

*Module de Médecine Légale*  
*Année universitaire : 2022-2023*

**Travaux dirigés :**  
**Examen externe d'un cadavre et**  
**Certificat médical de décès**

*Pr. ZERAIRIA Y.*

# Rappel

- La mort est un fait juridique produisant des effets de droits.
- Tout médecin doit être en mesure de :
  - constater le décès.
  - rédiger le CMD.
- Le CMD est un document obligatoire et indispensable pour l'inhumation.
- Nécessité de procéder à un examen externe minutieux du cadavre après déshabillage de celui-ci.

# Buts de l'examen externe d'un cadavre

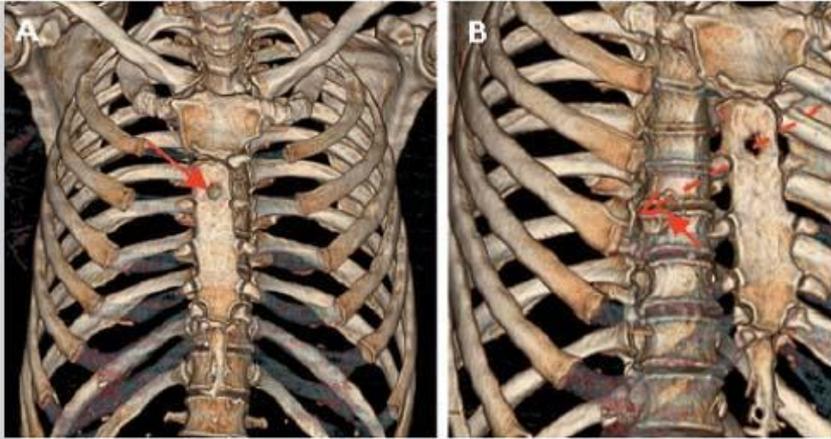
- Etablir le diagnostic de la mort.
- Identification du cadavre.
- Détermination du moment de la mort.
- Rechercher les éléments d'orientation vers les causes médicales de décès et de l'état pathologique préexistant.
- Préciser la cause et les arguments en faveur d'une mort violente (homicide, suicide ou accident).
- Rechercher toute trace suspecte.
- Rédiger le CMD.

# Méthodologie

# Photographie



# Radiologie



# Examen externe proprement dit:

## CINQ ETAPES

1. Identification du cadavre.
2. Examen des vêtements.
3. Etude des phénomènes cadavériques.
4. Recherche de lésions de violences apparentes sur le corps.
5. Examen des orifices naturels.

**Quelle est l'importance du CMD ?**

**Par qui est rempli le CMD ?**

# Contenu du CMD (1)

Deux principales obligations :

1. Constater le décès.
2. Déterminer les causes et la forme médico-légale du décès.

# Contenu du CMD (2)

1. Constater le décès :

- ***la certitude de la mort*** par :
  - les signes négatifs de la vie.
  - les signes positifs de la mort.
- ***la constance de la mort*** en affirmant le non retour à la vie.
- préciser, approximativement, ***la date et l'heure du décès.***

# Contenu du CMD (3)

2. Déterminer la forme médico-légale de la mort :
  - **Mort naturelle.**
  - **Mort violente.**
  - **Mort suspecte.**

# Contenu du CMD (4)

- **Recherche de cause ou circonstance entraînant un obstacle médico-légal \*** :
    1. homicide ou suspicion d'homicide.
    2. mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson ;
    3. violation des droits de l'homme, telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement ;
    4. suicide ou suspicion de suicide ;
    5. suspicion de faute médicale ;
    6. accident de transport, de travail ou domestique ;
    7. maladie professionnelle ;
    8. catastrophe naturelle ou technologique ;
    9. décès en détention, en garde à vue, ou associé à des actions de police, de gendarmerie ou militaires ;
    0. corps non identifié ou restes squelettiques.
- (\*) Recommandations européennes n° R (99) 3, relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale, adopté par le comité des ministres le 2 février 1999.

**Peut-on cocher OML en cas de mort naturelle ?**

# Contenu du CMD (5)

- Recherche de ***causes médicales de décès*** :  
Intérêt de l'autopsie verbale + + +
- Recherche ***d'obligations particulières en matière d'opérations funéraires*** :
  - vis à vis de certaines maladies contagieuses répertoriées par l'OMS (art. 200 de la LRS)
  - relatives au mauvais état du corps.

**CERTIFICAT MEDICAL DE DECES**

A remplir par le médecin

Commune de décès : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de décès : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 (En cas de non-identification du défunt, noter la section « corps non identifié (CNI) »)  
 Sexe : M  F   
 Fils/Fille de : \_\_\_\_\_ et de : \_\_\_\_\_  
 Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
 Date du décès : \_\_\_\_\_ Age (en années) : \_\_\_\_\_ ans  
 (Déclaré de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : \_\_\_\_\_ mois, ou \_\_\_\_\_ jours)  
 Lieu du décès :  
 Domicile  Structure de santé publique  
 Structure de santé privée  Voie publique  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_  
**Réserve à la commune**  
 N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil : \_\_\_\_\_  
 Ce numéro doit être reproduit au verso de ce certificat.

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue  
 le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Heures(s)  
 est réelle et constante de  
 Cause naturelle  
 Cause violente  
 Cause indéterminée  
 A \_\_\_\_\_  
 le \_\_\_\_\_  
 Signature et cachet du médecin

**Signalement médico-légal- A remplir par le médecin (cocher la case adéquate)**

Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié)  Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contagion  
 Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile

-----

Coller ici    Coller ici

A remplir et à clore par le médecin

Commune de décès : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de décès : \_\_\_\_\_  
 Commune de résidence : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de résidence : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de décès : \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Age (en années) : \_\_\_\_\_ ans  
 (Déclaré de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : \_\_\_\_\_ mois, ou \_\_\_\_\_ jours)  
 Lieu du décès :  
 Domicile  Structure de santé publique  
 Structure de santé privée  Voie publique  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

1- Nature de la mort : Naturelle   
 Accident  auto induit   
 agression  indéterminée   
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

2- Mortinatalité, périnatalité  
 - Grossesse multiple Oui  Non   
 - Mort-à-7 Oui  Non   
 - Age gestationnel (en semaines) \_\_\_\_\_  
 - Poids à la naissance (en grammes) \_\_\_\_\_  
 - Age de la mère (années) \_\_\_\_\_  
 - Si décès périnatal, préciser l'état morbide de la mère ayant pu affecter le nouveau né au moment du décès : \_\_\_\_\_

3- Décès maternel ? Oui  Non   
 - Le décès a eu lieu durant la grossesse Oui  Non   
 - Le décès a eu lieu pendant l'accouchement / avortement Oui  Non   
 - Dans les 42 jours après la gestation Oui  Non   
 - Indéterminé

4. Signalement médico-légal :  
 - Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié) Oui  Non   
 - Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contamination Oui  Non   
 - Existence d'une prothèse fonctionnant avec « pile » Oui  Non

5- Y a-t-il intervention chirurgicale 4 semaines avant le décès ? Oui  Non

**Cause directe et événements morbides ayant précédé le décès.**  
**Partie I :** Maladie(s) ou affection(s) morbide (s) ayant directement provoqué le décès  
 Cause directe a) \_\_\_\_\_  
 Evénements morbides ayant précédé le décès  
 due à ou consécutive à : b) \_\_\_\_\_  
 due à ou consécutive à : c) \_\_\_\_\_  
 due à ou consécutive à : d) \_\_\_\_\_  
**Partie II :** Autres états morbides ayant pu contribuer au décès, non mentionnés en partie I.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Cachet et signature du médecin  
 La dernière cause (d) doit correspondre à la cause initiale, il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : arrêt cardiorespiratoire, syncope, suite de la maladie ou de traumatisme qui a entraîné la mort.  
 Dans le cas de décès maternel : (femme décédée durant une grossesse, un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement) remplir correctement la partie I et préciser cet état clairement.  
 Exemples sur les causes directes et les événements morbides ayant précédé le décès :

a) Fracture pulmonaire.	a) Septicémie.	a) Détresse respiratoire.	a) Coque.
b) Fracture pathologique.	b) Péritonite.	b) Fracture pulmonaire.	b) Déhiscence ostéofix.
c) Cancer secondaire du foie.	c) Perforation d'ulcère.	c) Phlébite.	c) Trauma crânien.
d) Cancer du sein.	d) Ulcère duodénal.	d) Accouchement.	d) Accident de la route.
	e) Alcoolisme.	e) Varicelle.	

# Verso

## CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

A renseigner par le service de l'état civil de la commune

Wilaya : .....

Commune : .....



N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil

Cette partie confidentielle doit être adressée fermée à la direction de la santé et de la population de wilaya.

**A NE PAS OUVRIR**

# Partie supérieure : volet administratif nominatif

A remplir par le médecin

Commune de décès : \_\_\_\_\_

Wilaya de décès : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

(En cas de non identification du défunt, mettre la mention : corps non identifié (CNI))

Sexe : M  F

Fils/Fille de : \_\_\_\_\_ et de : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Date du décès : \_\_\_\_\_ Age (en année) : \_\_\_\_\_ ans

(Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : \_\_\_\_\_ mois, ou \_\_\_\_\_ jours)

Lieu du décès :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile                   | <input type="checkbox"/> Structure de santé publique |
| <input type="checkbox"/> Structure de santé privée  | <input type="checkbox"/> Voie publique               |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : ..... |  |

**Réservé à la commune**

N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil : \_\_\_\_\_

*Ce numéro doit être reproduit au verso de ce certificat.*

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue

le \_\_\_\_\_

à ..... Heure(s)

est réelle et constante de

- Cause naturelle  
 Cause violente  
 Cause indéterminée

A \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

**Signalement médico-légal- A remplir par le médecin (cocher la case adéquate)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié) | <input type="checkbox"/> Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contagion |
| <input type="checkbox"/> Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile   |   |



# Partie inférieure : volet médical confidentiel

A remplir et à clore par le médecin

Commune de décès : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de décès : \_\_\_\_\_  
 Commune de résidence : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de résidence : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de décès : \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Age (en année) : \_\_\_\_\_ ans  
 (Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : \_\_\_\_\_ mois, ou \_\_\_\_\_ jours)  
 Lieu du décès :  
 Domicile  Structure de santé publique  
 Structure de santé privée  Voie publique  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

Cause directe et événements morbides ayant précédé le décès.

Partie I : Maladie(s) ou affection(s) morbide (s) ayant directement provoqué le décès

Cause directe a) \_\_\_\_\_

Événements morbides ayant précédé le décès

due à ou consécutive à : b) \_\_\_\_\_

due à ou consécutive à : c) \_\_\_\_\_

due à ou consécutive à : d) \_\_\_\_\_

Partie II : Autres états morbides ayant pu contribuer au décès, non mentionnés en partie I.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Cachet et signature du médecin \_\_\_\_\_

La dernière cause (d) doit correspondre à la cause initiale, il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : arrêt cardiorespiratoire, syncope, mais de la maladie ou du traumatisme qui a entraîné la mort.

Dans le cas de décès maternel : (femme décédée durant une grossesse, un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement) remplir correctement la partie I et préciser cet état clairement.

Exemples sur les causes directes et les événements morbides ayant précédé le décès :

- |                                |                          |                           |                          |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Embolie pulmonaire.         | a) Septicémie.           | a) Détresse respiratoire. | a) Coma.                 |
| b) Fracture pathologique.      | b) Péritonite.           | b) Embolie pulmonaire.    | b) Œdème cérébral.       |
| c) Cancer secondaire du fémur. | c) Perforation d'ulcère. | c) Phlébite.              | c) Trauma crânien.       |
| d) Cancer du sein.             | d) Ulcère duodénal.      | d) Accouchement.          | d) Accident de la route. |
|                                | e) Alcoolisme.           | e) Varices.               |                          |

1- Nature de la mort : Naturelle   
 Accident  auto induite   
 agression  indéterminée   
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

2- Mortinatalité, périnatalité  
 -- Grossesse multiple Oui  Non   
 -- Mort-né ? Oui  Non   
 -- Age gestationnel (en semaines)   
 -- Poids à la naissance (en grammes)   
 -- Age de la mère (années)   
 -- Si décès périnatal, préciser l'état morbide de la mère ayant pu affecter le nouveau né au moment du décès : \_\_\_\_\_

3- Décès maternel ? Oui  Non   
 -- Le décès a eu lieu durant la grossesse Oui  Non   
 -- Le décès a eu lieu pendant l'accouchement / avortement Oui  Non   
 -- Dans les 42 jours après la gestation Oui  Non   
 -- Indéterminé

4. Signalement médico-légal :  
 -- Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié). Oui  Non   
 -- Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contamination Oui  Non   
 -- Existence d'une prothèse fonctionnant avec « pile » Oui  Non

5- Y a-t-il intervention chirurgicale 4 semaines avant le décès ? Oui  Non

# Partie supérieure : volet administratif nominatif

Commune de décès : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de décès : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 (En cas de non identification du défunt, mettre la mention : corps non identifié (CNI))  
 Sexe : M  F   
 Fils/Fille de : \_\_\_\_\_ et de : \_\_\_\_\_  
 Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
 Date du décès : \_\_\_\_\_ Age (en année) : \_\_\_\_\_ ans  
 (Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : \_\_\_\_\_ mois, ou \_\_\_\_\_ jours)  
 Lieu du décès :  
 Domicile  Structure de santé publique  
 Structure de santé privée  Voie publique  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

**Réservé à la commune**  
**N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil :** \_\_\_\_\_  
*Ce numéro doit être reproduit au verso de ce certificat.*

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Heure(s) est réelle et constante de  
 Cause naturelle  
 Cause violente  
 Cause indéterminée  
 A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Signature et cachet du médecin

**Signalement médico-légal- A remplir par le médecin (cocher la case adéquate)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié) | <input type="checkbox"/> Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contagion |
| <input type="checkbox"/> Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile   |   |



# Partie inférieure : volet médical confidentiel

A remplir et à clore par le médecin

Commune de décès : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de décès : \_\_\_\_\_  
 Commune de résidence : \_\_\_\_\_  
 Wilaya de résidence : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de décès : \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Age (en année) : \_\_\_\_\_ ans  
 (Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : \_\_\_\_\_ mois, ou \_\_\_\_\_ jours)  
 Lieu du décès :  
 Domicile  Structure de santé publique  
 Structure de santé privée  Voie publique  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

1- Nature de la mort : Naturelle   
 Accident  auto induite   
 agression  indéterminée   
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

2- Mortinatalité, périnatalité  
 -- Grossesse multiple Oui  Non   
 -- Mort-né ? Oui  Non   
 -- Age gestationnel (en semaines) \_\_\_\_\_  
 -- Poids à la naissance (en grammes) \_\_\_\_\_  
 -- Age de la mère (années) \_\_\_\_\_  
 -- Si décès périnatal, préciser l'état morbide de la mère ayant pu affecter le nouveau né au moment du décès .....

3- Décès maternel ? Oui  Non   
 -- Le décès a eu lieu durant la grossesse Oui  Non   
 -- Le décès a eu lieu pendant l'accouchement / avortement Oui  Non   
 -- Dans les 42 jours après la gestation Oui  Non   
 -- Indéterminé

4. Signalement médico-légal :  
 -- Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié). Oui  Non   
 -- Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contamination Oui  Non   
 -- Existence d'une prothèse fonctionnant avec « pile » Oui  Non

5- Y a-t-il intervention chirurgicale 4 semaines avant le décès ? Oui  Non

Cause directe et événements morbides ayant précédé le décès.

Partie I : Maladie(s) ou affection(s) morbide (s) ayant directement provoqué le décès

Cause directe a) .....

Événements morbides ayant précédé le décès

due à ou consécutive à : b) .....

due à ou consécutive à : c) .....

due à ou consécutive à : d) .....

Partie II : Autres états morbides ayant pu contribuer au décès, non mentionnés en partie 1.

.....

.....

Date ..... Cachet et signature du médecin .....

La dernière cause (d) doit correspondre à la cause initiale, il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : arrêt cardiorespiratoire, syncope, mais de la maladie ou du traumatisme qui a entraîné la mort.

Dans le cas de décès maternel : (femme décédée durant une grossesse, un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement) remplir correctement la partie 1 et préciser cet état clairement.

Exemples sur les causes directes et les événements morbides ayant précédé le décès :

- a) Embolie pulmonaire.
- b) Fracture pathologique.
- c) Cancer secondaire du fémur.
- d) Cancer du sein.

- a) Septicémie.
- b) Péritonite.
- c) Perforation d'ulcère.
- d) Ulcère duodénal.
- e) Alcoolisme.

- a) Détresse respiratoire.
- b) Embolie pulmonaire.
- c) Phlébite.
- d) Accouchement.
- e) Varices.

- a) Coma.
- b) Œdème cérébral.
- c) Trauma crânien.
- d) Accident de la route.

# Partie inférieure : volet médical confidentiel

Commune de décès : \_\_\_\_\_  
Wilaya de décès : \_\_\_\_\_  
Commune de résidence : \_\_\_\_\_  
Wilaya de résidence : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de décès : \_\_\_\_\_  
Sexe : M  F  Age (en année) : \_\_\_\_\_ ans  
(Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois, moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours : \_\_\_\_\_ mois, ou \_\_\_\_\_ jours)  
Lieu du décès :  
 Domicile  Structure de santé publique  
 Structure de santé privée  Voie publique  
 Autre (à préciser) : .....

Cause directe et événements morbides ayant précédé le décès.

Partie I : Maladie(s) ou affection(s) morbide (s) ayant directement provoqué le décès

Cause directe a) .....

Événements morbides ayant précédé le décès

due à ou consécutive à : b) .....

due à ou consécutive à : c) .....

due à ou consécutive à : d) .....

Partie II : Autres états morbides ayant pu contribuer au décès, non mentionnés en partie I.

.....

.....

.....

Date ..... Cachet et signature du médecin .....

La dernière cause (d) doit correspondre à la cause initiale, il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : arrêt cardiorespiratoire, syncope, mais de la maladie ou du traumatisme qui a entraîné la mort.

Dans le cas de décès maternel : (femme décédée durant une grossesse, un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement) remplir correctement la partie I et préciser cet état clairement.

.....

.....

Exemples sur les causes directes et les événements morbides ayant précédé le décès :

- |                                |                          |                           |                          |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Embolie pulmonaire.         | a) Septicémie.           | a) Détresse respiratoire. | a) Coma.                 |
| b) Fracture pathologique.      | b) Péritonite.           | b) Embolie pulmonaire.    | b) Œdème cérébral.       |
| c) Cancer secondaire du fémur. | c) Perforation d'ulcère. | c) Phlébite.              | c) Trauma crânien.       |
| d) Cancer du sein.             | d) Ulcère duodénal.      | d) Accouchement.          | d) Accident de la route. |
|                                | e) Alcoolisme.           | e) Varices.               |                          |

1- Nature de la mort : Naturelle   
Accident  auto induite   
agression  indéterminée   
Autre (à préciser) .....

2- Mortinatalité, périnatalité

-- Grossesse multiple Oui  Non

-- Mort-né ? Oui  Non

-- Age gestationnel (en semaines)

-- Poids à la naissance (en grammes)

-- Age de la mère (années)

-- Si décès périnatal, préciser l'état morbide de la mère ayant pu affecter le nouveau né au moment du décès .....

3- Décès maternel ? Oui  Non

-- Le décès a eu lieu durant la grossesse Oui  Non

-- Le décès a eu lieu pendant l'accouchement / avortement

Oui  Non

-- Dans les 42 jours après la gestation Oui  Non

-- Indéterminé

4. Signalement médico-légal :

-- Obstacle médico-légal à l'inhumation

(en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié). Oui  Non

-- Mise immédiate en cercueil

hermétique en raison du risque de contamination Oui  Non

-- Existence d'une prothèse

fonctionnant avec « pile »

Oui  Non

5- Y a-t-il intervention chirurgicale 4 semaines avant le décès ? Oui  Non

# Du point de vue de la santé publique

Préciser l'enchaînement des événements :

- ***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 violence qui ont entraîné le traumatisme mortel ». (OMS)
- ***La cause terminale*** est défini comme « la maladie ou l'affection morbide ayant directement entraîné la mort » (OMS)

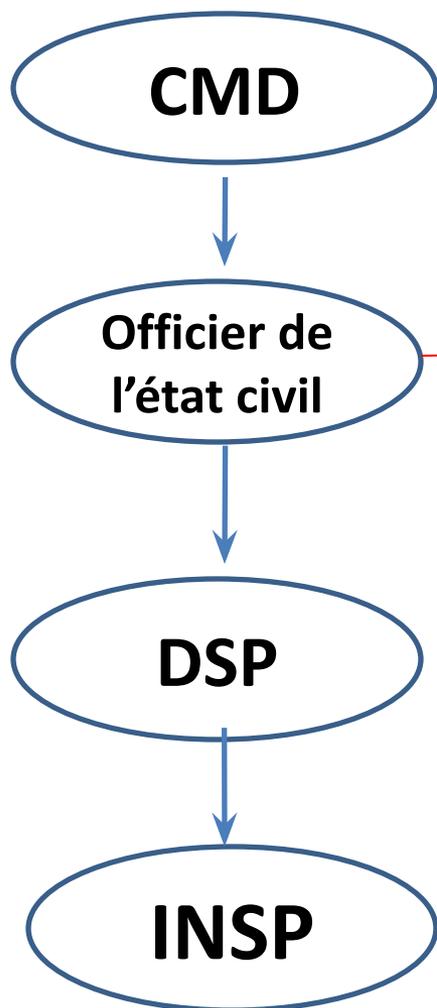
Par exemple, pour une personne ayant souffert de septicémie, de la gangrène, d'une perte de la vue et du diabète et qui meurt des suites de cet enchaînement, la cause initiale du décès est .....

# Exemples

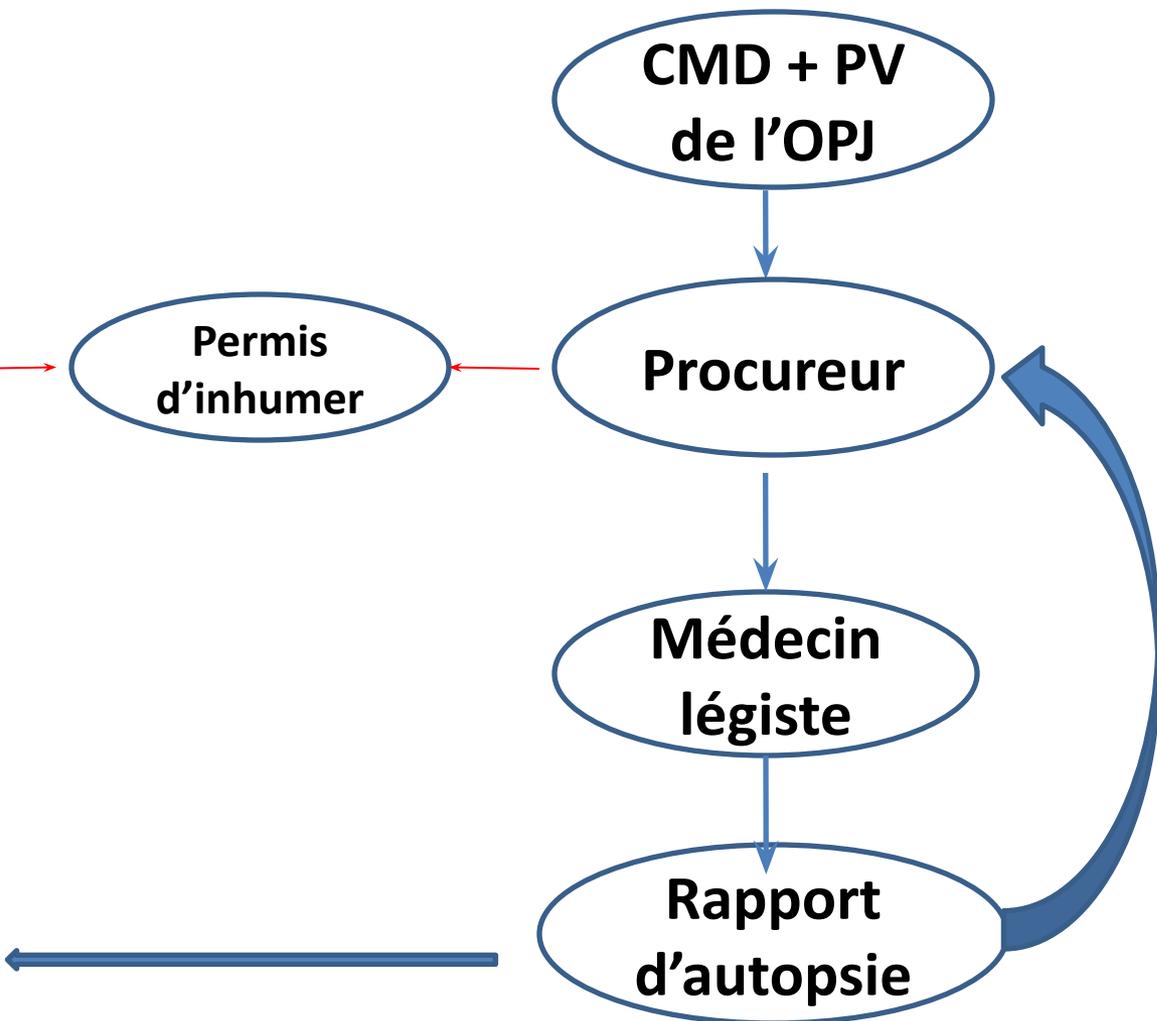
1. Perforation d'ulcère - Septicémie - Ulcère duodéal - Péritonite - alcoolisme
2. Accouchement - Phlébite - Détresse respiratoire - Embolie pulmonaire - Varices
3. Embolie pulmonaire - Fracture pathologique - cancer secondaire du fémur

# Le circuit du certificat médical de décès

En cas de  
mort naturelle



En cas de mort violente ou  
suspecte



# CMD et secret médical (1)

- L'obligation du secret médical est absolue même après la mort.
- Le CMD, pour sa partie basse médicale, est un document strictement confidentiel.
- C'est au médecin certificateur de garantir la confidentialité des informations transcrites dans le volet médical anonyme.

*(article 6 du décret exécutif n° 22-178 fixant le nouveau modèle du CMD)*

## CMD et secret médical (2)

En cas de décès à la suite *d'un accident de travail* ou *d'une maladie professionnelle*, ou lorsque le malade était titulaire *d'une pension militaire* pour une infirmité susceptible d'avoir un lien avec le décès



le médecin peut délivrer le CMD indiquant la cause ou les circonstances du décès.

*(art. 25 de la loi relative à la santé)*

# CMD et secret médical (3)

Pour l'exécution des contrats d'assurance vie



le médecin est autorisé à délivrer le CMD demandé par les ayants droit, en se limitant à préciser, que la mort est :

- ***"étrangère aux risque exclus par le contrat"***
- ou que la mort a été ***"naturelle"***.

*(art. 25 de la LRS)*

# CMD et Responsabilité médicale

- La responsabilité du médecin certificateur peut être mis en cause ***s'il fait abstraction de mentionner délibérément ou par négligence l'existence d'un obstacle médico-légal.***
- L'article 226 du CPA punit le médecin qui « ***fournit des indications mensongères sur la cause d'un décès*** »

# Conclusion (1)

- La mort est un événement nécessitant ***toujours*** l'intervention du médecin.
- ***Avant la rédaction*** : Faire un examen minutieux du cadavre à la recherche :
  - de signes en rapport avec un état pathologique responsable du décès.
  - de tout indice de mort violente ou mort suspecte = obstacle médico-légal.

# Conclusion (2)

- Le CMD est un trait d'union incontournable entre la connaissance médicale et la procédure de justice.
- il constitue une des principales sources épidémiologiques pour l'orientation des actions de santé du pays.
- la fiabilité des statistiques nationales de mortalité dépend de ***la qualité de sa certification.***

# Cas clinique

- Vous exercez au niveau du service de réanimation du CHU d'Annaba et vous prenez en charge un homme adulte non identifié, sans domicile fixe, ramené par les agents de protection civile.
- A l'admission, il présente des troubles de la conscience associés à une dyspnée dans un contexte fébrile.
- Une TDM cérébrale et thoracique faite en urgence révèle une pneumonie bilatérale, étendue à plus de 50% des champs pulmonaires compatible avec une infection à la Covid-19, sans lésions crânio-cérébrales.
- Une oxygénothérapie avec une antibiothérapie sont entreprises en urgence. Le lendemain vous décidez de lui faire un écouvillonnage naso-pharyngé pour Rt-PCR qui revient positive à la Covid-19. Un réajustement thérapeutique est fait avec une surveillance clinique et biologique.
- Son état s'aggrave avec installation d'une détresse respiratoire aigue et déssaturation en Oxygène à 60% et nécessite de ce fait une intubation.
- Il décède deux jours après dans votre service, le 14/07/2021 à 07h00.
- À votre arrivée, on vous demande de rédiger le certificat médical de décès.