S'il conclut qu'il s'agit d'une mort violente ou suspecte, il informe immédiatement le procureur du Roi (5).

d) Les autopsies

Selon la proposition de loi (Brotchi, 2012), une autopsie sera réalisée si le médecin examinateur n'a pas réussi à **déterminer avec certitude la cause exacte de la mort** après l'examen externe de la dépouille et l'analyse de son dossier médical. Après l'autopsie, l'institut doit établir un rapport avec les résultats d'autopsie, **compléter le CD** et informer l'officier de l'état civil. S'il s'agit d'une mort violente ou suspecte, l'institut informe le parquet (5).

6. RÉSULTATS

6.1. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

6.1.1. Caractéristiques des participants

Le « Médecin épidémiologiste » ou « **ME** » est un médecin épidémiologiste fonctionnaire communautaire chargé d'établir des statistiques sur la base des informations fournies sur les CD. Le « Médecin légiste 1 » ou «**ML 1** » est maître de stage en médecine légale. Le « Médecin légiste 2 » ou « **ML 2** » est Professeur de médecine légale depuis 15 ans.

6.1.2. Analyse des entretiens

6.1.2.1. Les homicides ignorés en Belgique

9.1.2.1.1 Des statistiques faussées

Le médecin épidémiologiste expliquait que le parquet envoyait les résultats de ses investigations aux médecins épidémiologistes chargés de coder les CD mais que cette transmission d'information n'était pas systématique (ME, 2017).

« […] c'est grâce au parquet qui font des investigations et par après, ils nous donnent les résultats et on corrige le bulletin. » (ME, 2017).

« […] on suit régulièrement […] les problèmes de suicide. Un certain moment, on a remarqué que les suicides diminuaient […] Alors il s'est révélé que ces années-là, le parquet n'avait pas transmis les conclusions. » (ME, 2017).

Selon un infirmier chargé de coder les causes de décès reprises sur le CD, les résultats des examens réalisés par les médecins légistes sont demandés au parquet du procureur du Roi uniquement si les données reprises sur le CD au niveau des circonstances et de la cause du décès sont insuffisantes ou si le médecin certificateur a coché « sous investigation » ou « n'a pu être déterminé » (communication personnelle [courrier électronique], 13 juin 2018).

9.1.2.1.2 Un nombre élevé d'exhumations en Belgique

« […] en Belgique, on a toujours été les champions […] européens de l'exhumation […] Quand on fait une exhumation, c'est qu'il y a une erreur […] on n'exhume pas simplement parce que

la famille le demande. On exhume quand on a de bonnes idées que… et là on tombe sur des trucs » (ML 2, 2018).

9.1.2.1.3 Les constats de décès en Belgique : les lacunes du système

a) Le certificat de décès modèle III C

- **Une source d'erreur pour les médecins.**

« J'ai une médecin qui me téléphone dimanche […] : « Voilà, je… Quelle case est-ce que je dois remplir ? » » (ML 2, 2018).

« […] il y a beaucoup de problèmes avec les modèles III C » (ML 1, 2018).

- **Une terminologie source de confusion pour les médecins :**
  - **Mort violente et mort naturelle : des notions méconnues des médecins.**

« Moi ça arrive souvent que je sois appelé pour des suicides et quand on me montre le constat de décès, on a mis « mort naturelle » » (ML 1, 2018).

  - **L'obstacle médico-légal : un rôle primordial méconnu des médecins.**

« […] Beaucoup de médecins ne connaissent pas ce qui se rapporte à l'obstacle médico-légal » (ME, 2017).

« […] quand ils parlent d'obstacle médico-légal, inhumation et crémation […] La plupart des généralistes ne savent même pas ce que c'est qu'un procureur du Roi. Ils en ont entendu parler, mais ils ne connaissent pas les fonctions. […] On aurait mis : « mort violente ou suspecte » à cet endroit-là, ce qui pour l'administration voulait dire « obstacle médico-légal à l'inhumation et à la crémation », on mettait oui, hein, ça allait tout seul » (ML2, 2018).

- **Les fautes réalisées par les médecins lors de la rédaction du CD : source de statistiques faussées et d'investigations retardées.**

« […] quand le médecin ne fait pas comme il faut le remplissage du bulletin. Parmi les problèmes, d'abord c'est, heu, les chiffres qui ne sont pas corrects. Deux, c'est le retard pour, pendant les investigations […] » (ME, 2017).

b) Les constats de décès réalisés par les médecins généralistes

- **Leur examen clinique post mortem insuffisant par manque de formation ou par aversion envers les cadavres.**

« […] certains médecins qui détestent voir les cadavres […] ils regardent de loin» (ML1, 2018).

« […] c'est un manque de formation. […] certaines personnes qui ne veulent pas voir […] un cadavre » (ML 1, 2018).

« Le médecin généraliste, il passe à peine la tête pour voir si le type est bien mort […] » (ML2, 2018).

« […] c'est qu'il y en a qui ne font pas d'examen » (ME, 2017).

- **Leur examen clinique post mortem insuffisant : le risque d'ignorer une mort non naturelle.**

« […] il y a des problèmes, heu, par des médecins qui n'examinent pas le corps. […] Le médecin est arrivé, il n'a pas examiné le corps, il s'est fié sur ce que les personnes présentes disaient […] mais

il ne connaissait pas le patient […] et il a mis « décès naturel » et c'est […] le morguiste […] au moment où il voit le cou du patient […] Il y avait […] tout un sillon […] » (ML 1, 2018).

« […] ils restent sur le pas de la porte, ils regardent de loin, ils disent aux policiers : « Vous en pensez quoi ? » ? » Et les policiers disent : « […] pour nous, il n'y a rien de suspect. » Et ils mettent « mort naturelle » […] » (ML 1, 2018).

- **Leur formation insuffisante en médecine légale : la contamination de la SC et le risque d'ignorer un homicide.**

« […] le médecin généraliste, c'est peut-être le premier qui arrive sur place, c'est pas le plus adéquat pour y aller. Objectivement, il n'a pas la formation » (ML 2, 2018).

« Nous, si on arrive une fois que le cadavre a été manipulé, on perd 50% de nos renseignements » (ML 2, 2018).

« Aujourd'hui, on a une vraie spécialité […]. Avant, […] on avait plein de généralistes, un peu partout, qui servaient de médecin légiste mais qui n'étaient pas formés. Et on passait à côté de tout, mais c'est monstrueux. […] Et nous, on récupérait ça après […] » (ML 2, 2018).

- **Leur manque d'expérience à cause de leur faible nombre de CD réalisés par an.**

« On ne fait bien que ce que l'on fait d'habitude. […] Alors voir un cadavre une fois par garde ou une fois par an, pour ceux qui ne font plus de garde […] ce n'est pas assez. On va nécessairement se tromper » (ML 2, 2018).

« L'expérience, en fait le souci […] le nombre de fois que vous êtes amenée à le faire […] Une fois par an, ou même une fois les cinq ans !» (ME, 2017).

- **La difficulté pour un MG de déterminer la cause de la mort d'un patient qu'il ne connait pas.**

« […] Bon quand c'est le médecin traitant qui connaît le patient, c'est évidemment beaucoup plus simple, […] Il peut savoir si le décès était « attendu » […] Mais le problème […] c'est quand on arrive pour faire le constat de décès de quelqu'un qu'on ne connaît pas, […] (ML 1, 2018).

« […] Le problème c'est que, parfois, le médecin qui constate n'est pas le médecin soignant. […] Donc, diagnostic de la mort, mort oui, mais origine : problème » (ME, 2017).

- **La difficulté pour les MG de déterminer les mécanismes létaux qui ont conduit à la mort.**

« […] tout le monde à tendance à dire […] arrêt cardio-respiratoire […] » (ME, 2017).

c) <u>Le médecin assermenté commis par l'officier de l'état civil : un examen clinique insuffisant et un manque de formation</u>

«[…] normalement il devrait déshabiller le cadavre, pratiquement tous les corps, il ne le fait pas. Donc, il n'est pas formé pour. […] Ce sont toujours des généralistes […]. » (ML 2, 2018).

d) <u>Le faible nombre d'autopsies et le manque de médecins légistes</u>

- **Le faible nombre d'autopsies : des statistiques biaisées.**

« […] la Belgique est parmi les pays qui pratiquent le moins d'autopsies. Or, face à cette hésitation que vous avez vue là, l'autopsie est très nécessaire. L'autopsie est très importante, heu, dans nos données… » (ME, 2017).

- **Le faible nombre de médecins légistes, conséquence d'un manque de financement et d'attractivité de la profession.**

« […] Ce sont les expertises qui financent la médecine légale. Sans expertises, pas de médecine, c'est facile puisque pas de sous. La médecine légale ne permet pas de faire vivre, heu, un service de médecine légale […] » (ML 2, 2018).

« […] parce qu'on manque de légistes […] et ça existe depuis toujours, parce qu'on n'a toujours pas résolu le problème » (ML 2, 2018).

« J'ai vraiment formé beaucoup de monde. Tout le monde est parti, il n'y a pas moyen de garder les gens. Un : beaucoup de gardes, beaucoup de boulot, très mal payé » (ML 2, 2018).

e) <u>La législation obsolète et incomplète</u>

« […] Le Code d'instruction criminelle ne dit pas que c'est un médecin légiste que l'on doit désigner, mais un médecin à cause de son art […] la spécialité en médecine légale n'est apparue qu'en 2002, alors que le code d'instruction criminelle est bien plus ancien et n'a pas été révisé » (ML 2, 2018).

« […] Donc n'importe quel médecin peut être requis par le Parquet. […] c'est bien le problème, d'ailleurs c'est que le Parquet pourrait être faussement rassuré par le fait d'avoir envoyé quelqu'un qui n'a néanmoins pas les compétences pour le faire de façon correcte » (ML 2, 2018).

« Ils disent que le médecin remplit le certificat […] mais ils ne précisent pas par quelle voie, si ce sont eux qui le portent à la commune […] » (ME, 2017).

f) <u>La police de première ligne : une formation insuffisante</u>

« […] ils ont dix heures de cours, je crois, pendant leur formation à l'académie de police. En clair, ils n'ont pas grand-chose » (ML 2, 2018)

g) <u>Les employés des pompes funèbres : la meilleure aide des médecins légistes</u>

Un des médecins légistes déclarait que les employés des pompes funèbres étaient leur plus grande aide pour détecter les morts violentes car ils déshabillaient les corps.

« […] meilleures aides, c'est les pompes funèbres, sur le plan médico-légal. […] puisqu'ils doivent déshabiller le corps pour l'habiller, ils vont […] découvrir de véritables décès par mort violente » (ML 2, 2018).

Cependant, il a ajouté que ces derniers n'avaient reçu aucune formation sur la manière de détecter une mort violente (ML 2, 2018).

9.1.2.1.4 <u>Les solutions proposées</u>

a) <u>Former les médecins généralistes en médecine légale</u>

Les médecins légistes étaient partagés sur la formation à donner en médecine légale aux MG. Le premier proposait une formation en médecine légale à ces derniers puisqu'ils étaient en première ligne (ML 1, 2018).

« C'est souvent, voilà, les smuristes ou les médecins généralistes qui sont confrontés à ce problème devant remplir les constats de décès […] je pense que c'est à eux qu'il faudrait adresser une formation particulière » (ML 1, 2018).

Le second proposait une formation en médecine légale à certains MG uniquement (ML 2, 2018).

« […] voir, d'avoir des médecins généralistes formés en médecine légale » (ML 2, 2018).

« […] on avait des médecins comme ça, on en a eu plusieurs. […] qui sont des gens qui faisaient l'examen, mais qui n'allaient pas à l'autopsie. Mais quand ils trouvaient quelque chose de suspect, ils nous prévenaient » (ML 2, 2018).

Cependant, ce dernier expliquait que cette solution se confrontait aux obstacles suivants :

- La **motivation des MG** à devenir des experts en médecine légale et donc à suivre une formation et ensuite à faire ce travail difficile.

« Et le problème […] c'est que ces gens doivent être formés […] ils vont passer un temps fou avec nous avant de pouvoir être sur le terrain. […] il faut une sacrée expérience […] » (ML 2, 2018).

« Se lever en pleine nuit […] » (ML 2, 2018).

« […] il faudrait des médecins qui soient intéressés par la matière, qui aient envie de continuer à faire de la médecine générale, en sus, mais qu'on pourrait appeler pour faire des examens extérieurs » (ML 2, 2018).

- La **disponibilité des professeurs de médecine légale**.

« […] il faut choisir. Soit je forme des médecins légistes, soit des médecins traitants. Si je forme des médecins traitants, je ne forme plus de légistes ou en tout cas plus autant. […] » (ML 2, 2018).

- La création d'une **structure pyramidale** avec au sommet un universitaire afin d'assurer la qualité scientifique du nouveau système de constatation.

« […] Pour moi, les deux solutions sont bonnes. J'aimerais autant que ce soit les médecins légistes qui aillent partout parce qu'eux sont clairement formés pour le faire. Mais néanmoins, les deux situations sont correctes dès lors que c'est bien géré. Mais il faut une structure pyramidale avec, au sommet de la structure, un universitaire. […] Avec les universités, on a au moins une certitude, c'est que sur le plan scientifique, ce sera correct et c'est la seule chose qu'on cherche […] » (ML 2, 2018).

- La **difficulté** de **l'examen clinique post mortem**. Selon lui, l'examen clinique est la partie la plus difficile dans son travail.

« L'examen extérieur d'un cadavre est la chose la plus difficile à faire » (ML 2, 2018).

Le médecin épidémiologiste suggérait également de limiter les constats de décès à certains médecins généralistes afin qu'ils acquièrent plus d'expérience.

« […] soit regrouper […] les zones […] mais il faut une solution pour que ce soit fait par quelqu'un d'expérimenté » (ME, 2017).

b) Modifier la législation

Un des médecins légistes expliquait qu'il travaillait sur un projet de loi (ML 2, 2018).

« On a un projet de loi […] qui contraigne, […] les magistrats et la police […] à faire appel à un médecin légiste ou à quelqu'un […] ayant des compétences spécifiques en médecine légale, pour toutes les morts violentes, pour toutes les morts de personnes à l'hôpital si ça peut aboutir à une responsabilité médicale. Pour les personnes vivant seules à domicile. Et pour toutes les personnes dont la mort n'était pas attendue » (ML 2, 2018).

Cependant, il rappelait que ce projet de loi était difficilement applicable actuellement vu le faible nombre de médecins légistes en Belgique. C'est pourquoi, il ajoutait que la Belgique devait créer des instituts de médecine légale constitués de médecins légistes payés par l'Etat (ML 2, 2018).

« […] mais ça va nous causer un problème puisqu'on est plus que 19 » (ML 2, 2018).

« […] un vrai projet soutenu par le politique qui nous permettrait de fonctionner. […] il faudrait créer des instituts de médecine légale. […] avec des médecins légistes qui sont payés par l'Etat, donc, quelque part fonctionnarisés et on leur amène tous les cadavres. » (ML 2, 2018).

c) Diminuer les erreurs lors de la rédaction du CD en formant les médecins et modifiant le certificat de décès

Le médecin épidémiologiste expliquait qu'il travaillait sur des modifications à proposer afin d'améliorer le CD pour diminuer les erreurs réalisées par les médecins lors de sa rédaction. Pour diminuer les erreurs au niveau du « type de décès », il proposait la création de guidelines avec des exemples concrets à ajouter sur le CD ou à rendre disponibles aux médecins (ME, 2017).

« On est en train d'y travailler pour suggérer des modifications […] » (ME, 2017)

« […] qu'est-ce qui pourrait améliorer, […] ce diagnostic, c'est l'existence de guidelines un peu plus détaillées. […] mais les guidelines devraient donner des arguments, donner des cas, etc. […] Donc, il faut vraiment des guidelines, pour même au-delà de l'école s'y référer […] » (ME, 2017).

De plus, il conseillait une meilleure formation des médecins à l'université ou des formations continues sur les notions et le vocabulaire utilisés dans le CD (ME, 2017).

« […] dans la formation, il est très nécessaire d'insister sur la bonne définition. Que la personne sorte de l'école en sachant... […] Il faut des formations continues […] (ME, 2017).

Il expliquait qu'un CD électronique appelé « eDeath » était en cours d'élaboration afin d'accélérer le cheminement des données. Cependant, il précisait que ce projet était confronté à des questions de protection de la vie privée (ME, 2017).

« […] ce sera plutôt de l'électronique […] C'est plus simple, c'est plus rapide. Si vous utilisez la carte d'identité et que vous l'introduisez dans la machine, vous avez tout ce qui est registre national » (ME, 2017).

« Mais, alors, est-ce qu'il faut donner à tous les médecins l'accès au registre national pour la protection de la vie privée…» (ME, 2017).

Un des médecins légistes déclarait qu'un CD électronique ne permettrait pas de diminuer le nombre d'erreurs réalisées par les MG lors de sa rédaction (ML 2, 2018).

« Non, ça ne va rien changer du tout. Electronique ou autrement, c'est pareil » (ML 2, 2018).

6.1.2.2. Procédure proposée aux médecins généralistes de garde lors d'un constat de décès

6.1.2.2.1. Obtenir des informations

*« […] quand c'est une personne qu'on ne connaît absolument pas, […] avant de se précipiter sur le corps, il faut […] essayer de recueillir un maximum d'informations, soit des **ambulanciers** […] soit des services de **police** qui sont là, soit de la **personne qui a découvert le corps** ; la **famille** […], une fois qu'on a toutes ces informations-là, heu, notamment les informations sur les **antécédents** de la personne […] on peut déjà avoir une idée pour se dire : « **est-ce que le décès était attendu ou pas ?** » C'est évidemment différent si on est appelé pour le décès de quelqu'un de 18 ans qu'on retrouve mort dans son lit qu'une mamy de 98 ans qui a déjà été opérée du cœur trois fois »* (ML 1, 2018).

*« […]se tourner vers […] le **médecin traitant**. C'est ce qu'il y a de mieux à faire. Nous, on les contacte pratiquement systématiquement […] Parce que, eux, sont au courant de la pathologie dont souffre le patient »* (ML 2, 2018)

6.1.2.2.2. Examiner le corps

a) Les rôles de l'examen clinique post mortem

- **Constater la mort** *: « […] La première chose à faire c'est de vérifier qu'il est mort »* (ML 2, 2018).
- **Identifier le défunt** : *« […] pour si c'est la bonne personne »* (ML 1, 2018).
- **Déterminer le type de décès** : *« […] voir un peu s'il y a des éléments suspects »* (ML 1, 2018). *« […] si on voit des grosses lésions sur le corps […] »* (ML 1, 2018).

b) Rechercher des éléments suspects

*« […] examiner un peu le corps pour voir s'il a des **lésions traumatiques,** ne fût-ce que ça, qui sont visibles : est-ce qu'on a des ecchymoses, est-ce qu'on a des pétéchies, est-ce que le corps a une couleur normale ou bien on a une cyanose faciale, etc. ? […] Le cou également : est-ce qu'on a des dermabrasions, est-ce qu'on a des griffures au niveau du cou ? Tout ça, ce sont des éléments qui peuvent plaider pour une mort non naturelle avec ou sans intervention de tiers »* (ML 1, 2018).

*« Toutes les **lésions traumatiques.** […] »* (ML 2, 2018).

« Je préfère que l'on voit quelque chose, qu'on se trompe, que de ne pas le voir […] » (ML 2, 2018).

c) La position du corps

« Prendre des photos avant, c'est toujours bien. Comme ça on a la position dans laquelle le cadavre se trouvait au moment où on l'a découvert. […] Ce qui est important est de savoir comment on le découvre » (ML 2, 2018).

d) L'étendue de l'examen clinique

Les médecins légistes ne s'accordaient pas sur l'étendue de l'examen clinique que les MG devaient réaliser. L'un prônait un examen clinique sommaire en regardant les parties visibles du corps et en soulevant en partie les vêtements (ML 1, 2018).

« […] il faut au moins regarder toutes les parties visibles du corps […] Je ne dis pas qu'il faut le retourner, […] Il ne faut pas commencer à enlever les vêtements, etc. […] Le cou […] » (ML 1, 2018).

L'autre, affirmait qu'un examen clinique de qualité nécessitait de déshabiller le corps et de l'examiner sur les deux faces. Cependant, il ajoutait que ce type d'examen relevait plus du domaine médico-légal. De plus, il expliquait que les MG n'avaient pas reçu de formation pour réaliser ce type d'examen et qu'il s'agissait de l'étape la plus difficile dans son métier (ML 2, 2018).

« Déshabiller le corps. […] Heu, l'examiner sous les deux faces et, de préférence, avec un bon éclairage pour voir si on relève des lésions. […] Mais c'est très médico-légal » (ML 2, 2018).

« […] Objectivement, il n'a pas la formation » (ML 2, 2018).

« L'examen extérieur d'un cadavre est la chose la plus difficile à faire. Et plus difficile que l'autopsie […] A l'autopsie, s'il y a une lésion, on va la voir, nécessairement. A l'examen extérieur, ce n'est pas sûr » (ML 2, 2018).

L'assistante en médecine légale déclarait que les MG n'avaient pas reçu une formation suffisante en médecine légale. C'est pourquoi, elle conseillait aux MG d'une part, de réaliser un examen clinique limité et, d'autre part, de référer si la cause de la mort n'avait pas pu être déterminée ou au moindre doute.

6.1.2.2.3. Déterminer le délai post mortem

Les médecins légistes expliquaient que déterminer le délai post mortem était la partie la plus difficile dans leur travail (ML 1, 2018 ; ML 2, 2018).

« Date et heure du décès […] Même moi, je n'en sais rien ! J'ai une fourchette de 6 heures pour déterminer un décès. Les 24 premières heures, je ne sais pas » (ML 2, 2018).

« Même pour nous, c'est la chose la plus dure […] » (ML 1, 2018).

Un des médecins légistes expliquait qu'il s'agissait d'un élément important et qu'il fallait contrôler la concordance entre le délai post mortem estimé et les informations fournies par les personnes présentes (ML 1, 2018).

« […] une des choses auxquelles il faut faire attention […] c'est de voir est-ce que le moment supposé du décès correspond aux informations qu'on a pu recueillir auprès de la famille, de la police, etc. » (ML1, 2018).

Pour finir, un des médecins légistes préconisait aux MG de noter l'heure et la date auxquelles ils avaient constaté le décès puisqu'il s'agissait d'une donnée trop difficile à déterminer pour eux (ML 2, 2018).

« […] Je dis à tous les médecins : « Constaté-le » » (ML2, 2018).

6.1.2.2.4. Déterminer le type de décès

- **Déterminer le type de décès** grâce aux informations médicales, au contexte, à la position du corps et à l'examen clinique.

« […] je pense que c'est une association de toutes les informations médicales et du contexte de découverte du corps, la façon dont on voit également le corps dans l'habitation […] et l'examen sommaire du corps qui doit permettre d'orienter vers un diagnostic de soit mort naturelle soit mort non-naturelle ou mort indéterminée » (ML1, 2018).

« […] soit, avec tous ces éléments-là […] on se dit : « voilà, pour moi, le décès peut venir d'un problème naturel et donc on explique sur le modèle 3C les causes probables du décès en fonction des antécédents et des traitements que le patient prenait […] » (ML1, 2018).

« […] estimer en âme et conscience : « est-ce que je peux dire que le décès à l'air naturel ? » (ML1, 2018).

- **Absence de protocole pour les constats de décès réalisés par les MG.**

« […] ce n'est pas une science exacte, il n'y a pas de remède miracle pour dire, heu, voilà, il faut faire comme cela, comme ça et comme ça et vous ne vous tromperez jamais » (ML 1, 2018).

- **Rester prudent et exclure une mort non naturelle.**

« […] il faut toujours garder à l'esprit que […] il y a des morts qui ne sont pas naturelles » (ML 1, 2018).

« Un constat de décès, ça reste un acte médical. […] il faut toujours rester prudent, parce que ce n'est pas parce que c'est quelqu'un de très malade qu'on ne peut pas l'avoir tué » (ML 1, 2018).

- **Considérer le décès comme suspect et cocher la case « n'a pu être déterminé » en cas de doute sur la cause et donc le type de la mort.**

« […] dès qu'il y a un doute, en fait, il vaut mieux mettre « mort indéterminée » ou « mort violente » (ML 1, 2018).

« […] suspecte, c'est douteux. » (ML 2, 2018)

6.1.2.2.5. Cas particuliers : les corps putréfiés

« […] les corps putréfiés […] généralement, personne s'en approche sauf le médecin légiste […] » (ML 1, 2018).

« Vous pouvez faire un certificat de décès de mort indéterminée […] » (ML1, 2018).

« […] quand il est putréfié, on ne sait pas l'identifier formellement. Donc, vous pouvez faire des certificats de décès supposé Monsieur Untel » (ML1, 2018).

6.1.2.2.6. Compléter le certificat de décès

Selon un des médecins légistes et le médecin épidémiologiste, les deux éléments importants sur le CD étaient l'OML pour son rôle judiciaire et la cause initiale pour son rôle épidémiologique (ME, 2017 ; ML 1, 2018).

« Je pense que la case la plus importante est : […] obstacle médico-légal […] » (ML1, 2018).

« […] ce que nous analysons le plus, c'est la cause initiale […] » (ME, 2017).

6.1.2.3. Procédure proposée aux médecins généralistes de garde lors d'un constat de décès d'une mort non naturelle certaine ou probable

6.1.2.3.1. Respecter la scène de crime

« […] si on voit du sang partout […] il vaut mieux ne pas trop s'approcher » (ML 1, 2018).

« […] dès que l'on voit quelque chose de suspect, on arrête tout et on appelle le labo. » (ML 2, 2018).

« […] plus vous avancez dans l'examen du cadavre, et plus vous détruisez les indices. » (ML 2, 2018)

« On touche, c'est déjà moins un pourcentage de l'ordre de 20 à 25% d'éléments qui sont perdus […] » (ML 2, 2018).

6.1.2.3.2. Compléter le certificat de décès

- **Compléter les circonstances (volet C).**

« […] l'importance des circonstances » (ME, 2017).

- **Cocher l'obstacle médico-légal (volet A).**

« Donc, quand c'est un décès non naturel […] il faut mettre cette case-là, dire qu'il y a un obstacle médico-légal » (ML 1, 2018).

6.1.2.3.1. Appeler la police

- **Appeler la police en cas de mort violente, de mort de cause indéterminée ou de doute.**

*« […] quand on a des **éléments** qui font vraiment penser que le décès n'est **pas naturel.** Ça ne veut pas dire encore qu'il y a eu intervention de tiers, ça peut être un suicide, etc. […] il faut avertir les services de police […] »* (ML 1, 2018).

*« Donc un **suicide**, une **intoxication par médicaments** : ça reste une **mort violente**. […] il faut prévenir les services de police […] »* (ML 1, 2018).

*« […] quand c'est « **mort indéterminée** » […] il faut prévenir les services de police. […] parce que vous ne savez pas exclure une éventuelle intervention de tiers [...] »* (ML 1, 2018).

*« […] appelé les services de police parce que vous avez un **doute** [...] »* (ML 1, 2018).

- **Donner le CD à la police et lui expliquer la situation.**

« […] il faut attendre évidemment que la police arrive […] C'est mieux de rester parce que, voilà, vous leur expliquez pourquoi vous estimez qu'il y a peut-être un problème et puis, dans l'hypothèse où c'est la famille qui l'a tué, remettre le certificat, puis partir… » (ML 1, 2018).

6.1.2.3.2. Le rôle de la police et du procureur du Roi

*« […] les **services de police** vont faire une enquête, ils vont voir les voisins, etc. Ils vont appeler le médecin traitant à la limite. Ils font un rapport au procureur du Roi. Sur base de tout ça, **le procureur du Roi** va dire : « ça reste, heu, indéterminé ou suspect, donc j'envoie un médecin légiste ». Ou alors après, la police va réussir à obtenir des informations qui vont vraiment dire que voilà, […] il n'y a aucun problème. […] Même si on n'a pas la cause précise du décès, le procureur du Roi peut dire : « […] il n'y a pas de signe d'intervention de tiers », […] c'est surtout ça qui est important pour nous »* (ML 1, 2018).

6.2. RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

6.2.1. Introduction

Le questionnaire a été clôturé le 15 avril 2018. 188 MG ont répondu au questionnaire soit 2,47 % des personnes intéressées (calcul réalisé avec le nombre de MG agréés et candidats MG dont le domicile officiel se trouve en Wallonie et en région de Bruxelles-capitale à savoir 7618 MG en date du 31/12/2017) (36). Pour tous les calculs réalisés, j'ai pris comme risque alpha 5%. Les réponses que les MG ont indiqués sous la rubrique « autre champ » ont été reprises avec l'inscription « champ ajouté » ou ont été ajouté aux items déjà proposés. Afin de ne pas surcharger mon travail, j'ai mis en annexe les résultats de certaines questions.

6.2.2. Les caractéristiques des médecins généralistes

La moyenne de **l'activité professionnelle** des participants s'élevait à 11,2 ans. Il existait un certain équilibre entre le nombre de candidats MG et le nombre de MG agréés (Voir Figure 1).

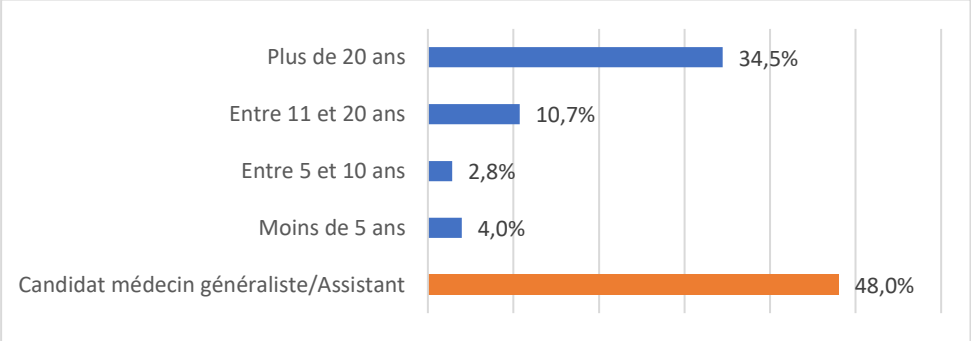


Figure 1 : Répartition des MG selon leur nombre d'années de pratique en médecine clinique.

Le tableau 2 reprend les caractéristiques des participants.

Tableau 2: Répartition des MG selon leur type de pratique, leur milieu de travail et l'université où ils ont suivi le cours de médecine légale.

	Nombre	Pourcentage
Type de pratique		
Association de médecins	72	40,7%
Maison médicale	54	30,5%
Solo	51	28,8%
Le milieu de travail		
Urbain	86	48,6%
Semi-urbain	64	36,2%
Rural	27	15,3%
Université		
UCL	131	77,1%
ULB	30	17,6%
Ulg	9	5,3%

6.2.3. Première partie du questionnaire : le certificat de décès modèle III C

Q 1 : Combien de CD remplissez-vous en 1 an ?

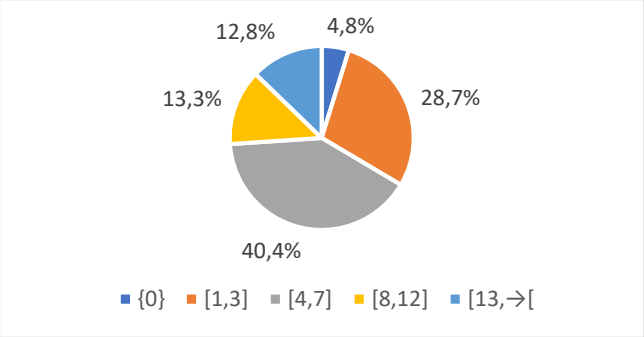


Figure 2 : Répartition des MG selon le nombre de CD qu'ils réalisent par an.

La médiane valait 5,5, la moyenne était égale à 5,8 et le mode valait 5,5, ce qui traduisait une dissymétrie portée sur la gauche. L'écart type était de 3,8. Sachant que j'ai interrogé plus de 30 personnes et bien au-delà, on pouvait considérer les données comme étant normales et, donc, estimer que 69% des personnes intéressées établissaient entre 2,0 et 9,6 CD par an.

Q 2 : La majorité des constats de décès que vous réalisez sont pour des patients … :

… dont vous êtes le médecin généraliste.	83	44.1%
… que vous ne connaissez pas.	105	55.9%

La différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative. Les MG qui réalisaient plus de 12 CD par an réalisaient autant de CD pour des patients dont ils étaient le MT que pour des patients qu'ils ne connaissaient pas.

Q 3 : Réalisez-vous personnellement et/ou supervisez-vous en tant que maître de stage des gardes de population ? (Annexe 10)

Q 4 : Cochez les causes de décès qui correspondent à la définition de « mort violente ». (plusieurs réponses)

Tableau 3 : Les causes de décès qui correspondent à la définition d'une mort violente.

Nombre de répondants	**188**		
coup de couteau thoracique	181	embolie pulmonaire	4
suicide par pendaison	174	athéromatose coronarienne	4
chute dans les escaliers	150	je ne sais pas	3

1,6% des réponses étaient erronées.

Q 5 : Cochez les causes de décès qui correspondent à la définition de « mort naturelle ». (plusieurs réponses)

Tableau 4: Les causes de décès qui correspondent à la définition d'une mort naturelle.

Nombre de répondants	**188**		
bronchopneumonie	181	intoxication médicamenteuse	13
embolie pulmonaire	172	je ne sais pas	3
chute dans les escaliers	22	suicide par pendaison	2

9,5% des réponses étaient erronées soit près d'1 réponse sur 10.

Q 6 : Dans quelles situations cochez-vous l'OML? (plusieurs réponses)

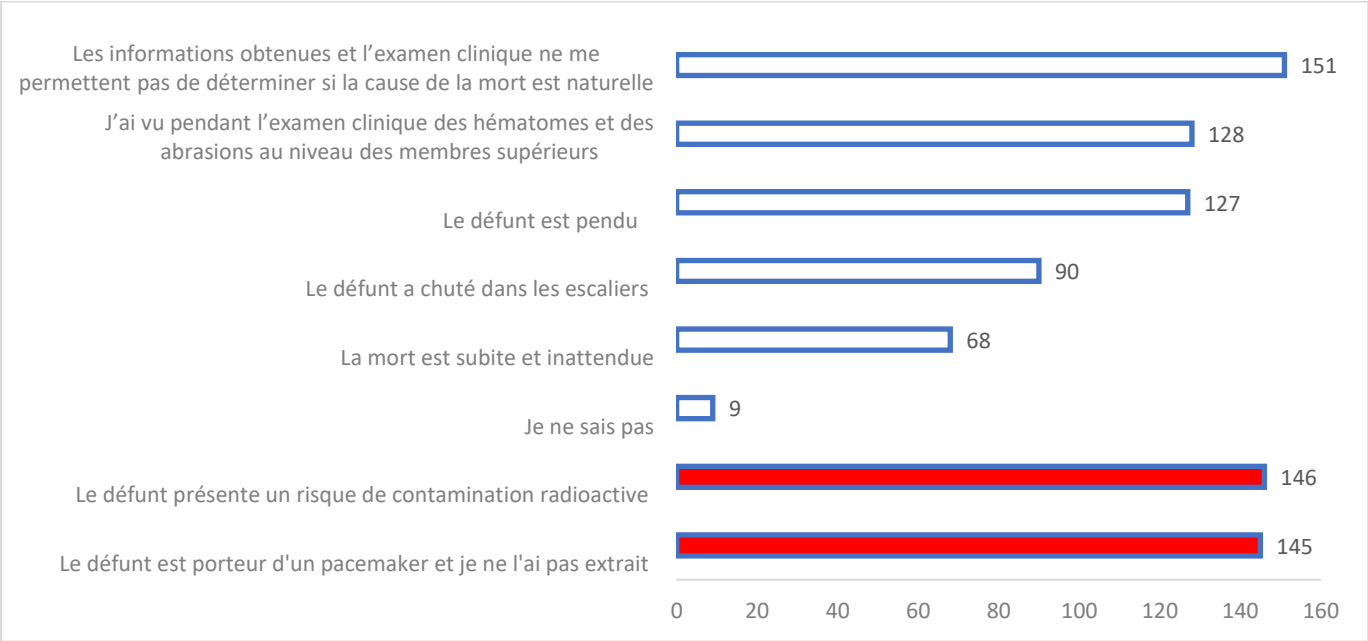


Figure 3 : Les situations dans lesquelles les MG (188 répondants) cochent l'OML.

Dans la Figure 4, les situations en rouge correspondent à d'autres obstacles cités dans le CD.

Q7 : Vous connaissez la procédure mise en place lorsqu'un OML est coché sur le CD.

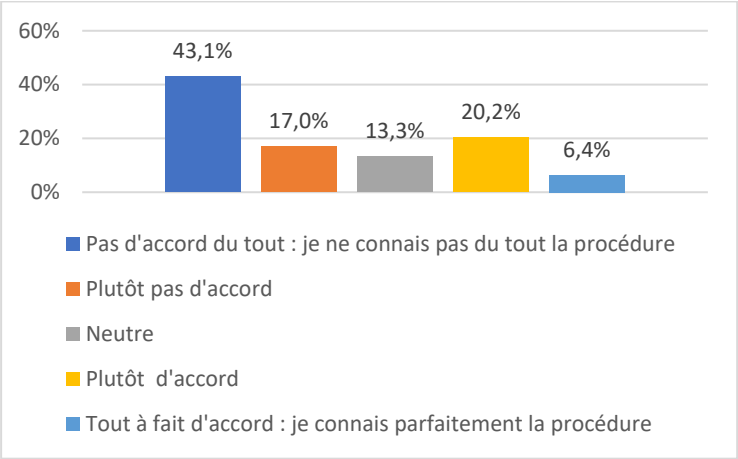


Figure 4 : Vous connaissez la procédure mise en place lorsqu'un OML est coché.

Pour les questions 7, 10, 12 et 13, j'ai modulé l'échelle comme suit :

-2	-1	0	1	2
Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord

La moyenne pondérée était de - 0,7. La moyenne étant négative, calculer l'intervalle de confiance autour de ce paramètre n'était pas justifié.

Q8 : Cochez l'OML sur le CD est une décision difficile à prendre pour vous.

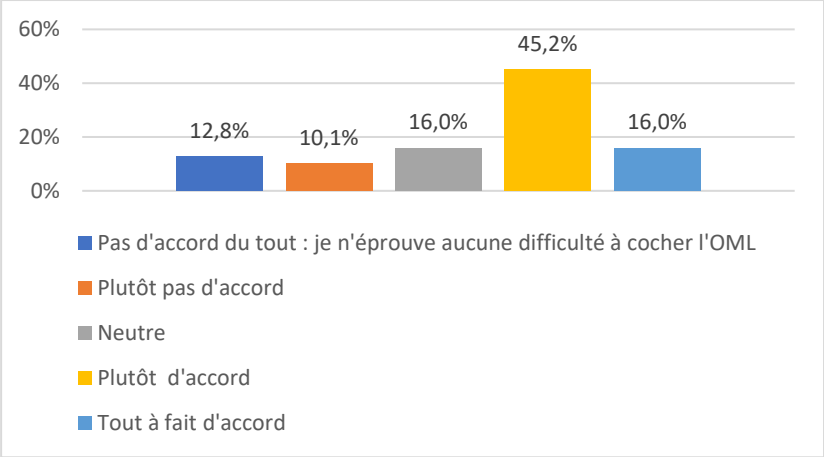


Figure 5: Cocher l'OML est une décision difficile à prendre pour vous.

Je me suis basée sur l'échelle suivante :

-2	-1	0	1	2
Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout

La moyenne est de - 0,41 donc les MG se situaient entre « neutre » et « plutôt d'accord ».

Q 9 : Si vous pensez que cocher l'OML est une décision difficile à prendre : quelles sont les raisons pour lesquelles vous éprouvez des difficultés à le cocher ? (plusieurs réponses)

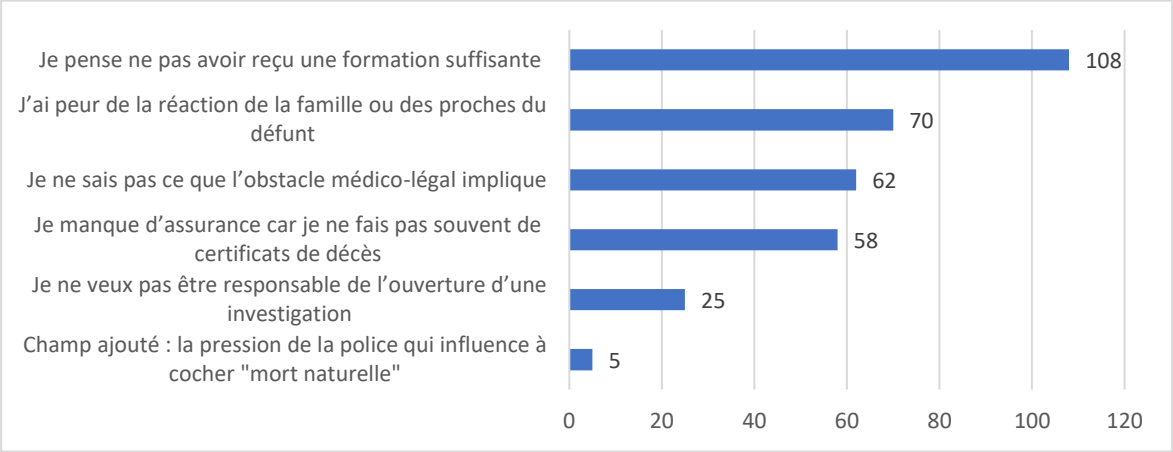


Figure 6 : Les raisons qui rendent l'OML difficile à cocher pour les MG (149 répondants).

79,3% des MG pensaient que cocher l'OML était une décision difficile à prendre pour eux. Par ailleurs, les arguments suivants ont été proposés dans les champs ajoutés :

- les conséquences multiples, imprévisibles et chronophages,
- la crainte d'ajouter une souffrance à la famille,
- la peur de lancer une investigation non justifiée,
- la peur de se mettre en danger.

Q 10 : Quelqu'un vous a-t-il déjà influencé(e) à ne pas cocher l'OML ? (Annexe 10)

Q11 : Si quelqu'un vous a déjà influencé : qui vous a poussé(e) à ne pas cocher l'OML ? (plusieurs réponses)

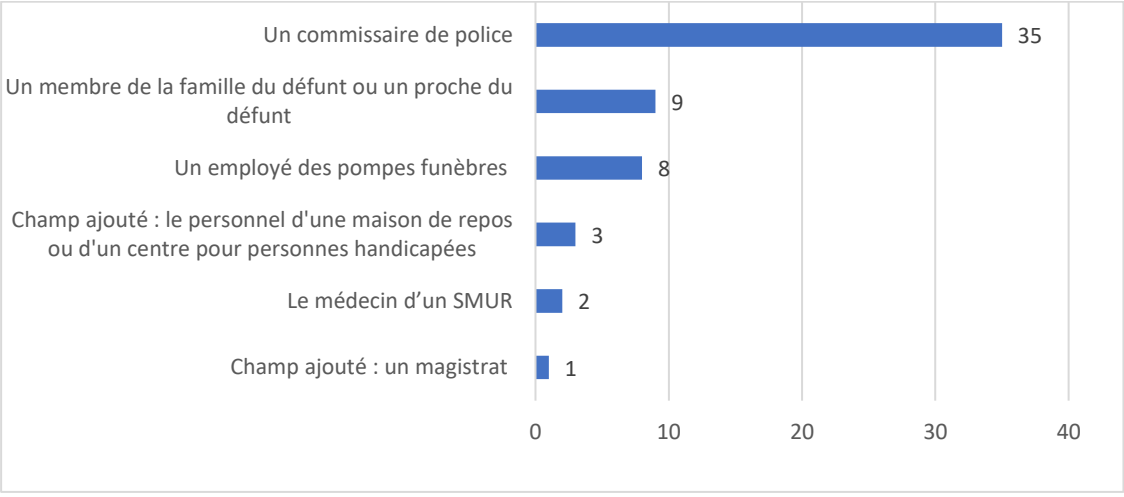


Figure 7 : Qui vous a poussé à ne pas cocher l'OML ? (53 répondants)

28,2% des MG avaient déjà été influencés à ne pas cocher l'OML.

Q 12 : Le cours de médecine légale reçu à l'université vous a appris à compléter un CD.

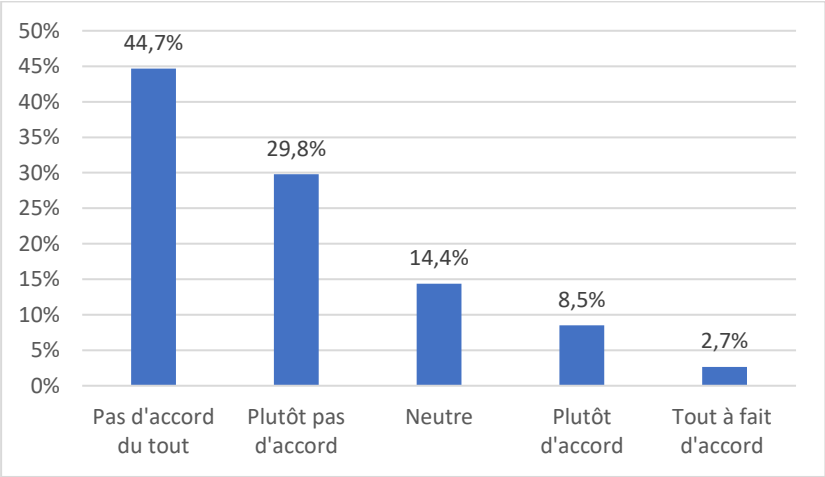


Figure 8: Le cours de médecine légale reçu à l'université vous a appris à compléter le CD.

Il existait un ordre décroissant de fréquence de « pas d'accord du tout » à « tout à fait d'accord ». On aurait espéré une inversion des valeurs. La moyenne était de -1,05 ce qui correspond à peu de chose près à « plutôt pas d'accord ».

6.2.4. Deuxième partie

Pour cette partie, toutes les questions s'inscrivent dans le contexte suivant : lors d'une **garde de population**, vous êtes appelé(e) pour faire le constat de décès d'un patient que vous **ne connaissez pas**.

Q 13 : Vous examinez le corps avant de rédiger le CD.

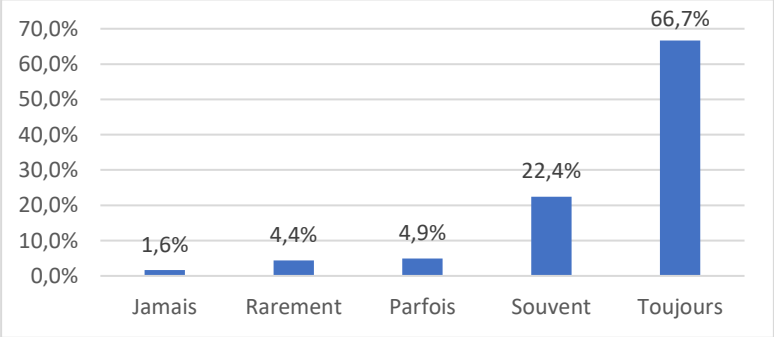


Figure 9 : Vous examinez le corps avant de rédiger le CD.

2/3 des MG sondés examinaient toujours le corps avant de rédiger le CD. La moyenne était de 3,9 ce qui est très proche de « toujours ».

Q14 : Si vous n'examinez pas toujours le corps : dans quelles situations ou pour quelles raisons vous ne l'examinez pas ? (plusieurs réponses)

Tableau 5: Les raisons pour lesquelles les MG n'examinent pas le corps.

Nombre de répondants	**67**
quand les éléments disponibles sans examen clinique plaident pour une mort **naturelle**	53
quand les éléments disponibles sans examen clinique plaident pour un **suicide**	23
quand les éléments disponibles sans examen clinique plaident pour un **homicide**	21
à cause de la présence de la **famille**	16
je **ne sais pas** ce que je dois faire ni rechercher	14
je **n'aime pas** examiner les cadavres	5
je considère que l'examen clinique d'un cadavre ne fait **pas partie de mon travail**	4
champ ajouté : quand le défunt a déjà été **habillé** ; gène envers la famille, peur de déranger	3
champ ajouté : quand le corps est en **putréfaction**	2
champ ajouté : quand je ne parviens pas à le **déshabiller** seul(e)	1

Q15 : Si vous examinez le corps : pour quelles raisons l'examinez-vous ? (plusieurs réponses)

Tableau 6 : Les raisons pour lesquelles les MG examinent le corps.

Nombre de répondants	**182**
constater la **mort**	169
rechercher la présence d'un **pacemaker**	148
rechercher des **lésions** pouvant évoquer un **homicide**	140
identifier le défunt	62
champ ajouté : rechercher des **lésions** plaidant pour une mort **naturelle**	3
je ne sais pas	0

Q 16 : Si vous examinez le corps : qu'est-ce que vous examinez ? (plusieurs réponses)

Tableau 7 : L'étendue de l'examen clinique des MG

Nombre de répondants	**181**
je soulève les vêtements du défunt	119
j'examine uniquement les parties visibles du corps, je ne soulève pas les vêtements du défunt	48
le visage	145
le cou	130
le thorax	125

les mains	119
les yeux	99
les bras et les avant-bras	87
l'abdomen	83
les membres inférieurs	82
le cuir chevelu	64
les vêtements	47
le dos, même si le défunt est couché sur le dos	46
champ ajouté : l'étendue de mon examen clinique dépend des circonstances	15
champ ajouté : j'examine l'environnement autour du corps	3
champ ajouté : je recherche le pouls	2
champ ajouté : l'étendue de mon examen clinique est moindre en maison de repos et de soins (MRS) quand le corps est déjà habillé ou quand le dossier médical est bien tenu	2

Q 17 : Cochez les situations dans lesquelles vous appelez la police. (plusieurs réponses)

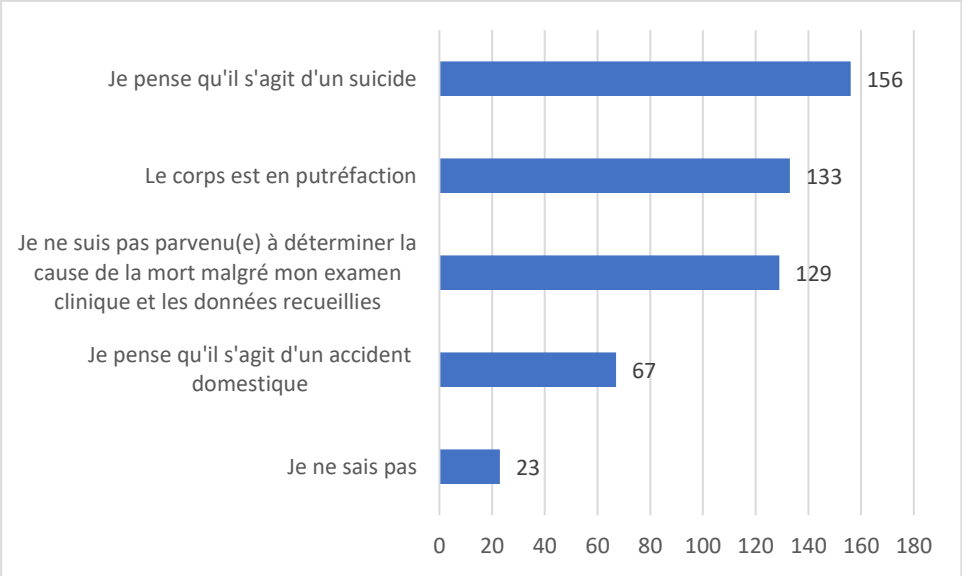


Figure 10 : Les situations dans lesquelles les MG (183 répondants) appellent la police.

Q 18 : Quelle est votre attitude si après avoir interrogé les personnes présentes, lu le dossier médical (s'il y en a un) et examiné le corps du défunt, vous ne trouvez pas d'éléments orientant vers une mort naturelle ? (1 réponse)

Tableau 8 : L'attitude des MG face à une mort de cause indéterminée.

Nombre de répondants	**177**	**100%**
je coche l'OML sur le certificat de décès et j'appelle la police	66	37,3%
j'appelle le MG afin d'obtenir plus d'informations sur l'état de santé du défunt	55	31,1%
je coche l'OML sur le CD et je le donne à la famille	26	14,7%
je ne sais pas	24	13,6%
je coche mort naturelle sur le CD et je le donne à la famille	6	3,4%

18,1% des MG ont choisi des mauvaises filières.

6.2.5. Troisième partie

Pour cette partie, toutes les questions s'inscrivent dans le contexte suivant : lors d'un constat de décès, vous soupçonnez, suite à plusieurs éléments qu'il s'agit d'une **mort violente** c'est-à-dire qui résulte de l'intervention d'une force extérieure à l'individu avec ou sans la participation d'une ou plusieurs personnes (accident, homicide, suicide).

Q 19 : Quelle est votre attitude ? (1 réponse)

Tableau 9 : L'attitude des MG face à une mort violente probable.

Nombre de répondants	**177**	**100%**
j'arrête l'examen clinique	91	51,4%
je continue l'examen clinique afin d'obtenir plus d'éléments	59	33 ,3%
j'arrête l'examen clinique et je recherche des indices ou des traces dans la pièce	16	9.0%
je ne sais pas	11	6.2%

Q 20 : Quelle est votre attitude? (plusieurs réponses)

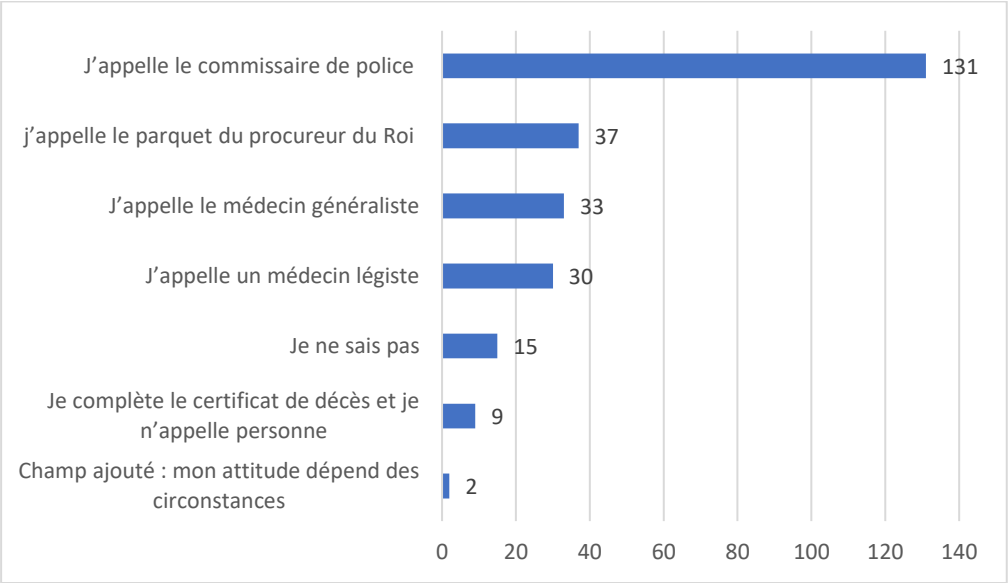


Figure 11 : L'attitude des MG (177 répondants) face à une mort violente probable.

Face à une mort violente, une très grande majorité, 72,9%, appelaient la police, 21% appelaient le procureur du Roi et 5,1% des MG n'appelaient personne.

Q 21 : A qui donnez-vous le certificat de décès ? (1 réponse)

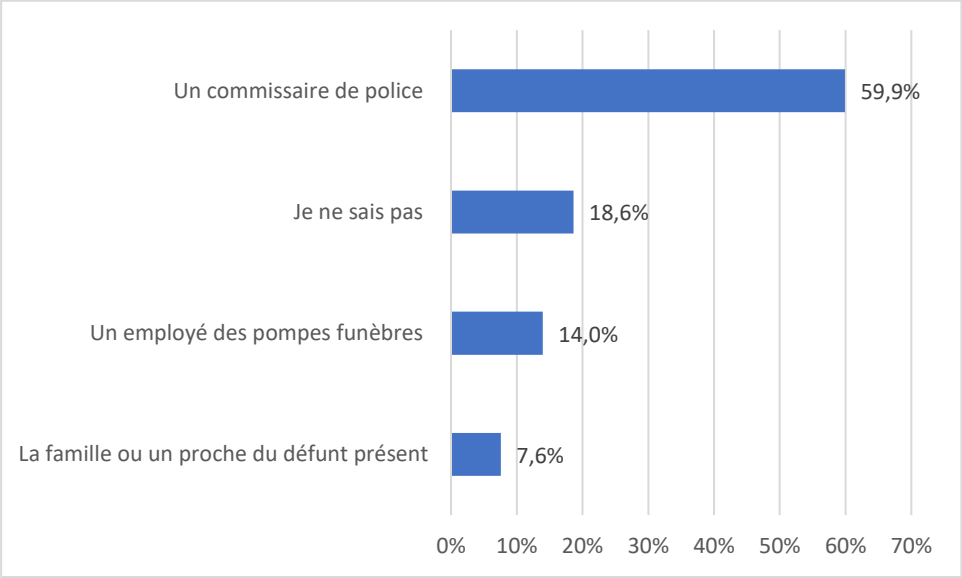


Figure 12: L'attitude des MG face à une mort violente probable

7. DISCUSSION

7.1. LES RÉSULTATS

7.1.1. La problématique des homicides ignorés en Belgique : un réseau d'acteurs

Les résultats de la recherche dans la littérature et des entretiens ont permis non seulement de comprendre que le problème des homicides ignorés s'inscrivait dans un réseau d'acteurs, mais également de découvrir ses faiblesses et les interactions entre les intervenants de première ligne (1, 2, 4, 7, 11). Le questionnaire a montré que les MG pouvaient être influencés à ne pas cocher l'OML par la police de première ligne (66%), les employés des pompes funèbres (15,1%) et le procureur du Roi (1,9%). De plus, la décision du médecin certificateur de demander le passage d'un médecin légiste peut ne pas aboutir puisque seul le procureur du Roi a le droit de requérir un médecin légiste (4).

7.1.2. Les constats de décès réalisés par les médecins généralistes

Dans cette partie, j'ai premièrement tenté de répondre à ma question de recherche : « Quelles sont les difficultés que rencontrent les MG lors d'un constat de décès en garde de population ? Comment d'une part, limiter le risque qu'ils concluent à tort à une mort naturelle et d'autre part améliorer la prise en charge des morts non naturelles ? ». Pour ce faire, j'ai analysé les résultats de la revue de la littérature et des deux études en avançant de nouvelles pistes.

Deuxièmement, j'ai proposé une aide aux MG pour la réalisation de constat de décès en garde de population sous forme d'un protocole (Annexe 11) dont le contenu est tiré majoritairement des recommandations européennes en matière d'autopsie, du manuel de Karen Plasschaert, de la proposition de loi du sénateur Brotchi et des entretiens.

7.1.2.1. La cause et le mode de la mort

D'après plusieurs articles et les experts interrogés, les MG recevaient une **formation insuffisante en médecine légale** aussi bien pour déterminer la cause de la mort que pour distinguer une mort naturelle d'une mort non naturelle surtout quand le défunt leur était inconnu (2, 4, 8, 11).

Selon plusieurs auteurs et deux experts interrogés, les MG **manquaient d'expérience** à cause du faible nombre de CD qu'ils réalisaient (5). En effet, d'après les résultats du questionnaire, la certification de décès était un acte peu fréquent en médecine générale. Le nombre moyen de CD

réalisés par an par les MG sondés s'élevait à 5,8. On a estimé que 69% des personnes intéressées établissaient entre 2,0 et 9,6 CD par an.

D'après les informations tirées de la littérature et les médecins légistes interrogés, les MG n'étaient **pas familiarisés** avec les **notions de mort violente** et de **mort naturelle** (2, 4, 8). En effet, certains MG sondés ont considéré qu'une chute dans les escaliers (20,2%), un suicide par pendaison (7,4%) et une intoxication médicamenteuse (7%) étaient des morts naturelles. On peut se demander s'ils pensaient qu'une mort violente doit nécessairement impliquer une tierce personne. La littérature et les experts déploraient l'utilisation d'un **vocabulaire méconnu** par les MG dans le CD et conseillaient une amélioration du CD (3, 4, 7). Le médecin épidémiologiste proposait d'ajouter des exemples concrets sur le CD et de créer des guidelines pour le compléter. De plus, il conseillait une formation sur l'utilisation du CD durant les études ou lors des formations continues. Il expliquait qu'un format électronique serait disponible dans les années futures. En effet, il semblerait pertinent d'ajouter les définitions ou des exemples à chaque type de décès sur le CD. Un format électronique pourrait également diminuer le nombre d'accidents ou de suicides considérés comme des morts naturelles en codant les causes de décès qui seraient alors automatiquement attribuées au type de décès correspondant. Le protocole que je propose fournit une définition des notions de morts violente, naturelle et suspecte (Annexe 11).

Bien que la mort naturelle soit la situation la plus souvent rencontrée par les MG, un des médecins légistes et plusieurs articles préconisaient aux MG de rester **prudents** et de garder une **attitude scientifique** et **méthodique** devant toute personne décédée (2, 9, 10). Les recommandations dans la littérature et celles des médecins légistes interrogés préconisaient aux MG d'une part, de ne pas perdre de vue que la mort pouvait être non naturelle et, d'autre part, de considérer le décès comme suspect et de cocher l'**OML** au moindre **doute** sur la cause et donc le type de décès (3). Un des médecins légistes expliquait que l'association des informations médicales, du contexte de découverte du corps, de la position du corps et de l'examen clinique devait orienter le MG vers une mort naturelle ou violente. Selon lui, une mort naturelle devait être valablement expliquée.

En cas de difficulté pour déterminer la cause de la mort, un des médecins légistes préconisait au médecin certificateur d'**appeler le MT** du défunt afin d'obtenir plus d'informations sur l'état de santé du patient. 31,1% des MG sondés appelaient le MT si, après avoir lu le dossier médical et examiné le corps, aucun élément n'orientait vers une mort naturelle. L'Ordre des médecins

(2014) conseille, en cas de décès, d'appeler en premier le MT pour faire le constat de décès même s'il n'est pas de garde (19).

7.1.2.1. La mort de cause indéterminée

Selon la littérature et les experts, si la cause de la mort reste inexpliquée malgré les informations obtenues, le contexte et l'examen clinique, il faut considérer le décès comme **suspect**, cocher l'**OML** et appeler la **police** car une mort non naturelle ne peut être exclue (3, 10). Le questionnaire a révélé que face à une mort de cause indéterminée, 13,6% des MG ne savaient pas quelle attitude adopter et 37,3% cochaient l'OML et remettaient le CD à la famille. Est-ce pour se protéger ou par ignorance de la procédure conseillée en cas d'OML ? Indiquer sur le CD qu'il faut cocher l'OML en cas de décès de cause indéterminée pourrait aider les MG. En effet, les recommandations actuelles se rapportant à l'OML sur le CD indiquent uniquement qu'il doit être coché pour les décès par cause externe certaine ou probable. Dans le protocole, j'explique la procédure suggérée dans la littérature et par les experts en cas de mort inexpliquée (Annexe 11).

7.1.2.2. L'examen clinique post mortem

Selon les données de la littérature et les experts interrogés, l'examen clinique post mortem réalisé par les MG était **pauvre** et parfois **inexistant** (6). En effet, selon les médecins légistes interrogés, les MG n'examinaient pas les corps par manque de formation ou par aversion envers les cadavres. Le questionnaire a montré que l'examen clinique post mortem n'était **pas un acte systématique** pour les MG ; uniquement 66,7% des MG sondés examinaient toujours le corps. Parmi ceux qui n'examinaient pas toujours le corps, 79,1% ne l'examinaient pas quand les éléments plaidaient pour une mort naturelle, 23,9% à cause de la présence de la famille, 20,9% parce qu'ils ne savaient pas ce qu'ils devaient faire ni rechercher et 7,5% parce qu'ils n'aimaient pas examiner les cadavres. Or, selon les recommandations de la littérature et les médecins légistes interrogés, l'examen clinique post mortem est un acte médical qui doit toujours être réalisé même s'il s'agit d'une mort attendue (3). Les médecins légistes interrogés expliquaient qu'en ne réalisant pas d'examen clinique les MG risquaient d'ignorer des morts violentes.

Selon la littérature et les médecins légistes interrogés, les trois rôles principaux de l'examen clinique sont : constater la mort, identifier le défunt et déterminer le type de décès (2, 11). Or, seulement un sur trois des MG sondés examinait le corps pour l'identifier et 23,1% ne recherchaient pas de lésions pouvant évoquer un homicide.

Dans la littérature et les entretiens, il n'existait **pas de consensus sur l'étendue** de l'examen clinique que les MG devaient réaliser. En effet, les recommandations dans la littérature conseillaient aux MG un examen clinique « complet » sans donner de détails (3) et les médecins légistes interrogés ne s'accordaient pas sur la question : l'un préconisait un examen clinique **sommaire** en regardant les parties visibles du corps et en soulevant en partie les vêtements ; l'autre, affirmait qu'un examen clinique de qualité nécessitait de **déshabiller** le corps et de l'examiner sur les **deux faces**. Cependant, il ajoutait que ce type d'examen relevait plus du domaine médico-légal, que les MG n'avaient pas reçu de formation pour réaliser ce type d'examen et qu'il s'agissait de l'étape la plus difficile dans son métier. Dans le questionnaire, la diversité des réponses et le nombre élevé de champs ajoutés concernant l'étendue de l'examen clinique ne plaidaient **pas en faveur d'un protocole**. 26,5% des MG examinaient uniquement les parties visibles du corps et ne soulevaient pas les vêtements du défunt alors que les vêtements peuvent cacher des éléments traumatiques importants (9). Les parties du corps les plus souvent citées étaient dans l'ordre : le visage, le cou, le thorax et les mains. Elles sont revenues plus de 100 fois sur 181. Cependant, seulement 48,1% des MG examinaient les bras et les avant-bras. 15 MG ont précisé que l'étendue de leur examen clinique **dépendait des circonstances** telles qu'un dossier médical bien tenu, une mort attendue, une garde, la position du corps, l'âge du défunt, le contexte et le lieu (MRS). Il semble pertinent de fixer des critères pour que les examens externes soient uniformes et scientifiques comme le propose le projet de loi du sénateur Brotchi (5).

Selon plusieurs articles, l'examen externe du corps apporte souvent trop peu de renseignements sur la cause de la mort sauf dans les situations évidentes (balistique, arme blanche, …) et conduit à des erreurs de diagnostic surtout s'il est réalisé par un médecin non spécialisé (11). L'un des médecins légistes proposait de spécialiser certains MG en médecine légale en leur apprenant d'une part comment réaliser un examen clinique de qualité et, d'autre part, quand référer à un médecin légiste. Cependant, il expliquait que cette solution se heurtait à plusieurs obstacles tels que la motivation des MG, la disponibilité des professeurs de médecine légale et la difficulté de l'examen clinique. La proposition de loi du Sénateur Brotchi rejoint cette idée avec le « médecin examinateur » qui examinerait tous les cas de décès anormaux et apprendrait, lors d'une formation, à rechercher la cause de la mort sur base des circonstances, des antécédents médicaux et de l'examen clinique. Il s'agirait entre autres de MG (5).

Il serait intéressant d'étudier de manière plus approfondie l'examen clinique post mortem réalisé par les MG afin d'aborder les problèmes d'ordre pratique et les enjeux psychologiques que les MG rencontrent. En effet, 23,9% des MG qui n'examinaient pas toujours le corps ont expliqué qu'ils évitaient d'effectuer cet acte en raison de la présence de la famille ; un des médecins sondés avait ajouté la difficulté de déshabiller seul un corps et 3 MG avaient relevé le problème des corps qui ont déjà été déplacés et habillés dans les MRS. Ces derniers exprimaient leur gêne et leur peur de déranger la famille. Il semble important d'une part, que les MRS soient prévenues de la nécessité de ne pas déplacer ni habiller les corps avant qu'un médecin n'ait constaté le décès et d'autre part, que les MG réalisent l'examen du corps dans **les plus brefs délais** afin d'éviter la disparition de traces, la mobilisation et la toilette du corps (19).

7.1.2.1. La rédaction du certificat de décès

Plusieurs articles et les experts interrogés affirmaient que le CD était une source d'erreur pour les MG car il manquait de clarté et le vocabulaire utilisé était méconnu des MG (3, 4, 7). Selon le médecin épidémiologiste interrogé et la littérature, les erreurs lors de la rédaction du CD avaient pour conséquences d'une part, des statistiques et une politique de santé faussées et, d'autre part, un retard dans les investigations (3). Les statistiques de décès sont également faussées car les résultats des examens réalisés par les médecins légistes sont demandés au parquet du procureur du Roi uniquement si les données reprises sur le CD au niveau des circonstances et de la cause du décès sont insuffisantes ou si le médecin certificateur a coché « sous investigation » ou « n'a pu être déterminé » (communication personnelle [courrier électronique], 13 juin 2018). Le projet de loi du sénateur Brotchi permettrait d'améliorer les statistiques en rendant systématique la transmission des résultats des examens complémentaires. En effet, en cas de décès anormal, le médecin examinateur ou les instituts de médecine légale complètent le CD et informent l'officier de l'état civil (5).

Dans le protocole (Annexe 11), je propose une aide à la rédaction du CD en cas de mort non naturelle pour les rubriques importantes au niveau épidémiologique et judiciaire. En cas de mort non naturelle certaine ou probable ou de cause indéterminée, je conseille de cocher « sous investigation » ou « n'a pu être déterminé » dans la rubrique type de décès du volet C. En effet, la transmission d'information n'étant pas systématique entre le parquet et les épidémiologistes responsables de coder les CD, et les MG n'ayant pas la formation pour déterminer la cause exacte de la mort (homicide camouflé en suicide ou en accident), il semble opportun de proposer ces items afin d'améliorer les statistiques.

7.1.2.1. L'obstacle médico-légal

Il ressort de la recherche dans la littérature et des entretiens que l'étape la plus importante lors de la certification d'un décès est l'OML pour son rôle judiciaire (8). Or, selon les experts interrogés, les MG **ignoraient quand cet obstacle était indiqué**. En effet, dans le questionnaire, certains MG ne cochaient pas l'OML en cas de mort subite et inattendue (63,8%) ou de chute dans les escaliers (52.1%). De plus, un grand nombre de MG pensaient à tort que la présence d'un PM (77,1%) ou le risque de contamination radioactive (77,7%) impliquaient de cocher l'OML. Il s'agit probablement d'une confusion de la part des MG car ces situations correspondent à d'autres obstacles cités dans le CD. Tout porte à croire que les MG ignorent quand un OML est indiqué et quel est son rôle.

Un des médecins légistes a déclaré que les MG **ignoraient la procédure** qu'implique l'OML. Dans le questionnaire, 43,1% des MG affirmaient ne pas du tout connaitre la procédure.

Le questionnaire a révélé que l'OML était une **décision difficile à prendre** pour les MG. En effet, 79,3% des MG pensaient que cocher l'OML était une décision difficile à prendre. Parmi ceux-ci :

- 72,5% pensaient ne pas avoir reçu une **formation suffisante**,
- 47,0% avaient peur de la **réaction des proches du défunt**,
- 41,6% ne savaient pas ce que l'OML **implique,**
- 38,9% manquaient d'assurance car ils ne faisaient **pas souvent** de CD,
- 16,8% ne voulaient pas être **responsables de l'ouverture d'une investigation**.

On retrouve les problèmes précités de manque de formation (72,5%) et de manque d'expérience (38,9%) des MG. 44,7% des MG sondés pensaient que le cours de médecine légale reçu à l'université ne les avait pas du tout formés à compléter un CD.

Plusieurs auteurs et un des médecins légistes proposaient une meilleure formation en médecine légale des MG, particulièrement sur la manière de compléter le CD et sur les notions de mort violente, mort naturelle et OML afin de diminuer le nombre de morts non naturelles encodées comme mort naturelle et d'améliorer leur prise en charge. Il serait pertinent de mettre en évidence l'OML sur le CD et de rendre les explications s'y rapportant plus détaillées et plus lisibles. Un CD électronique permettrait que l'OML soit automatiquement coché en fonction de la cause de décès indiquée. De plus, la procédure à mettre en place pourrait être indiquée afin d'aider les MG. Dans le protocole, je propose une liste non exhaustive des situations dans lesquelles l'OML doit être coché et j'explique la procédure à suivre (Annexe 11).

Le questionnaire a montré que les MG pouvaient être **influencés à ne pas cocher** l'OML alors qu'il s'agit d'un acte décisif engageant la responsabilité du médecin. En effet, 28,2% des MG déclaraient avoir déjà été influencés à ne pas cocher l'OML. Parmi eux, 66% avaient déjà été influencés par la police soit deux sur trois ; ce qui est interpellant quand on sait qu'ils doivent partir du « worst case scenario ». La **police** était le groupe le plus influent. En effet, les réponses passaient de 35 pour l'influence de la **police** à 9 pour celle d'un **proche du défunt**. Dans les champs ajoutés, un MG a cité un magistrat ; on peut se demander combien de MG auraient coché cet item si je l'avais mis dans les rubriques proposées. Les critères de décès anormaux proposés dans le projet de loi du sénateur Brotchi permettraient aux MG d'une part, de savoir quand cocher l'OML et d'autre part d'objectiver et de légitimer leur décision (5).

7.1.2.2. La scène de crime

Préserver la SC est primordial pour l'enquête et l'expertise des médecins légistes (1, 2, 11). Or, selon plusieurs articles, les intervenants de première ligne font des erreurs et contaminent la SC par manque de formation (1, 2, 11). En effet, face à une mort violente probable, 42,4% des MG sondés adoptaient une attitude qui risquaient de contaminer la SC en continuant l'examen clinique afin d'obtenir plus d'éléments ou en cherchant des indices dans la pièce. Par ailleurs, 6,2% ignoraient l'attitude à adopter.

Les médecins légistes interrogés préconisaient aux MG d'une part, de ne procéder qu'à la confirmation de la mort en cas de mort violente ou suspecte et, d'autre part, de ne plus rien toucher et d'arrêter l'examen clinique dès qu'un élément suspect apparait. Dans le protocole (Annexe 11), je conseille de toujours réaliser un examen clinique en cas de mort naturelle probable. Par contre, en cas de mort violente probable ou certaine, je conseille de préserver la SC et d'examiner le corps uniquement pour confirmer la mort. De plus, j'explique l'importance de préserver la SC pour l'enquête et rappelle que chaque personne qui foule la SC y cause des dégâts irréparables (1, 11).

7.1.2.3. La police et le procureur du Roi

Malgré l'absence d'obligation légale, les recommandations dans la littérature et les experts interrogés conseillaient aux médecins certificateurs de **contacter la police** en cas d'OML. En effet, selon la littérature, si le médecin certificateur ne contacte pas la police, les investigations sont retardées avec les conséquences que cela peut avoir sur la recherche de la vérité (4). Un sur huit MG sondé a déclaré ne pas savoir dans quelles situations il devait contacter la police. Le pourcentage de MG n'appelant pas la police dans les situations suivantes est interpellant :

accident domestique 63,4%, mort de cause indéterminée 29,5%, corps en putréfaction 27,3%, suicide probable 14,8%, mort violente probable 5,1%. Tout porte à croire que les MG sondés ignorent que la police doit dresser un PV pour **toutes morts non naturelles**. Plusieurs articles et un des médecins légistes conseillaient, en cas de corps en putréfaction, de cocher l'OML et de demander le passage d'un médecin légiste car les altérations corporelles peuvent cacher des lésions suspectes et ne permettent plus à un MG d'identifier formellement le défunt (2, 3). Il semblerait opportun d'une part, de modifier la législation afin d'obliger le médecin certificateur d'appeler la police quand il y a un OML et, d'autre part, d'indiquer sur le CD que cocher l'OML implique de contacter la police (5).

En cas de mort violente, plusieurs articles proposaient aux MG de contacter le **procureur du Roi** soit de contacter uniquement la police qui en avisera le procureur du Roi et de les convaincre par des arguments médicaux afin qu'une enquête soit réalisée et qu'un médecin légiste soit appelé (3, 8). Dans le questionnaire, face à une mort violente, une très grande majorité des MG (72,9%) appelaient la police, 21% appelaient le procureur du Roi et, fait très interpellant, 5,1% n'appelaient personne et complétaient uniquement le CD. Selon Plasschaert (2010), la police de première ligne n'est pas suffisamment formée ni expérimentée pour exclure une infraction avec certitude et peut donner des évaluations incorrectes au procureur du Roi qui devra prendre avec ces informations la décision de requérir ou non un médecin légiste. De plus, plusieurs articles conseillaient une meilleure communication entre les différents acteurs de première ligne (11, 35). Le projet de loi du sénateur Brotchi propose au médecin certificateur de prévenir le médecin examinateur et le procureur du Roi en cas de mort violente ou suspecte afin de rendre la prise en charge de ces décès plus rapide (5). Pour ces raisons, dans le protocole (Annexe 11), il me semblait opportun de conseiller aux MG de contacter le procureur du Roi, en plus de la police, en cas d'OML.

7.1.2.4. Donner le certificat de décès

La législation ne donne pas d'indication sur la personne à qui le médecin certificateur doit donner le CD. Cependant, un des médecins légistes préconisait de donner le CD à la police en cas de mort violente ou indéterminée. En cas de mort violente, 59,9% des MG sondés donnaient le CD à la police et 7,6% le donnaient à la famille. A nouveau, faut-il y voir une protection ? Il est interpellant que 18,6% des MG restaient indécis. Dans le protocole (Annexe 11), je conseille aux MG de remettre le CD à la police.

7.1.2.1. L'influence des autres acteurs sur la prise de décision des MG

Le questionnaire a révélé que les MG sondés étaient influencés à différents moments de la constatation d'un décès. 28,2% des MG déclaraient avoir déjà été influencés à ne pas cocher l'OML. Ils avaient été influencés par la **police** (66%), un proche du défunt (17%), un employé des **pompes funèbres** (15,1%) ou le médecin d'un **SMUR** (3,8%). Il serait intéressant d'analyser la conséquence de ces influences dans leur prise de décision et la façon dont les MG gèrent cette pression.

7.1.2.2. Les circonstances

Les MG sondés expliquaient souvent dans les champs ajoutés que leur attitude dépendait des circonstances : garde, MRS, âge du défunt, ... La difficulté pour les MG lors d'un constat de décès - et pour moi lors la réalisation de ce travail -, a été de tenter d'être rigoureux et méthodique alors que le constat d'un décès correspond toujours à un cas singulier. De plus, la législation actuelle ne permet pas d'être méthodique et reproductif. Actuellement, les MG sont démunis face à une personne décédée. Les recommandations en la matière sont pauvres et inadéquates alors que les MG doivent prendre une décision difficile et lourde de responsabilités (6). Ce problème de reproductivité pourrait être partiellement résolu par les critères de décès anormaux repris dans le projet de loi du sénateur Brotchi (5).

7.1.2.3. Le constat de décès : un soutien et un encadrement pour les familles

Le constat de décès a aussi un rôle d'accompagnement et de soutien des proches du défunt qui sont dans une situation de fragilité émotionnelle (19). Dans le questionnaire, certains MG ont exprimé la difficulté d'allier l'aspect juridique du constat de décès à l'empathie et à la bienveillance qu'un tel acte demande. En effet, dans les champs ajoutés, certains MG exprimaient leur gêne et leur peur de déranger ou d'ajouter une souffrance à la famille. Parmi les 79,3% des MG qui pensaient que cocher l'OML était une décision difficile à prendre,47,0% avaient peur de la réaction des proches du défunt. De plus, parmi ceux qui n'examinaient pas toujours le corps, 23,9% ne l'examinaient pas à cause de la présence de la famille.

7.1.3. Les perspectives

Plusieurs articles et un des médecins légistes sont favorables à la mise en application des recommandations européennes en matière d'autopsie et à la proposition de loi du sénateur Brotchi (2, 8). Cependant, ces recommandations seraient difficilement applicables actuellement vu le manque de médecins légistes et de soutien politique (8).

7.2. LA MÉTHODOLOGIE ET LES LIMITES

7.2.1. La revue de la littérature

La recherche dans la littérature a été limitée aux articles écrits en anglais et en français. L'auteur de la majorité de ma bibliographie est le Dr J.-P. Beauthier à cause de cette limitation et de l'absence d'autres auteurs francophones abordant ce sujet en Belgique.

7.2.2. Les entretiens

7.2.2.1. Le choix des entretiens semi-directifs

Mon objectif était d'une part, de comprendre la problématique de la constatation des décès sur le terrain et, d'autre part, de déterminer les étapes importantes d'un constat de décès et de la prise en charge des morts non naturelles par les MG. La méthode des entretiens semi-directifs avec différents experts était adaptée car elle m'a permis de cerner le problème sous différents angles et de laisser les experts m'apporter chacun leur expérience et leur avis.

7.2.2.2. Les limites

La première limite est la **représentativité** de l'échantillon interrogé. Il aurait été intéressant d'avoir l'avis d'autres médecins légistes et d'autres intervenants de première ligne. En effet, sur certains points, les médecins légistes avaient des avis divergents et bien que plusieurs idées étaient récurrentes, je ne suis pas arrivée à la saturation des données. Le manque de temps ne m'a pas permis de réaliser plus d'entretiens et certains experts ont accepté de me rencontrer mais n'ont pas voulu que je retranscrive mot à mot leur entretien par peur d'être reconnu. La deuxième limite sont **mes interventions** durant les entretiens. En effet, à plusieurs reprises, j'ai pris position, parlé de ma propre expérience et ne suis pas restée neutre dans mes remarques. La troisième limite est **ma subjectivité** qui est omniprésente lors de l'analyse des entretiens.

7.2.3. Le questionnaire

7.2.3.1. Le choix du questionnaire auto-administré

Le questionnaire m'a permis de comparer les habitudes, les opinions et les attitudes des MG avec les données recueillies dans la littérature et lors des entretiens. La méthode par questionnaire auto-administré m'a permis d'obtenir une taille d'échantillon suffisante. Cependant, les réponses auraient peut-être été différentes si le questionnaire avait été administré par un enquêteur et si un CD avait été mis à la disposition des MG. Cependant, cette méthode aurait été difficile à réaliser dans un délai court.

7.2.3.2. Les limites

7.2.3.2.1. La méthode

Tout d'abord, les conditions d'administration n'ont pas été identiques pour chaque participant ; ce qui entraîne le risque de réponses qui ne sont pas propres au participant (15). Ensuite, il arrive que des répondants déclarent comme une habitude personnelle ce qu'ils pensent être une recommandation même s'ils ne l'appliquent pas dans leur pratique (15). En effet, les réponses au questionnaire sont des indicateurs concernant les habitudes des participants mais ne peuvent pas être prises comme une description de comportements réels (15). Pour finir, le sujet de mon travail (mort violente) a pu influencer le choix des réponses des participants.

7.2.3.2.1. Les questions

En analysant l'étude quantitative, j'ai relevé des biais dans plusieurs questions. Les questions concernant les notions de morts violentes et mort naturelles (Q4 et Q5) sont placées l'une après l'autre et ont plusieurs propositions identiques ; ce qui a pu influencer les MG. De plus, au début de la troisième partie du questionnaire, j'ai donné la définition d'une mort violente. Or, les participants pouvaient retourner aux premières questions. Les résultats des questions concernant la difficulté de cocher l'OML et l'influence à ne pas le cocher (Q8 à Q11) peuvent avoir été biaisés par les MG qui confondaient l'OML avec les autres obstacles cités dans le CD et par les MG qui ignoraient l'indication et le rôle de l'OML. Lors du prétest ces biais n'ont pas été relevés, un prétest avec plus de MG aurait peut-être permis de les éviter.

7.2.4. L'analyse

L'analyse de mes recherches dans la littérature et des deux études m'a permis de vérifier mon hypothèse et d'apporter des éléments de réponse à la problématique des constats de décès réalisés par les MG. En effet, ce travail a relevé d'une part les étapes importantes lors d'un constat de décès et d'autre part les erreurs que les MG commettaient. Ce travail vient renforcer les informations tirées de la littérature et apporte des éléments neufs par le questionnaire envoyé aux MG qui confirme que les connaissances des MG sur la procédure à suivre d'une part, lors d'un constat de décès et, d'autres part, lors de la découverte d'une mort violente probable ou certaine ou de cause indéterminée sont insuffisantes.

8. CONCLUSION

A travers ce travail, j'ai tout d'abord tenté de mettre en lumière les faiblesses du système belge de constatation des décès qui permettent à des morts violentes d'échapper à la justice. Outre la législation incomplète et le manque de clarté du CD, j'ai relevé des déficiences au sein du réseau d'acteurs dans lequel s'inscrit la constatation des décès par les MG. En effet, bien que les policiers de première ligne aient un manque de compétence pour exclure avec certitude une infraction, ils sont chargés en cas de mort non naturelle de fournir au procureur du Roi les informations recueillies. De plus, le procureur du Roi, qui est le seul à pouvoir mandater légalement un médecin légiste et qui ne possède pas non plus les connaissances suffisantes dans ce domaine, prend la décision de mandater un médecin légiste ou de renoncer à tout autre acte d'instruction sur base de ces informations (1,4,5,6,7,8).

Ensuite, j'ai tenté d'évaluer les connaissances et les habitudes des MG lors de la constatation d'un décès. J'ai confirmé mon hypothèse, en détaillant les difficultés que les MG rencontraient et les erreurs qu'ils réalisaient. Premièrement, les MG semblaient méconnaitre les notions de mort naturelle et de mort violente alors que la prise en charge du corps est différente selon le type de décès ; 20,2% des MG sondés ont considéré qu'une chute dans les escaliers était une mort naturelle. Deuxièmement, l'examen clinique post mortem essentiel lors de la réalisation d'un constat de décès n'était pas un acte systématique pour les MG ; 35,6% des MG sondés n'examinaient pas toujours le corps. Troisièmement, l'OML, pierre angulaire de la prise en charge d'une mort non naturelle et point de départ de toute investigation, était une notion méconnue des MG ; 63,8% des MG sondés ne cochaient pas l'OML en cas de mort subite et inattendue et 52,1% en cas de chute dans les escaliers. De plus, 43,1% des MG déclaraient ne pas du tout connaitre la procédure en cas d'OML. Quatrièmement, l'attitude à adopter afin de préserver la SC primordiale pour la suite des investigations était méconnue ; 42,4% des MG sondés adoptaient une attitude qui risquait de contaminer la SC. Cinquièmement, malgré les recommandations d'appeler la police en cas de mort non naturelle, un sur huit MG sondés a déclaré ne pas savoir dans quelles situations il fallait contacter la police.

Les pistes éventuelles pour diminuer ces erreurs étaient une amélioration du CD, une meilleure formation en médecine légale des MG et une modification de la législation et du système de constatation des décès.

Pour finir, j'ai proposé aux MG en garde de population un protocole reprenant les étapes importantes lors d'un constat de décès et des recommandations sur la prise en charge d'une mort non naturelle. Dans le protocole, j'insiste sur la responsabilité du médecin lors de la détermination de la cause et donc du type de décès, sur l'approche scientifique à adopter devant toute personne décédée, sur l'OML à cocher pour toutes morts non naturelles certaines ou probables et sur la préservation de la SC.

Les recherches de ce travail ont été faites pour les MG en garde de population mais peuvent être utiles pour tous les médecins lors de la rédaction d'un CD.

Ce travail a soulevé certaines questions concernant les constats de décès réalisés par les MG qu'il serait intéressant d'étudier de manière plus approfondie telles que l'étendue de l'examen clinique, les enjeux psychologiques, les difficultés pratiques et la transmission d'informations avec les autres intervenants de première ligne à savoir la police et le procureur du Roi.

Pour conclure, le constat d'un décès a un rôle à la fois juridique, administratif, judiciaire, épidémiologique et d'accompagnement des proches du défunt. Ces différents aspects bien que difficiles à associer doivent chacun être pris en compte par le médecin lors de tout constat de décès afin d'améliorer les soins de santé, la justice et le soutien des proches.

REMERCIEMENTS

Merci aux personnes qui ont acceptés de me rencontrer ou de répondre à mes questions dans le cadre de ce travail.

Merci à ma maître de stage et promotrice, Dr Viviane de Buggenoms pour son soutien, son écoute attentive et nos discussions sur la médecine générale qui m'ont enrichie.

Merci à mes parents, de m'avoir appris l'importance du travail et de la persévérance. Merci pour cette belle famille que nous avons et pour ce soutien et cet amour inconditionnels qui nous entourent mes sœurs et moi. Merci à ma mère, pour son aide précieuse dans ce travail. Merci à mon père pour la correction de chacun de mes travaux depuis le début de mon parcours universitaire. Cette fois c'est le dernier papa !

Merci à Marie-Emérence, ma grande sœur, pour sa participation dans ce travail, sa tendresse et son soutien durant toutes mes études.

Merci à Mélanie, ma petite sœur romaniste qui a rendu mes travaux universitaires compréhensibles grâce à ses corrections. Merci pour cette relation exceptionnelle que nous avons créée à trois.

Merci à mon Bon-Papa de papa de me rappeler à chacune de mes visites, les choses essentielles dans la vie afin de ne pas les perdre de vue dans les obligations quotidiennes.

Merci à mon Bon papa de maman pour ces 7 années de vie à ses côtés, son soutien, son sens du travail et son humour.

Merci à ma Bonne maman de maman de m'avoir accueillie chez elle et enrichie de ses expériences humanitaires. Merci pour ta douceur et pour les précieux moments durant lesquels tu te confiais à moi.

Merci à mes colocataires d'avoir supporté ce travail de fin d'études qui a pris beaucoup de place dans ma vie durant cette année. Merci pour les bons moments passés ensemble et vive le frisbee ! Merci tout particulièrement, à Pauline Coenen et Noémie Grailet grandes supportrices de mon travail qui m'ont conseillée à chaque étape.

Merci à Jean-Louis Claes pour son aide à la réalisation des statistiques de ce travail.

Merci au Dr Lafontaine pour ses remarques pertinentes.

Merci à Jean-Samuel, mon compagnon, pour son enthousiasme à toutes épreuves et sa confiance en moi qui me porte.

Merci aux médecins que j'ai rencontré durant mon parcours et qui continuent de m'inspirer aujourd'hui : Dr Cuvelier Lawrence, Dr Barbut Christophe, Dr Mailleux Aline, Dr LihsinTsien, Dr Stassen Coralie, Dr Ducoffre Anne-France, Dr Oldenhove Geneviève et le Dr de Dorlodot Gaëtan.

Merci à mes amies pour les belles aventures que nous vivons ensemble et tous les souvenirs qui m'accompagnent.

Merci aux lecteurs et au jury de mon travail qui je l'espère voudront bien excuser le nombre de pages qui a dépassé ma volonté.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plasschaert K. **Ariane #a. Décès suspec**t. Bruxelles : Editions Politeia sa, 2010 : 3-149
2. Beauthier J-P, Beauthier F, Lefèvre P. **[Homicides ignorés]**. Rev Med Brux 2013, 34 : 47-54.
3. Beauthier J-P. **Le médecin généraliste confronté à la personne décédée** [Web page]. 2005. Available from :

   https://www.researchgate.net/publication/235998406_Le_medecin_generaliste_confronte_a_la_personne_decedee_Une_aide_a_la_comprehension_et_a_la_redaction_du_certificat_de_deces (consulté le 03/08/2018)
4. UZ Leuven. **L'examen des décès en Belgique** [Web page]. 2018. Aivalable from : https://www.uzleuven.be/fr/l%E2%80%99examen-des-d%C3%A9c%C3%A8s-en-belgique (consulté le 03/08/2018)
5. Brotchi J. **Proposition de loi réglant l'examen post-mortem** [Web page]. 2012. Aivalable from :http://www.senate.be/www/?COLL=S&LANG=fr&MIval=publications/viewPub&POS=1&PUID=83888299&TID=83891244 (consulté le 03/08/2018).
6. Vanthuyne S. **La réalisation du constat de décès et la rédaction du certificat de décès par le médecin généraliste, un moment de prise de décision dans un système de potentialités.** 2017. Mémoire de master, Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain.
7. Caufriez E. **Le certificat de décès. Une chaine d'acteurs et ses fragilités.** 2017. Mémoire de master, Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain.
8. Beauthier F, Beauthier J-P : [**Certificat médical de décès].** Rev Med Brux 2013, 34 : 376-9
9. Beauthier J-P : [**Constat et certificat de décès].** Rev Med Brux 2004, 25: 348-53.
10. UZ Leuven. **Cas de décès inhabituel** [Web page]. 2018.
11. Beauthier J-P, Beauthier F, Fiévet B, Leistedt S, Charlier C, Renaux-Muylkens I, De Mol J, Glowacz F, et Dailliet A. **À la découverte de la médecine légale. Paroles de médecin**. Bruxelles : Editions Larcier, 2015 : 14-164.

12. Hovine A. **Décédé de mort naturelle, vraiment ?** [Web page]. 2011. Available from : http://www.lalibre.be/actu/belgique/decede-de-mort-naturelle-vraiment-51b8d754e4b0de6db9c26c41 (consulté le 03/08/2018)

13. RTL info. **La Belgique fait-elle trop peu examiner ses morts par un médecin légiste ? "Quand on est trop loin, on hésite à nous appeler"** [Web page]. 2018. Available from : https://www.rtl.be/info/magazine/c-est-pas-tous-les-jours-dimanche/la-belgique-fait-elle-trop-peu-examiner-ses-morts-par-un-medecin-legiste-quand-on-est-trop-loin-on-hesite-a-nous-appeler--986627.aspx (consulté le 03/08/2018)

14. de Rouffignac S., **« Analyse qualitative. »** Bruxelles, Présentation organisée par le Centre Académique de Médecine Générale, janvier 2018.

15. Hap M. **L'enquête par questionnaire. Une méthode de collecte de données** [Web page**].** 1990. Available from : http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/methode-n7.pdf (consulté le 03/08/2018)

16. Moffroid C, **Evaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès.** 2015. Thèse pour le doctorat en Médecine, Faculté de médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Vernes.

17. Beauthier J-P. **Traité de médecine légale**. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 2008 : 21-151.

18. **Déclaration d'un décès [**Web page**].** Available from : https://www.belgium.be/fr/famille/deces/declaration (consulté le 03/08/2018)

19. Conseil national de l'Ordre des médecins. **Obligation du médecin de garde de se déplacer en cas de décès du patient** [Web page]. 2014. Available from : https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/obligation-du-mdecin-de-garde-de-se-dplacer-en-cas-de-dcs-du-patient (consulté le 03/08/2018)

20. Articles 77,78,81,82 du code civil du 21 mars 1804.

21. Portail de Wallonie. **Les obligations nées du statut des personnes** [Web page]. Available from :

    http://socialsante.wallonie.be/surendettement/professionnel/?q=informations-obligations-personnes-successions-constat (consulté le 03/08/2018)

22. Article 65 du code de déontologie médicale du 01 janvier 1975.

23. Article 132 du code de déontologie médicale.

24. Article 44 du code d'instruction criminelle du 17 novembre 1808.

25. Article 21-22 de la Loi sur les funérailles et sépultures du 20 juillet 1971.

26. Université catholique de Louvain. **Master en médecine, catalogue des formations 2017-2018** [Web page]. Available from : https://uclouvain.be/prog-2017-md2m-wmd200t (consulté le 03/08/2018)

27. UZ Leuven. **Examen externe de la dépouille** [Web page]. 2018. Available from : https://www.uzleuven.be/fr/examen-externe-de-la-d%C3%A9pouille (consulté le 03/08/2018)

28. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse. **Santé - Méthodologie** [Web page]. Available from : http://ibsa.brussels/fichiers/themes/Methodo_Sante.pdf (consulté le 03/08/2018)

29. Statbel. **Metadata, causes de décès** [Web page]. 2018. Available from : https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/metadata/T7.STAT_DTST_733.CTAC_ORG_1.DIFF_LVL_1.FR.pdf (consulté le 03/08/2018)

30. Arrêté royal prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle des causes de décès du 17 juin 1999.

31. Eurostat. **Projet « préparation d'un matériel de formation UE sur la certification des causes de décès »** [Web page]. 2003. Available from : https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/ESTAT/health/Library/methodologiessandsdatasc/causessofsdeath/training_certification (consulté le 03/08/2018)

32. Eurostat. **Instructions pour compléter le volet médical du certificat de décès** [Web page]. 2004. Available from :

    https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/ESTAT/health/Library/methodologiessandsdatasc/causessofsdeath/training_certification/Fran%C3%A7ais%201.pdf (consulté le 03/08/2018).

33. Conseil national de l'Ordre des médecins. **Prélèvement d'organes-diagnostic de la mort cérébrale** [Web page]. 1984. Available from :

    https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/Pr%E9l%E8vement+d-organes+sur+cadavres+-+Diagnostic+de+la+mort+c%E9r%E9brale (consulté le 03/08/2018)

34. Conseil national de l'Ordre des médecins. **Manière de compléter le modèle III C lorsque l'identité de la personne décédée est inconnue** [Page web]. 2015. Available from : https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/manire-de-complter-le-modle-iii-c-lorsque-l-identit-de-la-personne-dcde-est-inconnue (consulté le 03/08/2018)

35. Comité des ministres aux Etats Membres. **Recommandation N°R (99) 3 du Comité des ministres aux Etats Membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale** [Web page]. 1999. Available from : http://www.smlc.asso.fr/fileadmin/user_upload/Enseignements/Thanatologie/Recommandation_R99_3.pdf (consulté le 03.08/2018).

36. **Statistiques annuelles des professionnels de soins de santé en Belgique** [Web page]. 2017. Available from :

http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2017_fr.pdf (consulté le 03/08/2018)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Assistante en deuxième année en médecine générale à l'UCL, je réalise un travail de fin d'études traitant des **constats de décès** par les **médecins généralistes** et plus particulièrement de la détection et de la prise en charge des **morts violentes et/ou suspectes** par ceux-ci lors des gardes de population.

Dans le cadre de mon travail, je vous envoie ce questionnaire afin de collecter des informations sur vos connaissances et vos habitudes dans ce domaine.

Ce questionnaire est adressé uniquement aux **médecins généralistes agréé(e)s** ou **assistant(e)s**. Il est anonyme et se réalise en **8 minutes**.

En vous remerciant d'avance pour l'attention que vous porterez à mon questionnaire et pour votre contribution à mon travail, veuillez agréer, chères Consœurs, chers Confrères, l'expression de mes sincères salutations.

Voici le lien du questionnaire :
https://app.evalandgo.com/s/?id=JTk2bCU5MmklOTYlQUQ=&a=JTk1cCU5N2wlOTklQUE=

Première partie : Les questions suivantes concernent les constats de décès que vous réalisez avec le certificat de décès modèle IIIC (décès d'une personne âgée d'1 an ou plus).

1. Combien de **certificat de décès (modèle IIIC)** remplissez-vous **en 1 an** ? (1 réponse possible)
   - < 1
   - 1-3
   - 4-7
   - 8 – 12
   - > 12

2. La **majorité des constats de décès** que vous réalisez sont pour des **patients** : (1 réponse possible)
   - dont vous êtes le médecin généraliste.
   - que vous ne connaissez pas.

3. Réalisez-vous personnellement et/ou supervisez-vous en tant que maître de stage **des gardes de population** ? (1 réponse possible)
   - oui
   - non

4. Cochez les causes de décès qui correspondent à la définition de "**mort violente**". (plusieurs réponses possibles)
   - athéromatose coronarienne
   - coup de couteau thoracique
   - chute dans les escaliers
   - embolie pulmonaire
   - suicide par arme à feu

- je ne sais pas

5. Cochez les causes de décès qui correspondent à la définition de "**mort naturelle**". (plusieurs réponses possibles)
   - suicide par pendaison
   - bronchopneumonie
   - chute dans les escaliers
   - intoxication médicamenteuse
   - embolie pulmonaire
   - je ne sais pas

6. Dans quelles situations cochez-vous l'**obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation** sur le volet A du certificat de décès (deuxième page) ? (plusieurs réponses possibles)
   - le défunt est pendu
   - le défunt est porteur d'un pacemaker et je ne l'ai pas extrait
   - les informations obtenues et l'examen clinique ne me permettent pas de déterminer si la cause de la mort est naturelle
   - le défunt présente un risque de contamination radioactive
   - la mort est subite et inattendue
   - j'ai vu pendant l'examen clinique du corps des hématomes et des abrasions au niveau des membres supérieurs
   - le défunt a chuté dans les escaliers
   - je ne sais pas

7. Vous connaissez la **procédure** mise en place lorsqu'un **obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation** est coché sur le certificat de décès. (1 réponse possible)
   - pas d'accord du tout : je ne connais pas du tout la procédure
   - plutôt pas d'accord
   - neutre
   - plutôt d'accord
   - tout à fait d'accord : je connais parfaitement la procédure

8. Cochez l'**obstacle médico-légal** à l'inhumation ou à la crémation sur le certificat de décès est une décision difficile à prendre pour vous. (1 réponse possible)
   - pas d'accord du tout : je n'éprouve aucune difficulté à cocher l'obstacle médico-légal
   - plutôt pas d'accord
   - neutre
   - plutôt d'accord
   - tout à fait d'accord

9. Répondez à cette question si vous pensez que cocher l'obstacle médico-légal est une décision difficile à prendre : quelles sont les raisons pour lesquelles vous éprouvez des difficultés à le cocher ? (plusieurs réponses possibles)
   - j'ai peur de la réaction de la famille ou des proches du défunt
   - je ne sais pas ce que l'obstacle médico-légal implique
   - je ne veux pas être responsable de l'ouverture d'une investigation
   - je pense ne pas avoir reçu une formation suffisante
   - je manque d'assurance car je ne fais pas souvent de certificats de décès
   - autres :

10. Quelqu'un vous a-t-il déjà influencé(e) à ne **pas** cocher l'obstacle médico-légal lors de la rédaction d'un certificat de décès ? (1 réponse possible)
    - jamais

- rarement
- parfois
- souvent
- toujours
- je n'ai jamais été dans une situation où je devais cocher l'obstacle médico-légal

11. Répondez à cette question si quelqu'un vous a déjà influencé : qui vous a poussé(e) à ne **pas** cocher l'obstacle médico-légal? (plusieurs réponses possibles)
    - un membre de la famille du défunt ou un proche du défunt
    - un employé des pompes funèbres
    - le médecin d'un SMUR
    - un commissaire de police
    - autres :

12. Le **cours de médecine légale** reçu à l'université vous a appris à compléter un certificat de décès (modèle IIIC). (1 réponse possible)
    - pas d'accord du tout
    - plutôt pas d'accord
    - neutre
    - plutôt d'accord
    - tout à fait d'accord

<u>Deuxième partie : Pour cette partie, toutes les questions s'inscrivent dans le contexte suivant : lors d'une garde de population, vous êtes appelé(e) pour faire le constat de décès d'un patient que vous ne connaissez pas.</u>

13. Vous **examinez** le corps avant de rédiger le certificat de décès. (1 réponse possible)
    - jamais
    - rarement
    - parfois
    - souvent
    - toujours

14. Répondez à cette question si vous n'examinez pas toujours le corps : dans quelles situations ou pour quelles raisons vous ne l'examinez pas ? (plusieurs réponses possibles)
    - quand les éléments disponibles sans examen clinique plaident pour un suicide
    - quand les éléments disponibles sans examen clinique plaident pour une mort naturelle
    - quand les éléments disponibles sans examen clinique plaident pour un homicide
    - je n'aime pas examiner les cadavres
    - je ne sais pas ce que je dois faire ni rechercher
    - à cause de la présence de la famille
    - je considère que l'examen clinique d'un cadavre ne fait pas partie de mon travail
    - autres :

15. Si vous examinez le corps : pour quelles raisons l'examinez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
    - constater la mort
    - identifier le défunt
    - rechercher la présence d'un pacemaker
    - rechercher des lésions pouvant évoquer un homicide
    - je ne sais pas
    - autres

16. Si vous examinez le corps, qu'est-ce que vous examinez ? (plusieurs réponses possibles)
    - j'examine uniquement les parties visibles du corps, je ne soulève pas les vêtements du défunt
    - je soulève les vêtements du défunt
    - le dos, même si le défunt est couché sur le dos
    - le cuir chevelu
    - le visage
    - le cou
    - les membres inférieurs
    - le thorax
    - les mains
    - les bras et les avant-bras
    - les yeux
    - les vêtements
    - l'abdomen
    - autres :

17. Cochez les situations dans lesquelles vous appelez la police. (plusieurs réponses possibles)
    - je pense qu'il s'agit d'un suicide
    - je ne suis pas parvenu(e) à déterminer la cause de la mort malgré mon examen clinique et les données recueillies auprès des personnes présentes
    - le corps est en putréfaction
    - j'ai conclu qu'il s'agissait d'une mort naturelle
    - je pense qu'il s'agit d'un accident domestique
    - je ne sais pas

18. Quelle est votre attitude si après avoir interrogé les personnes présentes, lu le dossier médical (s'il y en a un) et examiné le corps du défunt, vous ne trouvez pas d'éléments orientant vers une mort naturelle. (1 réponse possible)
    - j'appelle le médecin généraliste afin d'obtenir plus d'informations sur l'état de santé du défunt
    - je coche l'obstacle médico-légal sur le certificat de décès et j'appelle la police
    - je coche l'obstacle médico-légal sur le certificat de décès et je le donne à la famille
    - je coche mort naturelle sur le certificat de décès et je le donne à la famille
    - je ne sais pas
    - autres

<u>Troisième partie : Pour cette partie, toutes les questions s'inscrivent dans le contexte suivant : lors d'un constat de décès, vous soupçonnez suite à plusieurs éléments qu'il s'agit d'une mort violente, c'est-à-dire qui résulte de l'intervention d'une force extérieure à l'individu avec ou sans la participation d'une ou plusieurs personnes (accident, homicide, suicide).</u>

19. Quelle est votre attitude? (1 réponse possible)
    - je continue l'examen clinique afin d'obtenir plus d'éléments
    - j'arrête l'examen clinique
    - j'arrête l'examen clinique et je recherche des indices ou des traces dans la pièce
    - je ne sais pas
    - autres :

20. Quelle est votre attitude? (plusieurs réponses possibles)
    - j'appelle le commissaire de police
    - j'appelle le parquet du procureur du Roi
    - j'appelle un médecin légiste
    - je complète le certificat de décès et je n'appelle personne
    - j'appelle le médecin généraliste

- je ne sais pas
- autres :

21. A qui donnez-vous le certificat de décès ? (1 réponse possible)
    - la famille ou un proche du défunt présent
    - un commissaire de police
    - un employé des pompes funèbres
    - je ne sais pas
    - autres :

<u>Quatrième et dernière partie : Fiche signalétique</u>

22. Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine clinique? (1 réponse possible)
    - Assistanat
    - < 5 ans
    - 5 - 10 ans
    - 11 - 20 ans
    - > 20 ans

23. Quel est votre type de pratique ? (1 réponse possible)
    - solo
    - association de médecins
    - maison médicale

24. Dans quel milieu travaillez-vous? (1 réponse possible)
    - urbain
    - semi-urbain
    - rural

25. Dans quelle université avez-vous suivi votre cours de médecine légale? (1 réponse possible)
    - Université Libre de Bruxelles (ULB)
    - Université de Liège (ULG)
    - Université Catholique de Louvain (UCL)
    - Autres

ANNEXE 2 : Demande d'incinération

FORMULAIRE I

DEMANDE D'INCINERATION

A Monsieur l'Officier de l'état civil de .....

Le .....

Je soussigné(e) (nom, prénom~) .....

demeurant à ..... n° .....

qualifié(e) pour pourvoir aux funérailles de (1) .....

(Identité de la personne défunte) .....

décédé(e) à ..... le ..... vous prie de m'accorder l'autorisation de faire incinérer au Crématorium Intercommunal de Bruxelles le corps de la personne prénommée (2).

Veuillez trouver annexé à la présente:

1. l'acte par lequel la personne défunte a exprimé la volonté formelle de faire incinérer ses restes mortels (2) ;
2. un certificat de M..... médecin qui a constaté le décès affirmant qu'il n'y a pas de signes ou indices de mort violente et suspecte.

Il déclare en outre que le corps n'est pas muni d'un stimulateur cardiaque (pacemaker).

Je charge M..... (3) de remplir en mon nom toutes les formalités relatives à cette affaire.

Ci-joint en communication ma carte d'identité pour le contrôle de ma signature. Les cendres seront: 1) inhumées
2) placées dans un columbarium } (2)au cimetière de .....
3) dispersées

Agréez, Monsieur "Officier de l'état civil, l'assurance de ma parfaite considération.

Signature:

(1) Degré de parenté.
(2) A biffer éventuellement.
(3) Habituellement un entrepreneur de funérailles.

FORMULAIRE II

CERTIFICAT MÉDICAL
prévu par l'article 22 de la loi du 20 juillet 1971

Je soussigné.....

docteur de médecine, domicilié à .....

déclare avoir constaté le décès de.....

survenu le..... à.....
et affirme qu'il n'y a pas de signes ou indices de mort violente et suspecte.

Je déclare en outre que le corps n'est pas muni d'un stimulateur cardiaque (pacemaker).

Date et signature:

ANNEXE 3 : Données thanatologiques

Les signes immédiats de la mort

Les signes immédiats de la mort intéressent l'état neurologique (absence de signe neurologie), cardiovasculaire (arrêt cardiaque) et ventilatoire (arrêt respiratoire) (11).

Les signes semi-tardifs de la mort

- **L'hypostase, livor mortis ou lividités** correspond à la stase sanguine dans les réseaux capillaro-veineux périphériques par phénomène hydrostatique. Le sang dilate ces vaisseaux dans les parties déclives et provoque l'apparition de zones rosées ou bleutées (17). Les zones de pression du corps restent blanches à cause de la compression des vaisseaux qui empêche l'hypostase (11). Elle apparait rapidement **environ 45 minutes** après la mort (9). Mobilisable au début, elle se **fixe** progressivement généralement **10 à 12 heures** après la mort par diffusion des liquides plasmatiques en dehors des vaisseaux (3, 17). L'hypostase est un mauvais critère pour évaluer le délai post mortem par son manque de précision (9). Cependant, sa répartition et sa couleur sont d'une grande aide. Elle peut être utilisée par les examinateurs avertis (11).
- **La rigidité ou rigor mortis**
- **La décroissance thermique post mortem**
- **L'opacification cornéenne** apparait **45 minutes** après la mort si les yeux sont ouverts et **24 heures** après si les yeux sont clos (3). Elle est peu fiable mais facile.

Les modifications tardives du corps

- **L'autolyse** est un processus aseptique enzymatique correspondant à la rupture des membranes cellulaires suite à l'équilibre ionique intra- et extra-cellulaire. Ce processus chimique est accéléré par le chaud et ralenti par le froid (17).
- **La putréfaction.**

Les transformations du corps

Il existe deux mécanismes de transformation du corps : la **momification** et la **transformation adipocireuse**. Ces deux phénomènes peuvent se retrouver dans nos climats tempérés (11).

ANNEXE 4 : Certificat de décès modèle III C

Page 1

06 Modèle III C 0102041121 7943583 90

VOLET C — **DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS**

*(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par **le médecin**)*

1. Type de décès

- ☐ • cause naturelle
- ☐ • homicide
- ☐ • accident de la circulation
- ☐ • sous investigation
- ☐ • autre accident
- ☐ • n'a pu être déterminé
- ☐ • suicide

2. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances

.....

.....

.....

.....

Réservé ☐☐☐☐☐

3. En cas d'accident

3.1 Lieu de l'accident

- ☐ • voie publique
- ☐ • lieu de travail (ou école pour enfants)
- ☐ • domicile
- ☐ • ne sait pas
- ☐ • autres, précisez .....

.....

3.2 Date et heure de l'accident *(JJMMAAAA)*

- • date **(JJMMAAAA)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- • heure **(HHMM)** ☐☐ h ☐☐ m

4. Cause du décès (1) | **Délai (2)**

I. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

a) ....

conséquence de :

b) ....

conséquence de :

c) ....

conséquence de :

d) ....

II. Causes associées

Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.

e) ....

f) ....

g) ....

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.
(2) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

a) ☐☐☐☐☐ b) ☐☐☐☐☐ c) ☐☐☐☐☐ d) ☐☐☐☐☐

e) ☐☐☐☐☐ f) ☐☐☐☐☐ g) ☐☐☐☐☐

5. Si la personne décédée est une femme, a-t-elle eu, dans l'année précédant son décès:

5.1 une grossesse

- ☐ • oui ☐ • non ☐ • ne sait pas

5.2 un accouchement

- ☐ • oui ☐ • non ☐ • ne sait pas

6. Autopsie/examens complémentaires

- ☐ • oui, en cours ☐ • non
- ☐ • oui, prévue ☐ • ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?

- ☐ • oui ☐ • non

No. dossier médical .....

Identification du médecin

- • No. INAMI .....
- • date **(JJMMAAAA)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

nom, prénom
signature
cachet

Modèle III C 0102040921 7943583 84

VOLET A **DECLARATION DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS**

*(Volet à remplir par **le médecin** et à conserver par l'administration communale)*

Nom et prénom du décédé

Epoux(se) ou veuf(ve) de

Résidence habituelle : commune

rue, no.

Date (JJMMAAAA) et heure (HHMM) du décès / / h m

Adresse du décès : commune

rue, no.

Numéro de l'acte au registre des décès

Sexe du décédé

☐ • masculin ☐ • féminin ☐ • indéterminé

Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation (1) ☐ oui ☐ non

Obstacle au don du corps (2) ☐ oui ☐ non

Obligation de mise immédiate :
• en cercueil hermétique (3) ☐ oui ☐ non

Obstacle à la pratique éventuelle des opérations suivantes:
• crémation (4) ☐ oui ☐ non
• soins de conservation (5) ☐ oui ☐ non
• transport avant la mise en bière (6) ☐ oui ☐ non

Risques d'exposition aux radiations ionisantes (3) ☐ oui ☐ non

Le docteur en médecine, soussigné, (nom, prénom et no. d'inscription à l'Ordre des Médecins ou no. INAMI)

.....

certifie avoir constaté le décès de la personne désignée ci-dessus le ..... à ..... heure.

Signature et cachet du médecin

(1) Décès par cause externe, certaine ou probable (accident, suicide, homicide).
(2) Le défunt présente un risque de contamination visé sous le n° (3).
(3) A. le défunt présente une des maladies contagieuses suivantes: charbon, choléra, peste, fièvre, hémorragique virale, variole, et autres orthopox viroses;
B. le défunt présente un risque de contamination radioactive (cfr. A.R. du 28 février 1963 - M.B. 16 mai 1963 - art. 69.4, art. 69. 7 et art. 3).
(4) Les prothèses fonctionnant au moyen d'une pile au lithium ainsi que toute autre prothèse renfermant des radio-éléments doivent être enlevées avant la crémation.
(5) - cfr (2) et (3);
- mauvais état du corps (putréfaction ou corps déchiqueté);
- certitude ou suspicion de décès par cause externe.
(6) cfr (2) et (3).

Page 3 : recto

05 Modèle III C 0102041021 7943583 87

VOLET B **BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS**

*(Volet à remplir par **le médecin**, à vérifier par l'administration communale et à envoyer au médecin fonctionnaire responsable)*

1. Date et heure du décès

- date **(JJMMAAAA)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- heure **(HHMM)** ☐☐ h ☐☐ m

2. Lieu de décès

- ☐ maison privée
- ☐ voie publique
- ☐ institution hospitalière
- ☐ lieu de travail
- ☐ maison de repos
- ☐ autres, précisez .....

3. Sexe du décédé

- ☐ masculin
- ☐ féminin
- ☐ indéterminé

Page 4 : enveloppe

SECRET MEDICAL

NE PEUT ETRE UTILISE A DES FINS JUDICIAIRES

NUMERO D'ACTE AU REGISTRE D'ETAT CIVIL: ☐

Au médecin fonctionnaire responsable

Ne peut être ouvert ni par le déclarant, ni par le personnel communal

Page 3 : verso

07 Modèle III C 0102041221 7943583 93

VOLET D BULLETIN STATISTIQUE DE DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

*(Volet à remplir par **l'administration communale** avec l'aide du déclarant)*

1. Commune (ou pays) du décès

Code I.N.S. ==>

2. Numéro de l'acte au registre des décès

3. Résidence habituelle du décédé (commune ou pays)

Code I.N.S. ==>

4. Date de naissance (JJMMAAAA)

/ /

5. Instruction (niveau le plus élevé achevé ou diplôme)

- pas d'instruction ou primaire inachevé ☐
- primaire ☐
- secondaire inférieur
  - → professionnel ☐
  - → technique ☐
  - → général ☐
- secondaire supérieur
  - → professionnel ☐
  - → technique ☐
  - → général ☐
- supérieur de type court ☐
- supérieur de type long ou universitaire ☐
- ne sait pas ☐
- autres, précisez ..... ☐

.....

.....

6. Situation professionnelle actuelle

- actif(ve) ☐
- étudiant(e) ☐
- chômeur(se) ☐
- pensionné(e) ☐
- invalide ☐
- sans profession ☐
- autres, précisez ..... ☐

.....

.....

7. Etat social dans la dernière profession exercée

- indépendant(e) ☐
- employé(e) ☐
- ouvrier(e) ☐
- aidant(e) ☐
- sans profession ☐
- inconnu ☐
- autres, précisez ..... ☐

.....

8. Profession(s) exercée(s), quelle que soit la situation professionnelle actuelle (en commençant par la plus récente)

- 1. *Code I.N.S.* ==>
- 2. *Code I.N.S.* ==>
- 3. *Code I.N.S.* ==>

9. Nationalité du décédé

Code I.N.S. ==>

10. Etat civil du décédé

- ☐ célibataire
- ☐ marié(e)
- ☐ veuf(ve)
- ☐ divorcé(e)
- ☐ légalem. séparé(e) de corps
- ☐ ne sait pas

11. Si la personne décédée était marié(e)

- date de naissance du conjoint survivant (JJMMAAAA) / /
- date du dernier mariage (JJMMAAAA) / /

12. Le décédé vivait :

- seul(e) ☐
- dans un ménage privé ☐
- en institution ☐
- autres, précisez ..... ☐

.....

.....

Comment améliorer la spécificité des causes externes de décès

Actes médicaux ou chirurgicaux

Précisez:

- la conséquence de la complication;
- la complication;
- l'acte médical ou chirurgical réalisé;
- l'affection qui a nécessité le traitement.

Exemple de certificat correctement rempli pour un décès dû réaction imprévue a l'anesthésie

Causes du décès			Intervalle approximatif entre le début du processus et le décès
Partie I Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*	a)	Choc anaphylactique (vecuronium)	minutes
		Due à ou consécutive à	
Causes antécédentes	b)	Induction de l'anesthésie pour une néphrectomie	minutes
		Due à ou consécutive à	
Affections morbides ayant entraîné la cause susmentionnée. Indiquer la cause initiale sur la dernière ligne	c)	Néphropathie de reflux avec le rein droit contracté	jours
		Due à ou consécutive à	
	d)		
Partie II Autres états morbides ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou la pathologie qui l'a entraîné			

* Il ne s'agit pas du mode de décès, ex: insuffisance cardiaque, détresse respiratoire.
Il s'agit de la maladie, du traumatisme ou de la complication ayant entraîné la mort

Accident de transport

Précisez:

- le type de véhicule (voiture, poids lourd, moto etc...);
- la situation du décédé (conducteur, passager, piéton, personne hors du véhicule etc...);

- si une collision est survenue, le ou les objet(s) et le ou les véhicule(s) impliqués;
- le lieu de l'accident (autoroute, chemin de fer...). (Voir aussi l'exemple au rétro de cette page).

Intoxication et surdosage

- Précisez le nom du (des) produits(s), du (des) médicament(s) ou des autres substances impliquées. S'ils vous sont inconnus, mentionnez-le.

Edité par ... (éditeur national)

A couper si vous n'êtes pas autorisés à certifier les causes extérieures

Comment améliorer la précision des causes naturelles de décès

Consommation d'alcool et de tabac

- Si, selon vous, la consommation d'alcool, de tabac ou de toute autre substance par la personne décédée, est à l'origine du décès, mentionnez-le en partie I. Si cette consommation a seulement contribué au décès, mentionnez–le en partie II.

Diabète

Précisez si sucré ou non, insulino-dépendant ou non ou autre.

Maladies infectieuses

Précisez toute information supplémentaire concernant:

- l'étiologie;
- l'agent infectieux.

Tumeurs

Précisez:

- le type morphologique s'il est connu;
- le caractère malin ou bénin s'il n'est pas spécifique de la morphologie;
- le site primitif aussi précisément que possible et les sites secondaires en les mentionnant comme tels;
- si le site primitif ou si sa localisation précise dans l'organe n'est pas connu, mentionnez-le;
- les sites primitif et secondaire. Pour éviter toute ambiguïté dans l'interprétation, lorsque l'expression "cancer métastatique" est utilisée, précisez si le cancer est métastasé VERS (secondaire) ou métastasé A PARTIR DE (primitif).

Grand âge et sénilité

- L'âge étant déjà mentionné sur le certificat médical de décès, il n'est pas utile de mentionner des termes tels que " sénescence", "sénilité" ou "grand âge".

Pneumonie et broncho-pneumonie

- Mentionnez la cause de tout antécédent pathologique à l'origine de la pneumonie;
- précisez l'agent causal;
- précisez s'il s'agit d'une affection primitive ou si elle est consécutive à l'inhalation d'aliments, de sang, de méconium etc...
- si la pneumonie a été causée par une dégradation de l'état général ou par une immobilité, veuillez mentionner l'affection qui a conduit à cette dégradation ou à cette immobilité.

Maladies cardiovasculaires

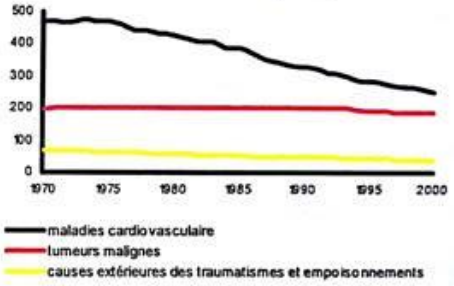
Précisez:

- le processus de la maladie;
- le site, s'il est connu;
- le caractère éventuel aigu ou chronique;
- toute complication.

LOGO NATIONAL

Instructions pour compléter le volet médicale du certificat de décès

Pour tous les professionnels qui ont la permission de compléter les certificats de décès selon la loi nationale (l'adaptation nationale est requise)



Evolution de la mortalité par tumeurs malignes, par maladies cardiovasculaire et par causes extèneures des traumatismes et empoisonnements en Europe.
Taux standardisés (pour 100 000) habitants pour la population totale.
(Source: Health for All Database, www.who.dk).

Les informations provenant des causes de décès sont utilisées pour évaluer et améliorer la santé de la population. Il s'agit d'un instrument utile pour projeter les interventions sociales et sanitaires.

Pour plus d'informations visiter le site:

.....

Consulter: Manuel Eurostat 2004

Pour toute information ou suggestion contacter : l'organisme national préposé

Le certificat de décès est un enregistrement permanent officiel des décès des individus comprenant les causes de décès certifiées par un médecin ainsi que toute autre information nécessaire à l'identification.

L'information sur les causes médicales de décès doit correspondre au **JUGEMENT MEDICAL** que vous estimez le meilleur.

Confidentialité...(selon les adaptations nationales)

Remplissage du volet médical

- Ecrivez lisiblement à l'encre noire
- Evitez les parenthèses et les abréviations
- Mentionnez votre meilleure estimation de l'intervalle entre le début du processus morbide et le décès

Partie I

Cette partie est utilisée pour décrire la **SEQUENCE** des événements ou des affections morbides ayant directement conduit au décès. Cette séquence part de la **cause immédiate** (la maladie terminale ou le traumatisme ayant directement provoqué le décès) mentionnée en *ligne a)* et suit la chaîne causale sur la *ligne b*) et les suivantes jusqu'à la **cause initiale**. La cause initiale est définie comme la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel.

- Mentionnez toujours la cause immédiate en *ligne a*). Il ne s'agit pas ici du mode de décès tel qu'arrêt cardiaque ou arrêt respiratoire;
- chaque affection mentionnée en partie I est la cause de l'affection mentionnée sur la ligne immédiatement au-dessus;
- toujours mentionner la cause initiale du décès sur la dernière ligne remplie en partie I;
- des lignes supplémentaires peuvent être ajoutées si nécessaire. **Ne jamais mentionner** la cause initiale en partie II par manque de place en partie I;
- s'il existe 2 séquences ou plus conduisant au décès, rapporter celle qui a le plus directement provoqué le décès.

Partie II

Mentionnez en partie II, par ordre d'importance, tous les autres états morbides qui ont contribué au décès bien que ne faisant pas partie de la séquence rapportée en partie I.

ATTENTION

Un événement terminal tel que sénilité, fibrillation ventriculaire, fibrillation auriculaire, choc, défaillance multiviscérale, dissociation électromécanique etc. ne devrait pas être la seule cause de décès. Si possible mentionnez toujours l'étiologie de ces affections.

Exemple de certificat correctement rempli pour une mort naturelle

Causes du décès			Intervalle approximatif entre le début du processus et le décès
Partie I Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*	a)	Insuffisance hépatique aigue	1 semaine
		Due à ou consécutive à	
Causes antécédentes	b)	Cancer du foie secondaire	2 mois
		Due à ou consécutive à	
Affections morbides ayant entraîné la cause susmentionnée. Indiquer la cause initiale sur la dernière ligne	c)	Tumeur maligne de la portion centrale du sein	7 mois
		Due à ou consécutive à	
	d)		
Partie II Autres états morbides ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou la pathologie qui l'a entraîné.		Diabète sucré insulino-dépendant	11 ans
** Il ne s'agit pas du mode de décès, ex.: insuffisance cardiaque, détresse respiratoire. Il s'agit de la maladie, du traumatisme ou de la complication ayant entraîné la mort.*			

En ce qui concerne les termes imprécis et pour améliorer la précision de certaines causes, voir la liste au dos du dépliant.

Autres informations à fournir

Mode de décès

- Mentionnez le mode de décès dans tous les cas. Les décès qui ne sont pas dus à une cause externe seront qualifiés de "mort naturelle".

Grossesse

- Concernant les décès de femmes, indiquez si le décès est survenu au cours d'une grossesse, dans un délai de 42 jours après l'accouchement ou entre 43 jours et un an après l'accouchement. Utilisez pour cela la partie appropriée du certificat.

Autopsie

- Les informations issues de l'autopsie peuvent améliorer de façon importante la qualité des statistiques de décès. Les causes de décès devraient comprendre les informations fournies par l'autopsie ou tout autre examen post-mortem. Si les résultats ne sont disponibles qu'après l'envoi du certificat, un nouveau certificat modifié doit être fourni.

Lieu de décès

- Le lieu du décès (par ex. domicile, hôpital, maison de retraite, voie publique...) doit être mentionné.

A couper si vous n'êtes pas autorisés à certifier les causes extérieures

Causes externes de décès

Selon les lois nationales les causes externes peuvent être certifies... *laissé vide*

- Mentionnez toujours la **localisation** d'un traumatisme et la **déficience associée** à l'origine du décès en partie I du certificat médical. Les traumatismes non fatals ou les maladies peuvent être mentionnés en partie II s'ils ont contribué au décès;
- la cause extérieure et le mode de décès devraient être indiqués sur la dernière ligne utilisée de la partie I (cause initiale), si la case appropriée n'est pas présente dans le certificat. (Adaptation nationale requise).

Mode de décès

- La réponse aux questions complémentaires concernant les causes externes de décès doit correspondre à la cause initiale du décès. Mentionnez si le décès est du à un accident, un suicide, un homicide ou si le mode de décès n'a pas pu être déterminé.

Circonstances de l'accident ou du traumatisme

- Faire une courte description de la façon dont le traumatisme est survenu en expliquant les circonstances ou la cause du traumatisme (par ex. "chute d'une échelle en repeignant sa maison");
- si elle est connue, mentionnez l'activité au moment du traumatisme (par ex. "... en lavant sa voiture");

Tout outil, arme, agent chimique, substance

- impliqué dans un traumatisme ou une intoxication doit être précisé, (par ex. "atteint au dos par un coup de fusil pendant la chasse").

Lieu du décès - lieu du traumatisme ou de l'accident

- Ils peuvent être différents et l'heure du décès peut être successive à celle de l'accident ou du traumatisme. Indiquez la catégorie du lieu où chacun de ces événements s'est produit (par ex. domicile, ferme, prison, autoroute, ...).

Exemple de certificat correctement rempli pour un décès par cause externe

Causes du décès			Intervalle approximatif entre le début du processus et le décès
Partie I Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès*	a)	Hématome cérébrale	heures
		Due à ou consécutive à	
Causes antécédentes	b)	Fracture crânienne et du rocher	heures
		Due à ou consécutive à	
Affections morbides ayant entraîné la cause susmentionnée. Indiquer la cause initiale sur la dernière ligne	c)	Piéton accidentellement renversé par une voiture pendant qu'il traversait la rue	heures
		Due à ou consécutive à	
	d)		
Partie II Autres états morbides ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou la pathologie qui l'a entraîné.			
** Il ne s'agit pas du mode de décès, ex.: insuffisance cardiaque, détresse respiratoire. Il s'agit de la maladie, du traumatisme ou de la complication ayant entraîné la mort.*			

ANNEXE 6 : Décès potentiellement suspects

Plasschaert (2010) fournit une liste non exhaustive de décès potentiellement suspects qui doivent toujours être traités selon le principe du « worst case scenario » :

- *« Suicides douteux :*
  - *Le suicide commis en présence (possible) de tiers ;*
  - *Le suicide commis dans un lieu public ou dans la propriété d'autrui ;*
  - *Le suicide d'une personne connue dans un contexte criminel (en tant qu'auteur ou victime) ;*
  - *Si le moyen utilisé fait défaut, ne se trouve pas à proximité immédiate ou suscite des doutes ;*
  - *Si le moyen utilisé est peu conventionnel, tel :*
    - *Sac en plastique ;*
    - *Objet tranchant (blessure occasionnée par un objet pointu, entaille au niveau du cou...) ;*
    - *Poison ;...*
- *Décès soudain ou inattendu de jeunes personnes ou d'enfants*
- *Disparition inquiétante avec indicateurs potentiels d'homicide ou d'enlèvement* […]
- *En présence de circonstances périphériques suspectes, telles que :*
    - *Présence d'éléments pouvant indiquer d'autres faits criminels comme une infraction, des faits de mœurs, etc.*
    - *La présence non expliquée de tiers : indices de la présence de tiers au moment du décès ;*
    - *Absence d'objets précis tels que : clés, portefeuille, moyens de paiement... ;*
    - *Décès qui n'est pas signalé immédiatement par la famille ou l'entourage.*
- *Scènes de crime sans cadavre*

  Par exemple présence de sang dans l'habitation de la personne qui n'a plus été vue depuis un certain temps, mais pas de trace de la personne elle-même. Outre la disparition de fait de la personne, présence réelle d'indice d'une infraction.[…]
- *Overdose (probable)*
- *Noyade (y compris baignoire)*

  Un corps dans l'eau est par définition un « décès suspect » sauf si présence d'éléments irréfutables (témoignages irréfutables et fiables) de l'accident ou du suicide.

- *Corps carbonisé*
- *Corps retrouvé dans un bois*
- *Corps dans les escaliers*
- *Découverte de parties du corps* […]
- *Statut particulier de la victime*

  Par exemple liée au milieu criminel ou occupant une fonction importante dans la société (politique, CEO d'une multinationale, etc.), qui pourrait donner lieu à des rumeurs par rapport à la nature du décès (situation financière critique, indications de menaces ou infos de base, etc.).
- *Décès pas déclaré immédiatement en prison, durant une intervention policière ou dans une caserne militaire*
- *Découverte de la dépouille d'un inconnu* […]
- *Accident de la route meurtrier, douteux, avec ou sans délit de fuite*
- *Agression sur la route ayant entraîné la mort »* (1).

ANNEXE 7 : Recommandation n° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale

Selon le Comité des ministres aux Etats membres (1999) « *les autopsies devraient être réalisées dans tous les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée, quel que soit le délai entre l'évènement responsable de la mort et la mort elle-même, en particulier dans les cas suivants : homicide ou suspicion d'homicide ; mort subite inattendue* […] ; *violation des droits de l'homme telle que suspicion de torture ou de toute forme de mauvais traitement ; suicide ou suspicion de suicide ; suspicion de faute médicale ; accident de transport, de travail ou domestique ; maladie professionnelle ; catastrophe naturelle ou technologique ; décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires ; corps non identifié ou restes squelettiques »* (35).

ANNEXE 8 : Décès anormaux

Selon un article publié sur UZ Leuven (2018), « *les décès inhabituels sont donc tous les homicides et homicides présumés, les accidents, les suicides et les décès inopinés et/ou inexpliqués. […] Les décès soudains inattendus ou inexpliqués méritent certainement plus d'attention. De tels décès devraient toujours être analysés par des experts dès lors qu'ils surviennent à un âge relativement jeune (moins de 45 ans), après un accident (anodin) ou une hospitalisation (opération chirurgicale ou traumatisme), à la suite d'actes médicaux (invasifs), en*

l'absence de données médicales adéquates sur l'état de santé, ou dans des conditions particulières, p. ex. dans le milieu de la drogue et de la prostitution, en détention, etc. ou encore dans le cas de cadavres retrouvés dans un incendie, sur des voies de chemin de fer ou dans l'eau. La catégorie d'âge en dessous de 45 ans mérite une attention particulière car le risque d'une cause non naturelle (entre 30 et 69%) est particulièrement élevé » (10).

ANNEXE 9 : Critères de décès anormal de la proposition de loi du sénateur Brotchi

Selon le projet de loi du sénateur Brotchi (2012) « *un décès est anormal s'il répond à au moins un des critères suivants :*

- *la personne décédée n'a plus été **examinée** par un médecin au cours de la dernière période de maladie;*
- *la personne décédée n'a plus été **examinée** par un médecin au cours des quinze derniers jours de sa vie;*
- *le décès est dû à une **cause inconnue**;*
- *le décès est peut-être dû à une **maladie professionnelle** ou à un empoisonnement;*
- *le décès n'est pas naturel ou a été provoqué par une **violence** ou un avortement, ou il a eu lieu dans des **circonstances suspectes**;*
- *le décès a eu lieu au cours d'une **intervention** diagnostique ou thérapeutique invasive »* (5).

ANNEXE 10 : Résultats du questionnaire

Q 3 : Réalisez-vous personnellement et/ou supervisez-vous en tant que maître de stage des gardes de population ?

79,3 % des MG réalisaient $^{et}/_{ou}$ supervisaient des gardes de population contre 20,7% qui n'en réalisaient $^{et}/_{ou}$ supervisaient pas. La différence entre ces 2 sous-population était significative : il y avait indubitablement plus de MG qui réalisaient des gardes de population.

Q 10 : Quelqu'un vous a-t-il déjà influencé(e) à ne pas cocher l'OML ?

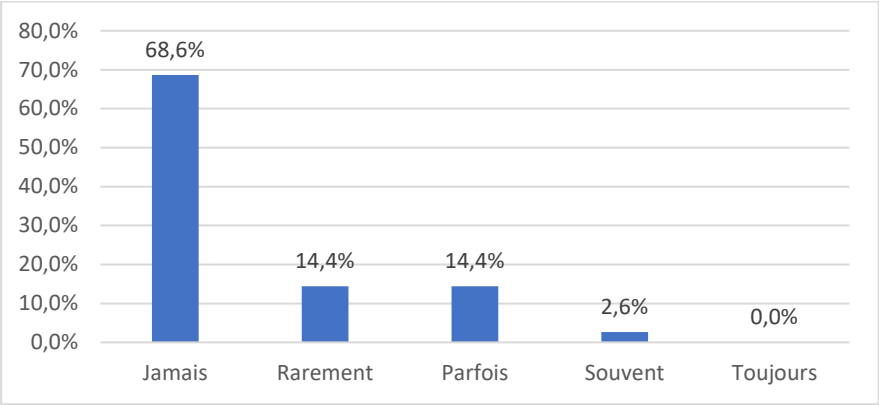


Figure 13 : Quelqu'un vous a-t-il déjà influencé à ne pas cocher l'OML ?

Les résultats étaient singulièrement décroissants de « jamais » jusque « toujours » ce qui est rassurant. La moyenne se situe entre « jamais » et « rarement ».

ANNEXE 11 : Protocole : Constater un décès d'une personne âgée d'un an ou plus

CONSTATER UN DÉCÈS D'UNE PERSONNE ÂGÉE D'UN AN OU PLUS

Une aide pour les médecins généralistes en garde de population

I. Le certificat de décès modèle III C

- Il doit être rédigé par un médecin **après tout diagnostic de mort** d'une personne âgée d'un an ou plus.
- Il a un rôle **administratif**, **épidémiologique** et **judiciaire**.
- **Toutes les cases** doivent être complétées.

II. Les 4 questions à se poser

1) Quelle est **l'identité** du défunt ?
2) **Quand** est-il décédé ?
3) **Où** est-il décédé ?
4) Quels sont le **type** (naturelle >< violente) et la **cause** de la mort ?

III. Mort violente ou naturelle ?

Mort naturelle : évolution terminale d'un processus **endogène** pathologique, aucun facteur extérieur n'intervient.

Mort violente ou **non naturelle :** résulte de l'intervention directe, indirecte ou même éloignée d'un **agent extérieur** à l'organisme, avec ou sans la participation d'une tierce personne : **homicides**, **suicides**, **accidents**.

IV. Mort suspecte

Une mort suspecte est un décès dont on **soupçonne** l'intervention d'une **tierce personne : homicide volontaire** ou **involontaire** (accident, …).

V. Constater un décès

- **Confirmer la mort :**
  - **Porter secours** si la personne est encore en vie.
  - **Pièges** : coma dû à des médicaments, à des substances toxiques, à une hypothermie profonde ou à des troubles métaboliques ou endocriniens.

- Tenter de déterminer le **type** (naturelle/violente) et la **cause** de la mort :
  - **Obtenir des informations :** dossier médical, proches du défunt, soignants présents, … → **Le décès était-il attendu ?**
    Si les informations obtenues ne sont pas suffisantes → **contacter le médecin traitant** même s'il n'est pas de garde.
  - **Prêter attention au contexte** : circonstances de la découverte du corps, personne habitant seule, position du corps, traces d'effraction, traces de sang, milieu carcéral… (cfr point VIII).
  - La suite de la prise en charge dépend du **contexte** et des **informations** obtenues :
    - Mort **naturelle probable** : Il existe des éléments orientant **valablement** vers une mort naturelle.
      → TOUJOURS réaliser un **examen clinique** afin de :
      - confirmer la mort,
      - identifier le défunt : par la carte d'identité et l'examen clinique,
      - rechercher des lésions pouvant évoquer une mort violente,
      - estimer le délai post mortem (cfr point VI). Une discordance entre le discours des témoins et le délai post mortem est suspect,
      - déterminer si le corps a été déplacé,
      - rechercher la présence d'un pacemaker.

    - Mort **violente certaine ou probable** : Il existe des éléments suspects.
      - Examen clinique **uniquement pour confirmer la mort** du défunt.
      - **Préserver la scène de crime** : limiter l'entrée dans la maison, ne rien modifier dans la pièce (cfr point XI).
      - Cocher « **l'obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation** » et « l'obstacle aux soins de conservation » sur le volet A du certificat de décès.
      - Appeler la **police (101)** et attendre son arrivée pour lui remettre le certificat de décès.

    - Mort **inexpliquée** : si malgré les informations obtenues et l'examen clinique, la cause de la mort est inexpliquée → Adopter une attitude identique à celle d'une **mort violente certaine** ou **probable**.

VI. Déterminer le délai post mortem

La **rigidité** est la donnée la plus accessible pour déterminer le délai post mortem.

Délai post mortem	0	↔	3	↔	6 à 8	↔	36	↔	48 heures
Corps	chaud flaccide		chaud rigide		froid rigide		froid flaccide		tache verte abdominale

VII. Rédaction du certificat de décès en cas de mort NON NATURELLE

- **Volet C :**
  - **Type de décès** : en cas de mort non naturelle certaine ou probable ou de cause indéterminée : cocher « **sous investigation** » ou « **n'a pu être déterminé** ».
  - **Les circonstances :** préciser l'activité du défunt au moment du traumatisme, les agents chimiques, substances, armes, véhicules ou outils impliqués dans le traumatisme (nom du médicament, type de véhicule, …) et la catégorie du lieu du traumatisme et du décès (domicile, ferme, prison, …). Exemple : chute d'une échelle en vidant les gouttières de sa maison.
  - **Cause du décès** :
    - **Partie 1** : la localisation du traumatisme et la déficience associée à l'origine du décès.
    - **Partie 2** : les traumatismes et les maladies non fatales ayant contribué au décès mais n'ayant pas de rapport avec l'état morbide qui l'a provoqué.
  - **N° dossier médical :** le médecin doit noter un numéro qui lui permet de retrouver le patient si le médecin épidémiologiste demande plus de détails après réception du certificat de décès.
- **Volet A :**
  - **Identifier le défunt** : e**n cas de mort non naturelle**, l'identité du défunt n'est PAS une priorité par rapport à la préservation de la scène de crime.
    ➔ **Ne PAS fouiller** pour trouver la carte d'identité.
  - **Cocher les deux obstacles suivants :**
    - **Obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation**
    - Obstacle aux soins de conservation
- **Volet B : estimer le délai post mortem** (très difficile)
  - **Si date et heure approximatives :** ajouter la mention « approximative » avant la date.
  - **Si date et heure inconnues :** ajouter « constaté le ».

VIII. L'OBSTACLE MEDICO-LEGAL

- **Quand cocher l'obstacle médico-légal sur le volet A du certificat de décès ?** (liste non exhaustive)
  - **Homicide** ou suspicion d'homicide.
  - Mort **soudaine** et **inattendue**. Une attention particulière doit être donnée aux décès inattendus ou inexpliqués :
    - à un jeune âge (< 45 ans)
    - après un accident (anodin),
    - après une hospitalisation pour une opération chirurgicale ou un traumatisme ou après des actes médicaux invasifs,
    - en l'absence de données médicales adéquates sur l'état de santé,
  - Violation des droits de l'homme : suspicion de torture ou toute forme de **mauvais traitement**.
  - **Suicide** ou suspicion de suicide.
  - Suspicion de **faute médicale.**
  - **Accident** de transport, de travail ou domestique.
  - Décès en **détention** ou associé à des **actions de police** ou **militaires**.
  - Corps **non identifié** ou en **voie de décomposition** ou de **squelettisation**.
  - Les décès survenus dans des **circonstances particulières** : milieu carcéral, milieu de la drogue ou de la prostitution, les corps retrouvés dans un incendie, sur des voies de chemins de fer, dans l'eau (y compris la baignoire), dans les bois ou dans les escaliers, les décès à la suite de coups et blessures,…
  - **Circonstances périphériques suspectes** : des éléments pouvant indiquer d'autres faits criminels tels une infraction, les décès qui ne sont pas directement signalés par la famille ou l'entourage…
  - **Statut particulier de la victime** : milieu criminel, fonction importante dans la société.

- **La procédure en cas d'obstacle médico-légal :**
  - Le **médecin certificateur** appelle la police et le procureur du Roi de l'arrondissement judiciaire concerné disponible 24h/24.
  - La **police** réalise des investigations, rédige un procès-verbal et appelle le procureur du Roi
  - Le **procureur du Roi** prend une décision avec les informations fournies par la police et le médecin certificateur.
    - **Pas suffisamment d'éléments évoquant un délit/l'intervention d'un tiers** : il peut renoncer à tout autre acte d'instruction n'étant pas chargé de déterminer la cause exacte de la mort.
    - **Mort suspecte (l'intervention d'un tiers n'est pas exclue)** : il peut demander un examen externe du corps et/ou une autopsie par un médecin légiste.

IX. Situations particulières

- **Les corps en voie de décomposition** (putréfaction, momification, transformation adipocireuse) ou de **squelettisation** :
  - **Volet C**, **type de décès** : « n'a pu être déterminé »
  - **Volet A** :
    - Identification : « Supposé Monsieur untel »
    - Cocher l'obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation et l'obstacle aux soins de conservation.
- **Décès d'une personne non identifiée** : cocher l'obstacle médico-légal à l'inhumation ou à la crémation et l'obstacle aux soins de conservation.

X. Règles générales

- **Le constat de décès** doit être réalisé dans **les plus brefs délais.**
- **L'approche de toute personne décédée** doit être **scientifique** en ne perdant pas de vue que la mort peut être **non naturelle**.
- **Le diagnostic de la cause** du décès engage la **responsabilité** du médecin et nécessite une **démarche médicale.**
- Si le médecin a un **doute** sur la cause et donc le type de la mort (naturelle >< violente), il doit cocher **l'obstacle médico-légal.**
- **L'obstacle médico-légal** doit être coché pour toutes morts **non naturelles certaines** ou **probables** :
  - Mort **suspecte :** circonstances inhabituelles, éléments suspects à l'examen clinique, …
  - Mort **violente**
  - Mort de **cause inexpliquée**
- **Cocher l'obstacle médico-légal** entraine un appel à la **police** et au **procureur du Roi.** Généralement, le médecin certificateur appelle la police qui se charge de contacter le procureur du Roi mais le médecin peut également le contacter pour lui expliquer les éléments suspects.
- **La préservation de la scène de crime** est fondamentale pour l'enquête. Les premiers intervenants doivent prendre leurs **précautions**.

XI. Préserver la scène de crime (SC)

- Interdire l'accès : diminuer le nombre de personnes sur les lieux.
- Limiter l'intervention à ce qui est utile : secourir, sécuriser les lieux.
- Ne rien toucher, ne rien déplacer et n'entrer nulle part.
- Prendre des photos uniquement s'il y a un risque de modification de la SC ou pour fixer des éléments variables.
- Ne pas manipuler le corps de la victime si le décès est clairement établi même pour rechercher l'identité du défunt.
- Pas de fouille.
- Pas de manipulation des armes.
- Ne rien utiliser, modifier ou manipuler : toilettes, lavabo, appareils électroniques (téléphone, …), systèmes d'alarme, radiateurs, …
- Tenir compte des conditions météorologiques : fermer la porte s'il y a beaucoup de vent.
- Si des techniques de réanimation ou de perfusion ont été utilisées : le signaler et laisser le matériel en place afin d'éviter une confusion avec des injections de produits toxiques qui pourraient être responsables de la mort.

➔ Préserver la SC est **primordiale pour l'enquête**.

➔ Chaque personne qui foule la SC y cause des dégâts **irréparables**.

➔ **Informer la police** si des modifications ont été apportées à la SC.