

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 20 août 2026 relatif aux deux modèles du certificat de décès

NOR : SFHP2621243A

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,

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

Arrête :

Article 1^{er}

Il est institué à compter du 1^{er} janvier 2027 deux nouveaux modèles de certificat de décès. Le premier concerne les décès infantiles jusqu'à trois cent soixante-quatre jours de vie (mort-nés exclus). Le second concerne les décès à partir de trois cent soixante-cinq jours.

Article 2

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

Ces deux modèles sont disponibles :

1^o Sur support électronique :

- sur le site internet dédié de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale aux adresses suivantes :
- pour sa version web sur ordinateur fixe : <https://certdc.inserm.fr> ;
- pour sa version mobile sur smartphone : <https://certdc.inserm.fr/mobile> ;
- sur le site internet d'une personne morale de droit public ou privé ayant conclu une convention avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale l'y autorisant ;

2^o Sur support papier auprès des agences régionales de santé :

Dans ce cas, le volet administratif comprend 5 feuillets à destination :

- de la mairie du lieu de décès ;
- de la mairie du lieu de dépôt du corps en cas de transport du corps ;
- de la régie, l'entreprise ou l'association habilitée dans les conditions définies à l'article L. 2223-23, chargée de pourvoir aux funérailles ;
- du gestionnaire de la chambre funéraire ;
- du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Article 3

Le volet administratif est rempli conformément aux instructions qui figurent sur les versions web et mobile du site internet mentionné à l'article 2 du présent arrêté pour le support électronique et au verso des deux modèles de certificat de décès pour le support papier.

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

Article 4

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

Article 5

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

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

Article 6

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

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

Article 7

L'arrêté du 29 mai 2024 relatif aux modèles de certificat de décès est abrogé à compter du lendemain de la publication du présent arrêté.

Article 8

Le présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 août 2026.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

D. LEPELLETIER

ANNEXES**Annexes à l'arrêté relatif aux deux modèles du certificat de décès****Annexe 1**

Modèle de certificat de décès général quel que soit le support

Annexe 2

Modèle de certificat de décès infantile quel que soit le support

Annexe 3

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

Annexe 4

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

Annexe 5

Caractéristiques techniques du certificat de décès général sur support papier

Annexe 6

Caractéristiques techniques du certificat de décès infantile sur support papier

Annexe 7

Caractéristiques techniques des certificats de décès sur support électronique

ANNEXE 1

Modèle de certificat de décès général quel que soit le support – Volets 1 à 4

CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du XXXXX 2026

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

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

Je soussigné(e) _____ RPPS : _____ certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous est réel et constant

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h _____ (voir au verso 1)

À défaut (décès > 24h), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h _____ (voir au verso 2)

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL	INFORMATIONS FUNÉRAIRES <i>Cocher une case sur chaque ligne</i>
Commune de décès : _____	Obstacle médico-légal (voir au verso 4) : ☐ oui ☐ non
Code postal de la commune de décès : _____	<i>Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.</i>
☐ Personne non identifiée au moment du décès	Recherche de la cause de décès demandée ou demande en cours (voir au verso 5)
Date de naissance : _____ Sexe : ☐ M ☐ F ☐ I (voir au verso 3)	☐ oui, recherche médicale ☐ oui, recherche médico-légale ☐ non
Nom de naissance : _____	Si transport du corps nécessaire, délai de (voir au verso 5) : ☐ 48h ☐ 72h
Prénom(s) : _____	Obligation de mise en bière dans les plus brefs délais (voir au verso 6) :
Adresse du domicile (n° et nom de la voie) : _____	- dans un cercueil hermétique : ☐ oui ☐ non
Commune de domicile : _____	- dans un cercueil simple : ☐ oui ☐ non
Code postal de domicile : _____	Obligation de mise en bière avant transport du corps (voir au verso 6) : ☐ oui ☐ non
	Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 6) : ☐ oui ☐ non
	Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 6) : ☐ oui ☐ non
	Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explantation (voir au verso 7) : ☐ oui ☐ non
	Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : ☐ oui ☐ non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE	N° d'acte _____	N° d'ordre _____	Commune d'enregistrement _____	SIGNATURE DU PS Le : _____ À _____ Établissement _____
			Département _____	

Volet 1 à conserver par la mairie du lieu du décès

ANNEXE 1

Modèle de certificat de décès général quel que soit le support – Volet 5 à destination du CépiDc dans son intégralité

CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du XXXXX 2026

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

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

Je soussigné(e) _____ RPPS : _____ certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous est réel et constant

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h _____ (voir au verso 1)

À défaut (décès > 24h), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h _____ (voir au verso 2)

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL

Commune de décès : _____

Code postal de la commune de décès : _____

☐ Personne non identifiée au moment du décès

Date de naissance : _____ Sexe : ☐ M ☐ F ☐ I (voir au verso 3)

Commune de domicile : _____

Code postal de domicile : _____

INFORMATIONS FUNÉRAIRES Cocher une case sur chaque ligne

Obstacle médico-légal (voir au verso 4) : ☐ oui ☐ non

Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.

Recherche de la cause de décès demandée ou demande en cours (voir au verso 5)

☐ oui, recherche médicale ☐ oui, recherche médico-légale ☐ non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

N° d'acte : _____

N° d'ordre : _____

Commune d'enregistrement : _____

Département : _____

SIGNATURE DU PS Le : _____

À _____

Établissement : _____

Volet 5 - Ne pas détacher, à transmettre à l'ARS dans son intégralité et associé au bulletin 7.

VOLET MÉDICAL À remplir et à cacheter par le professionnel de santé ayant constaté le décès – Renseignements confidentiels

INFORMATIONS MÉDICALES

I. Maladie(s), traumatisme(s), intoxication(s), complication(s) ayant directement provoqué le décès

Évitez les expressions peu informatives comme syncope, arrêt cardiorespiratoire et les acronymes

Indiquez la maladie ou l'état ayant directement entraîné le décès sur la ligne a)

Indiquez l'enchaînement morbide dans l'ordre chronologique (le cas échéant)

Indiquez la cause initiale du décès sur la dernière ligne

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Estimation de l'intervalle entre le début du processus morbide et le décès

Nombre en... heures jours mois ans

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

Cocher la case correspondant à l'unité de temps

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES Cocher la case appropriée pour chaque question

1 Où le décès a-t-il eu lieu ?

☐ Au domicile (du défunt ou d'une tierce personne, hors EHPAD)

☐ Sur la voie publique

☐ Dans un EHPAD ou autre ESMS (voir au verso 8)

☐ Dans un établissement de santé : ☐ Public ☐ Privé

☐ Dans un autre lieu, précisez : _____

2 S'agit-il d'un décès non traumatique mais survenu de manière brutale et inattendue ?

Survenue brutale : en probablement moins d'une heure

Survenue inattendue : non liée à une maladie chronique ou en stade terminal

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

3 Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée au cours des 4 dernières semaines ?

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

→ Si oui, à quelle date ? _____

→ Si oui, quelle était l'indication de l'intervention ? _____

4 Au moment du décès, la femme décédée était-elle enceinte ?

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

5 La femme décédée a-t-elle été enceinte au cours de l'année précédant le décès ?

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

→ Si oui, date de fin de grossesse : _____

Si oui à la question 4 ou à la question 5

6 La grossesse a-t-elle contribué au décès ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

7 Une SPCJD (sédation profonde et continue jusqu'au décès) a-t-elle été mise en place avant le décès dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti ? (voir au verso 9)

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

8 Le décès est-il survenu sur le lieu de travail ou lors d'une activité professionnelle ?

Activité source de revenus (y compris au domicile), trajets domicile-travail, déplacements professionnels : ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

→ Si oui, précisez le type de lieu (bureau, usine, chantier, etc.) : _____

9 D'après les éléments en votre possession, quelle est la cause apparente du décès ? (voir au verso 10)

☐ Maladie / Mort naturelle → Fin du certificat, aller à la signature

☐ Aide à mourir (voir au verso 11) → Fin du certificat, aller à la signature

☐ Cause externe → Aller aux questions 10 à 12

☐ Inconnue, je ne sais pas → Fin du certificat, aller à la signature

10 Quelle est la cause externe à l'origine du décès ?

☐ Accident ☐ Suicide ☐ Faits de guerre

☐ Atteinte volontaire à autrui ☐ Intervention légale ☐ Cause externe indéterminée

Autre, précisez : _____

11 Où est survenu l'événement déclencheur de la cause externe ?

☐ Au domicile (du défunt ou d'une tierce personne, hors EHPAD)

☐ Dans un établissement de santé, un EHPAD ou autre ESMS

☐ Dans un lieu de sport ☐ Sur la voie publique

☐ Dans un établissement accueillant du public ☐ Dans un commerce

☐ Dans une exploitation agricole ☐ Dans un local industriel, un chantier

☐ Dans un autre lieu, précisez : _____

☐ Je ne sais pas

12 Quand a eu lieu l'événement déclencheur de la cause externe ? _____

13 Pouvez-vous décrire l'événement déclencheur ? (En cas d'intoxication précisez la substance ; précisez s'il s'agit d'un accident de trafic routier) : _____

Signature du PS : _____

Cachet ou à défaut n° RPPS : _____

Le volet médical n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (article L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales) – À cacheter avant transmission

ANNEXE 1

Modèle de certificat de décès général quel que soit le support - Volet 5 à destination du CépiDc dans son intégralité

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS

1. La date et l'heure (réelle ou estimée) de la mort doivent être inscrite, même de manière approximative. Seule cette information doit être renseignée pour les décès survenant en établissements de santé (ES) ainsi qu'en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) au sein desquels les directeurs en donnent avis, par tous moyens, dans les 24 heures suivant le décès, à l'officier de l'état civil (article 80 du Code civil).
2. La date et heure du constat de décès sont réservées au cas spécifique de la découverte de corps (article 87 du Code civil), qui par hypothèse concerne les cas dans lesquels il est impossible de déterminer la date et l'heure de décès, ce qui suppose que le décès ait eu lieu à minima plus de 24h avant la découverte du corps. À ne pas utiliser pour les décès en ES et ESMS.
3. La case I « Indéterminé » fait référence à l'impossibilité de déterminer le sexe au moment de la rédaction du certificat et ne doit pas être entendu comme se rapportant à la mention du sexe sur les actes de l'état civil du défunt.
4. Obstacle médico-légal : à cocher en cas de décès dans des conditions suspectes, violentes ou inconnues, notamment en cas de suspicion d'atteinte à la vie d'autrui, suicide, mort subite (hors MIN), éventuelle responsabilité d'un tiers engagée (accident de la route, du travail...), overdose, corps non identifié (art. 74 du Code de procédure pénale, art. 81 du Code civil, R.1112-73 du Code de santé publique). Le corps est alors à la disposition de la justice. **Toutes les opérations funéraires sont suspendues** jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire (art. 81 du Code civil, R. 2213-17 et R. 2213-2-2 à 34 du Code général des collectivités territoriales) et **il ne faut répondre à aucune question concernant les opérations funéraires**.
5. Recherche de la cause du décès : cette investigation est effectuée à la demande du médecin ou du préfet, si le défunt ne s'y est pas opposé de son vivant, sauf exception. Elle est interdite en cas d'obstacle médico-légal et est notamment réalisée en cas d'infection transmissible.
Par ailleurs elle est réalisée, notamment en cas d'infection transmissible, et :
- En cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob suspectée, le délai de transport du corps avant mise en bière est porté à 72 h pour rechercher la cause de décès
- En cas de mort inattendue du nourrisson (MIN) jusqu'à 2 ans, elle est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence le plus proche (art. R. 2213-14 et -19 du Code général des collectivités territoriales, art. L.1211-2, -4 et -8, L. 1232-1 et -2 du Code de la santé publique, arrêté « listes des infections transmissibles », art. R. 4421-1 du Code du travail, arrêté « mesures techniques de prévention et de confinement » en cas de risque sanitaire)
6. Opérations funéraires imposées / interdites en cas d'infections transmissibles

Infections transmissibles ou état du corps ▼	► Obligations / interdictions associées (en cas d'OML, toutes les opérations funéraires sont suspendues)				
	Soins de conservation (a)	Don du corps (b)	Mise en bière obligatoire et spécifique (c)	Délais de mise en bière	Transport avant mise en bière
Liste A : orthopoxviroses ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil hermétique et sa fermeture	* dans les plus brefs délais (décès au domicile)	interdit
Liste B : rage ; tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté du 12 juillet 2017 modifié) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la santé publique (http://www.hcsp.fr)	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	* avant la sortie de l'établissement (décès en hôpital ou clinique)	interdit
Liste C : maladie de Creutzfeldt-Jakob ; tout état infectieux grave	interdits	interdit	non	Règle commune : délais non spécifiques	autorisé dans un délai max. de 48 h (d)
Liste E : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	autorisés	interdit	non		autorisé dans un délai max. de 48 h

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

7. Prothèse : en cas de présence identifiée d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explantation sur le défunt, si le médecin n'a pas attesté (au recto du certificat de décès) de sa récupération effective, c'est au thanatopracteur d'en attester avant la mise en bière (art. R. 2213-15 du CGCT).
8. ESMS = Établissement ou service médico-social, tels que : EHPAD, maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs,
9. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCJD) : à cocher en cas de mise en œuvre, avant le décès, d'une sédation dans les conditions prévues à l'article L.1110-5-2 du Code de la santé publique.
10. Cause apparente du décès : cette question permet de préciser le contexte dans lequel est survenu le décès et notamment de distinguer les décès dus à une cause naturelle de ceux provoqués par une cause externe (accident, suicide, atteinte volontaire à la vie d'autrui, ...). Parmi les causes externes à l'origine du décès, la modalité « intervention légale » doit être utilisée pour un décès survenu dans un contexte évocateur d'une intervention des forces de l'ordre ; la modalité « cause externe indéterminée » doit être réservée aux cas où la cause externe à l'origine du décès n'est pas identifiable. Ces questions doivent être renseignées avec la plus grande précision, en s'appuyant sur les éléments connus au moment de la rédaction du certificat.
11. Aide à mourir : à cocher en cas d'administration d'une substance létale dans les conditions prévues à l'article L.1111-12-7 du Code de la santé publique.

Il est à joindre au bulletin d'état civil correspondant (bulletin 7 de décès), au moment de l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé
Ne pas détacher du volet administratif

Volet médical confidentiel

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès infantile quel que soit le support _ Volets 1 à 4

Le certificat peut être utilisé électroniquement à l'adresse suivante : <https://certificat.inserm.fr>

CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à la norme de la XXXX 2026

À remplir pour les décès intervenus entre J0 et J364 si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée OU pesait au moins 500 grammes à la naissance

VOLET ADMINISTRATIF

À remplir par le professionnel de santé (PS) ayant constaté le décès

Je soussigné(e) RPPS : certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous est réel et constant.

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : à h (voir au verso 1)

À défaut (décès > 24h), date et heure du constat de décès : à h (voir au verso 2)

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL

Commune de décès :

Code postal de la commune de décès :

☐ Personne non identifiée au moment du décès

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F ☐ I (voir au verso 3)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Adresse du domicile (n° et nom de la voie) :

Commune de domicile :

Code postal de domicile :

**RÉSERVÉ
À LA MAIRIE**

N° d'acte

.....

N° d'ordre

.....

Commune d'enregistrement

.....

Département

INFORMATIONS FUNÉRAIRES Cocher une case sur chaque ligne

Obstacle médico-légal (voir au verso 4) : ☐ oui ☐ non
Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.

Recherche de la cause de décès demandée ou demande en cours (voir au verso 5)

☐ oui, recherche médicale ☐ oui, recherche médico-légale ☐ non
Si transport du corps nécessaire, délai de (voir au verso 5) : ☐ 48h ☐ 72h

Obligation de mise en bière dans les plus brefs délais (voir au verso 6) :

- dans un cercueil hermétique : ☐ oui ☐ non
- dans un cercueil simple : ☐ oui ☐ non

Obligation de mise en bière avant transport du corps (voir au verso 6) : ☐ oui ☐ non

Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 6) : ☐ oui ☐ non

Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 6) : ☐ oui ☐ non

Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explantation (voir au verso 7) : ☐ oui ☐ non

Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : ☐ oui ☐ non

SIGNATURE DU PS Le :

À

Établissement

Ref. 503 602 - Berger-Levrault (2701)

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès infantile quel que soit le support _ Volet 5 à destination du CépiDc dans son intégralité

CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE conforme à l'arrêté du XXXXX 2026

Le certificat peut être saisi électroniquement à l'adresse suivante : <https://cerdis.basem.fr>

À remplir pour les décès intervenus entre J0 et J364 si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée OU pesait au moins 500 grammes à la naissance

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

Je soussigné(e) _____ RPPS : _____ certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous est réel et constant.

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h _____ (voir au verso 1)

À défaut (décès > 24h), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h _____ (voir au verso 2)

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL

Commune de décès : _____

Code postal de la commune de décès : _____

☐ Personne non identifiée au moment du décès

Date de naissance : _____ Sexe : ☐ M ☐ F ☐ I (voir au verso 3)

Commune de domicile : _____

Code postal de domicile : _____

INFORMATIONS FUNÉRAIRES Cocher une case sur chaque ligne

Obstacle médico-légal (voir au verso 4) : ☐ oui ☐ non

Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.

Recherche de la cause de décès demandée ou demandée en cours (voir au verso 5)

☐ oui, recherche médicale ☐ oui, recherche médico-légale ☐ non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

N° d'acte : _____

N° d'ordre : _____

Commune d'enregistrement : _____

Département : _____

SIGNATURE DU PS Le : _____

A _____

Etablissement : _____

Volet 5 - Ne pas détacher, à transmettre à l'ARS dans son intégralité et associé au bulletin 7.

BAT 503 002 - Borge-Leonetti (2701)

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

INFORMATIONS MÉDICALES

I. Maladie(s), traumatisme(s), intoxication(s), complication(s) ayant directement provoqué le décès

Évitez les expressions peu informatives comme syncope, arrêt cardiorespiratoire et les acronymes

Indiquez la maladie ou l'état ayant directement entraîné le décès sur la ligne a)

Indiquez l'enchaînement morbide dans l'ordre chronologique (le cas échéant)

Indiquez la cause initiale du décès sur la dernière ligne

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Estimation de l'intervalle entre le début du processus morbide et le décès

Nombre en... heures jours mois ans

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

Cochez la case correspondante à l'unité de temps

II. Autres états morbides, causes obstétricales, causes maternelles ou états physiologiques ayant contribué au décès, mais non mentionnés en I

INFORMATIONS RELATIVES À LA NAISSANCE ET À L'ACCOUCHEMENT

Heure de naissance : _____ h _____

Poids de naissance en grammes : _____

Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée : _____

Lieu d'accouchement : ☐ Maison de naissance ☐ Domicile ☐ Établissement de santé ☐ Autre

Naissance : ☐ Unique ☐ Gémellaire ☐ Triple ☐ Quadruple ☐ Quintuple ou plus

Présentation : ☐ Sommet ☐ Siège ☐ Autre céphalique ☐ Autre

Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance* : ☐ Oui ☐ Non

Début du travail : ☐ Spontané ☐ Déclenché ☐ Césarienne avant travail

Mode d'accouchement* : ☐ Voie basse non instrumentale ☐ Extraction instrumentale par voie basse ☐ Césarienne

Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple : _____

Aggr à 1 minute : _____

Aggr à 5 minutes : _____

INFORMATIONS RELATIVES À LA MÈRE

Année de naissance : _____

Nombre total de grossesses, y compris grossesse pour cet enfant : _____

Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant* : _____

La mère vit-elle en couple ? ☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point - *Lire les instructions de remplissage en annexe)

❶ Où le décès a-t-il eu lieu ? ☐ Au domicile (du défunt ou d'une tierce personne) ☐ Dans une maison de naissance ☐ Sur la voie publique ☐ Dans un établissement de santé : ☐ Public ☐ Privé ☐ Dans un autre lieu, précisez : _____

❷ S'agit-il d'un décès brutal et inattendu (mort inattendue du nourrisson)* ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

❸ Une SPCJD (sédation profonde et continue jusqu'au décès) a-t-elle été mise en place avant le décès dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti (voir au verso 8) ? ☐ Oui ☐ Non

❹ D'après les éléments en votre possession, quelle est la cause apparente du décès* ? ☐ Maladie / Mort naturelle → Fin du certificat, aller à la signature ☐ Cause externe → Aller à la question ❺ ☐ Inconnue, je ne sais pas → Fin du certificat, aller à la signature

❺ Quelle est la cause externe à l'origine du décès ? ☐ Accident ☐ Atteinte volontaire à la vie de l'enfant ☐ Faits de guerre ☐ Intervention légale ☐ Cause externe indéterminée ☐ Autre, précisez : _____

Signature du PS : _____

Cachet ou à défaut n° RPPS : _____

Le volet médical n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (article L.2223-42 du Code général des collectivités territoriales) - À cacheter avant transmission

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès infantile quel que soit le support _ Volet 5 à destination du Cépide dans son intégralité

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE

1. La date et l'heure (réelle ou estimée) de la mort doivent être inscrites, même de manière approximative. Seule cette information doit être renseignée pour les décès survenant en établissements de santé (ES) ainsi qu'en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) au sein desquels les directeurs en donnent avis, par tous moyens, dans les 24 heures suivant le décès, à l'officier de l'état civil (article 80 du Code civil).
2. La date et l'heure du constat de décès sont réservées au cas spécifique de la découverte de corps (article 87 du Code civil), qui par hypothèse concerne les cas dans lesquels il est impossible de déterminer la date et l'heure de décès, ce qui suppose que le décès ait eu lieu à minima plus de 24h avant la découverte du corps. A ne pas utiliser pour les décès en ES et ESMS.
3. La case I « Indéterminé » fait référence à l'impossibilité de déterminer le sexe au moment de la rédaction du certificat et ne doit pas être entendue comme se rapportant à la mention du sexe sur les actes de l'état civil du défunt.
4. Obstacle médico-légal : à cocher en cas de décès dans des conditions suspectes, violentes ou inconnues, notamment en cas de suspicion d'atteinte à la vie de l'enfant, d'éventuelle responsabilité d'un tiers engagée (lors d'accident par exemple...), d'un corps non identifié (art. 74 du Code de procédure pénale, art. 81 du Code civil, R.1112-73 du Code de santé publique). Le corps est alors à la disposition de la justice. **Toutes les opérations funéraires sont suspendues** jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire (art. 81 du Code civil, R. 2213-17 et R. 2213-2-2 à -34 du Code général des collectivités territoriales) et **il ne faut répondre à aucune question concernant les opérations funéraires**.
5. Recherche de la cause du décès : cette investigation est effectuée à la demande du médecin ou du préfet, avec le consentement des parents ou tuteurs, sauf exception. Elle est interdite en cas d'obstacle médico-légal et est notamment réalisée en cas d'infection transmissible. Par ailleurs elle est réalisée, notamment en cas d'infection transmissible, et :
 - En cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob suspectée, le délai de transport du corps avant mise en bière est porté à 72 h pour rechercher la cause de décès
 - En cas de mort inattendue du nourrisson (MIN) jusqu'à 2 ans, elle est recommandée par la HAS, avec transfert au centre de référence le plus proche (art. R. 2213-14 et -19 du Code général des collectivités territoriales, art. L.1211-2, -4 et -8, L. 1232-1 et -2 du Code de la santé publique, arrêté « listes des infections transmissibles », art. R. 4421-1 du Code du travail, arrêté « mesures techniques de prévention et de confinement » en cas de risque sanitaire)

6. Opérations funéraires imposées / interdites en cas d'infections transmissibles

Infections transmissibles ou état du corps ▼	► Obligations / interdictions associées (en cas d'OMI, toutes les opérations funéraires sont suspendues)				
	Soins de conservation (a)	Don du corps (b)	Mise en bière obligatoire et spécifique (c)	Délais de mise en bière	Transport avant mise en bière
Liste A : orthopoxviroses ; choléra ; peste ; charbon ; fièvres hémorragiques virales graves et contagieuses	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil hermétique et sa fermeture	* dans les plus brefs délais (débats au domicile)	interdit
Liste B : rage ; tuberculose active (voir article 2 de l'arrêté du 12 juillet 2017 modifié) ou toute maladie infectieuse transmissible émergente (syndrome respiratoire aigu sévère...) après avis du Haut Conseil de la santé publique (http://www.hcsp.fr)	interdits	interdit	oui, imposée dans un cercueil simple et sa fermeture	* avant la sortie de l'établissement (débats en hôpital ou clinique)	interdit
Liste C : maladie de Creutzfeldt-Jakob ; tout état infectieux grave	interdits	interdit	non	Règle commune : délais non spécifiques	autorisé dans un délai max. de 48 h (d)
Liste E : infection à VIH ; virus de l'hépatite B ou C	autorisés	interdit	non		autorisé dans un délai max. de 48 h

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

7. Prothèse : En cas de présence identifiée d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile devant faire l'objet d'une explantation sur le défunt, si le médecin n'a pas attesté (au recto du certificat de décès) de sa récupération effective, c'est au thanatopracteur d'en attester avant la mise en bière (art. R. 2213-15 du CGCT)
8. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCJD) : à cocher en cas de mise en œuvre, avant le décès, d'une sédation dans les conditions prévues à l'article L.1110-5-2 du Code de la santé publique.

Volet médical confidentiel

Ne pas détacher du volet administratif

Le certificat de décès est à conserver dans son intégralité (ne pas détacher le volet médical du volet administratif).
Il est à joindre au bulletin d'état civil correspondant (bulletin 7 de décès), au moment de l'envoi au médecin de l'Agence régionale de santé.

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

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès infantile quel que soit le support _ Guide de remplissage

GUIDE D'UTILISATION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS INFANTILE

Ce certificat est à remplir pour tous les décès d'enfants nés vivants et viables, et décédés entre la naissance et 364 jours révolus. La viabilité est définie par un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou un poids de naissance d'au moins 500 grammes, et ne tient pas compte de l'existence ou non de malformations.

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

Le certificat de décès comporte deux volets :

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

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

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE VOLET MÉDICAL

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

INFORMATIONS RELATIVES À L'ENFANT, À L'ACCOUCHEMENT ET AUX PARENTS

● Informations anonymes relatives à l'enfant

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

● Informations anonymes relatives à l'accouchement

- **Mode d'accouchement** : on entend par « extraction instrumentale par voie basse », l'utilisation de forceps, de ventouse ou de spatules. Les manœuvres comme l'extraction du siège non instrumentale sont à coder « voie basse non instrumentale ».
- **Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance** : hospitalisation avant le retour à domicile, dans un service de néonatalogie, pédiatrie, chirurgie ou réanimation, dans les heures ou les jours qui ont suivi la naissance (y compris à la maternité).

● Informations anonymes relatives à la mère

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

CAUSES DU DÉCÈS

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

PARTIE I :

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

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

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

ANNEXE 2

Modèle de certificat de décès infantile quel que soit le support _ Guide de remplissage

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

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

PARTIE II :

Dans cette partie, les causes à indiquer correspondent à des comorbidités, facteurs de risques, état physiologiques, pathologies liées à la grossesse, à l'accouchement ou à la mère ayant contribué au décès mais non impliqués directement dans l'enchaînement des événements décrits en partie I. Des causes fœtales ou obstétricales peuvent être mentionnées dans cette partie si elles n'ont pas été mentionnées dans la précédente.

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

Exemples

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

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

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

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

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

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

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

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

– **Cause apparente du décès** : cette question permet de préciser le contexte dans lequel est survenu le décès et notamment de distinguer les décès dus à une cause naturelle de ceux provoqués par une cause externe (accident, atteinte volontaire à la vie de l'enfant, ...). Parmi les causes externes à l'origine du décès, la modalité « intervention légale » doit être utilisée pour un décès survenu dans un contexte évocateur d'une intervention des forces de l'ordre ; la modalité « cause externe indéterminée » doit être réservée aux cas où la cause externe à l'origine du décès n'est pas identifiable. Ces questions doivent être renseignées avec la plus grande précision, en s'appuyant sur les éléments connus au moment de la rédaction du certificat.

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

Le volet médical n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (article L.2223-42 du Code général des collectivités territoriales) – A cacheter avant transmission

ANNEXE 4

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

A remplir pour les **décès infantiles entre la naissance et 364 jours révolus**
si l'enfant avait un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée OU pesait au moins 500 grammes à la naissance

VOLET MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE suite à la recherche des causes du DÉCÈS INFANTILE

A remplir par le médecin ayant effectué la recherche (médicale ou médico-légale) - Renseignements confidentiels et anonymes

Informations relatives au défunt

Commune de décès :	Code postal : -----	Date du décès (☐ date réelle ☐ Constatée) -- / -- / ----	Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Indéterminé
Commune de domicile :	Code postal : -----	Date de naissance : -- / -- / ----	

INFORMATIONS MÉDICALES

I. Maladie(s), traumatisme(s), intoxication (s), complication(s) ayant directement provoqué le décès

Évitez les expressions peu informatives comme syncope, arrêt cardiorespiratoire et les acronymes

Indiquez la maladie ou l'état ayant directement entraîné le décès sur la ligne a)

Indiquez l'enchaînement morbide dans l'ordre chronologique (le cas échéant)

Indiquez la cause initiale du décès sur la dernière ligne

- a).....
b).....
c).....
d).....

Estimation de l'intervalle entre le début du processus morbide et le décès

Nombre en....

heures	jours	mois	ans

Cocher la case correspondant à l'unité de temps

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

INFORMATIONS RELATIVES À LA NAISSANCE ET À L'ACCOUCHEMENT

Heure de naissance : h	Début du travail : ☐ Spontané ☐ Déclenché ☐ Césarienne avant travail
Poids de naissance en grammes :	Mode d'accouchement* : ☐ Voie basse non instrumentale ☐ Extraction instrumentale par voie basse ☐ Césarienne
Âge gestationnel en semaines révolues d'aménorrhée :	Numéro d'ordre de l'enfant si grossesse multiple :
Lieu d'accouchement : ☐ Maison de naissance ☐ Domicile ☐ Établissement de santé ☐ Autre	Présentation : ☐ Sommet ☐ Siège ☐ Autre céphalique ☐ Autre
Naissance : ☐ unique ☐ jumeau ☐ triple ☐ quadruplé ☐ quintuplé ou plus	Apgar à 1 minute :
Hospitalisation dans les suites immédiates de la naissance* : ☐ oui ☐ non	Apgar à 5 minutes :

INFORMATIONS RELATIVES À LA MÈRE

Année de naissance :
Nombre total de grossesses, y compris grossesse pour cet enfant :
Nombre total d'accouchements, y compris accouchement pour cet enfant*
La mère vit-elle en couple ? ☐ oui ☐ non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (Cocher la case appropriée pour chaque point - *Lire les instructions de remplissage en annexe)

1 Où le décès a-t-il eu lieu ? ☐ Au domicile (du défunt ou d'une tierce personne) ☐ Dans une maison de naissance ☐ Sur la voie publique ☐ Dans un établissement de santé : ☐ Public ☐ Privé ☐ Dans un autre lieu, précisez :	2 Quelle est la cause externe à l'origine du décès ? ☐ Accident ☐ Atteinte volontaire à la vie de l'enfant ☐ Faits de guerre ☐ Intervention légitime ☐ Cause externe indéterminée ☐ Autre, précisez :
3 S'agit-il d'un décès brutal et inattendu (mort inattendue du nourrisson)* ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas	Signature du PS
4 Une SPCJD (sédation profonde et continue jusqu'au décès) a-t-elle été mise en place avant le décès dans le cadre de la loi Claeys-Leonetti (voir au verso §) ? ☐ Oui ☐ Non	Cachet ou à défaut n° RPPS
5 D'après les éléments en votre possession, quelle est la cause apparente du décès* ? ☐ Maladie / Mort naturelle → Fin du certificat, aller à la signature ☐ Cause externe → Aller à la question 2 ☐ Inconnue, je ne sais pas → Fin du certificat, aller à la signature	

Le volet médical n'est destiné qu'aux personnes autorisées pour des motifs de santé publique (article L.2223-42 du code général des collectivités territoriales) - A cacheter avant transmission

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

Format : 21,5 x 29,7 cm

Présentation générale :

- Premier feuillet, CB blanc 56 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Deuxième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Troisième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Quatrième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Cinquième feuillet, CF blanc 95 grammes, format 21,5 x 29,7 cm de haut

L'assemblage des cinq est réalisé par collage talon en-tête

Impression recto des premier, deuxième, troisième et quatrième feuillet : une couleur

Impression recto-verso du cinquième : une couleur recto-verso pour la partie supérieure « Volet administratif », deux couleurs recto pour la partie inférieure (cadre réservé à la mairie, cadre signature du PS et « carte-lettre »), une couleur verso en à plat 100%, couleur bleu pantone 289 U, gommage du bord de la "carte lettre.

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

Contraintes techniques :

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

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

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

Au niveau du cinquième feuillet : Marques à l'encre bleu 289, carrés en aplat (trait plein 4 mm x 4 mm) dans la marge supérieure gauche du recto et inférieure droite du recto.

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

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

Dimensions minimales pré-casage (cases à remplir type code postal) : 2,5 mm x 3,2 mm

Dimensions minimales cases à cocher : 2,4 mm x 2,4 mm

Typographie :

Titres de volet en gras et majuscules

Titres de parties en majuscules

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

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

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

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

Présentation générale :

- Premier feuillet, CB blanc 56 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Deuxième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Troisième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Quatrième feuillet, CFB blanc 53 grammes, format 21,5 x 11,7 cm de haut.
- Cinquième feuillet, CF blanc 95 grammes, format 21,5 x 29,7 cm de haut.

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

Impression recto des premier, deuxième, troisième et quatrième feuillet : une couleur
Impression recto-verso du cinquième : une couleur recto-verso pour la partie supérieure « Volet administratif », deux couleurs recto pour la partie inférieure (cadre réservé à la mairie, cadre signature du PS et « carte-lettre »), une couleur verso en à plat 100%, couleur pantone 343 U, gommage du bord de la "carte lettre".

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

Contraintes techniques :

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

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

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

Au niveau du cinquième feuillet : Marques à l'encre pantone 343 U, carrés en aplat (trait plein 4 mm x 4 mm) dans la marge supérieure gauche du recto et inférieure droite du recto.

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

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

Dimensions minimales pré-casage (cases à remplir type code postal) : 2,5 mm x 3,2 mm

Dimensions minimales cases à cocher : 2,4 mm x 2,4 mm

Typographie :

Titres de volet en gras et majuscules

Titres de parties en majuscules

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

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

ANNEXE 7**Caractéristiques techniques du certificat de décès sur support électronique****Caractéristiques techniques des certificats de décès sur support électronique**

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

Format pour l'impression du volet administratif : similaire au format du volet administratif du certificat papier, impression du fichier au format PDF généré par CertDc

Le volet médical et le volet médical complémentaire ne peuvent pas faire l'objet d'une impression papier.

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

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

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

Contraintes techniques des formulaires :

Les formulaires font l'objet de contrôles de champ :

- Caractère obligatoire ou facultatif du champ signalé,
- Vérification de l'adéquation des données renseignées au type défini du champ,
- Contrôle de cohérence entre plusieurs champs,

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

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

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

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

Spécificités pour l'application mobile CertDc :

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

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

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

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

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

ANNEXE 7**Caractéristiques techniques du certificat de décès sur support électronique**

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

Spécificités pour le volet médical complémentaire suite à recherche de la cause du décès :
Les formulaires respectent la disposition et la présentation des modèles prévus dans le présent arrêté. Un code couleur distinct le différencie du volet administratif et du volet médical.

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

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

Contraintes typographie pour tous les certificats dématérialisés :

Police écran sans empattements

Titres de volet en gras et majuscules

Titres de parties en majuscules

Tout le texte des questions à renseigner en caractères droits.

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