

## NOUVEAU CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS !

Décret n° 2024-375 du 23 avril 2024  
Applicable à partir du 1er Janvier 2025

**CERTIFICAT DE DÉCÈS** conforme à l'arrêté du 29 mai 2014

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

Le sousigné(e) M.  Non habité en République professionnelle de santé, certifie que le décès de la personne citée en dessous, s'est fait et constaté (voir au verso !)

Date et heure (précise ou estimée) de la mort : A défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : / / à h à h

**INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL**

COMMUNE DE DÉCÈS : Code postal : Date de décès :  date réelle OU  constatée Sexe :  M  F

**(INFORMATIONS FUNÉRAIRES)** Cocher chaque ligne par oui ou par non

Cherche médecin légiste (voir au verso) :  Oui  Non

Même en cas de nécropsage au niveau funéraire du certificat de décès

obligation de mise en bière dans la plus brève délais (voir au verso) :  Oui  Non

- dans un cercueil hermétique :  Oui  Non

- dans un cercueil simple :  Oui  Non

Obligation de mise en bière avant transport du corps (voir au verso) :  Oui  Non

Obligation au soins de conservation (voir au verso) :  Oui  Non

Rachète au don du corps à la science (voir au verso) :  Oui  Non

Rachète de la cause du décès demandée (ou demandé en cours) par préavis, examen ou autopsy médicale (voir au verso) :  Oui  Non

Si transport du corps inhumain, délai de (voir au verso) :  48 h  72 h

Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explication (voir au verso) :  Oui  Non

Si prothèse présente, entretien de prothèse déjà effectué par le médecin :  Oui  Non

SIGNATURE : A et cachet obligatoire du professionnel de santé

VOLET 1 - Original à coller et à conserver dans la mairie du lieu de décès

**MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS - VOLET ADMINISTRATIF**

1- La date et l'heure du décès doivent être inscrites, même de manière approximative. En cas d'impossibilité à les indiquer, insérer la date et l'heure du constat de décès sur le volet administratif. En cas de décès médico-légal, ces indications seront renseignées par l'inspecteur médico-légal.

2- Obligation médico-légale : Cocher en cas de décès dans les conditions suspectes, violentes ou inconnues, notamment en cas de suspicion d'homicide à la vie d'autrui, accident, mort subite (hors MNI), éventuelle responsabilité d'un tiers englobée (notamment de la route, du travail), événements, corps non identifié (art. 74 du Code de procédure pénale, art. 81 du Code civil, R. 111-73 du Code de la santé publique). Le corps est alors à la disposition de la justice. Toutes les obligations inhérentes sont supérieures jusqu'à autorisation contraire par la justice judiciaire (art. 81 du Code civil, R. 21-3-17 et R. 21-3-2 à 3-4 du Code général des collectivités territoriales).

3- Recherche de la cause du décès : Cette investigation est effectuée à la demande du médecin ou du préfet, et le décès ne s'y est pas opposé de son vivant, sauf exception. Elle est interdite en cas d'obstacle médico-légal. Le frais sont à la charge de l'établissement de santé dans lequel il est procédé à la recherche.

**Peut être :**

- Effectuée dans le respect des règles de l'hygiène, dans le respect des dispositions relatives à l'hygiène et à la sécurité des personnes ou de l'environnement, et, en cas de décès, dans des lieux d'autorité agréés.
- En cas de mort de maladie de Crohn, de la tuberculose, de la maladie de transport de corps et mise en bière et port à 72 h pour rechercher la cause du décès.
- En cas de mort de maladie de Crohn, de la tuberculose, de la maladie de transport de corps et mise en bière et port à 72 h pour rechercher la cause du décès, elle est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence le plus proche (art. 225-34 et 35 du Code général des collectivités territoriales, art. L. 121-2, 4-494, L. 125-1 et 2 du Code de la santé publique, article "Mort de maladie de Crohn" de l'annexe III du Code de santé publique, article "Mort de maladie de Crohn" de l'annexe III du Code de santé publique).
- Présente en cas de confinement en cas de risque sanitaire.

4- Prothèse : En cas de présence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, devant faire l'objet d'une explication, au pré de la mort, si le médecin n'a pas établi (sur recto du certificat de décès, de sa description effective, d'un au transport sans d'être atteint la mise en bière) (art. R. 21-3-10 du Code général des collectivités territoriales).

5- Opérations funéraires imposées : à effectuer en cas d'obstacles funéraires.

Infections transmissibles ou état du corps	Obligations / Interdictions absolues		Interdictions absolues	
	Déclarer	Rechercher	Déclarer	Rechercher
Lésions contusionnelles, échelles, plaies, lésions, lésions hépatiques, lésions rénales et endocriniennes	Interdite	Interdite	OUI, imposée dans un cercueil hermétique et sa fermeture	Interdite
Lésions : rage, rabies, fièvre cérébrale (voir art 2 de l'arrêté 17 juillet 2017) ou lésions infectieuses transmissibles épidémiques (syndromes respiratoires aiguë, méningite...) après avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (art. 11-35)	Interdite	Interdite	OUI, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	Interdite
Lésions : maladie de Creutzfeldt-Jakob, touffure séreuse grave	Interdite	Interdite	non	autorisé dans un cercueil max. de 48 h
Lésions : infection à VIH - virus de l'Hépatite B ou C	autorisée	Interdite	non	obligé commode : délai max de 48 h

Le cas échéant, les obligations et interdictions sont applicables par le maire en cas d'urgence (R. 213-38 du Code) (R. 13 pour recherche de la cause de décès en cas de suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob (art. 213-31 et R. 213-31-1 du Code général des collectivités territoriales, et art. 21-3-1 du Code de la santé publique).

**VOLET MÉDICAL** À remplir et à clore par le professionnel de santé ayant constaté le décès - Remplissage confidentiel et anonyme

**INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT**

Commune de décès : Code postal : Date de décès :  date réelle OU  constatée Sexe :  masculin  féminin

Commune de domicile : Code postal : Date de naissance :  /  /

**CAUSES DU DÉCÈS**

**PARTIE I** Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès. Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...)

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

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** (cocher la case appropriée pour chaque point)

**LIEU DU DÉCÈS**  Établissement de santé public  Établissement de santé privé

BIPO, maison de retraite  Établissement pénitentiaire  Autre lieu ou indéterminé

Mort survenue à domicile  Autre lieu ou indéterminé

**MORT SUBITE** s'agit-il d'un décès brutal ou inattendu, de cause non subite ?

Oui  Non  Ne sait pas

**CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS**

Mort naturelle  Fait de guerre

Accident  Complications de soins médicaux, chirurgicaux

Suicide  Investigations en cours

Atteinte à la vie d'autrui  Indéterminées

**EN CAS DE MORT VIOLENTE** (accidentelle, suicidaire, criminel) Préciser le lieu de survenue de l'événement décelé :

Domicile  Lieu de sport  Voie publique

Commerce  Local industriel, chantier  Exploitation agricole

Établissement accueillant du public  Autre lieu ou indéterminé

**ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE** L'individu est-il intervenu lors d'une activité professionnelle ?

Oui  Non  Ne sait pas

**RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS** Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ?

Oui  Non  Recherche médicale  Oui, recherche médico-légale  Non

**SIGNATURE** Nom écrit et cachet obligatoire du professionnel de santé

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante : <https://ccr.cafcc.fr/taem2>



Liasse de 4 feuilles autocopiants

Tarifs HT :

par 25	par 50	par 100
0,90 €	0,80 €	0,60 €