

Evaluation des pratiques du Service Médical Urgent de Réanimation de la Communauté française de Belgique face aux cas de mort subite du nourrisson

Assessment of the behaviour of physicians from emergency services in the French-speaking Community of Belgium concerning Sudden Infant Death Syndrome

par

Coppieters Y. ¹, Leveque A. ¹, Kahn A. ², Piette D. ¹

Abstract

A telephone study in a sample of 77 medical doctors working in the acute and emergency departments in the French-speaking Community of Belgium has been carried out in order to question about their handling of infants victims of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS).

Correspondance: Dr Yves Coppieters, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Unité de Promotion-Education Santé, route de Lennik, 808, CP 596, 1070 Bruxelles, Belgique. Fax: +32.2.555.40.49. E-mail: promes@erasme1.ulb.ac.be

¹ Unité de Promotion Education Santé (ULB-PROMES), Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

² Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, av. J.J. Crocq 15, B-1020 Bruxelles.

64% of the physicians have precise instructions for managing such cases. Of these, 79% systematically bring back the dead child to the hospital; in 71% of cases, no difficulties were found for performing an autopsy. The obstacles met by physicians are essentially linked to official regulations on transport of a dead child. Moreover, most professionals are not well trained to communicate with families. They are keen on having a pluridisciplinary team to help them to adopt a global approach of the problem.

A better awareness about the SIDS, as well as measures to facilitate the transport of corpses and autopsies practices should favour a correct management for unexpected infants deaths occurring at home.

Key-words

Autopsy, Belgium, emergency service, sudden infant death.

Introduction

La diminution de la mortalité postnéonatale depuis plus de cinq ans en Belgique peut probablement être expliquée par les stratégies de prévention de la mort subite du nourrisson (MSN) (1). Si ce syndrome reste la première cause de mortalité des nourrissons âgés entre 1 mois et 1 an, son incidence est passée de 2.5 pour mille naissances vivantes en 1980 à environ 0.9 pour mille actuellement en Communauté française de Belgique (2). Les stratégies actuelles de prévention sont axées prioritairement sur les messages relatifs aux comportements des parents et aux mesures de sécurité autour du sommeil de l'enfant (2). L'impact de ces campagnes est sans doute à la base de la diminution de l'incidence des décès inopinés de nourrissons.

La mesure de l'incidence de la MSN pose cependant en Belgique quelques problèmes. En effet, l'autopsie qui est l'examen essentiel pour poser un diagnostic post-mortem (3), est réalisée dans moins de 10% des cas (4). Les chiffres avancés dans les statistiques officielles ne peuvent être considérés dès lors que comme des estimations de l'amplitude du problème car sans autopsie systématique, le diagnostic de MSN est souvent présumé faute d'autre explication.

Les médecins généralistes ainsi que les équipes médico-infirmières du service médical urgent de réanimation (SMUR) sont les premiers

professionnels de terrain à être en contact avec les parents d'enfants décédés à domicile. Même s'il est difficile de connaître la proportion de MSN survenant à domicile pris en charge par des généralistes ou par le SMUR, on estime que une majorité des cas de décès inopinés sont pris en charge par les SMUR même si en dehors des zones urbaines, il y a des enfants décédés de mort inopinée et qui sont présentés directement aux services d'urgence, par l'entourage, à l'état de cadavre.

A la demande de l'Observatoire de la Mortalité du Nourrisson et grâce à un financement de recherche du Fonds Houtman, une étude a été menée pour identifier les obstacles qui s'opposent à la pratique systématique d'autopsies en cas de MSN. L'objectif de ce travail est d'évaluer par une enquête téléphonique les comportements et pratiques des médecins employés dans les SMUR face à l'annonce d'une MSN probable à domicile.

Méthode

La population cible est constituée des médecins travaillant dans les SMUR agréés par le Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. La base d'échantillonnage a été constituée à partir d'une liste cumulative des lits d'hospitalisation que contiennent ces institutions agréées. Nous avons postulé que l'activité de ces services SMUR pouvait être proportionnelle au nombre total de lits de l'institution tout en sachant qu'une série de facteurs intervient dans la fréquence des appels aux services du SMUR (facteurs environnementaux: autoroutes, industries, etc.; proportion de lits aigus vs les lits de gériatrie par exemple). La liste des SMUR de la Communauté française, et le nombre de lits, tous services confondus par hôpital, ont été fournis par le Ministère Fédéral. Il y a ainsi 28 services de cette catégorie qui représentent 10.231 lits d'hospitalisation. Un tirage aléatoire de 100 numéros a été effectué dans la liste cumulée. Chaque numéro sélectionné représente un service d'urgence (soit les 80 premiers représentent les médecins à interroger et les 20 suivants ont servi de réserve). De cette manière, la sélection des services est proportionnelle à la taille des institutions dont ils font partie.

Les services ont été contactés par téléphone et un médecin présent à ce moment-là a été interrogé. Les appels ont été effectués pendant les heures de service (entre 09.00 et 17.00 heures). Si plusieurs médecins devaient être contactés dans un même service, ce service était appelé

une nouvelle fois un autre jour à une heure différente. Si après trois appels successifs, à des jours et heures différents, un service sélectionné ne répondait pas ou si le même médecin assurait la garde, le service était remplacé par le premier numéro de la liste de réserve.

Le questionnaire, très court, explore les opinions et les pratiques des médecins en cas de MSN découverts à domicile, ainsi que la connaissance des législations qui réglementent leurs pratiques en la matière. L'intérêt de l'autopsie et le rôle du médecin SMUR face à cet examen post-mortem a également été abordé.

L'enquête a été effectuée par un seul enquêteur. Il a fallu un peu plus de 15 jours pour contacter 77 médecins différents qui assurent les sorties SMUR dans les hôpitaux sélectionnés. Seuls cinq médecins ont refusé l'enquête par manque de temps.

L'encodage et l'analyse des données ont été effectués directement sur le logiciel SPSS version 7.5.

L'analyse est essentiellement descriptive. Le test chi-carré de Pearson a été utilisé pour la comparaison des proportions entre différentes catégories de sujets.

Résultats

Notre échantillon de médecins qui ont répondu à l'enquête est constitué de 59 hommes (77%) ; plus de la moitié sont des médecins âgés de moins de 36 ans (tableau 1). Cette proportion s'explique par le fait que beaucoup de médecins en cours de spécialisation sont attachés aux services d'urgence et, en fonction dans leur plan de stage spécifique, peuvent assurer les sorties SMUR. Dans l'échantillon, 22% des médecins qui sortent en SMUR sont des généralistes possédant un brevet de médecine aiguë (BMA). Les autres sont des spécialistes qui se répartissent comme suit: 36% d'internistes, 20% de pédiatres, 14% d'anesthésistes – réanimateurs et 8% de chirurgiens. Pour cette dernière spécialisation, en vertu de la réglementation de l'Administration de l'Art de Guérir, les candidats-spécialistes chirurgiens ne pourraient intervenir dans des situations de MSN. Dans notre échantillon, 1 chirurgien sur les 6 interrogés dit avoir été confronté dans sa pratique à une MSN à domicile.

TABLEAU 1
 Profil des médecins interrogés (n = 77)

	Proportion	Moyenne (ds)	Médiane (range)
- Age (années):		36,1 (6,5)	34,0 (26,0 – 58,0)
<= 35	55,8%		
> 35	44,2%		
- Années d'expérience dans le SMUR:		6,0 (4,3)	5,0 (0,5 – 20,0)
<= 2 ans	20,8%		
3 – 5 ans	39,0%		
6 – 10 ans	28,6%		
> 10 ans	11,6%		
- Provinces:			
Bruxelles	22,1%		
Brabant wallon	10,3%		
Liège	26,0%		
Namur	13,0%		
Luxembourg	10,3%		
Hainaut	18,2%		
- Institutions:			
Universitaires	41,6%		
Non universitaires	58,4%		

48% des médecins interrogés disent avoir déjà été confrontés à un cas de MSN à domicile (44% chez les médecins travaillant en milieu universitaire et 51% en non-universitaire). Parmi eux, 13% disent avoir rencontré plus de deux cas.

Le tableau 2 indique qu'une majorité des médecins (79%) ramènent systématiquement à l'hôpital le corps d'un enfant décédé à domicile et 71% pensent d'emblée à la nécessité d'une autopsie. Une majorité des médecins estiment que l'on doit toujours proposer aux familles une autopsie et qu'il faut l'envisager systématiquement.

Parmi les médecins de l'échantillon 20% ont suivi durant les deux dernières années un recyclage ou une conférence sur la MSN (14% en milieu universitaire, 6% ailleurs). Ces derniers sont presque exclusivement des pédiatres.

TABLEAU 2
Pratiques principales et comportements en cas de MSN à domicile (n = 77)

	n	Proportion
- Possède des instructions précises en cas de MSN à domicile:	49	63,6%
- Comportements envisagés:	61	79,2%
• ramener le corps dans tous les cas	11	14,3%
• ramener le corps si possible	5	6,5%
• ne jamais ramener le corps		
- Une autopsie systématique est envisageable:	55	71,4%
- Peut-on proposer aux familles systématiquement une autopsie?		
Toujours	60	77,9%
Souvent	11	14,3%
Parfois	6	7,8%
- Personne ou service qui doit faire la demande aux familles:		
• pédiatre	50	64,9%
• équipe SMUR- réanima.	18	23,4%
• médecin généraliste	6	7,8%
• anatomopathologiste	1	1,3%
• sans opinion	2	2,6%
- Obstacles aux autopsies systématiques:		
• les parents- la famille	66	86,8%
• le médecin traitant	3	2,8%
• aucun obstacle	8	10,4%

TABLEAU 3
Avis sur la législation autour des décès à domicile (n = 77)

	n	Proportion
- Seriez-vous favorable à l'idée d'une modification de loi sur l'autopsie systématique en cas de MSN?		
• favorable	49	66,2%
• pas favorable	22	28,6%
• sans opinion	4	5,2%
- Seriez-vous favorable à l'idée d'une modification de loi sur le transport de cadavre?		
• favorable	19	24,7%
• pas favorable	27	35,1%
• sans opinion	31	40,3%

TABLEAU 4
Pratiques principales et comportements en cas de MSN à domicile suivant que les médecins ont été confrontés ou non à ces cas

	Confronté (n = 37)		Non confr. (n = 40)		
	n	prop.	n	prop.	p
- Possède des instructions précises en cas de MSN à domicile:	26	70,3%	23	57,5%	0,244
- Comportements envisagées:					0,851
• ramener le corps dans tous les cas	29	78,4%	32	80,0%	
• ramener le corps si possible	6	16,2%	5	12,5%	
• ne jamais ramener le corps	2	5,4%	3	7,5%	
- Une autopsie systématique est envisageable:	27	73,0%	28	70,0%	0,514
- Connaît la législation relative au transport de cadavres:	29	78,4%	22	55,0%	0,030
- Seriez-vous favorable à l'idée d'une modification de loi sur l'autopsie systématique en cas de MSN?					0,202
• favorable	21	56,8%	30	75,0%	
• pas favorable	13	35,1%	9	22,5%	
• sans opinion	3	8,1%	1	2,5%	
- Seriez-vous favorable à l'idée d'une modification de loi sur le transport de cadavre?					0,033
• favorable	9	24,3%	10	25,0%	
• pas favorable	18	48,6%	9	22,5%	
• sans opinion	10	27,0%	21	52,5%	

Parmi les médecins interrogés, 66% connaissent la législation relative au transport de cadavre ou tout au moins sont au courant de l'interdiction de transporter des cadavres en ambulance. Ils ne sentent pas la nécessité d'une modification de cette loi afin de faciliter leur travail (tableau 3).

Le tableau 4 différencie les pratiques des médecins suivant qu'ils ont déjà été confrontés ou non à des cas de MSN. Il y a peu de différences significatives entre ces deux groupes pour les variables étudiées. On constate cependant que les médecins qui ont vécu une telle expérience connaissent mieux les lois relatives au transport de cadavres (car souvent ils se sont informés à posteriori). Ils estiment que les parents ne représentent pas un obstacle important à la réalisation d'une autopsie et sont moins favorables à une modification qui faciliterait la pratique systématique des autopsies en cas de MSN.

TABLEAU 5
Facteurs associés au fait de posséder des instructions précises devant
des MSN à domicile (n=77)

	Instructions précises		
	n	%	p
- Sexe:			
Féminin	14	77,8	0,154
Masculin	35	59,3	
- Age (années):			
<= 35	28	65,1	0,761
> 35	21	61,8	
- Spécialisation:			0,043
Médecins généralistes (BMA)	7	41,2	0,080
Pédiatres	14	93,3	
Internistes	19	67,8	
Chirurgiens	3	50,0	
Réa-anesthésistes	6	54,3	
-			
- Province:			
Brabant Bruxelles	12	70,6	0,080
Brabant wallon	4	50,0	
Liège	16	80,0	
Namur	8	80,0	
Luxembourg	4	50,0	
Hainaut	5	35,7	
- Milieu universitaire:			
Oui	25	78,1	0,026
Non	24	53,3	
- A suivi une formation:			
Oui	18	90,0	0,004
Non	31	54,4	

Les pédiatres sont les personnes qui, par leur formation, ont les instructions les plus précises puisque les 15 pédiatres interrogés affirment devoir ramener à l'hôpital dans tous les cas le corps de l'enfant.

Discussion

La proportion de médecins qui ont été confrontés à des cas de MSN à domicile est quasi similaire en milieu universitaire et non-universitaire. Ces chiffres, très élevés, peuvent refléter l'ampleur du problème, mais sont sans doute surévalués par les médecins eux-mêmes. En effet certains d'entre eux ont probablement considéré des cas relatés dans leur service, mais dont ils n'ont pas eu la responsabilité directe ou bien des cas suspects réanimés et amenés directement à l'hôpital.

Environ 78% des médecins universitaires disent avoir des consignes strictes de leur service face à ce type de cas, par rapport à 53% en service non universitaire. Les consignes sont assez semblables dans tous les grands hôpitaux puisque 97% des médecins universitaires qui ont des consignes strictes affirment qu'ils doivent ramener le corps de l'enfant dans tous les cas, pour seulement 67% en service non universitaire. Dans cette dernière catégorie, 11% des médecins disent ne jamais ramener le corps de l'enfant et donc le laisser systématiquement au domicile où le décès a été prononcé. Cette tendance est plus marquée dans les provinces du sud du pays (Luxembourg et Hainaut) où les médecins interrogés étaient des généralistes ou des spécialistes autres que des pédiatres (or nous avons contacté 4 services en province du Luxembourg et 7 en province du Hainaut). Les services universitaires, étant en pratique tous des centres qui effectuent des autopsies (centres de références), ont intérêt à ramener le corps en vue d'une autopsie. Ceci n'est pas le cas pour la plupart des hôpitaux «périphériques» qui devraient organiser un transfert secondaire du cadavre vers un centre de référence. La province de Luxembourg ne possède aucun centre de référence et celles de Namur et de Hainaut un seul, ce qui représente une situation plus difficile pour organiser un transfert du corps et qui est donc peu comparable aux autres provinces.

En région bruxelloise, où se situe la plupart des hôpitaux universitaires, l'ensemble des services d'urgence a adopté depuis environ deux ans l'attitude de ramener systématiquement à l'hôpital les corps des enfants découverts morts à domicile pour effectuer des examens post-mortem. Quelques manœuvres de réanimation sont effectuées au domicile, puis le corps est emporté. La constatation du décès est faite après l'arrivée à l'hôpital. Il est très rare que des parents refusent que l'enfant soit amené à l'hôpital. En province, les comportements face à une MSN à domicile semblent assez différents. Une équipe du SMUR aura actuellement tendance à essayer de ramener le corps dans un centre qui effectue des autopsies. Mais vu le manque de coordination de tous ces centres, il n'est pas sûr que le centre demandera une autopsie par la suite.

En matière d'aide médicale urgente, la loi ne permet pas de réquisitionner une ambulance pour le transport d'une personne décédée. Néanmoins si la personne secourue se trouve sur la voie publique ou dans un lieu public, le corps pourrait éventuellement être transporté en ambulance (5). Pour pouvoir avoir accès à l'aide médicale urgente au niveau du transport, plusieurs conditions doivent être réunies: la personne doit être vivante, le lieu de prise en charge ne peut pas être un lieu privé et l'hôpital de destination sera le plus proche.

En milieu non universitaire, 69% des médecins connaissent bien la législation sur le transport des cadavres et 29% de ceux-ci seraient favorable à une modification de cette loi. Les médecins des hôpitaux universitaires sont moins intéressés par un éventuel changement de la législation (19% seulement) car leur institution se trouvant dans de grandes agglomérations et les ambulances n'ayant pas de grandes distances à parcourir, il est plus facile pour eux de contourner cette loi.

Ce n'est que dans un second temps, arrivé à l'hôpital et après la réalisation des premiers prélèvements post-mortem, qu'on proposera aux parents d'effectuer une autopsie. Cette demande est généralement effectuée par les pédiatres spécialisés en la matière et qui encadreront ces familles. Certains services d'urgence, principalement universitaires, ont développé un SMUR exclusivement pédiatrique. Seuls des pédiatres effectuent des sorties dans ces services. Ces services ne fonctionnent pas pendant la nuit et le relais est alors assuré par le SMUR général accompagné de médecins avec d'autres spécialisations. Le pédiatre semble la personne la plus apte à prendre en charge les familles et à leur faire la demande d'autopsie. En milieu universitaire, c'est le plus souvent une équipe pluridisciplinaire qui entourent les proches. Dans les plus petites institutions, le médecin de garde, mal préparé et qui a souvent un sentiment de «dépassement de rôle», est souvent seul pour accompagner les parents et se sent dépourvu en cas de refus de ces derniers de faire pratiquer l'autopsie de leur enfant.

Pour les médecins interrogés, le médecin généraliste doit aussi tenir un rôle fondamental, tant en ce qui concerne la demande d'autopsie à la famille que l'éventuel refus d'y procéder.

L'arrêté royal de 03/05/1991 prévoit que «en tenant compte de la règle selon laquelle, en principe un enfant ne peut être autopsié sans l'accord des personnes investies de l'autorité parentale:

- les nourrissons décédés de mort subite à l'hôpital feront l'objet d'une autopsie
- les corps des nourrissons décédés de mort subite à l'extérieur de l'hôpital seront, si possible, transférés vers un centre de référence en vue de subir une autopsie ...».

Cet arrêté royal, quasi inconnu par les médecins du SMUR, ne va pas encore dans le sens qui favoriserait une pratique systématique de l'autopsie pour ces cas. Dans notre enquête, il n'y a pas d'obstacle professionnel au fait de pouvoir envisager une modification de loi qui

favoriserait la pratique systématique d'une autopsie en cas de MSN. La plupart des médecins sont conscients de l'importance de cet examen et sont favorables à toutes initiatives qui leur faciliteraient les démarches. Les médecins qui ont pris en charge des MSN à domicile sont moins unanimes sur une telle proposition. Ils sont forcément plus sensibilisés à la position extrêmement délicate et douloureuse des parents et ont parfois plus de mal à accepter d'envisager une législation qui outrepasserait la volonté des parents de refuser l'autopsie de leur enfant en rendant l'autopsie obligatoire.

Si le décès a eu lieu dans une crèche ou un lieu public, il y a toujours une descente de Parquet sur place. Dans ces situations, en région bruxelloise, l'équipe du SMUR va «négocier» avec le Parquet (le Procureur du Roi) pour ramener l'enfant et effectuer les examens post-mortem à l'hôpital et ensuite fournir aux autorités les renseignements nécessaires.

Il est difficile de connaître dans quelles situations le Parquet accepte cette pratique ou décide de déclencher une instruction. Ce manque de clarté dans ces situations entraîne des frustrations aussi bien chez les pédiatres spécialisés dans la MSN que chez les médecins légistes. Les premiers déplorent qu'une autopsie effectuée dans le cadre judiciaire ne s'attelle qu'à rechercher des signes de sévices et de mort violente, sans effectuer une autopsie complète à la recherche de malformations ou pathologies, sans consigner l'information dans un dossier médical et sans la rendre disponible (l'autopsie médico-légale est couverte par le secret de l'instruction). Les médecins légistes s'étonnent, quant à eux, du faible nombre de cas de MSN qui passent par leurs services. Ils revendiquent une définition plus claire des responsabilités de chacun et du type de décès qui doivent être soumis à une prise en charge médico-légale. Il ne faut en effet jamais exclure l'éventualité de cas d'infanticides maquillés en MSN qui doivent impérativement être référés aux autorités judiciaires. Les médecins légistes veulent faire comprendre aux services SMUR l'importance que le Parquet soit toujours prévenu en cas de MSN pour effectuer une enquête à domicile et la difficulté pour eux de pratiquer une autopsie de seconde intention si le décès a mal été évalué dans un premier temps.

Conclusion

Cette enquête montre une homogénéité relative dans les pratiques face aux cas de MSN à domicile. Les plus grandes différences dépendent du type d'institution (universitaire ou non), et de la région du décès.

Beaucoup de médecins se sentent dépourvus face aux familles dans ces situations et une majorité souhaiterait que ces cas puissent être pris en charge par des pédiatres spécialisés en la matière même si, compte tenu de la prévalence de l'accident, il est difficile de vouloir exiger leur intervention exclusive dans ces circonstances.

La pratique systématique de l'autopsie pour toute mort inopinée d'un enfant à domicile doit être favorisée en premier lieu par les médecins qui constatent le décès. Une standardisation de la prise en charge de ces cas par tous les médecins SMUR de la Communauté française est facile à initier vu le nombre restreint de ces services. Elle consisterait en un transfert de tous les cas de MSN découverts à domicile d'emblée vers un centre de référence ou par un transfert secondaire de l'hôpital (dont le SMUR a accueilli le cas en première ligne) vers le centre de référence.

Les dispositions légales qui régissent le transport de cadavres devraient être adaptées pour faciliter les démarches du médecin, assurer le transport du corps (cet acte devrait être pris en compte par les organismes assureurs de l'INAMI) vers un centre où les examens post-mortem seraient réalisés dans les meilleures conditions, et permettre un accueil et une prise en charge optimale des familles.

Cette étude ouvre des pistes qui devraient permettre à terme d'envisager des changements de comportement des médecins confrontés au problème de MSN. Par une démarche identique auprès des médecins généralistes, des médecins légistes et des centres hospitaliers effectuant des autopsies, il serait possible d'augmenter la couverture d'autopsies et de permettre une meilleure prise en charge d'un problème majeur de santé publique. Une solution qui devrait être étudiée serait basée sur la situation régissant les greffes d'organes. Lors d'un décès inopiné et inexplicable d'un nourrisson, l'autopsie serait faite de manière systématique, mais non obligatoire. Les parents pourraient toujours s'opposer à la réalisation d'une autopsie, sauf indication médico-légale. Il ne serait par contre plus obligatoire de solliciter de manière explicite la permission des familles lors de situations de stress et de chagrins extrêmes. Une telle solution serait à la fois plus efficace et plus humaine.

Remerciements

Nous remercions l'Observatoire Francophone de la Mortalité du Nourrisson pour avoir initié ce travail et le Fonds Houtman pour l'avoir soutenu financièrement.

Résumé

Une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 77 médecins travaillant dans les services d'urgence et de réanimation (SMUR) de la Communauté française de Belgique a été effectuée afin de connaître leurs comportements et leurs pratiques face aux cas de Mort Subite du Nourrisson (MSN) découverts à domicile. 64% des médecins interrogés disent avoir des instructions précises pour gérer ces cas. Parmi eux, 79% envoient systématiquement à l'hôpital le corps de l'enfant et 71% affirment qu'il est alors envisageable d'effectuer facilement une autopsie.

Les obstacles rencontrés par les médecins des SMUR sont essentiellement liés à la législation sur le transport de cadavre. De plus, ils sont mal préparés à la communication avec les familles. Ils souhaitent qu'une équipe pluridisciplinaire les relaye afin de prendre en charge globalement le problème.

Une meilleure sensibilisation sur la MSN, accompagnée de mesures facilitant le transport de cadavres et la pratique d'autopsies, favoriserait la prise en charge de toutes morts subites d'enfants à domicile.

Références

1. KAHN A. La mort subite du nourrisson. *J Pharm Belg* 1992; 47: 33-37.
2. FRANÇOIS G. Nouvelles recommandations dans la prévention de la mort subite du nourrisson. *Louvain Méd* 1997; 116: 419-425.
3. GOSSEYE S, GERARD R, HERIN M. Pourquoi fait-on des autopsies? *Louvain Med* 1989; 108: 591-598.
4. COPPIETERS Y, LEVÉQUE A, KAHN A, PIETTE D. Pratiques d'autopsie en cas de mort subite du nourrisson en Communauté française de Belgique et comparaison avec différents pays européens. Soumis pour publication.
5. WAUTELET X. Le droit administratif des transports funèbres. *Le Mouvement Communal* 1993; 10: 466-471.