

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE EN MILIEU PRÉHOSPITALIER

**Document de support
au
technicien ambulancier paramédic**

**Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Version 2.1
Novembre 2011**

TABLE DES MATIÈRES

Préface	3
Introduction	4
1.0 Le constat de décès hors établissement - Les problèmes	5
1.1 Services préhospitaliers	5
1.2 Services policiers	6
1.3 Bureau du coroner	7
2.0 Aspects légaux pertinents et définitions.....	10
2.1 Code civil du Québec	10
2.2 Le Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents	11
2.3 Loi sur la santé publique	11
2.4 Définitions.....	12
3.0 Le projet de constat de décès à distance en préhospitalier.....	14
3.1 Généralités.....	14
3.2 Objectifs	15
3.3 Déroulement de l'intervention	15
3.4 Protocoles.....	17
3.4.1 Protocole du technicien ambulancier paramédic.....	18
3.4.2 Algorithme décisionnel.....	19
3.4.3 Protocole global.....	20
4.0 Décès, deuil et communication	22
4.1 L'annonce du décès	22
4.2 Deuil.....	23
4.3 L'approche	25
5.0 L'examen physique du corps	27
5.1 Lividités et rigidité - rappel	27
5.2 Signes de traumatisme.....	28
Annexe 1 Formulaire SP3	29
Annexe 2 Formulaire SPU.....	32
Annexe 3 Formulaire de constat de décès à distance (coroner)	36
Conclusion	38
Références	39

PRÉFACE

Le présent document vise à servir de document de référence au technicien ambulancier paramédic qui participe à l'intervention auprès d'une personne inanimée, et qui collabore à un constat de décès à distance.

L'instauration de ce protocole d'intervention fait suite à l'expérience acquise dans la région de la Chaudière-Appalaches avec le projet pilote «Constat de décès à distance en milieu préhospitalier». La réussite de ce projet permet d'étendre son application ailleurs au Québec, et ainsi faciliter le travail de tous les intervenants dans les situations de décès préhospitaliers, policiers, coroners et techniciens ambulanciers paramédics.

Prenez note que la lecture de la section 2.0 est facultative; l'information présentée y a été insérée que pour référence.

Nous tenons à remercier tout spécialement les personnes suivantes pour leur collaboration, expertise et commentaires judicieux :

- **Dr Lyne Chouinard, adjointe au coroner en chef.**
- **M. Luc Jolicoeur, conseiller aux opérations ambulancières, Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence, MSSS.**
- **D^r Claude Ménard, adjoint à la Direction générale et au secrétaire, Collège des médecins du Québec.**
- **M^e Linda Bélanger, Directrice adjointe, Direction des affaires juridiques, Collège des médecins du Québec.**

Merci de votre collaboration et bonne lecture,

Colette D. Lachaine, mdc
Directrice médicale nationale

Alain Tanguay, M.D., M.Sc,
directeur médical de l'UCCSPU, CSSS Alphonse-Desjardins, CHAU de Lévis

INTRODUCTION

Depuis le début des années 90, les responsables des services préhospitaliers d'urgence (SPU), du Bureau du coroner, des services de sécurité publique et le Collège des médecins du Québec sont à la recherche de modes de fonctionnement plus harmonieux lors d'interventions préhospitalières où un ou plusieurs individus sont retrouvés sans signe de vie.

Durant les vingt dernières années, de nombreuses rencontres, tant régionales que provinciales, ont été tenues entre les divers représentants de ces services et organismes. À la suite de ces travaux, de nouvelles procédures ont été instaurées et ont permis de clarifier le rôle de chacun et faciliter les interventions.

Mais le problème fondamental du constat de décès en lui-même n'a cependant jamais été résolu. Des problèmes importants surgissent encore de façon répétée lors de ce type d'interventions. À ce jour, une personne inanimée qui ne requiert pas de manœuvres de réanimation doit être transportée vers un établissement du réseau de la santé pour la réalisation du constat de décès. Les situations de mort évidente font exception, à la condition que les policiers présents acceptent de dresser le constat de décès.

Durant cette période, lors de situations où la personne est trouvée sans vie, les protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers paramédics, ont grandement évolué. Au début des années 90, la seule intervention prescrite dans de tels cas était la réanimation cardiorespiratoire (RCR). Celle-ci était appliquée dans tous les cas, et ce, quasi sans discrimination.

Depuis, les services préhospitaliers d'urgence, avec l'appui du Collège des médecins du Québec, se sont dotés de protocoles et procédures qui permettent les gestes suivants :

- La défibrillation.
- L'intubation par Combitube®.
- La non-initiation des manœuvres de réanimation.
- L'arrêt de manœuvres de réanimation dans certaines situations bien identifiées.

Avec l'implantation de ces protocoles, les services préhospitaliers d'urgence ont aussi mis sur pied un système de suivi et d'amélioration de la qualité (AQ) de ces interventions, lequel a permis d'en apprécier la qualité et de modifier, au besoin, le mode d'intervention. Le fruit de cette expérience nous permet aujourd'hui de considérer une nouvelle approche aux problèmes soulevés par l'intervention préhospitalière auprès d'une personne démontrant des signes de mort irréversible, celle du constat de décès à distance.

1.0 LE CONSTAT DE DÉCÈS HORS ÉTABLISSEMENT LES PROBLÈMES

Les problèmes vécus par les différents services lors des interventions préhospitalières où une personne est trouvée sans signe de vie sont nombreux. Les missions et les objectifs des trois services les plus souvent impliqués (préhospitaliers d'urgence, policiers et Bureau du coroner) sont en théorie complémentaires. En pratique, ces services entrent souvent en conflit.

Certains éléments clés doivent toutefois être entendus avant d'aller plus loin dans l'analyse des problèmes identifiés.

1. Le décès doit être constaté par un médecin, sauf lors d'une mort évidente.
2. La disponibilité médicale pour assurer la pratique de cet acte, en préhospitalier, est pratiquement nulle à l'exclusion du territoire desservi par la Corporation d'urgences-santé de Montréal.
3. À défaut de la présence d'un médecin pour constater le décès, le corps doit être transporté dans un centre hospitalier pour faire constater le décès et en dresser le constat afin qu'une maison funéraire ou une morgue puisse prendre charge de la dépouille.

Afin de clarifier l'ensemble du tableau, il convient de présenter succinctement les missions et objectifs des trois services impliqués et les impacts encourus par chacun d'entre eux lorsque le constat de décès ne peut être effectué sur place.

1.1 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

La mission principale des services préhospitaliers d'urgence au Québec est énoncée à la Loi sur les services préhospitaliers (L.R.Q., chapitre S-6.2), au chapitre I :

« 1. La présente loi vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse. »

Lors d'une intervention où une personne est trouvée sans vie, la priorité des services préhospitaliers est d'avoir accès à cette personne, d'apprécier sa condition clinique pour ensuite lui offrir les soins qui pourraient potentiellement lui sauver la vie. Il a été établi sans équivoque que les interventions ayant le potentiel de sauver la vie d'une personne présentant

un arrêt cardiorespiratoire doivent être débutées le plus rapidement possible, soit à l'intérieur de quelques minutes, afin d'augmenter les chances de succès. Après un certain délai, l'expérience objective des services préhospitaliers d'urgence (SPU) québécois a démontré qu'il devient futile de poursuivre toute manœuvre ayant pour but la réanimation d'une personne trouvée sans vie.

1.2 SERVICES POLICIERS

La mission des services policiers est décrite au titre II, chapitre I, section I, article 48 de la Loi de police (L.R.Q., chapitre P-13.1).

« 48. Les corps de police, ainsi que chacun de leurs membres, ont pour mission de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique, de prévenir et de réprimer le crime et, selon leur compétence respective énoncée aux articles 50 et 69, les infractions aux lois ou aux règlements pris par les autorités municipales, et d'en rechercher les auteurs. »

Mission.

Pour la réalisation de cette mission, ils assurent la sécurité des personnes et des biens, sauvegardent les droits et les libertés, respectent les victimes et sont attentifs à leurs besoins, coopèrent avec la communauté dans le respect du pluralisme culturel. Dans leur composition, les corps de police favorisent une représentativité adéquate du milieu qu'ils desservent. »

Les services policiers ont un double mandat dans ce type de situation : assurer la sécurité des personnes et aussi de réprimer le crime, ce qui leur demande d'assurer qu'on apporte les soins requis aux victimes, mais aussi de préserver la scène de crime.

Le guide de pratiques policières, au point 2.2.9-Événement impliquant le décès d'une personne, note que : « toute personne trouvée inanimée est considérée comme vivante et seul un ambulancier ou un médecin peut déterminer si une intervention de réanimation est possible ou non. »

Il y est aussi inscrit que « la préservation de la vie a préséance sur la protection de la preuve et sur toute autre considération. »

Quant à l'objectif de préservation de la scène de crime, l'accès limité à la victime est un principe généralement accepté et il est aussi idéal, lorsque possible, de ne pas bouger la victime, donc de la laisser sur place jusqu'à ce que l'investigation soit complétée.

Il est clair que lors d'intervention de la part des services préhospitaliers d'urgence, les gestes posés auprès du patient peuvent altérer le lieu où pourra se tenir l'investigation policière, même quand les intervenants sont aussi respectueux que possible. Dans de nombreux cas, même lorsque les manœuvres de réanimation ne sont pas indiquées (les techniciens ambulanciers paramédics ne peuvent effectuer un constat de décès), il est requis de transporter la victime jusqu'au centre hospitalier avant que l'enquête ne soit terminée.

1.3 BUREAU DU CORONER

« La mission du coroner est de rechercher de façon indépendante et impartiale les causes et les circonstances des décès de nature obscure ou violente, de manière à contribuer au développement de mesures de protection de la vie humaine et à faciliter la reconnaissance et l'exercice des droits et recours à la suite de ces décès. »¹

Le travail du coroner ne peut toutefois débuter qu'une fois le décès constaté.

En soi, aucune des missions des services impliqués n'est en conflit. Par contre, certains problèmes apparaissent lorsque, pour les différentes pratiques opérationnelles, les intervenants ne s'entendent pas quant aux priorités à accorder aux différents gestes à poser ou que leurs politiques respectives ne semblent pas conjointement cohérentes. Au centre du problème, on retrouve souvent l'absence de médecin disponible pour effectuer un constat de décès sur les lieux mêmes de l'intervention. Nous pouvons ici détailler quelles sont les problématiques vécues par les différents intervenants.

Services préhospitaliers d'urgence :

- Les services policiers refusent ou retardent l'accès à la scène, lors d'une situation autre qu'une mort évidente.
- Les services policiers refusent le transport d'une victime où les manœuvres de réanimation ne sont pas indiquées ou ont été cessées, pour une situation autre qu'une mort évidente.
- Les services policiers redemandent l'affectation d'un véhicule ambulancier pour effectuer le transport de la victime lorsque l'enquête est terminée. Cette 2^e affectation est souvent demandée en urgence, après que les services policiers aient refusé l'accès de la scène aux techniciens ambulanciers paramédics.

¹ http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=bureau_coroner#mission

- Les services policiers refusent de dresser le constat de décès et les services préhospitaliers refusent d'effectuer le transport lors d'une mort évidente.

Services policiers :

- Les services préhospitaliers altèrent la scène de crime lors de leur intervention.
- Les services préhospitaliers insistent pour effectuer le transport de la victime même lorsqu'aucun soin ne doit être apporté à celle-ci, limitant la qualité de l'enquête.
- Les services préhospitaliers refusent de retourner sur la scène pour effectuer le transport lorsqu'ils ont été « décommandés » lors d'un appel préalable, n'ont pas eu accès à la victime, ou n'ont pu transporter à la suite d'un « ordre » policier ».
- Les services préhospitaliers, s'ils acceptent de revenir pour le transport de la victime, affectent la ressource de façon non prioritaire forçant le service policier à demeurer sur place pendant plusieurs heures en attente de l'ambulance.
- Les services policiers font face à une impossibilité de trouver un médecin qui peut se déplacer pour venir effectuer le constat de décès sur place.

Bureau du coroner

- Les coroners, la majorité étant médecins, sont souvent confrontés à des pressions des intervenants terrains pour effectuer le constat de décès, soit sur place ou à distance, pour permettre aux ressources ambulancières de quitter la scène. Ce constat de décès immédiat facilite le travail des policiers, et permet, si le coroner accepte le cas, de faire effectuer le transport du cadavre par le fourgon de la morgue. Cette pratique, le constat de décès par le coroner, n'est pas approuvée par le Bureau du coroner puisqu'il est généralement reconnu qu'il n'est possible de recourir aux services du coroner investigateur qu'après rédaction du constat de décès.

De plus, ceci peut placer le coroner dans une situation de conflit d'intérêts, puisqu'il a participé à l'intervention dont il a charge d'enquête.

Au centre de l'ensemble du problème est le constat de décès, ou plutôt l'absence de constat de décès en temps utile, sur place. La pénurie de ressources médicales ne permet pas de développer ce service dans la majorité des régions du Québec. La seule exception à cette règle est la région métropolitaine de Montréal et Laval qui est desservie par la

Corporation d'urgences-santé. Celle-ci, ayant historiquement opéré un système disposant de médecins se rendant à domicile, offre maintenant un service de médecins pouvant rédiger les constats de décès sur les lieux de l'intervention. Il est cependant irréaliste de penser reproduire ce modèle pour l'ensemble du territoire québécois, considérant le présent contexte de pénurie de main-d'œuvre médicale.

Face à ces constatations, nous devons maintenant nous demander comment résoudre cette délicate problématique.

2.0 ASPECTS LÉGAUX PERTINENTS ET DÉFINITIONS

Avant d'aborder plus spécifiquement la solution proposée, il importe, pour en assurer une bonne compréhension, d'établir les éléments légaux qui encadrent le constat de décès au Québec ainsi que quelques éléments connexes.

2.1 CODE CIVIL DU QUÉBEC

Les articles pertinents du Code civil du Québec en vigueur sont les suivants :

§ 4. — *Des actes de décès*

122. *Le médecin qui constate un décès en dresse le constat.*

Il remet un exemplaire à celui qui est tenu de déclarer le décès. Un autre exemplaire est transmis, sans délai, au directeur de l'état civil par le médecin ou par le directeur de funérailles qui prend charge du corps du défunt, avec la déclaration de décès, à moins que celle-ci ne puisse être transmise immédiatement.

1991, c. 64, a. 122; 1999, c. 47, a. 5.

123. *S'il est impossible de faire constater le décès par un médecin dans un délai raisonnable, mais que la mort est évidente, le constat de décès peut être dressé par deux agents de la paix, qui sont tenus aux mêmes obligations que le médecin.*

1991, c. 64, a. 123.

124. *Le constat énonce le nom et le sexe du défunt, ainsi que les lieux, date et heure du décès.*

1991, c. 64, a. 124.

125. *La déclaration de décès est faite, sans délai, au directeur de l'état civil, soit par le conjoint du défunt, soit par un proche parent ou un allié, soit, à défaut, par toute autre personne capable d'identifier le défunt. Dans le cas où un directeur de funérailles prend charge du corps, il déclare le moment, le lieu et le mode de disposition du corps. La déclaration est faite devant un témoin qui la signe.*

2.2 RÈGLEMENT SUR L'IDENTIFICATION, LE TRANSPORT, LA CONSERVATION, LA GARDE ET LA REMISE DES CADAVRES, OBJETS ET DOCUMENTS

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

(L.R.Q., c. R-0.2, a. 167, 1^{er} al.)

SECTION III

TRANSPORT DES CADAVRES

5. *Le coroner ou la personne exerçant les pouvoirs du coroner doit s'assurer que le décès a été constaté par un médecin avant de faire transporter le cadavre à la morgue et obtenir un écrit du médecin à cet effet.*

Toutefois, le constat par un médecin n'est pas nécessaire lorsqu'il s'agit d'ossements ou lorsque le cadavre d'une personne présente, lors de sa découverte, des signes évidents de décapitation, de sectionnement complet du corps, de compression complète ou d'évidement du crâne, de putréfaction avancée, d'adipocire, de momification ou de calcination.

D. 907-92, a. 5.

6. *Le médecin qui constate le décès mentionne dans un écrit l'identité de la personne décédée si celle-ci est connue, la date, l'heure et le lieu du constat ainsi que son nom et son numéro de permis.*

Si l'identité est inconnue, il y inclut les informations susceptibles de permettre l'identification de la personne décédée.

2.3 LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE V

COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS ET REGISTRES

Système de collecte.

44. *Le ministre doit établir et maintenir, notamment à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, un système de collecte de renseignements sociosanitaires, personnels ou non, sur les naissances, les mortinaissances et les décès, dont les modalités d'application sont fixées par règlement.*

2001, c. 60, a. 44.

Bulletin de naissance.

45. Le médecin, la sage-femme ou, à défaut, toute personne qui assiste une femme à l'occasion d'un accouchement doit remplir, aux fins de la présente loi, un bulletin de naissance.

2001, c. 60, a. 45.

Bulletin de décès.

46. Un établissement qui maintient une installation dans laquelle décède une personne doit prendre les mesures pour qu'un bulletin de décès soit dressé au sujet du défunt par un médecin, aux fins de la présente loi.

Bulletin de décès.

Lorsqu'une personne décède ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, le dernier médecin ayant soigné la personne doit remplir le bulletin de décès. Si tel médecin est inaccessible, le bulletin de décès peut être rempli par un autre médecin, un infirmier ou un coroner. Si aucune personne possédant l'une de ces qualités n'est disponible dans un rayon de 16 kilomètres, le bulletin de décès peut être rempli par deux personnes majeures.

Bulletin de décès.

Dans le cas d'un décès faisant l'objet d'une investigation et, le cas échéant, d'une enquête en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (chapitre R-0.2), le bulletin de décès doit être fait par le coroner.

Bulletin de décès.

Lors de l'entrée au Québec du cadavre d'une personne décédée hors du Québec, le bulletin de décès doit être fait par le directeur de funérailles qui effectue le transport du cadavre, à moins que le cas ne relève de la compétence du coroner.

2001, c. 60, a. 46.

2.4 DÉFINITIONS

CONSTAT DE DÉCÈS : Attestation officielle du décès d'une personne. Le constat fait mention du nom et du sexe du défunt ainsi que du lieu, de la date et de l'heure du décès.¹

BULLETIN DE DÉCÈS : Formulaire requis par l'Institut de la statistique du Québec et dont l'objectif est d'établir les causes de décès.

DÉCLARATION DE DÉCÈS : Document qui, en plus des éléments inclus dans le constat de décès, spécifie le lieu et la date de naissance de la personne décédée, le lieu de son dernier domicile, le moment, le lieu et le mode de disposition du

¹ www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=1630& sujet=9

corps, les noms du père et de la mère, si la personne décédée était mariée, le nom de son conjoint, son lieu de naissance et les noms de son père et de sa mère, le lieu et la date du mariage. La déclaration de décès est remplie par le directeur de funérailles avec la présence du déclarant et d'un témoin.

ACTE DE DÉCÈS : Document authentique relatant un événement inscrit au registre de l'état civil qui établit le décès d'une personne et son individualité. Depuis le 1^{er} janvier 1994, seul le directeur de l'état civil peut dresser un acte de décès et l'inscrire au registre de l'état civil.¹

FORMULAIRE SP3 : Formulaire normalisé du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce formulaire contient cinq copies, dont trois sont réellement le SP3 :

Copie #1 : Bulletin de décès (SP3) – Institut de la statistique du Québec

Copie #2 : Bulletin de décès (SP3) – Dossier médical ou coroner

Copie #3 : Constat de décès (DEC 101) – Directeur état civil

Copie #4 : Constat de décès (DEC 101) – Déclarant/Directeur état civil

Copies #5 : Bulletin de décès (SP3) – Directeur de funérailles

¹ www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=1630& sujet=9

3.0 PROJET DE CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

3.1 GÉNÉRALITÉS

Le Code civil stipule que le constat de décès doit être rédigé par un médecin sauf dans les cas d'une mort évidente et dans certaines situations lorsqu'aucun médecin n'est disponible dans un délai raisonnable. Aucun texte ne spécifie que le médecin doit être présent sur place pour dresser le constat de décès.

Les interventions préhospitalières auprès de victimes d'arrêt cardiorespiratoires sont l'objet de protocoles particuliers et classifiés selon les catégories suivantes :

- Mort évidente, protocole MED.-LEG. 4.
- Directives de non-initiation de la réanimation, protocole MED.-LEG. 3.
- ACR avec réanimation impraticable, protocole MED.-LEG. 2.
- Arrêt de manœuvres lors d'ACR d'origine médical, protocole REA. 2.
- Arrêt de manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique et hémorragique, protocole REA. 4.

Dans le protocole de constat de décès à distance, il vous sera demandé d'établir un contact téléphonique avec un médecin à la suite d'une situation d'arrêt cardiorespiratoire requérant un transport sans manœuvres de réanimation. Ce transport a pour but de faire dresser le constat de décès au centre hospitalier.

3.2 OBJECTIFS

Plusieurs problèmes mentionnés précédemment peuvent ainsi être résolus par un constat de décès à distance. Ceci assurerait la production d'un constat de décès en temps utile. Les impacts escomptés seraient les suivants :

- Amélioration de la disponibilité des ressources préhospitalières.
- Amélioration de la disponibilité des ressources policières.
- Amélioration de la disponibilité des ressources hospitalières des salles d'urgence des CSSS.
- Accès à la scène plus rapide pour les intervenants des services préhospitaliers; les policiers étant certains qu'ils pourront garder le corps sur place pour enquête si des soins immédiats ne sont pas requis, ils seront plus enclins à donner accès de façon immédiate aux techniciens ambulanciers paramédics.

- Aucune nécessité pour le coroner de faire le constat de décès lors d'une situation qu'il devra ensuite investiguer.
- Aucune nécessité de faire dresser un constat de décès par les policiers lors d'une mort évidente.
- Préservation de l'intégrité de la scène de crime, à la suite du non-transport du défunt.

3.3 DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

Le technicien ambulancier paramédic effectue son intervention et applique ses protocoles tout comme présentement. Par contre, au lieu d'effectuer le transport dans le cas d'une personne où les manœuvres de réanimation ont été refusées, cessées ou jugées inutiles, le technicien ambulancier paramédic prend contact avec le centre de support médical à distance ou le médecin désigné. Le contact téléphonique se fait pour tous les cas de décès.

Si une autopsie est demandée par la famille ou les proches, les techniciens ambulanciers paramédics contactent le centre de support médical à distance et transportent le corps au centre de santé le plus rapproché après.

Identification

Il est de la responsabilité du technicien ambulancier paramédic de confirmer l'identité de la personne décédée, soit par photographie officielle (permis de conduire, carte d'assurance-maladie ou passeport), soit en obtenant et en conservant les coordonnées de la personne qui identifie le corps (nom, prénom, sexe, adresse, relation avec la personne décédée).

Confirmation du décès

Le personnel du centre de support médical à distance désigné ou le médecin consigne au dossier (voir annexe 2. Formulaire) les informations sur l'identification du patient, l'histoire clinique et l'examen du patient faits par le technicien ambulancier paramédic (dont l'absence des signes vitaux et de signes de violence, et le rythme cardiaque, lorsque pertinent, etc.). Le technicien ambulancier paramédic a en sa possession le même formulaire dont il se sert pour obtenir les renseignements pertinents.

À la demande du médecin, la prise de données peut s'accompagner de la production d'un tracé sur le MDSA par le technicien ambulancier paramédic, même si le protocole ne l'exige pas.

S'IL S'AGIT D'UN CAS DE CORONER

Le médecin du centre de support médical à distance ou le médecin désigné signe le constat de décès. Le personnel du centre de support médical à distance ou le médecin communique ensuite avec le bureau du coroner pour aviser du décès. Une copie du constat de décès est télécopiée ou envoyée par courriel au bureau du coroner, et parfois au coroner lui-même à sa demande. Le formulaire original est ensuite envoyé par courrier régulier; le fourgon de la morgue est ensuite envoyé par le coroner pour venir chercher la dépouille.

S'IL S'AGIT D'UN CAS DE MORT NATURELLE

Formulaire SP-3

Le médecin complète le formulaire SP-3 lorsque la cause probable du décès est connue.

En absence d'une cause probable de décès, ou d'antécédents de maladie grave ou terminale connue de la personne qui identifie le corps, le constat de décès n'est pas dressé, et le corps est transporté au centre de santé le plus rapproché (établissement doté d'une présence médicale). Un appel peut être fait au bureau du coroner dans les cas ambigus.

Au besoin, le médecin pourra communiquer avec le service des archives du dernier CSSS qui a admis le patient pour obtenir plus d'informations pour établir la cause de décès.

INFORMATIONS INCOMPLÈTES

Si les informations reçues sont jugées insuffisantes par le médecin, celui-ci peut demander le transport du patient vers le centre hospitalier approprié, au lieu de dresser le constat de décès à distance.

Désignation de la maison funéraire

La famille et les proches de la personne décédée doivent donner au technicien ambulancier paramédic le nom de la maison funéraire qui prendra charge de la dépouille. Si le choix de la maison funéraire n'est pas communiqué au personnel du centre de support médical à distance ou au médecin, le constat de décès n'est pas dressé et le corps doit être transporté au CH receveur.

Le centre de support médical à distance communique par téléphone avec la maison funéraire choisie par les proches et lui envoie par télécopieur ou par courriel, une copie du formulaire SP-3. Le formulaire original SP-3 signé est envoyé par courrier prioritaire.

Obligation du médecin

Le médecin n'a aucune obligation à dresser un constat de décès à distance. Il n'a pas à justifier sa décision.

Don d'organes et de tissus

Le centre de support médical à distance (UCCSPU) demande si la personne décédée a signé sa carte de don d'organe et de tissus. En cas de réponse positive, certaines données spécifiques seront recueillies : délai depuis le décès, infections, cancers. L'UCCSPU communique alors avec Héma-Québec qui fera les démarches nécessaires avec la maison funéraire.

3.4 PROTOCOLES

Le protocole détaillant les interventions des différents intervenants, dans leur séquence, est présenté à la page suivante.

3.4.1 Protocole du technicien ambulancier paramédic

MED.-LEG. 6 CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Appliquer le protocole approprié :

RÉA.1 - RÉA.2	Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale
RÉA.3 - RÉA.4	Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique et hémorragique
MED.- LEG.2	ACR avec réanimation impraticable
MED.- LEG.3	Directives de non-initiation de la réanimation
MED.- LEG.4	Mort évidente
3. Confirmer l'arrêt cardiorespiratoire et la non-pertinence des manœuvres de réanimation selon les protocoles d'interventions cliniques.
4. Aviser la famille de la non-initiation des manœuvres de réanimation ou de l'arrêt de celles-ci, laisser le MDSA en fonction et continuer à enregistrer les échanges avec la famille.
5. Annoncer le décès et débiter le soutien psychologique.
6. Effectuer un examen physique du patient.
7. Appeler le centre de support médical à distance (1-866-850-7288) dans tous les cas de décès. Donner une brève histoire (nom, NAM, circonstances).
8. En cas de réception positive du centre de support médical, compléter le mieux possible le questionnaire de constat de décès à distance (Annexe 2). Rappeler au lieu de rester en ligne.
9. Communiquer toutes les informations requises au centre de support médical à distance ou au médecin, dont le choix de la maison funéraire.
10. Transporter le corps au centre hospitalier désigné par le SPU en cas de refus du médecin de dresser le constat de décès.
11. Si le médecin dresse le constat de décès :
 - Communiquer aux proches présents le nom du médecin qui dresse le constat
 - Communiquer aux proches la cause probable du décès.
 - Aviser la famille que le corps ne sera pas transporté au CH.
 - Aviser la famille que le corps sera pris en charge par la maison funéraire choisie par les proches, ou par le coroner.
12. Assurer le support aux proches et suggérer l'aide de ressources sociales si disponibles.
13. Déplacer le corps dans un endroit approprié.
14. Quitter les lieux.

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

Protocole global

1. **(TAP)** Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. **(TAP)** Appliquer le protocole approprié :

RÉA.1 - RÉA.2	Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale
RÉA.3 - RÉA.4	Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique et hémorragique
MED.- LEG.2	ACR avec réanimation impraticable
MED.- LEG.3	Directives de non-initiation de la réanimation
MED.- LEG.4	Mort évidente
3. **(TAP)** Confirmer l'arrêt cardiorespiratoire et la non-pertinence des manœuvres de réanimation selon les protocoles d'interventions cliniques.
4. **(TAP)** Aviser la famille de la non-initiation des manœuvres de réanimation ou de l'arrêt de celles-ci, laisser le MDSA en fonction et continuer à enregistrer les échanges avec la famille.
5. **(TAP)** Annoncer le décès et débiter le soutien psychologique.
6. **(TAP)** Effectuer un examen physique du patient.
7. **(TAP)** Appeler le centre de support médical à distance (1-866-850-7288) dans tous les cas de décès. Donner une brève histoire (nom, NAM, circonstances).
8. **(TAP)** En cas de réception positive du centre de support médical, compléter le mieux possible le questionnaire de constat de décès à distance (Annexe 2). Rappeler au lieu de rester en ligne.
9. **(TAP)** Communiquer toutes les informations requises au centre de support médical à distance ou au médecin, dont le choix de la maison funéraire.
10. **(MD*)** Accepte ou refuse de dresser le constat de décès ; si refus le corps est transporté au centre hospitalier désigné par le SPU.
11. **(TAP)** Transporter le corps au centre hospitalier désigné par le SPU en cas de refus du médecin de dresser le constat de décès.
12. Si le médecin dresse le constat de décès :
 - a) Cas de coroner
 - **(TAP)** Communiquer aux proches présents le nom du médecin qui dresse le constat
 - **(TAP)** Communiquer aux proches la cause probable du décès.
 - **(TAP)** Aviser la famille que le corps ne sera pas transporté au CH.
 - **(TAP)** Aviser la famille que le corps sera pris en charge par le coroner.

- **(MD)** Compléter le constat de décès.
 - **(MD)** Appeler le Bureau du coroner.
 - **(MD)** Transmission du constat de décès au Bureau du coroner
- b) Mort naturelle
- **(TAP)** Communiquer aux proches présents le nom du médecin qui dresse le constat
 - **(TAP)** Communiquer aux proches la cause probable du décès.
 - **(TAP)** Aviser la famille que le corps ne sera pas transporté au CH.
 - **(TAP)** Aviser la famille que le corps sera pris en charge par la maison funéraire.
 - **(MD)** Compléter le bulletin de décès et le constat de décès.
 - **(MD)** Appeler la maison funéraire.
 - **(MD)** Transmettre les copies du formulaire SP-3 comme requis.
13. **(TAP)** Assurer le support aux proches et suggérer l'aide de ressources sociales si disponibles.
14. **(TAP)** Déplacer le corps dans un endroit approprié.
15. **(TAP)** Quitter les lieux.

* MD signifie médecin ou centre de support médical à distance

4.0 DÉCÈS, DEUIL ET COMMUNICATION

Déjà lors de la formation sur l'arrêt des manœuvres en préhospitalier, le technicien ambulancier paramédic a dû se familiariser avec certains concepts de communication lors de l'annonce de l'arrêt des manœuvres et du deuil. Il nous importe ici de reprendre certains de ces concepts puisque dans les cas où le médecin dressera le constat de décès, l'annonce et le support aux proches sera apporté uniquement par votre équipe.

4.1 L'ANNONCE DU DÉCÈS

L'annonce d'une mauvaise nouvelle, en particulier un décès, demande un haut niveau de tact et d'empathie. Cette expérience autant pour les proches que pour les intervenants, suscite une gamme d'émotions souvent difficiles à gérer. C'est la responsabilité de l'intervenant que de diriger cette intervention. Pour ce faire, il est important que celui-ci ait déjà réfléchi précédemment à cette situation.

Les intervenants

Les émotions ressenties dans ce contexte par les intervenants sont : l'impuissance, l'embarras, la tristesse, la colère, la peur et la culpabilité. Nous sommes tous formés pour sauver des vies, et dans le cas où ceci n'a pas été possible, nous ne pouvons que constater notre impuissance, un sentiment qui peut facilement nous désorganiser. La situation peut aussi nous rappeler une situation difficile vécue, et un transfert peut s'installer.

Votre situation de travail peut aussi vous amener à être témoin de situations inhabituelles et difficiles, le décès d'un enfant par exemple; les émotions qui pourraient s'en suivre sont la colère, l'incrédulité. Le fait d'être témoin du décès d'un patient à qui on s'identifie (âge, sexe, etc.) peut aussi provoquer de se sentir confronter à sa propre mort.

D'un autre côté, il faut aussi être conscient que pour pouvoir bien fonctionner dans un travail comme le vôtre, une certaine désensibilisation doit s'installer. Il faudra faire attention que ceci ne s'exprime pas au chevet des personnes endeuillées comme un manque d'empathie.

Les proches

La réaction des proches peut varier grandement selon si le décès était attendu ou soudain, l'origine culturelle de la personne, la relation que celle-ci avait avec la personne décédée et multiples autres facteurs. Le tableau suivant liste les réactions observées lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Réactions psychophysiologiques
➤ Agitation
➤ Activité psychomotrice accrue
➤ Effondrement (retrait et mutisme)
Réactions cognitives
➤ Dénier
➤ Blâme
➤ Intellectualisation
➤ Incrédulité
➤ Acceptation
Réaction affectives
➤ Colère
➤ Peur
➤ Anxiété
➤ Impuissance
➤ Désespoir
➤ Honte
➤ Culpabilité
➤ Délivrance

4.2 LE DEUIL

(Écrit par les responsables de centre de prévention suicide le Faubourg- Laurentides)

Des définitions du deuil :

- Processus interne de renoncement à un profond attachement, à une précieuse partie de soi... y renoncer, se résigner à en être privé. (Larousseⁱ)
- Processus qui permet l'expression du chagrin, d'adaptation face à la mort et de transformation des rôles sociaux (M. Séguinⁱⁱ)

- Processus de détachement de la relation d'amour qui était entretenue avec la personne décédée (Bowlbyⁱⁱⁱ)
- État d'être causant un déséquilibre momentané, un changement de situation parfois radical dans sa vie. État de souffrance et de désorganisation. Atteinte à l'intégrité physique, psychologique, sociale, morale, spirituelle (C. Couture^{iv}).

Le processus de deuil est un processus NORMAL d'ajustement à une perte. L'intervention auprès des personnes endeuillées sera donc essentiellement de l'intervention de soutien; normaliser, éduquer sur le processus de deuil, outiller les personnes face à leurs réactions.

Même si socialement, le temps du deuil semble avoir été réduit, le temps de la souffrance n'en a pas pour autant été supprimé. Le processus de deuil s'étend en moyenne sur une période d'un an. Lorsqu'il s'agit d'une mort par suicide, le processus peut s'étendre sur une période de **18 à 24 mois**. Ceci dit, l'intensité et la longévité du deuil dépendront de plusieurs facteurs :

- Le lien avec la personne ; l'intensité de l'**attachement**, la nature de la relation, etc.
- Les **circonstances** entourant la perte : les **causes** du décès, le caractère soudain et **imprévu attendu** ou même délivrant, l'âge de la personne décédée.
- La qualité du **soutien social** et l'existence ou l'absence d'un(e) confident(e).
- Les **antécédents** ; autres pertes récemment vécues et les deuils résolus ou non.
- La **personnalité** ; l'autonomie vs la dépendance; la résilience de la personne (capacité à faire face à l'adversité.).

4.3 L'APPROCHE

On se souviendra que la communication comporte des éléments verbaux et non-verbaux; le non verbal prenant une plus grande place que le verbal et les mots occupant que 4% de cette interaction. Le vocabulaire choisi devra être simple, clair et adapté à la personne.

Lors de l'annonce, il sera important de vous assurer que votre communication non-verbale est adéquate. Assoyez-vous près de la personne, installez-vous à son niveau. Maintenez le contact visuel. Soyez à l'écoute. Ne précipitez pas l'annonce. Dans certains cas, un contact physique, tenir la main par exemple, peut être rassurant.

On doit se rappeler que comme lors de la discussion qui suivait l'arrêt des manœuvres, l'annonce du décès ne doit pas être présentée auprès des proches comme une demande d'approbation. Dans un tel contexte, peu de gens sont capables de prendre la décision d'arrêter. Le protocole d'arrêt de manœuvres, tout comme le protocole de non-initiation des manœuvres, inclut que des patients chez qui la poursuite des manœuvres est futile.

La façon d'exprimer la situation est donc de dire que la poursuite des manœuvres de réanimation est inutile, qu'à ce stade-ci, le patient ne peut pas «revenir».

Évidemment, lors d'une situation de refus de réanimation de la part de la famille ou des proches, ces éléments ne sont pas applicables.

Il est souvent plus facile de débiter l'entretien en donnant la parole à la personne. Que s'est-il passé avant notre arrivée ? Est-ce que le patient était déjà connu pour des problèmes de santé ? Que comprennent-ils de la situation présente ?

Ensuite, on peut débiter avec un court résumé de la situation à notre arrivée et l'évolution de l'intervention. Et de conclure en disant que nous avons tout fait ce qui était en notre pouvoir et que ceci a été futile et que donc la personne est décédée, morte.

Il est important d'utiliser les mots comme décédé, décès, mort, morte, en l'absence de ceux-ci, certaines personnes peuvent mal interpréter le message.

L'étape suivante est de recevoir la réaction du patient, de valider sa réaction, que ses sentiments sont normaux, de lui demander si on peut faire quelque chose pour elle, par exemple, appeler quelqu'un pour venir la supporter.

Offrir ses sympathies à cette étape pourrait être approprié. Il est aussi intéressant de laisser les proches sur un message d'espoir.

Ensuite, il faudra lui expliquer la procédure si le médecin accepte de dresser le constat et lui demander de choisir une maison funéraire, s'il s'agit d'une mort naturelle.

5.0 L'EXAMEN PHYSIQUE DU CORPS

Lors d'un constat de décès, le médecin doit inscrire sur le formulaire SP3 (annexe 1), la cause et la date et heure du décès. Pour établir celles-ci, le médecin utilise les informations sur les antécédents personnels du patient, l'histoire de cas des événements précédents le décès et il effectue un examen physique.

Dans le cas présent, le technicien ambulancier paramédic paramédic devra effectuer l'examen physique pour le médecin. L'examen physique effectué dans le cas d'un arrêt cardio-respiratoire étant limité, il sera important de bien documenter l'ensemble des observations pertinentes selon le protocole applicable

5.1 LIVIDITÉS ET RIGIDITÉ - Rappel

La présence de lividités et rigidité est indicative du délai de l'arrêt cardiaque.

Les lividités

Les lividités sont créées par l'accumulation des globules rouges dans les parties déclives (dépendantes) du corps suite à l'arrêt de la circulation. Elles peuvent s'installer 30 minutes après l'arrêt cardiaque (30 à 120 minutes). Elles apparaissent comme une décoloration bourgogne de la peau. Au début, elles sont mobiles mais deviennent fixes environ 8 à 12 heures après le décès. Elles sont moins apparentes chez les personnes anémiques ou chez les victimes d'une hémorragie importante. Elles sont absentes des points de pression du corps. Les lividités indiquent la position dans laquelle se trouvait le patient au moment du décès.

La rigidité

La rigidité est causée par la contracture des muscles suite à l'absence de fonctionnement des cellules musculaires. La rigidité s'installe environ après 2 à 4 heures pour devenir maximale vers 6 à 12 heures. Elle est encore présente ad 36 heures pour disparaître par la suite. La rigidité de différentes parties du corps peut être variable à un moment particulier; la rigidité s'installe plus rapidement dans les muscles de plus petit

volume : la rigidité de la mâchoire s'installe avant celle des bras et celle des bras avant celle des jambes.

Certains facteurs peuvent modifier les délais d'apparition de ces signes : température ambiante, température du corps, convulsions ou exercice violent avant la mort.

La présence de lividités et de rigidité devra être documentée pour tous les cas de demande de constat de décès à distance.

5.2 SIGNES DE TRAUMATISME

En plus de la rigidité et des lividités, lors de l'examen physique du corps, le technicien ambulancier paramédic paramédic devra rechercher les marques de traumatisme : lacérations, abrasions, plaies, plaies pénétrantes, déformations, œdème localisé, etc.

Il est possible que le traumatisme soit secondaire à la chute qui a suivi l'arrêt mais il se pourrait qu'il soit la cause initiale du décès. Le corps devra être examiné en entier, incluant le dos. L'examen du corps peut être réalisé par un partenaire pendant que l'autre annonce la nouvelle aux témoins.

Annexe 1 – Formulaire SP3

FORMULAIRE SP3 – BULLETIN DE DÉCÈS



Une réalisation de :
 • Ministère de la Santé et des Services sociaux
 • Institut de la statistique

SP-3
 Bulletin de décès

Bien vouloir remplir le formulaire en lettres moulées avec un stylo ou à la machine à écrire. Appuyer forttement.

LIEU DU DÉCÈS

1. Nom de l'installation où a eu lieu le décès

2. Code d'installation

3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

4. Nom de famille

5. Prénom usuel

6. N° d'assurance maladie

7. Date de naissance

8. Âge au décès

Si âgé(e) de plus d'un an

Si âgé(e) de moins d'un an

Si âgé(e) de moins de 24 heures

Si âgé(e) de moins de 7 jours, donner le poids à la naissance en grammes

9. État matrimonial

Célibataire (jamais marié (e))

Marié (e)

Veuf (ve)

Divorcé (e)

Séparé (e) légalement

10. Lieu de naissance (province ou pays)

11. Langue d'usage à la maison

Français

Anglais

Autre (préciser)

12. Nom du (de la) conjoint (e) de la personne décédée

13. Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son (sa) conjoint (e)

14. Adresse du domicile de la personne décédée

N°

Rue

Municipalité, province ou pays

Code postal

15. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance)

16. Prénom usuel de la mère

17. Nom de famille du père

18. Prénom usuel du père

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès

20. Sexe de la personne décédée

Masculin

Féminin

Indéterminé

21. Avis au coroner (voir l'aide-mémoire au verso de la copie 1)

Oui

Non

22. Causes du décès

1. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès

Antécédents. Affections morbides ayant éventuellement conduit à l'état précité, l'affection morbide initiale étant indiquée en dernier lieu

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

Intervalle approximatif entre le début étiologique et le décès ▼

a) due à (ou consécutive à)

b) dues à (ou consécutives à)

c) dues à (ou consécutives à)

d) (cause initiale)

* Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc., mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

23. Y a-t-il eu autopsie?

Oui

Non

24. Présence de radio-isotopes

Oui

Non

25. S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours?

Oui

Non

26. Si mort violente, cocher À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT

Accident

Suicide

Homicide

Si oui, la certification de la cause de décès tient-elle compte de l'information fournie par l'autopsie?

Oui

Non

27. Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire

Oui

Non

Préciser

28. Lieu (ferme, usine, etc.) et circonstances (noyade, strangulation, etc.)

29. Qualité de l'auteur de la certification médicale

Médecin

Coroner

Autre

30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale

31. N° de téléphone où l'auteur peut être rejoint

32. Adresse (n°, rue, municipalité, province)

Code postal

J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements colligés sont transmis à l'Institut de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur de funérailles, à Statistique Canada, au Directeur de l'état civil ainsi qu'aux autorités responsables des données de l'état civil de la province de résidence de la personne décédée si y a lieu. Les renseignements transmis sont soumis aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, sauf en ce qui concerne le Directeur de l'état civil et l'autorité responsable des données civiles de la province de résidence de la personne décédée si y a lieu qui ne sont pas assujettis à cette loi. Les conditions sont énumérées au verso de la page 2.

33. Signature de l'auteur de la certification médicale

34. Date de la signature

35. Si médecin, n° de permis de la Corp. des médecins

DISPOSITION DU CORPS / DIRECTEUR DE FUNÉRAILLES

36. Mode de disposition

Inhumation

Crémation

Étude de l'anatomie

Transport à l'extérieur du Québec

37. Nom de la maison funéraire

38. N° de permis (dir. de funérailles)

39. Adresse de la maison funéraire (n°, rue, municipalité, province ou pays)

Code postal

40. Date de la prise en charge

41. Nom et prénom du représentant de la maison funéraire

42. Signature du représentant

Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Institut de la statistique du Québec

SP-3 (2008-03)

FORMULAIRE DEC 101 – CONSTAT DE DÉCÈS

(Page 3 du SP3)



Le Directeur de l'état civil

DEC-101
Constat de décès
 Le Directeur de l'état civil
 2535, boulevard Laurier
 Québec (Québec) G1V 5C5

LIEU DU DÉCÈS

1. Nom de l'installation où a eu lieu le décès _____ 2. Code d'installation _____

3. Adresse de l'endroit où a eu lieu le décès (n°, rue, municipalité, province ou pays) _____ Code postal _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE (Inscrire le nom de famille et le(s) prénom(s) selon l'acte de naissance)

4. Nom de famille _____

5. Prénom usuel _____ 7. Date de naissance _____

15. Nom de famille de la mère (selon l'acte de naissance) _____ 16. Prénom usuel de la mère _____

17. Nom de famille du père _____ 18. Prénom usuel du père _____

CERTIFICATION MÉDICALE DU DÉCÈS

19. Date et heure du décès _____

20. Sexe de la personne décédée
 Masculin Féminin Indéterminé

29. Qualité de l'auteur de la certification médicale
 Médecin Coroner Autre

30. Nom de famille et prénom usuel de l'auteur de la certification médicale _____ 31. N° de téléphone où l'auteur peut être rejoint _____

32. Adresse (n°, rue, municipalité, province) _____ Code postal _____

J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements colligés sont transmis à l'Institut de la statistique du Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux, au directeur de funérailles, à Statistique Canada, au Directeur de l'état civil ainsi qu'aux autorités responsables des données de l'état civil de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu. Les renseignements tenus sont soumis aux conditions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ainsi qu'en ce qui concerne le Directeur de l'état civil et l'autorité responsable des données civiles de la province de résidence de la personne décédée s'il y a lieu qui ne sont pas assujettis à cette loi. Les conditions sont énumérées au verso de la page 2.

33. Signature de l'auteur de la certification médicale _____ 34. Date de la signature _____ 35. Si médecin, n° de permis de la Corp. des médecins _____

Annexe 2 – Questionnaire unifié Constat de décès à distance

Questionnaire pour constat de décès à distance

Histoire du décès	
1	<p>Description du décès : type de décès, apparence du corps Date et heure précise de la dernière fois que la personne a été vue vivante</p>
2	<p>Protocole utilisé :</p> <p><u>Si REA.2: Arrêt de manœuvres lors d'un ACR d'origine médical</u></p> <p> <input type="checkbox"/> 5 analyses sans choc <input type="checkbox"/> Asystolie 1 minute, 2 minutes après 5e analyse <input type="checkbox"/> Absence de critères d'exclusion <input type="checkbox"/> Trace de violence sur le corps? Si oui, décrire : _____ _____ </p> <p><u>Si REA.4: Arrêt de manœuvres lors d'un ACR d'origine traumatique</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Asystolie 1 min après 5e analyse <input type="checkbox"/> Absence de critères d'exclusion <input type="checkbox"/> Description détaillée des traumatismes externes: _____ _____ </p> <p><u>Si MEDLEG.2: Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Absence du pouls carotidien et de la respiration x 1 minute <input type="checkbox"/> Asystolie 1 minute? <input type="checkbox"/> Rigidité <input type="checkbox"/> mâchoire <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> avec ventilation impossible <input type="checkbox"/> Trace de violence Si oui, décrire : _____ _____ </p> <p><u>Si MEDLEG.3: Directives de non réanimation</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Ordonnance écrite de non réanimation <input type="checkbox"/> Si oui, nom du médecin et numéro de pratique si indiqué Valider à qui s'adresse l'ordonnance ainsi que les signatures <input type="checkbox"/> Refus des proches d'initier la réanimation :NOM et le LIEN avec la personne décédée : _____ En fonction du code civil (tuteur, curateur, mandataire, conjoint légal, membre de la famille ou toute personne ayant un lien significatif avec l'utilisateur) <input type="checkbox"/> Trace de violence Si oui, décrire : _____ _____ </p> <p><u>Si MEDLEG.4: Mort évidente</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Décapitation <input type="checkbox"/> Ossements <input type="checkbox"/> Putréfaction avancée <input type="checkbox"/> Adipocire <input type="checkbox"/> Momification <input type="checkbox"/> Calcination <input type="checkbox"/> Compression totale du crâne <input type="checkbox"/> Évidement du crâne <input type="checkbox"/> Sectionnement complet du corps </p>
3	<p>Antécédents médicaux pertinents (MCAS, AVC, Cancer, Cardiorstimulateur (pace))</p>
4	<p>Heure présumée du décès : heure où le TA/P applique son protocole et constate l'absence de vie</p>

Coordonnées du patient décédé	
Si aucune identification n'est possible ni par déclarant ni par carte et photo, inscrire PERSONNE INCONNUE	
5	Identification de la personne décédée faite par : carte et photo <input type="checkbox"/> déclarant <input type="checkbox"/>
6	Si déclarant: coordonnées de celui-ci (numéro(s) où on peut le rejoindre dans l'immédiat) nom et prénom : relation avec défunt : # téléphone :
7	<u>Nom et prénom de la personne décédée</u> nom : prénom :
8	Numéro d'assurance maladie <u>et date d'expiration</u> NAM : date exp :
9	Si aucune carte d'assurance maladie du Québec: sexe : date naissance :
10	Nom et prénom de la mère selon acte de naissance (pas essentiel si cas de coroner) nom : prénom :
11	Nom et prénom du père (pas essentiel si cas de coroner) nom : prénom :
12	État matrimonial: <input type="checkbox"/> célibataire (jamais marié(e)) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) légalement
13	Nom du conjoint de la personne décédée nom : prénom :
14	Si la personne décédée était mariée, indiquer l'âge de son conjoint (si le conjoint est vivant) âge :
15	<u>Adresse de l'endroit où se trouve le corps de la personne décédée</u> no civique : rue : code postal : municipalité : ou localisation géographique :
16	Adresse du domicile de la personne décédée si différente de l'endroit où se trouve le corps: no civique : rue : code postal : municipalité :
17	Lieu de naissance (province ou pays) :
18	Langue d'usage à la maison :
19	S'il s'agit d'une femme, le décès est-il survenu au cours d'une grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement?
20	Personne décédée atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire: si oui, préciser si information disponible
21	La personne décédée avait-elle signé sa carte de don d'organes et de tissus?
22	Maison funéraire choisie par le déclarant s'il est un proche de la personne décédée nom de la maison funéraire : localité: # téléphone :
Autres informations	
23	numéro du mobile ou du véhicule
24	CH de destination initiale
25	Nom et matricule du TA/P #1
26	Nom et matricule du TA/P #2
27	Numéro du formulaire d'intervention préhosp.: AS 803 :
28	Présence de service policier sur place? SQ ou police municipale? coordonnées <u>particulièrement si cas de coroner</u> corps policier : nom : prénom : #matricule : # téléphone :

29	Le policier considère-t-il ce décès comme suspect? Comme un cas à déclarer au coroner?	
30	Lieu de décès à déclaration obligatoire au coroner : centre de réadaptation, cure fermée, prison, poste de police, DPJ, garderie, famille d'accueil ou situation de sinistre	

Annexe 3 – Formulaire de constat de décès à distance (si cas de coroner)

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

CONCLUSION

L'évolution des services préhospitaliers d'urgence dans les vingt dernières années nous permet de considérer une nouvelle approche à la problématique des constats de décès en préhospitalier. L'approche proposée est réaliste à notre avis.

De plus, cette façon de faire pourrait facilement être applicable à d'autres milieux où le médecin ne peut physiquement se déplacer pour aller dresser le constat de décès lui-même, comme certains centres hospitaliers de soins de longue durée (CHLSD).

RÉFÉRENCES

Lois et règlements

- Code civil du Québec (L.Q., 1991, c.64).
- Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (L.R.Q., c. R-0.2).
- Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents, (1992) 124 G.O. 11, 4337.
- Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2).
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2).

Références

- L'annonce d'une mauvaise nouvelle, atelier de formation, Collège des médecins du Québec.
- Breaking bad news in oncology, annals of oncology, Volume 17, Issue 3, p. 359-360.

Références internet

www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=1630&sujet=9

<http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/index.asp>

<http://www.etatcivil.gouv.qc.ca/fr/default.html>

<http://creakysites.wordpress.com>

-
- ⁱ. Dictionnaire le Petit Larousse, édition 1999 p.
 2. Séguin, M. et Fréchette, L., (1995), Le deuil : Une souffrance à comprendre pour mieux intervenir, les Éditions Logiques.
 3. Bowlby, J. (1961), Attachment and Loss, vol.1, New York: Basic Books.
 4. Couture, C. (1996), L'intervention auprès des personnes vivant un deuil à la suite d'un suicide, Recueil de texte : VIII^e colloque provincial de l'Association Québécoise de suicidologie, Chicoutimi.
 - ⁵. Bowlby, J. (1961), Processes of Mourning, The International Journal of Psycho-Analysis, 42, 317-340
Parks, C.M. (1972), Bereavement Studies of Grief in Adult Life. Pelican Books
Kubler-Ross E. (1977), La mort, dernière étape de croissance. Éditions Québec-Amérique.
 - ⁶. Worden J.W., (1991), Grief Counseling & Grief therapy, 2nd Edition, Springer publishing company, New York.
 7. Monbourquette J. (1994), Grandir : aimer perdre et grandir, nouvelle édition, Novalis, Ottawa.
 8. Hinton S. & Séguin M., De l'innocence à la tragédie : Le deuil des enfants suite au suicide d'un proche.
 - ⁹. Grollman, E.A. (1990), Talking about death, Beacon Press, Boston.
 10. Walsh F. & McDoldrick M. (1991), Living beyond loss : Death in the family; W.W. Norton & Company, New York.

Autres références bibliographiques

Côté, L., Mongeau, S. & Viau-Chagnon, M. (1990), Pour vos enfants et adolescents en deuil, Revue Frontières, No.1, Université du Québec à Montréal.

Hétu, J-L. (1994), Psychologie du mourir et du deuil, Nouvelle édition, Édition du Méridien, Laval.