

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان –

Université Aboubakr Belkaïd– Tlemcen –

Faculté de MEDECINE



MEMOIRE

Présenté pour l'obtention du **diplôme** de **DOCTORAT** en **MEDCINE**

thème

les documents médicaux : s'agit-il d'une simple rédaction pour les medecins de CHU-Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen

Realisé Par

HAMMOUMI Meriem

HAMEL Asma

YALAOUI Sara

Encadré par

Pr LARIBI Souhila

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions ALLAH le tout puissant et miséricordieux, de nous avoir donné le courage et la volonté de mener à bien ce modeste travail.

Nos plus sincères remerciements vont également :

- A notre encadreur, notre chère professeur LARIBI Souhila, Votre gentillesse extrême, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants ajoutés à vos innombrables qualités humaines et professionnelles, en particulier votre simplicité et votre humilité nous inspirent une grande admiration et un profond respect. Permettez-nous après ce modeste témoignage, de vous exprimer, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude. Puisse ce travail être à la hauteur de l'attention, et l'estime que vous nous avez
- Aux assistants et résidents et tout le personnel de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant :
grâce à vous et à votre encadrement durant nos stages auxquels vous avez grandement contribué en nous guidant, en nous conseillant et en nous consacrant une grande partie de votre temps précieux . on a pu arriver à la fin de ce projet. Veuillez, chers collègues, trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.
- A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin dans tout notre cursus d'études soyez rassurées de notre reconnaissance pour tous vos contributions.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

- à la mémoire de ma chère grande mère qui ma soutenu par ses douaa et son amour pendant toutes ces année d'étude que son âme repose en paix .
- à mes chères parents qui m'ont supporté et aidé à réaliser mon rêve .
- à mes chers frère et ma chère soeur qui m'ont supporter dans les moments les plus difficiles .
- à mes chères nièces , à mes chères amies Sarah , Zakia , Besma et Ahlem avec qui j'ai passé les plus beaux moments de l'université

Asma

Avec l'aide d'ALLAH le Tout-Puissant et les personnes qui m'ont aidé, aimé et cru en moi, j'ai pu achever ce modeste travail, J'ai l'immense plaisir de dédier ce travail :

- A mes chers parents qui m'ont donné tant d'amour, d'affection et de bonheur, qui ont fait des sacrifices pour mon éducation, mes études et mon bien être, qui m'ont comblée par leur soutien et leur générosité et qui continuent toujours à m'entourer par leur affection.

A MA CHERE MERE, pour tous ses sacrifices, sa tendresse et ses prières qui m'ont béni tout au long de mes études.

A MON CHER PERE, pour avoir été un soutien inestimable, pour ses sacrifices, ses prières et ses conseils qui m'ont guidé vers la réussite.

Que ce modeste travail puisse être le résultat de vos efforts et vos sacrifices et un début de mes récompenses envers vous et qu'ALLAH Le Tout Puissant vous procure la santé, le bonheur, la prospérité et la longévité., et vous accorde le Paradis Inchaalah

- A mes sœurs : HADJER, ANFEL et DOHA et mes frères : IBRAHIM et ANES qui m'ont accordé leur soutien dans les instants les plus difficiles et qui ont toujours cru en moi , Je vous aime énormément et je suis fière d'être votre SŒUR. Puissions-nous rester toujours ainsi dans la tendresse, le bonheur et la solidarité et Puisse ALLAH , vous procure une vie pleine de joie, de bonheur , de réussite et de sérénité.

- A mes chères nièces : DJOMANA et AHED et mon cher neveu : SOHAIB , en me prenant pour modèle, vous me faites toujours avancer , je vous aime énormément et je vous souhaite tout le meilleur pour l'avenir.

- A TOUTE MA FAMILLE qui ont toujours été là pour moi de part leurs soutien inconditionnel et leurs prières Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infailible.

- A MES AMIS pour tous les moments inoubliables qu'on a passés ensemble et pour tous nos souvenirs , Je vous remercie du fond du mon cœur.

- A TOUT MES ENSEIGNANTS ET ENSEIGNANTES que je ne pourrais nommer de peur d'en oublier. Veuillez, trouver dans ce modeste travail l'expression de ma haute considération, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Meriem

Je dédie de modeste travail accompagné d'un profond amour :

- À ma chère maman qui m'a soutenu et encouragé durant ces années d'études ,

Qu'elle trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

- À mon support dans la vie , mon cher papa qui m'a appris , m'a supporté et m'a dirigé vers la gloire .
- À mes chères sœurs , pour leurs aides et supports dans les moments difficiles .
- À la mémoire de ma chère tante , que son âme repose en paix.
- À mes amies asma , zakia , besma , ahlem et wissam qui m'ont toujours encouragé et à qui je souhaite plus de succès.
- À tout ceux que j'aime

Sara

Sommaire

Remerciements.....	I
Dédicaces.....	II
Sommaire.....	V
Table des figures.....	XII
Table des tableaux.....	XIII
INTRODUCTION	14
CHAPITRE I : Partie théorique.....	16
Définition de document médical	17
1 LE CERTIFICAT MEDICAL	17
1.1 Définition	17
1.2 Règles générales	18
1.2.1 Eléments de fond	18
1 Examen du malade	18
2 Reflet de la vérité	18
3 Le respect du secret médical	19
1.2.2 Eléments de forme.....	19
1.3 Législation Algérienne en matière de certificats médicaux	20
1.3.1 La rédaction de faux certificats.....	20
1.3.2 L'obligation de rédaction :	21
1.3.3 Les conditions de rédaction :	21
1.3.4 Certificat et secret médical :	22
1.3.5 Le secret est un droit du patient :	22
1.4 Les différents types de certificats.....	22

1.4.1	Certificats prévus par la loi	22
1	Certificat médicale de constatations de coups et blessures volontaire.....	23
1.4.1.1.1	Définition	23
1.4.1.1.2	Formalisation du certificat médical initial :.....	23
1.4.1.1.3	L'incapacité totale de travail (ITT) :	24
2	Le Certificat médical de déclaration de naissance :	25
3	Le Carnet de santé et certificat de vaccination :.....	25
1.4.1.3.1	Le carnet de santé :.....	25
1.4.1.3.2	Certificat de vaccination :	26
4	Certificat de déclaration de décès :.....	26
1.4.1.4.1	Intérêt du certificat de décès :.....	26
1.4.1.4.2	Le circuit administratif du certificat de décès :	26
1.4.1.4.3	Le certificat de décès en vigueur en Algérie :.....	27
1.4.1.4.4	Instruction pour la rédaction d'un certificat de décès :	27
1.4.1.4.5	Rédaction du volet administratif du certificat de décès :	28
5	Certificat médical d'internement :	30
1.4.1.5.1	Définition de l'internement :	30
1.4.1.5.2	L'hospitalisation libre :.....	30
1.4.1.5.3	L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) :	30
1.4.1.5.4	L'hospitalisation d'office (OD) :	31
6	Le certificat prénuptial :	31
1.4.2	Les certificats médicaux destinés à la sécurité sociale :	32
1	Certificat d'accident de travail – Maladie professionnelle :.....	32
2	Certificat médical de grossesse :	33
1.4.3	Autres certificats :	34
1	Certificat médical d'arrêt de travail :.....	34

2	Certificat médical de non contre-indication à la pratique de sport / d'aptitude à la pratique de sport :	36
3	Certificat médical d'absence scolaire :	36
4	Certificat médical de bonne santé :	37
5	Certificat de virginité :	38
2	Le dossier médical	38
2.1	L'historique du dossier médical.....	38
2.2	Définition du dossier médical du patient	39
2.2.1	Le dossier administratif :	43
2.2.2	Le dossier des professionnels de santé :	43
2.2.3	Le dossier de soins infirmier :	44
2.3	Législation algérienne et la tenue du dossier médical du patient	45
2.3.1	La tenue du dossier médical	45
2.3.2	Le contenu du dossier médical :	46
2.3.3	Accès au dossier médical du patient :	47
2.3.4	Le secret médical :	48
2.4	L'archivage du dossier médical du patient.....	50
3	L'ORDONNANCE	51
3.1	Introduction.....	51
3.2	La prescription	51
3.2.1	La capacité à la prescription	52
3.2.2	Les principes de prescription	52
1	La liberté de la prescription.....	53
2	La qualité de la prescription	53
3	Le principe d'économie	53
3.2.3	Classification réglementaire des médicaments :	54

1	Les médicaments d'automédication :	54
2	Liste I (ex tableau A) : Substances vénéneuses	54
3	Liste II (ex tableau C) : Substances vénéneuses	54
4	Liste des stupéfiants (ex tableau B).....	55
5	Médicaments particuliers.....	55
3.2.3.5.1	Médicaments bénéficiant d'une ATU	55
3.2.3.5.2	Médicaments à prescription restreinte.....	55
3.2.3.5.3	Médicaments réservés à l'usage hospitalier	55
3.2.3.5.4	Médicaments nécessitant une surveillance particulière.....	55
3.2.3.5.5	Médicaments nécessitant une compétence particulière	55
3.2.4	Différents types de prescription	56
1	Prescription ville :	56
2	Prescription hôpital :	56
3.2.5	Règles de prescription :.....	56
1	Ville	56
3.2.5.1.1	Prescriptions de médicaments hors psychotropes et stupéfiants	56
3.2.5.1.2	Prescriptions de psychotropes	57
3.2.5.1.3	Prescription de stupéfiants.....	57
3.2.5.1.4	Prescriptions de médicaments de spécialité :	58
2	Hôpital	58
3.2.5.2.1	Prescription de médicaments liste I et II	58
3.2.5.2.2	Prescription des stupéfiants	59
3.2.5.2.3	Prescription des produits à statut particulier (ATU : Autorisation Temporaire d'utilisation).....	59
3.3	Présentation de l'ordonnance	59
3.3.1	Mentions obligatoires :.....	59

3.3.2	Mentions facultatives	60
3.4	Aspects médico-légaux.....	60
4	Conséquence et implications	62
4.1	La responsabilité morale du médecin	64
4.2	La responsabilité socio-économique du médecin.....	64
4.3	La responsabilité juridique du médecin	65
4.3.1	La responsabilité civile du médecin :.....	66
4.3.2	La responsabilité pénale du médecin :.....	67
1	Violation du secret médical :.....	67
2	Le faux certificat et l'escroquerie :.....	68
3	L'obligation de rédaction d'un certificat :	69
4.3.3	La responsabilité déontologique du médecin :	70
1	Violation du secret médical :.....	71
2	Le faux certificat et l'escroquerie :.....	71
3	L'obligation de rédaction d'un certificat :	72
4.4	pour conclure :.....	72
CHAPITRE II : Partie Pratique		73
1	Matériel et méthodes	74
1.1	Le but de l'étude.....	74
1.2	Objectifs de l'étude :.....	74
1.2.1	Objectif principal :.....	74
1.2.2	Objectifs secondaires :.....	74
1.3	type d'étude :	75
1.4	Population étudiée :.....	75
1.5	Critères d'inclusion et d'exclusion :.....	75
1.6	Lieu; calendrier d'étude:.....	75

1.7	Variables:	75
1.8	Analyse des données:	76
1.8.1	Analyse descriptive:	77
1.8.2	Exploitation des données:.....	77
1.9	Les considérations éthiques:	77
2	Résultats :	78
2.1	documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen :	78
2.2	Type de documents étudiés :	79
2.3	Les éléments de fond :la vérité et le respect du secret médicale :.....	80
2.4	Les éléments de forme des documents :.....	81
2.5	les éléments de formes des certificat et rapport médicaux :	83
2.6	certificat et réquisition :	84
2.7	la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance :.....	85
2.8	Ancienneté et rigorisme aux ordonnance :.....	86
2.9	l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux :.....	87
3	Discussion:	88
3.1	documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen :	88
3.2	Type de documents étudiés :	88
3.3	Les éléments de fond :la vérité et le respect du secret médicale :.....	88
3.4	Les éléments de forme des documents :.....	88
3.5	les éléments de formes des certificat et rapport médicaux :	89
3.6	certificat et réquisition :	90
3.7	la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance :.....	90
3.8	Ancienneté et rigorisme aux ordonnance :.....	90

3.9 l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux :.....	91
CONCLUSION	92
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES.....	99
Résumé.	109
ملخص.....	109
Summary.....	109

Liste des figures

Figure 1 Diagramme d'incidence d'un dossier médical contenant des données complètes et précises sur les soins prodigués au patient et sur le secteur de soins de santé	41
Figure 2 : documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen	78
Figure 3 Type de documents étudiés	79
Figure 4:les éléments de fond : le reflet de la vérité et le respect du secret médicale	80
Figure 5:les éléments de forme des documents	82
Figure 6 : les éléments de formes des certificat et rapport médicaux	83
Figure 7:certificat et requisition	84
Figure 8 : la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance	85
Figure 9:ancienneté et rigorisme aux ordonnance	86
Figure 10:l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux	87

Liste des tableaux

Tableau 1 : documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen	78
Tableau 2:Type de documents étudié	79
Tableau 3 :les éléments de fond : le reflet de la vérité et le respect du secret médicale .	80
Tableau 4 : les éléments de forme des documents.....	81
Tableau 5 : les éléments de formes des certificat et rapport médicaux.....	83
Tableau 6: certificat et requisition	84
Tableau 7 :la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance	85
Tableau 8: ancienneté et rigorisme aux ordonnance.....	86
Tableau 9:l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux.....	87

INTRODUCTION

Un documents médical désigne tout document requis par le patient, rédigé par un médecin, dans lequel le médecin décrit ou déclare un fait de nature médicale destinés à garantir aux tiers la véracité des faits médicaux.

les documents médicaux peuvent prendre plusieurs formes dont :

- le certificat médical qui est un document utilisé pour certifier l'état de santé d'un patient
- Le dossier médical qui se définit comme étant l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé par les différents professionnels qui en assurent la prise en charge,
- L'ordonnance qui est un document légal, rédigé et signé par un prescripteur autorisé, remis au malade pour son traitement après consultation,

Certains documents médicaux sont soumis à des lois spécifiques, et le médecin est obligé à s'engager à s'exprimer sur des faits médicaux dont les conséquences sociales, économiques, juridiques peuvent être très importantes .

Au cours de notre stage, nous avons constaté que l'écriture médicale est la dernière préoccupation de nos médecins et que malgré l'ampleur de ce geste de fait qui engage la responsabilité du médecin, il est tellement banalisé et pris à la légère ; ceci nous a motivé à réaliser cette thèse.

CHAPITRE I : Partie théorique

Définition de document médical

C'est un terme générique désignant tout document requis par le patient, rédigé par un médecin, dans lequel le médecin décrit ou déclare qu'un fait de nature médicale (maladie, accident, état de santé mentale, accouchement, soins infirmiers ...), après consultation médicale ou sur la base de dossiers médicaux, pour des tiers.

Il s'agit de divers documents, dont les certificats et attestation médicales, des réponses à des questionnaires médicaux ou encore des fiches médicaux contenant des informations relatives à la santé du patient (des allergies, des interventions chirurgicales, les antécédents du patient ...)

Ces documents ont en commun d'être destinés à garantir aux tiers la véracité des faits médicaux.

La valeur probante qui lui est conférée découle de la confiance de la société dans le corps médical, notamment dans la compétence professionnelle de son auteur et dans l'intégrité que son éthique professionnelle exige de lui. La rédaction de documents médicaux engage la responsabilité du médecin.

L'objet de ces documents est multiple : accès aux prestations sociales (les aides sociales), dispense ou respect d'obligations légales (obligation de vote, de vaccination ...), obtention de remboursement de certains médicaments, la constitution de preuves dans le cadre d'expertises ou de relations contractuelles.

Certains documents médicaux sont soumis à des lois spécifiques qui déterminent leurs formes et leurs destinataires.

1 LE CERTIFICAT MEDICAL

1.1 Définition

Un certificat médical c'est un document utilisé pour certifier l'état de santé d'un patient. Il est rédigé par un médecin et remis aux patients qui peuvent en avoir besoin pour le travail, l'école ou le sport. Ce document peut servir de preuve que la personne est en bonne santé,

ou au contraire d'un problème médical. Le médecin délivre le certificat après un examen physique et est la plupart du temps au cabinet¹.

La demande de certificats médicaux est un motif fréquent de consultation médicale en soins primaires. Qu'il s'agisse d'un certificat médical d'absence du travail ou d'un certificat de santé, ils constituent une part importante du fardeau administratif du médecin. Celui qui rédige le certificat médical engage sa responsabilité civile et pénale².

1.2 Règles générales

La rédaction d'un certificat médical est un acte qui engage la responsabilité du médecin rédacteur, quel que soit la nature du certificat, c'est la raison pour laquelle un certain nombre de règles ont dû être strictement respectées par le médecin lors de l'élaboration d'un certificat quelle que soit sa nature.

1.2.1 *Eléments de fond*

1 Examen du malade

Un certificat médical ne doit jamais être rédigé sans examen préalable et attentif du malade, le médecin doit toujours commencer par un bon interrogatoire du patient demandeur d'un certificat sur la finalité et l'utilité du document qu'il demande suivi d'un examen clinique minutieux, pour obtenir tous les renseignements nécessaires pour être en mesure de remplir le certificat et de pouvoir attester la véracité des informations qu'il contient³.

2 Reflet de la vérité

Le médecin ne doit mentionner que les faits médicaux et uniquement les faits médicaux qu'il a personnellement et cliniquement constaté lors de l'examen clinique avec une description exacte des lésions accompagnées de leurs topographies exactes, signes cliniques, de symptômes et les résultats des examens qu'il a demandé, il est également

¹ G.Quatrehomme, V.Alluni, L.Martrille. Certificats médicaux. La Revue de Médecine Légale, February 2019, Pages (32-37)

² Méga-guide pratique des urgences ©2019, Elsevier masson SAS

³ Medecin du Québec, Volume 47, numéro 7, juillet 2012

appelé à préciser les documents qui lui ont permis de rédiger son certificat (scanner, radio, bilans sanguins ...)

Les renseignements fournis devraient être conformes à ceux qui sont contenus dans le dossier médical du patient⁴.

3 Le respect du secret médical

Le certificat médical ne doit contenir que les révélations permises ou imposées par la loi dans le but de conserver le secret médical dont la violation engage la responsabilité du médecin, il est donc important d'informer l'intéressé à qui le certificat est remis du contenu du certificat et des conséquences possibles de la divulgation du contenu de ce certificats à des tiers.

Il faut donc respecter l'étendue du consentement à la divulgation des renseignements donné par le patient. Si le consentement de votre patient ne vous autorise pas à divulguer certains renseignements comme le diagnostic, souligner le dans le certificat médical⁵.

1.2.2 Eléments de forme

Selon l'article 56 du code de déontologie, toute prescription, certificat, attestation ou document établi par un médecin doit être lisible et permettre l'identification du signataire et comporter la date et la signature du médecin.

Ainsi un certificat médical doit contenir les informations suivantes :

- L'identité du médecin signataire ou de son remplaçant (nom, qualité)
- L'identité du patient (nom, prénom, âge)
- L'adresse d'établissement du certificat (cabinet médical, domicile du patient, hôpital ...)
- La date et l'heure de l'examen
- La mention remise en main propre à la demande de l'intéressé
- Le cachet et la signature du médecin

⁴ Association canadienne de protection médicale, Guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada. 7^{ème} éd, Ottawa : L'association ; 2012.p.45.

⁵ Medecin du Québec, Volume 47, numéro 7 , juillet

- Ajoutant qu'un certificat doit être claire, compréhensible, sans rature et sans ambiguïté.

1.3 Législation Algérienne en matière de certificats médicaux

1.3.1 *La rédaction de faux certificats*

- **Le code pénal** : l'article 226 stipule que : « Tout médecin, chirurgien-dentiste, officier de santé ou sage-femme qui dans l'exercice de ces fonctions et pour favoriser quelqu'un certifie faussement ou dissimule l'existence de maladies ou infirmités ou un état de grossesse ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès est puni d'un emprisonnement plus l'interdiction d'un ou plusieurs de ses droits.

- **Le code de déontologie** : dans ses articles 24 et 58 interdits tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ainsi que la délivrance de rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance.

- **La loi sur la protection et la promotion de la santé** du 02 juillet 2018 stipule, que sous peine des dispositions de l'article 226 du code pénal, il est interdit à tout médecin dans l'exercice de ses fonctions de certifier faussement et sciemment pour favoriser ou nuire délibérément à une personne physique ou morale.

La délivrance d'un certificat de complaisance constitue une faute disciplinaire ainsi que l'établissement du certificat sans avoir pris garantie personnelle de l'exactitude des faits confirmés.

La faute est d'autant plus grave que le médecin n'ignore pas que le certificat est destiné à être utilisé devant une juridiction.

La délivrance de certificat en blanc laissé à la disposition de tiers constitue une faute.

Il y'a faux certificat quand :

- Le médecin affirmé avoir examiné le client alors qu'il ne l'a pas fait.
- Quand il y'a mention de constatations matérielles, de blessures inexistantes et qu'il se borne à transcrire les dires du client en les présentant comme des constatations réelles, objectives résultant de son propre examen.

1.3.2 *L'obligation de rédaction :*

L'article 57 du code de déontologie stipule que le médecin ; le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de faciliter l'obtention aux malades d'avantages auxquels leur état de santé leur donne droit : sans pour autant céder à aucune demande abusive.

- **La loi sanitaire du 02 juillet 2018 dans son chapitre 6 stipule :**

Art. 198. — Les professionnels de la santé sont tenus d'informer, dans l'exercice de leur profession, les services concernés, des violences subies, notamment par les femmes, les enfants et les adolescents mineurs, les personnes âgées, les incapables et les personnes privées de liberté, dont ils ont eu connaissance.

Art. 199. — En cas de violence sur une personne, tout médecin est tenu de constater les lésions et blessures et d'établir un certificat descriptif. Les taux d'incapacité et les autres préjudices sont déterminés par un médecin spécialiste en médecine légale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Toute blessure suspecte, doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire selon les modalités fixées par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 200. — En cas de mort suspecte, mort violente ou décès sur la voie publique et en cas de mort par maladie transmissible présentant un risque grave pour la santé publique, le médecin concerné délivre uniquement un certificat de constat de décès et avise les autorités compétentes pour procéder à la levée médico-légale du corps en respectant les procédures réglementaires en vigueur.

1.3.3 *Les conditions de rédaction :*

Selon l'article 56 du code de déontologie, toute prescription, certificat, attestation ou document établi par un médecin doit être rédigé lisiblement et permettre l'identification du signataire et comporter la date et la signature du médecin.

Ainsi la rédaction de documents médicaux est soumise aux impératifs suivants :

- La qualité de médecin est exigée.
- Utiliser du papier libre ou à en tête.
- L'identité du médecin (nom, prénom, lieu d'exercice, qualité)
- La nature du document rédigé (certificat de bonne santé, d'arrêt de travail, compte rendu opératoire ...)

- L'identité du bénéficiaire (nom, prénom, âge, adresse)
- La lisibilité (termes clairs, simples, sans abréviations)
- Préciser si le document est rédigé sur réquisition.
- Date.
- Signature manuscrite.

1.3.4 Certificat et secret médical :

Le secret médical est un principe fondamental de la relation médecin-malade. Le secret professionnel communément désigné comme « secret médical » est institué pour assurer le respect de la vie privée du patient et garantir qu'aucune information ne sera divulguée à des tiers. Il est également dit d'ordre public : l'intérêt général veut que chacun puisse être soigné, sans crainte de dénonciation, notamment ceux dont la situation sociale est irrégulière ou marginale. C'est le Code de déontologie médicale qui en pose le principe du secret et renvoie aux termes de la loi.⁶

1.3.5 Le secret est un droit du patient :

La nouvelle loi sanitaire algérienne du 02 Juillet 2018, promulguée le 29 Juillet 2018 dans le journal officiel N°46 de l'année 2018 :

Art. 24. – Toute personne a droit au respect de sa vie privée ainsi qu'au secret des informations médicales la concernant, exception faite des cas prévus expressément par la loi.

Le secret médical couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé.

Le secret médical, peut être levé par la juridiction compétente.

Il peut être également levé pour les mineurs et les incapables à la demande du conjoint, du père, de la mère ou du représentant légal.

1.4 Les différents types de certificats

1.4.1 Certificats prévus par la loi

⁶ Claudot F, Mertes P.-M. Secret médical , certificats et information pour un patient hospitalisé ©2012 Sfar.

1 Certificat médicale de constatations de coups et blessures volontaire

1.4.1.1.1 Définition

C'est un document médical qui doit être établie par un médecin en titre et inscrit au tableau de l'ordre des médecins, dans lequel ce dernier atteste que le patient était victime de violence volontaire ou involontaire, ce qui engage la responsabilité du médecin.

L'examen du patient victime de coups et blessure doit être minutieux et méthodique en examinant chaque partie de son corps avec une description précise et objective de toutes les lésions somatiques constatées même minimales avec photos si possible en mentionnant les caractéristiques de chaque lésion à savoir ses dimensions, sa localisation, sa forme, sa couleur, son rapport avec les repères anatomiques, et la présence d'éventuelles lésions d'âges différents.⁷

Il est important aussi de citer les éléments négatifs retrouvés lors de l'examen ou signaler par la victime (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple)

Le médecin doit notamment mentionner les documents, avis auxquels il a été exposé, les autres analyses et examens complémentaires effectués et leurs résultats (radiographie pulmonaire, scanner, analyses biologiques, par exemple), ces observations doivent être rapportées avec précision et sans équivoque.⁸

Ce certificat constitue une preuve de la violence subie par la victime il permettra de ce fait au magistrat de qualifier l'infraction, il doit donc être clair, minutieux, détaillé et compréhensible à un non médecin.⁹

1.4.1.1.2 Formalisation du certificat médical initial :

Ce document peut être rédigé sur papier libre ou sous forme de formulaire pré établi, comportant l'identification du médecin signataire à savoir son nom, prénom, adresse, en

⁷ HAS/ Service des bonnes pratiques professionnelles/Octobre 2011

⁸ Potard D, Petit G. La consultation des victimes de coups et blessures de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand : bilan d'activité 1986-1990. J Méd Lég Droit Méd 1993 ; 36 :377-89

⁹ François I. Les violences à une personne ou l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne.2002.

mentionnant la date l'heure et le lieu de l'examen, et la date et l'heure de la rédaction du certificat avec signature et cachet du médecin examinateur¹⁰ .

Il doit également comporter l'identification (nom, prénom, date et lieu de naissance ...) de la victime, et de son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé¹¹ .

Il est nécessaire de mentionner les circonstances de son élaboration avec la mention : à la demande de la victime, de sans tuteur légal ou sur réquisition avec le nom et la fonction du requérant¹² .

Le médecin peut conclure son certificat en déterminant l'ITT, sauf s'il s'estime incapable de la déterminer, il en gardera toujours un double comme témoignage devant une éventuelle juridiction

1.4.1.1.3 L'incapacité totale de travail (ITT) :

c'est une traduction en nombre de jour de l'état traumatique d'une personne victime de violence , elle reflète donc la violence subie et la perte d'autonomie dans les gestes quotidiens (manger , dormir , s'habiller , se laver , se déplacer ...) qui en résulte .La victime est alors dans l'impossibilité d'accomplir les simples gestes personnels de la vie quotidienne ce qui la différencie de l'arrêt de travail qui concerne l'activité professionnelle exercée , elle peut donc être fixée même si la victime n'a pas d'activité professionnelle c'est le cas des enfants , retraités , chômeur ... etc. ¹³

Au sens pénal, l'incapacité totale de travail est une notion juridique, précisée par la jurisprudence destinée au magistrat pour trancher en matière d'infraction. Elle permet d'apprécier la gravité des lésions et donc la violence exercée sur les victimes.¹⁴

La durée de l'ITT est extrêmement importante puisqu'elle permet aux magistrats de qualifier les faits et d'en évaluer la gravité, son appréciation doit être prudente puisque

¹⁰ Epain D. Certificat médicaux et urgences : certificats de coups et blessures. EMC-Médecine 2005 ;(2005) :448-67 .

¹¹ HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/Octobre2011

¹² HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/Octobre2011

¹³ Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. AJ Pénal2006

¹⁴ Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale. Médecine et droit 2004 ;(64) : 27-30.

les peines dont est passible l'auteur de ces coups et blessures différent en fonction de cette durée.

2 Le Certificat médical de déclaration de naissance :

La déclaration de naissance a pour objet de faire mention de la naissance de l'enfant au bureau de citoyenneté de la mairie ou est délivré l'acte de naissance.

Elle doit être effectuée par une personne ayant assisté à l'accouchement, le médecin ou la sage-femme.

Ce certificat est un document mentionnant le sexe, le poids, la taille, du bébé ainsi que la date et l'heure de la naissance dont le but est d'inscrire le nouveau-né à l'état civil. Elle doit être délivrée dans 5 jours de la naissance, dans les 20 jours pour le Sahara à l'état civil.

Outre le certificat de déclaration de naissance, le déclarant doit présenter le livret de famille ou le cas échéant, l'acte de naissance et l'acte de mariage des parents pour obtenir l'acte de naissance de leurs enfants.

3 Le Carnet de santé et certificat de vaccination :

1.4.1.3.1 Le carnet de santé :

Le carnet de santé est un document qui regroupe toutes les informations médicales et événements liés à la santé d'un enfant de la naissance à ses 18 ans. Ces données ont été transcrites avec le consentement des parents.

Ce document qui fournit des repères, des conseils aux parents et des informations de préventions sur le développement de l'enfant et l'adolescent. Il est très important sur le plan médical car constitue un moyen de liaison entre les professionnels de santé. Il doit être présenté systématiquement au médecin pour qu'il prenne connaissance des renseignements qui y figure et de mentionner ses propres constatations. En gros ces outils qui permet aux médecins de suivre la croissance de l'enfant sur tous les plans physiques et psychiques.

Les carnets de santé sont distribués au moment de la déclaration de naissance gratuitement en général au niveau de la maternité où est né l'enfant ou au niveau de la

mairie par l'officier d'état civil, comme il peut être demandé en cas de perte à la protection maternelle et infantile (PMI) correspondante à la résidence de l'enfant.

1.4.1.3.2 Certificat de vaccination :

C'est un document médical élaboré par un professionnel de santé médical ou paramédical (Sage-femme des PMI) qui certifie que l'enfant a pris ces doses de vaccins, ce type de certificat peut être demandé à l'entrée scolaire dans certains pays.

4 Certificat de déclaration de décès :

1.4.1.4.1 Intérêt du certificat de décès :

Le certificat de décès est un document officiel. C'est un certificat obligatoire qui doit être rédigé par le médecin qui constate la mort, il présente plusieurs intérêts :

- Administratif : Puisqu'il permet l'élaboration de l'acte de décès qui est un document d'état civil nécessaire pour informer la réalité du décès mais aussi pour la mise en place des opérations funéraires qui peuvent être retardées en cas d'obstacle médico-légal à l'inhumation.
- Juridique : il permet par l'interrogatoire fait par le médecin de connaître le type de décès qui peut être naturel et attendu en cas de maladie connue, comme il peut s'agir de mort violente, ou de suspicion d'intervention d'un tiers et de mettre un obstacle médico-légal à l'inhumation.
- Statistique : pour la comptabilisation des décès par l'office nationale des statistiques (ONS)
- Sanitaires : il permet la mise en place des programmes de santé d'un pays en décrivant les causes médicales de décès¹⁵.

1.4.1.4.2 Le circuit administratif du certificat de décès :

La Déclaration auprès de l'officier d'état civil se fait dès que le certificat médical de décès est établi par le médecin constatant la mort. Cette déclaration est obligatoire et elle se fait dans un délai de 24 heures. L'officier d'état civil garde la partie supérieure alors que la

¹⁵ Abdoun M. Certificat de décès en Algérie : intérêt, circuit, formulaire et directives de rédaction. *Batna J Med Sci* 2020 ;7(2) :171-5.

partie inférieure est envoyée la direction de sante publique qui a son niveau la transmet à l'unité des causes de décès de l'institut national de santé public (INSP).¹⁶

1.4.1.4.3 Le certificat de décès en vigueur en Algérie :

Tout décès survenu en Algérie doit faire l'objet d'un certificat médical de décès selon le modèle prévu à l'annexe du décret exécutif n°16-80 du 24 février 2016 fixant le modèle du certificat médical de décès¹⁷ et de la circulaire interministérielle du 16 avril 2017 relative à la mise en application des dispositions du décret sus cité¹⁸ . Cette nouvelle version du certificat médical de décès est conforme au modèle international du certificat médical du décès recommandé par l'OMS¹⁹ .

Il comporte quelques adaptations pour tenir compte du contexte national. Ce certificat, révisé en l'année 2016 comprends deux (2) volets :

- Un volet administratif :

La partie supérieure, nominative réservée à l'officier de l'état civil, dont une copie est destinée éventuellement aux services concernés conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

- Un volet médical :

La partie inférieure du certificat, anonyme, réservée à l'usage des autorités sanitaires, où sont indiquées clairement les causes médicales de décès, destinée à l'unité des causes de décès (INSP) pour exploitation. Elle doit être close par le médecin immédiatement après sa rédaction pour garantir la confidentialité des informations transcrites et ne pourra être ouverte que par l'autorité sanitaire habilitée à l'exploiter.

1.4.1.4.4 Instruction pour la rédaction d'un certificat de décès :

¹⁶ Abdoun M. Certificat de décès en Algérie : intérêt, circuit, formulaire et directives de rédaction. *Batna J Med Sci* 2020 ;7(2) :171-5.

¹⁷ Journal officiel de la république Algérienne N°12. Décret exécutif n°16-80 du 15 Joumada El Oula 1437 correspondant au 24 Février 2016 fixant le modèle du certificat médical de décès.

¹⁸ Circulaire interministérielle du 16 avril 2017 relative à la mise en application des dispositions du décret exécutif n°16-80 du 24 février 2016 fixant le modèle de certificat de décès.

¹⁹ Organisation mondiale de la santé. Le certificat médical de décès quatrième édition. Instruction à l'usage des médecins sur l'emploi du certificat médical de la cause de décès. Genève,1980.

Une fois le décès constaté, le médecin doit remplir les deux volets du certificat de décès. Toute information requise a son importance pour l'élaboration de tableaux de statistiques sur les causes de décès. La certification des causes médicales du décès n'a pas d'intérêt si le certificateur n'a pas fait mention du sexe, de l'âge et du lieu de la résidence du défunt par exemple. Pour les causes médicales du décès, il est demandé au certificateur de donner sa meilleure opinion quant à la séquence des événements ayant mené à la mort.²⁰

1.4.1.4.5 Rédaction du volet administratif du certificat de décès :

Sur cette partie du certificat de décès, destinée au bureau de l'état civil, le certificateur doit inscrire les informations suivantes selon les trois blocs :

- Bloc 1
 - La commune de décès et la wilaya de décès.
 - Nom, prénom (si le défunt est non identifié mentionner corps non identifié (CNI))
 - Sexe, si le sexe est indéterminé écrivez le
 - Date et lieu de naissance
 - Date et lieu de décès
 - Age du décès en années
 - Cochez le lieu de décès
 - Ne pas remplir le numéro d'acte de décès, il sera rempli par l'agent de l'APC 21
- Bloc 2 :
 - La date, le lieu et l'heure du décès (on note le jour, le mois et l'année ainsi que l'heure et la minute si on assiste au décès. Pour les arrivés décédés à l'hôpital ou les décès à domicile, il faut noter la date de la constatation du décès).
 - Cochez la cause du décès :
 - Naturelle : résulte de l'évolution terminale d'un état pathologique endogène (exemple cancers, cardiopathies, diabète ...)
 - Violente : elle est secondaire à une intervention extérieure. Il peut s'agir d'un suicide, un homicide ou d'un accident.
 - Indéterminée : la mort dont les circonstances de survenue ne peuvent être établies.²²

²⁰ Manaouil C, Decourcelle M, Gignon M, Chatelain D, Jardé O. Le certificat de décès : comment le remplir et pourquoi ? Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2007 ;26(5) :434-9.

²¹ Abdoun M. Certificat de décès en Algérie : intérêt, circuit, formulaire et directives de rédaction. Batna J Med Sci 2020 ;7(2) :171-5.

²² Abdoun M. Certificat de décès en Algérie : intérêt, circuit, formulaire et directives de rédaction. Batna J Med Sci 2020 ;7(2) :171-5.

- Signature et cachet : le certificateur doit signer et mettre son cachet à la partie réservée à cet effet.
- Bloc 3 :
 - Cochez obstacle médico-légal à l'inhumation si caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié.
 - Cochez mise immédiate dans un cercueil hermétique si risque de contagion.
 - Cochez existence de prothèses fonctionnant par piles si la notion existe.²³

1. Rédaction du volet médical du certificat de décès :

Ce volet comprend plusieurs blocs :

- Bloc renseignement : Répondre les mêmes renseignements que le volet administratif sans le nom et prénom.
- Bloc causes de décès : Comporte deux parties Partie I et Partie II

Partie I :

- Comporte quatre lignes a, b, c, d qui permettent au médecin de décrire l'enchaînement causal des maladies qui ont directement conduit à la mort, de la cause immédiate rapportée sur la première ligne à la cause initiale mentionnée sur la dernière ligne remplie.
- Lorsqu'il n'y a qu'un seul événement, la mention en est faite à la ligne (a).
- S'il y'a un enchaînement, la cause directe est notée en (a) et la cause première est notée à la dernière ligne ; toute cause intermédiaire sera notée à la ligne (b) ou aux lignes (b) et (c).
- L'affection enregistrée sur la dernière ligne de la partie I du certificat est la cause initiale de décès et sera codée. Elle sera utilisée pour présenter les statistiques des causes de décès, argumenter et à évaluer les politiques nationales de santé publiques.
- Il faut rapporter la séquence des événement morbides ayant conduit à la mort, en partant de la cause immédiate (maladie terminale, traumatisme ou complication ayant directement entraîné la mort) jusqu'à la cause initiale du décès (maladie ou traumatisme étant à l'origine de la séquence des événements morbides ayant entraîné la mort).²⁴

Partie II :

²³ Abdoun M. Certificat de décès en Algérie : intérêt, circuit, formulaire et directives de rédaction. *Batna J Med Sci* 2020 ;7(2) :171-5.

²⁴ Pavillon G, Laurent F. Certification et codification des causes médicales de décès. *BEH* 2003 ;30-31 :134-8

La partie II est réservée à tout autre état morbide important qui a contribué à l'issue fatale. Les causes contributives sont les autres maladies, affections ou lésions ayant contribué à la mort, mais sans appartenir à l'enchaînement causal décrit en partie I :

- Affections chroniques : insuffisance rénale, diabète non insulino-dépendant ...
- Intoxications chroniques : tabac, alcoolisme chronique, toxicomanie.²⁵

5 Certificat médical d'internement :

1.4.1.5.1 Définition de l'internement :

L'internement désigne une mesure consistant à placer et à maintenir en service de psychiatrie certains malades mentaux, pour les soigner et cela à la demande de la famille ou de l'autorité compétente, il existe donc 3 modalités d'hospitalisation en milieu psychiatrique pouvant donner lieu à la rédaction de certificat :

1.4.1.5.2 L'hospitalisation libre :

Dans ce cas l'état de santé du malade justifie son hospitalisation qui se fait avec le consentement du patient, il signe lui-même son admission à l'entrée de l'hôpital et donne l'autorisation éclairée de soins. Le consentement du malade est recevable car l'altération éventuelle de ses capacités mentales n'altère pas son libre arbitre .il est capable de comprendre les soins proposés et l'information donnée sur sa maladie.

Le médecin rédige éventuellement un certificat médical dans lequel il préconise l'hospitalisation et présente la maladie du patient après l'avoir consulté.

1.4.1.5.3 L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) :

Ce type d'hospitalisation est d'application lorsque le malade n'est pas consentant aux soins ou il est dans l'incapacité de consentir à ceux-ci.

HDT est donc justifiée quand les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et que son état rend indispensable son hospitalisation pour qu'il bénéficie de soins immédiats avec surveillance en milieu hospitalier.²⁶

²⁵ OMS, CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : dixième révision, vol. 3, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.

²⁶ <http://www.ch-marchant.fr>, L'hospitalisation à la demande d'un tiers- Centre hospitalier Gérard Marchant

Le tiers qui peut être un membre de famille doit signer la demande manuscrite d'admission du patient.

L'HDT impose la rédaction de plusieurs pièces administratives à savoir :

- La demande d'hospitalisation par un tiers : signé par une tierce personne et doit comprendre son identification ainsi que la nature sa relation avec le patient
- Deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours et rédigées par des médecins inscrits dans le conseil de l'ordre, non obligatoirement psychiatres :
 - Le premier certificat est rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement hospitalier ou le patient sera admis en HDT, dans laquelle il décrit les particularités de la maladie et la nécessité de traiter et de maintenir hospitalisé le patient.
 - Le second certificat : peut-être rédigé par un médecin exerçant dans l'établissement ou l'hospitalisation aura lieu.

Les deux certificats constatent l'état mentale du patient (sans obligatoirement donner le diagnostic) précisant l'évolution de la maladie, attestant que le consentement est impossible et que la prise en charge est nécessaire en milieu hospitalier.

1.4.1.5.4 L'hospitalisation d'office (OD) :

Ce type d'hospitalisation concerne les malades mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes. Il s'agit alors d'une décision prise par l'autorité compétente ex : préfet de police, arrêté de wali. (Art 172)

Le certificat médical établi par le médecin qui atteste que les troubles mentaux du patient constituent un danger sur la sûreté des personnes est nécessaire pour motivée l'arrêté des autorités.

6 Le certificat prénuptial :

Il s'agit d'une attestation médicale prénuptiale rédigé par un médecin assermenté qui témoigne de la bonne santé de chacun des deux époux, après la réalisation d'un examen clinique complet et des analyses nécessaires dont les résultats doivent être discuter en toute intimité avec l'intéressé(e) qui en cas de problème de santé ou de maladie sexuellement transmissible lui revient d'en informer son future époux(se) ou pas, il ne s'agit pas d'un certificat de virginité.²⁷

²⁷ Corpart I. Médecine et droit 2008 : Le Certificat prénuptial (2008) 85-89

La réalisation des analyses biologiques est fondamentale pour la future union du couple, elles permettent de détecter les porteurs sains de certaines maladies sexuellement transmissibles :

- Groupage sanguin
- Hépatite B et C
- Syphilis
- HIV

La consultation pré-nuptiale ne se limite pas à la détection de ces affections, mais aussi aux maladies héréditaires qui peuvent être transmises à la descendance, c'est le cas des anémies hémolytiques comme la thalassémie et la drépanocytose. Cet examen vise à rassurer les conjoints sur l'état de santé de leurs partenaires et de prendre les mesures nécessaires en cas de présence d'une maladie chez l'un d'eux.²⁸

1.4.2 Les certificats médicaux destinés à la sécurité sociale :

1 Certificat d'accident de travail – Maladie professionnelle :

Ce type de Certificat est remis à la victime lorsqu'un accident de travail a eu lieu, la loi n°83-13 du 02 juillet 1983 relative aux accidents de travail et aux maladies professionnelles prévoit à l'article que « est considéré comme accident de travail, tout accident ayant entraîné une lésion corporelle, imputable à une cause soudaine, extérieure, et survenu dans le cadre de la relation de travail », l'article 7 poursuit en ajoutant qu'« est également considéré comme accident de travail, l'accident survenu au cours :

- D'une mission à caractère exceptionnel ou permanent, accomplie hors de l'établissement, conformément aux instructions de l'employeur ;
- De l'exercice ou à l'occasion de l'exercice d'un mandat politique électoral, ou bien au titre d'une organisation de masse ;
- De cours d'études suivis régulièrement en dehors des heures de travail.

²⁸ Roure-mariotti M-C, Federico-Roure V. 80 Certificats et formulaires administratifs médicaux(3^e édition) : Fiche n°36- Certificat Pré-nuptial 2007, Pages 164-167.

En cas d'accident répondant aux critères sus - cités, l'employeur ou ses représentants sont dans l'obligation de déclarer immédiatement l'accident de travail à l'employeur dans les vingt-quatre (24) heures.

A son tour l'employeur doit déclarer dès les quarante-huit (48) heures l'accident à l'organisme de la sécurité sociale qui la déclare à l'inspecteur du travail.

Pour déclarer l'accident, un médecin choisi par la victime élabore deux (2) certificats de constatation des lésions :

- Le certificat médical initial : c'est un certificat réalisé par le médecin qui atteste des préjudices subis par la victime d'un accident de travail, il a pour but de constater les dommages subis par lui lors de l'événement.

Lors du premier examen médical qui suit l'accident après avoir écouté et examiner la victime, le médecin doit décrire avec précision l'état de la victime, les lésions (dimension, forme, couleur ...) qu'il a constaté ainsi que le siège et la nature de ces lésions.

Ce document doit également préciser la durée de l'incapacité de travail (ITT) de la victime et doit être remis en main propre au demandeur ou à son représentant légal jamais à un tiers hors réquisition judiciaire.

- Le certificat de guérison : une fois guéri, un nouvel examen médical est recommandé pour établir le certificat médical final de guérison s'il n'y a pas d'incapacité permanente qui indique la guérison dans ce cas, ou le certificat médical de consolidation en cas d'incapacité permanente qui indique les conséquences définitives de l'accidents.

2 Certificat médical de grossesse :

Le certificat de grossesse est un document médical qui prouve qu'une femme est enceinte.²⁹

Toute femme enceinte peut demander un certificat de grossesse afin de jouir des droits liés à sa condition de femme enceinte, cette déclaration doit se faire avant la fin du 3eme

²⁹ Saint-Martin P, Lansac J. Gynécologie pour le praticien(9^e édition) ,chapitre 32- Rédaction des certificats médicaux en gynécologie 2018, Pages 531-539.

mois de la grossesse pour pouvoir bénéficier au plus vite de la couverture grossesse de l'assurance maternité.

Une fois la grossesse est confirmée durant la première visite médicale prénatale, le médecin gynécologue ou la sage-femme annoncera la grossesse sur le formulaire.

Pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie la femme enceinte doit avoir la qualité d'assurance sociale, justifier d'une certaine durée de travail et de ne pas arrêter son travail pour des raisons non indemnisées par la sécurité sociale durant la période de sa grossesse.

Elle doit aussi fournir un dossier qui comporte :

- Un certificat de constatation de grossesse (3mois)
- Un certificat d'examen prénatal (6eme mois)
- Un certificat d'examen prénatal (8eme mois)
- Un certificat d'accouchement
- Bulletin de naissance
- Un Certificat d'examen post natal
- Un certificat d'arrêt de travail de 98 jours
- Une attestation de travail et de salaire indiquant les salaires et journées travaillées.³⁰

Dans ce cas les frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites sont remboursés au taux de 100% des tarifs fixés par voie réglementaire.

1.4.3 Autres certificats :

1 Certificat médical d'arrêt de travail :

Définition : Ce certificat est un document médical qui sert à justifier l'incapacité du travailleur suite à une absence au travail. Il permet d'attester que le patient ne peut ou ne doit pas travailler pour des raisons médicales (maladies graves, accident de la voie public ...).³¹

³⁰ <https://www.formulairesdumonde.com> : Maternité , assurances, Procédures et dossiers, Algerie.

³¹ Lois sur l'assurance-chômage,art.28

Elle s'applique aux patients salariés, ainsi qu'aux patients exerçant une activité indépendante (assurance perte de revenu).

Ce certificat doit être remis au patient en personne par son médecin. Ce dernier doit établir le certificat dans la mesure du possible selon sa conscience et toute la diligence nécessaire, il doit être objectif.³²

Il est fortement recommandé d'en conserver une copie dans le dossier du patient.

Le contenu de certificat :

La rédaction de certificat médical d'arrêt de travail doit respecter le secret médical, il ne doit donc comporter que les informations et les données strictement nécessaires à son élaboration :

- L'identité du patient (nom, prénom)
- Sa date de naissance
- Le motif de l'arrêt de travail (notion de maladie ou accident)
- Le pourcentage de l'incapacité (partielle ou totale)
- La durée de l'arrêt de travail (début et fin de l'incapacité)
- La date de l'établissement du certificat
- La signature du médecin

Procédure de déclaration d'arrêt de travail en maladie en Algérie :

Le patient demandeur de l'assurance maladie pour arrêt de travail doit avoir la qualité d'assuré social et justifier d'une certaine durée de travail.

Tout d'abord il doit être examiné par le médecin qui lui délivre le certificat médical d'arrêt de travail, daté du jour de cet examen ou il doit préciser le motif et si l'employeur est autorisé à sortir et ses heures de sortie.

Il doit déclarer son arrêt de travail à la caisse dans les 48h suivants l'élaboration de certificat (le jour fixé pour l'arrêt de travail n'étant pas compris).

³² Perdrix J, Dominicé Dao M. Les consultations menant à l'établissement d'un arrêt de travail sont-elles des consultations comme les autres ? Rev Med Suisse 2008 ;4 :1892.

Durant son arrêt de travail le patient n'est pas autorisé de quitter son domicile or les heures définies par le médecin, il doit avoir l'autorisation de la caisse pour se déplacer dans un but thérapeutique ou autre.³³

2 Certificat médical de non contre-indication à la pratique de sport / d'aptitude à la pratique de sport :

Le certificat médical de non contre-indication à la pratique de sport est un document médical qui peut être rédigé par tout médecin docteur en médecine, il ne s'établit qu'après un examen minutieux de la personne concernée, il tient en compte l'état de santé du sportif et de ses ambitions de pratiques sportive. Au cours de cette visite médicale le médecin doit rechercher les contres indications à l'activité sportive et les facteurs incompatibles avec celle-ci, donner des conseils au sportif concernant la prévention des blessures, la nutrition, la récupération ... et enfin délivrer le certificat de non contre-indication à la pratique de sport obligatoire pour pouvoir participer aux compétitions sportives.³⁴

3 Certificat médical d'absence scolaire :

Les parents peuvent prévenir l'école par tout moyen sans obtenir de certificat médical lorsqu'un enfant est malades et donc absent de l'école. Le directeur ne peut pas demander de certificat médical, car sans le texte, l'autorité parentale prévaut. Uniquement dans le cas d'une maladie contagieuse, les parents doivent présenter un certificat médical à l'école confirmant que l'enfant peut continuer à suivre les cours, cette mesure est réservée à 11 pathologies seulement.³⁵

Il s'agit des maladies suivantes :

- La coqueluche
- Diphtérie
- Méningites à méningocoque
- Poliomyélite

³³ <https://www.aps.dz>

³⁴ Dalmat Y-M. Obtenir un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive , vol 30. November-December 2019, pages 4-5.

³⁵ Roure-Mariotti M.-C , Federico Roure V . 80 Certificats et formulaires administratifs médicaux(3^e édition) , Fiche n°2 – Absence scolaire 2007, Pages 24-26 ;

- Rougeole
- Oreillons
- Infection à streptocoques hémolytiques du groupe A
- Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes
- HIV ou Hépatite B
- Teignes
- Tuberculose respiratoire
- Pédiculose
- Dysenterie amibienne ou bacillaire
- Gale
- Syndrome grippal épidémique
- Hépatite A
- Impétigo
- Varicelle
- Brucellose³⁶

4 Certificat médical de bonne santé :

L'un des motifs de consultation les plus fréquents est la demande d'un certificat médical de bonne santé par les patients qui sont dans l'obligation de justifier leurs états de santé généralement pour compléter un dossier administratif.

Définition :

C'est un document médical établi à la demande du patient généralement pour déterminer s'il est suffisamment en bonne état de santé pour effectuer un effort, un travail ...

Dans le document doivent clairement figurer le nom le prénom et date de naissance du patient ainsi que la date de rédaction du certificat, le nom et la signature du médecin.

Il ne doit être rédigé qu'après une anamnèse minutieuse ainsi qu'un bon examen clinique adaptés à la situation du patient, le médecin dont sa responsabilité est engagée doit s'assurer que le contenu du certificat est objectif et véridique.

³⁶ Pouillard J. Les certificats médicaux.UNAFORMEC .2005.pp 16

L'établissement d'un certificat de complaisance peut faire l'objet de sanctions.

5 Certificat de virginité :

Ce certificat est destiné généralement au notaire qui rédige le contrat de mariage, ce certificat médical constitue la preuve écrite de « virginité » pour l'épouse qui s'engage vers son mari à être « vierge » au moment du mariage. Une fois établie, il doit toujours être remis à l'intéressée en mains propres en toute intimité. Le médecin doit obligatoirement informer l'intéressée sur le résultat de son examen.

L'Examen de l'hymen consiste en une visualisation des organes génitaux externes de la femme ainsi que l'entrée du vagin dans le but de constater la présence ou l'absence d'une membrane fine à ce niveau « l'hymen ».

2 Le dossier médical

2.1 L'historique du dossier médical

Le dossier médical est la simple matérialisation d'un besoin du médecin qui craigne la trahison de sa mémoire, conserve les notes personnelles qui permette de ne rien oublier de l'histoire de son patient³⁷.

Les premiers dossiers des patients ont été écrits sur les colonnes des temples dans l'Égypte, la Grèce et la Rome antiques. Ainsi le papyrus découvert par Smith près de THEBES daté de 1700 avant Jésus Christ contenait la description structurée de 48 cas cliniques dont la qualité de description était à l'origine de la célébrité d'Hippocrate³⁸.

Au 9^{ème} siècle, époque à laquelle des médecins musulmans, tels que Rhazès Abu Bakr Mohammad Ibn Zakariya al Razi (865-925), Avicenne (930-1037) ou Avenzoar Abou Merwan Ibn Zuhr (1073-1162), créent la médecine clinique.

L'historique des cas intéressants est ainsi rédigé et conservé dans des registres tels que les « Observations de l'hôpital », auxquelles Rhazès fait allusion dans son ouvrage³⁹.

³⁷ Honnorat C. Apprentissage de l'exercice médical : Le Dossier Médical. Université de Rennes 1 - Faculté de Médecine. 14 novembre 2005

³⁸ Falcoff, H. Dossier médical en médecine générale. La revue du praticien, médecine générale, n° 404, 1997, p (71-8.)

³⁹ Moutel G. Évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins- soignants patients:

En France, le dossier médical rattaché à chaque patient n'apparaît qu'au 19^{ème} siècle lors de la création des hôpitaux modernes, il inclut des données médicales sociales et administratives⁴⁰.

Aux Etats-Unis, en 1931 un « médical record », enregistrement de qualité des données médicales dans les hôpitaux était considéré comme une exigence éthique⁴¹.

C'est à partir des années 1970 que le dossier médical a pris une place prépondérante dans la pratique quotidienne du médecin et ceci pour plusieurs raisons : dans une démarche d'amélioration de qualité des soins, de qualité des études dans la recherche clinique, et notamment dans le cadre de problèmes de responsabilité et de traçabilité suite à des contentieux entre patients et le corps médical⁴².

Aujourd'hui, le dossier médical apparaît comme un outil à facette multiples, défini plus par son utilisation que par ses propriétés intrinsèques.

2.2 Définition du dossier médical du patient

Les professeurs François KOHLER⁴³ et Eric TOUSSAINT⁴⁴ abordent le dossier médical sous l'angle d'une prise en charge harmonieuse et coordonnée des soins sans oublier l'aspect pédagogique de ce dernier (enseignement, recherche)

« C'est l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé par les différents professionnels qui en assurent la prise en charge.

approche historique, médicale, médicolegale et éthique. Faculté de médecine, Université Paris 5, 2004

⁴⁰ A LIEVRE (1), G MOUTEL (2). Le dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés). p (2)

p (2)

⁴¹ Rapport du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé, Rapport d'activité, le dossier de santé, 1999p (23)

⁴² A LIEVRE (1), G MOUTEL (2) .Dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés). p (2)

⁴³ François KOLER : Informatique médicale, CHRU Nancy, instigateur du premier DESS information médicale

⁴⁴ Eric TOUSSAINT : historien belge, président du Comité pour l'abolition de la dette du Tiers Monde, membre du Conseil international du Fond Social Mondial

C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge et c'est à partir de vues différentes des données qu'il contient que l'on élabore des bilans d'activité et des travaux de recherche. Enfin, les dossiers servent à l'enseignement »

« Le dossier du malade est la mémoire écrite de toutes les informations concernant un malade, constamment mises à jour, et dont l'utilisation est à la fois individuelle et collective »⁴⁵

Le dossier médical est un outil constitué de document (physique ou /et informatisé) qui retrace les épisodes de la maladie et du parcours de soin d'une personne.

Il est aujourd'hui considéré comme un outil capital d'exercice pour tout professionnel de santé⁴⁶. La documentation clinique que contient le dossier d'un patient comprend toute information liée aux soins prodigués à ce patient durant son séjour ou sa visite à l'hôpital. Elle est destinée à évaluer l'état de santé actuel du patient, ainsi qu'à aider à planifier les soins, à évaluer ceux qui sont prodigués et à en assurer la continuité. Elle doit absolument être exacte et complète⁴⁷.

⁴⁵ Francis F ROGER FRANCE : Centre d'informatique Médicale, Ecole de la Santé Publique Université Catholique de Louvain

⁴⁶ Comité éditorial pédagogique d'Université Médicale Virtuelle Francophone 2011-1012

⁴⁷ Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins Novembre 2006.p (6)

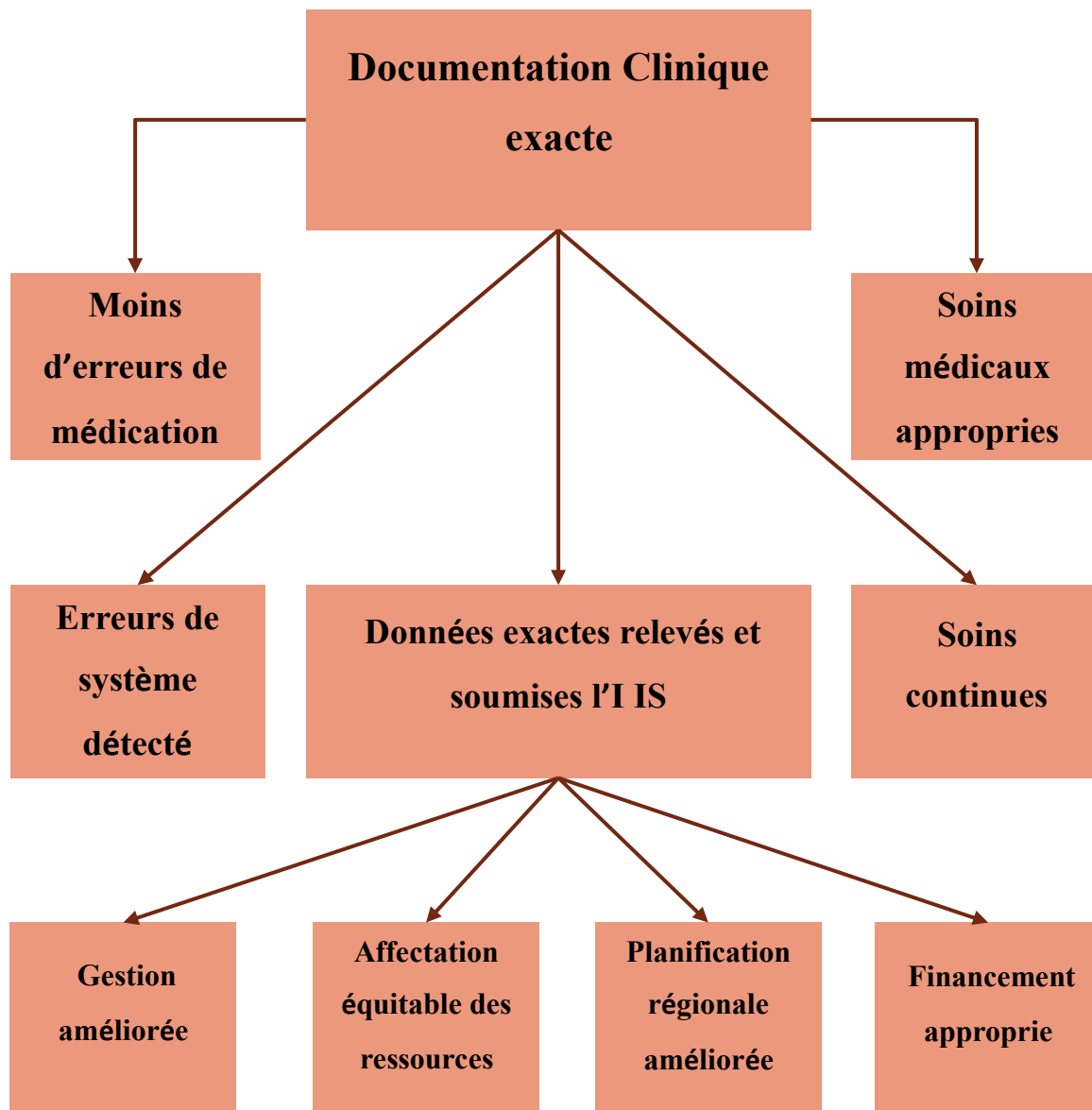


Figure 1 Diagramme d'incidence d'un dossier médical contenant des données complètes et précises sur les soins prodigués au patient et sur le secteur de soins de santé

Source : Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins Novembre 2006.p (6)

C'est au moment du premier contact du patient avec l'établissement de soins que le Dossier médical du patient était créé (consultation externe ou hospitalisation). Par la suite, Il s'enrichit des pas des interventions des professionnels rassemblés par le patient lors de son séjour à l'établissement de santé. Ainsi, le dossier est classé puis archivé.

Il est considéré comme étant la mémoire intégrale, écrite et constamment mise à jour, dans laquelle sont consignées toutes les informations nécessaires à la prise en charge et à la surveillance d'un patient donné.

Afin que chaque professionnel puisse accéder le plus rapidement possible au dossier médical du patient entrant dans l'établissement, le dossier doit être unifié et couplé à un système d'archivage permettant instantanément de connaître sa localisation.

Quel que soit le choix des professionnels, la structuration du dossier du patient est un préalable à la bonne utilisation des informations. Elle doit être organisée pour permettre la meilleure accessibilité possible du dossier en fonction de l'architecture des lieux et des spécificités de l'établissement.

C'est est un élément dynamique constitué pour être le support de l'ensemble des informations recueillies à l'occasion de la prise en charge du patient. Ses composantes administratives et soignantes intègrent des éléments communs et partagés.

Il regroupe des informations pertinentes ; c'est un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique. Les informations qu'il comporte favorisent la coordination de la prise en charge du patient au cours et à l'issue de son contact avec l'établissement de santé.

Afin que le dossier du patient soit un outil performant, la responsabilité des différents acteurs intervenant dans sa tenue doit être définie et connue au travers de la politique institutionnelle du dossier⁴⁸.

Dans un milieu hospitalier, le DMP est l'union des dossiers de tous les intervenants du système de soins de l'hôpital. A l'origine de chaque document se trouve un acte médical, dans le sens large du terme. Il peut s'agir de l'admission du patient, de la réalisation d'un examen, d'une consultation, d'un transfert d'un service à l'autre, etc.

Le contenu d'un DMP comprend les trois volets ⁴⁹ :

- Le dossier administratif ;
- Le dossier des professionnels de santé ;
- Le dossier de soins infirmier.

Ces trois parties principales du DP peuvent être créées lorsque le patient se présente à l'hôpital en cas d'urgence ou une consultation ou encore pour un séjour hospitalier.

⁴⁸ ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003p5 p (6 .7)

⁴⁹ EDLIRA ZAZANI. Informatisation du dossier patient aux Hospices-Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et aux Hôpitaux Universitaires de Genève : étude comparative. Juin 2003.P (8)

2.2.1 *Le dossier administratif :*

Pour tout patient pris en charge dans un établissement de soins, l'administration hospitalière doit constituer un dossier administratif qui alimente le dossier du patient avec tous les éléments permettant d'identifier le patient, (sa position administrative, sa couverture sociale, sa date d'entrée dans l'établissement et sa date de sortie.)⁵⁰

L'authenticité des informations administratives recueillies doit être garantie, et régulièrement tenues à jour. La qualité de l'information administrative, pré requis de la qualité de l'information médicale qui s'y rattache, doit être organisée comme une vigilance sanitaire avec un système de déclaration d'incidents (dossier non trouvé ou égaré, doublons constatés, etc.) et une cellule de correction de ces incidents.

Le dossier étant organisé autour du patient, un des rôles du dossier administratif est de fournir l'identification du patient à l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge et toutes les informations documentaires susceptibles de contribuer à cette prise en charge. Cette identification requiert d'être fiable et recueillie avec la plus grande précision possible à partir de documents administratifs officiels présentés par le patient tels que la carte d'identité, le passeport, la carte de séjour. La carte d'assuré social atteste seulement de la couverture sociale du patient.

L'identification administrative doit comporter, outre l'identification du patient et les éléments réglementaires, la profession et l'employeur éventuels, les coordonnées du médecin traitant. Une identification administrative standardisée et de qualité évite les doublons résultant de nouveaux recueils d'information susceptibles de générer des erreurs dans les services de soins ou médico- techniques. Elle permet la production d'étiquettes utilisables pour les demandes d'examen complémentaires. Les étiquettes avec code à barres sont un moyen qui aide l'archivage des dossiers.

2.2.2 *Le dossier des professionnels de santé :*

Le dossier du patient contient l'ensemble des informations produites par les professionnels de santé. Défini par FH Roger-France en 1981 comme : « ...une mémoire écrite des

⁵⁰ DAPHNE JAYET .institut supérieur d'électronique de paris .thèse professionnelle. communication du dossier medical.janvier 2010.p (8)

informations cliniques, biologiques, diagnostiques, et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelles et collectives, constamment mise à jour. »⁵¹

Il rassemble des informations de natures diverses ⁵²: des informations médicales antérieures à l'hospitalisation ou à la consultation actuelle (identité, anamnèse, allergies, antécédents, traitements, etc.), des informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie, des informations médicales produites au cours du séjour en établissement de santé (observations, comptes rendus d'examens, prescriptions, comptes rendus opératoires, anatomopathologie, feuilles de température, lettres de sortie, etc.), des informations relatives aux soins paramédicaux dispensés par les infirmiers et les autres professionnels de santé. Tout médecin hospitalier est concerné par la tenue de ce dossier, il doit y consigner toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion⁵³.

2.2.3 *Le dossier de soins infirmier :*

Il se définit comme « un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière »⁵⁴

Il est une composante essentielle du dossier du patient dont il fait partie intégrante. Il comporte le dossier de soins infirmiers ou à défaut les informations relatives aux soins infirmiers et les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé éventuellement organisées en « sous dossiers »

Les sages - femmes doivent également y porter la trace de leurs interventions, observations et traitements instaurés.

⁵¹ RAKIC J.M., HERMANS G. l'accès du patient au dossier médical. p (48)

⁵² Daphné JAYET .institut supérieur d'électronique de paris. Thèse professionnelle. Communication du dossier médical. Janvier 2010.p (8).

⁵³ ANAES / service évaluation des pratiques professionnelles / juin 2003

⁵⁴ ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003

De façon complémentaire au dossier médical, les professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, etc.) constituent un dossier, appelé dossier de soins paramédical, contenant la trace de leurs observations et actions de soins, assurant la continuité des soins et permettant l'évaluation de leur qualité.

Dès l'arrivée de la personne soignée, l'infirmière ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour.

L'infirmière, après chaque intervention : note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée ; note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale. L'infirmière, tout au long du séjour de la personne soignée : renseigne le dossier de soins infirmiers, elle veille à l'exactitude et au respect de la confidentialité des informations notées par elle -même, par les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico -psychologiques et les stagiaires du service infirmier.

Elle exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes les informations et observations écrites soient datées et signées.

L'infirmière, lors de la sortie de la personne soignée, établit par écrit une synthèse de la prise en charge infirmière du patient et renseigne la fiche de liaison infirmière⁵⁵.

2.3 Législation algérienne et la tenue du dossier médical du patient

2.3.1 *La tenue du dossier médical*

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations, il comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification. Les responsabilités des différents intervenants (infirmier(ère)s, praticiens, internes, secrétaires médicales, étudiants hospitaliers, autres intervenants) sur la tenue du dossier du patient doivent être établies par écrit. Les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportent le nom et la signature du praticien. Le dossier du patient est organisé et classé.

⁵⁵ ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003

En Algérie, il n'existe pas une loi précise sur la tenue du dossier médical patient, c'est à dire qu'il n'y a pas une réglementation spécifique à sa tenue. Elle est de façon sommaire, pas de façon stricte ou pointue. Elle n'obéit qu'à la même règle générale de l'avant-projet de loi sanitaire :

Les règles particulières à l'exercice des professions de santé⁵⁶ L'article 339 : tout médecin, tous chirurgien-dentiste ainsi que tous autre membre des professions de santé doit :

- Tenir les dossiers médicaux de ses patients, conformément à la réglementation

En vigueur,

- Inscrire les soins médicaux dispensés sur le carnet de santé des patients ;
- Signaler, par écrit, à l'autorité sanitaire compétente, tout cas avéré ou suspect d'une maladie figurant sur la liste des maladies à déclarations obligatoire.

2.3.2 *Le contenu du dossier médical :*

La tenue obligatoire d'un dossier médical s'accompagne nécessairement d'une obligation de contenu. Le contenu obligatoire du dossier médical ne peut être arrêté définitivement qu'après consultation des représentants des professionnels de la santé et des représentants des intérêts des patients. Sur base des instruments juridiques analysés (législations en vigueur ou en projet, codes de déontologie, normes internationales), une liste des données minimales peut cependant être proposée. A titre indicatif, on suggère que le dossier médical contienne au minimum les éléments suivants : les données d'identification (nom, prénoms, date de naissance, adresse, sexe, profession); la date, le diagnostic et le traitement mis en œuvre pour chaque consultation ou visite; la date et les résultats des examens médicaux (radiographies, radiophotographies, protocoles d'examens radiologiques et d'analyses biologiques, échographies, scanners); la date et la nature des vaccinations et des revaccinations (indication des genres de tests effectués, des réactions et des résultats éventuels); toute information utile et nécessaire à poser et à compléter le diagnostic ou à suivre ou poursuivre le traitement les données d'urgence connues du médecin de (par exemple, allergie à tel médicament, tendance épileptique, etc.).

⁵⁶ L'avant projet de la loi sanitaire.

Au plan juridique, la question du contenu du dossier médical renvoie principalement, d'une part, aux problèmes liés au droit d'accès aux données et, d'autre part, aux questions relatives à la protection de la vie privée⁵⁷.

Le contenu du dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfico- risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif. Il comporte, après sa sortie, les conclusions du séjour et les éventuelles modalités de suivi. Le médecin désigné par le patient est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

En Algérie, Le contenu du dossier médical n'est pas régi par des lois. C'est les médecins qui décident sur son élaboration.

Le dossier médical du patient comporte des pièces standards pour tous les services de l'hôpital établis à chaque patient, par la suite chaque service contient des fiches spécifiques selon la spécialité.

- Le dossier de malade (voir l'annexe 1)
- La demande d'hospitalisation (voir l'annexe 2)
- Le bulletin d'admission (voir l'annexe 3)
- La fiche d'observation (voir l'annexe 4)
- Le résumé clinique de sortie (voir l'annexe 5)
- Le résumé standard de sortie (voir l'annexe 6)
- La fiche navette (voir l'annexe 7)

2.3.3 Accès au dossier médical du patient :

L'accès du patient à son dossier médical permet de lui fournir une information éclairée de son état et de sa prise en charge. Par conséquent l'intérêt est double, pour le professionnel et le patient⁵⁸.

L'intérêt pour les professionnels de santé, c'est un moyen permettant le suivi au long cours, une approche globale et la synthèse de toutes les pathologies retrouvées chez le patient et enfin, la transmission des données aux divers intervenants dans le cadre de la continuité

⁵⁷ Droit de la consommation. Dossier médical et droits du patient .P (4)

⁵⁸ Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. 2011-1012 p(7)

des soins. Également, la traçabilité exigée dans le dossier favorise la mise en place des actions préventives et éducatives concernant le patient et elle simplifie la gestion du patient dans le système de santé.

L'intérêt pour le patient, toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

La consultation du dossier a également une valeur éducative pour le patient : elle peut lui permettre de disposer des informations dont il a besoin pour suivre l'évolution de son état de santé et en tirer des conclusions⁵⁹.

En Algérie, l'accès au dossier médical est seulement cité dans l'avant-projet de la loi sanitaire⁶⁰

Article 36 : Toute personne doit, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité, être informée sur son état de santé, des soins qu'elle nécessite et des risques qu'elle encourt. Les droits des mineurs et des majeurs sous tutelle mentionnés au présent chapitre sont exercés, selon les cas, par les parents ou par les tuteurs.

2.3.4 *Le secret médical :*

Le droit à l'information est un principe universel reconnu par toutes les réglementations à travers le monde. De plus, la communication des éléments du dossier médical est un élément principal assurant la continuité de soins, rôle principal du dossier du patient. Cependant, l'accès et la communication de l'information médicale sont soumis à différentes règles légales et déontologiques visant toutes à protéger le secret professionnel. Celui-ci couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans

⁵⁹ *DROIT DE LA CONSOMMATION* Dossier médical et droits du patient. P(7)

⁶⁰ L'avant projet de la loi sanitaire

l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. Il s'impose à toute personne ayant accès à l'information médicale qu'il intervienne directement ou non dans les soins⁶¹.

Le secret médical est une règle fondamentale. Il est ancré dans la pratique médicale depuis ses origines, auquel s'engage tout jeune médecin lorsqu'il prête le serment d'Hippocrate « *Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions* » Les fondements actuels du secret médical sont régis par le Code de la santé publique, le Code pénal et, bien sûr, le Code de déontologie. Un praticien qui faillit à ces règles est passible de sanctions⁶².

En Algérie Le secret professionnel est régi dans le code de déontologie médical décret exécutif 2 N : 92-276 du juillet 1992 paragraphe Article 36 : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade et de la collectivité, s'impose à tout médecin et chirurgien-dentiste sauf lorsque la loi en dispose autrement.

Art 37 : Le secret professionnel couvre tout ce que le médecin, chirurgien-dentiste a vu, entendu, compris ou lui a été confié dans l'exercice de sa profession.

Art 38 : Le médecin, le chirurgien-dentiste veillera à faire respecter par les auxiliaires, les impératifs du secret professionnel.

Art 39 : Le médecin, le chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques et documents qu'il détient concernant ses malades.

Art 40 : Quand le médecin, le chirurgien-dentiste se sert de ses dossiers médicaux pour des publications scientifiques, il doit veiller à ce que l'identification du malade ne soit pas possible.

Art 41 : Le secret médical n'est pas aboli par le décès du malade, sauf pour faire valoir ses droits.

⁶¹ ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003.

⁶² ISABELLE COLOMBET. Informatisation et confidentialité : l'expérience de l'hôpital européen georges pompidou. Tome 55. Centre Laennec. 2007

2.4 L'archivage du dossier médical du patient

L'archivage du dossier du patient répond aujourd'hui à une triple finalité :

Le suivi médical des usagers c'est-à-dire la traçabilité des actes médicaux et des soins prescrits, pour assurer la continuité des soins au patient et une communication aisée entre les différents acteurs qui interviennent auprès du malade ; un intérêt médico- légal en conservant des documents définis par la réglementation. Ces documents vont constituer une preuve utilisable en cas d'introduction d'une action en justice, particulièrement dans le domaine de la responsabilité médicale. En fin un intérêt médico- économique, et la production de Statistiques médicales.

Le dossier archivé autorisant le cas échéant des recherches et des études à partir de cas définis préalablement ou non. Cette finalité ne peut être atteinte que si l'accessibilité aux documents archivés est assurée⁶³.

Les dossiers médicaux doivent être conservés pour une durée de 20 ans minimum à compter du dernier passage dans l'établissement et/ou dernière consultation. Sauf Les personnes décédées : Les dossiers sont conservés pour une durée de dix ans après la date du décès. Les durées spécifiques : 30 ans, pour les dossiers constitués lors d'assistance médicale à la procréation, 40 ans, pour les dossiers transfusionnels, 70 ans, pour les dossiers concernent la neurologie, stomatologie et les maladies chroniques, Indéfiniment, les dossiers d'affection de nature héréditaire susceptible d'avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur les descendants⁶⁴.

Le dossier du patient doit être trié avant son archivage ; il ne doit contenir que les documents nécessaires et utiles au suivi ultérieur du patient et ceux que la réglementation impose de conserver. En fin de séjour, seul le praticien qui a eu en charge le patient est légitime pour opérer un tri dans son ou ses dossiers c'est-à-dire il restitue au patient les documents qu'il a apportés ou qui lui appartiennent ; il élimine toutes les informations, médicales ou non, qui ne sont pas utiles au suivi du patient ou que la législation n'impose pas de conserver. C'est le cas des résultats biologiques bruts correspondant à de la biologie

⁶³ Syndicat National des Médecins de PMI. Informatisation des dossiers médicaux en PMI, les enjeux, les questions, les propositions et les demandes des professionnels. - Mars 2016.p (2)

⁶⁴ ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003

d'adaptation thérapeutique qui peuvent être remplacés par une synthèse de la biologie produite au cours du séjour ; il détruit les doubles voire les triples exemplaires d'une même information et les feuilles vierges d'informations qui n'auraient aucune valeur ; une fiche d'observation médicale vierge représente une information importante.

En aucun cas, le dossier ne doit quitter l'établissement, hors d'une situation d'archivage organisée qui permette l'identification et le rapatriement du dossier, si nécessaire, dans des conditions assurant la continuité normale des soins.

En Algérie le dossier médical doit être archivé pour une durée indéterminée, il obéit à la même règle générale que celle du système de santé.

3 L'ORDONNANCE

3.1 Introduction

Le mot ordonnance apparaît au XII siècle. Il est initialement utilisé pour désigner les textes législatifs émanant du roi. Ensuite son emploi s'est généralisé aux décisions policières, judiciaire et enfin médical.

C'est un document légal, rédigé et signé par un prescripteur autorisé remis au malade pour son traitement après consultation, contenant une prescription médicale, ordonnée par le médecin au destinataire qu'il soit : malade, pharmacien, confrère ou une caisse de sécurité sociale. Elle pourra comprendre soit une prescription médicale, soit une demande d'examens complémentaires, mais aussi des conseils hygiéno-diététiques.⁶⁵

3.2 La prescription

Du latin prescription qui veut dire écrire en tête est au XVI siècle un ordre expressément formulé et ce n'est que vers 1750 qu'il est couramment utilisé pour désigner les recommandation qu'un médecin peut faire à son malade verbalement ou par écrit.

La prescription est un acte qui consiste à prescrire un traitement sur une ordonnance et qui est régit par le code de la sécurité sociale, le code de la santé publique et le code de

⁶⁵ (Laviolle septembre 2008)

déontologie. Cet acte est affecté par plusieurs risques dont, les erreurs médicamenteuses.⁶⁶

Selon l'article 3 du titre V de la Loi n° 08-13 du 17 Rajab 1429 correspondant au 20 juillet 2008 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

« Art. 169 On entend par produits pharmaceutiques, au sens de la présente loi :

- Médicaments
- Réactifs biologiques
- Produits chimiques officinaux
- Produits galéniques
- Objets de pansement
- Radionucléide qui est l'isotope radioactif
- Trousse qui est toute préparation issue de la reconstitution ou de la combinaison avec des radionucléides dans le produit pharmaceutique final
- Précurseur qui est tout radionucléide permettant le marquage radioactif d'une autre substance avant administration à l'homme
- Tous autres produits nécessaires à la médecine humaine »⁶⁷

3.2.1 La capacité à la prescription

Selon la loi parue au JO du 29/11/09 Art. 3 : Les produits pharmaceutiques (médicaments et autres PP remboursables conformément à la réglementation en vigueur pris en charge) sont ceux prescrits par :

- Médecin dans la limite de leurs compétences
- Chirurgien-dentiste
- Sage-femme ⁶⁸

3.2.2 Les principes de prescription

⁶⁶ (fabre 1963)

⁶⁷ (code de déontologie algérien n.d.)

⁶⁸ (code de déontologie algérien n.d.)

Les dispositions applicables à la rédaction d'une ordonnance résultent de dispositions générales d'ordre déontologique, de dispositions relatives à la prise en charge par les organismes d'Assurance maladie, et de textes particuliers applicables à certaines catégories de médicaments.

Le code de déontologie médicale fixe les grands principes applicables en matière de prescription médicale.

Trois principes fondamentaux ressortent de ces dispositions :

1 La liberté de la prescription

Le médecin est libre de ses prescriptions dans les limites fixées par la loi. Ses prescriptions doivent être celles qu'il estime le plus appropriées compte tenu des circonstances et de l'intérêt du malade.

Toutefois, la liberté de prescription en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est encadrée.

La prescription en dehors des indications thérapeutiques de l'AMM est possible dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) ou, en l'absence de RTU, s'il n'existe pas d'alternative thérapeutique et que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

2 La qualité de la prescription

La prescription doit être fondée sur les données acquises de la science et éloignée de tout charlatanisme. Les connaissances du prescripteur doivent être actualisées (obligation de développement professionnel continu). Les prescriptions doivent être rédigées avec clarté. Le médecin doit veiller à leur compréhension par le patient ou son entourage. Il doit rechercher leur bonne exécution.

3 Le principe d'économie

Le médecin doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins et observer, dans ses actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ⁶⁹

3.2.3 Classification réglementaire des médicaments :

1 Les médicaments d'automédication :

Disponibles sans ordonnance. Exemples : Paracétamol, Antitussifs...

Il existe deux catégories :

- Médicaments conseils
- Médicaments « grand public »

Les médicaments hors automédication sont classés en 3 catégories

2 Liste I (ex tableau A) : Substances vénéneuses

Médicaments à principes actifs classés comme substances vénéneuses à risque élevé

Cadre rouge

Exemple de médicaments :

- Antibiotiques
- Psychotropes
- Antihypertenseurs
- Mélange de 2 PA des 2 listes...

3 Liste II (ex tableau C) : Substances vénéneuses

Médicaments présentant pour la santé, des risques directs ou indirects.

Cadre vert

Exemples de médicaments :

- Diurétiques
- Dompéridone

⁶⁹ (vidal n.d.)

4 Liste des stupéfiants (ex tableau B)

Substances créant une dépendance physique et psychique avec des risques de toxicomanies avec tolérance et accoutumance

Cadre rouge

- Médicaments utilisés à des fins thérapeutiques : Morphine...
- Médicaments utilisés par abus pour des raisons non thérapeutiques
- Médicaments utilisés pour leurs dérivés toxicomanogènes avec un détournement d'indication (codéine)

5 Médicaments particuliers

3.2.3.5.1 Médicaments bénéficiant d'une ATU

Indispensables à la prise en charge de maladies graves sans alternative thérapeutique, en milieu hospitalier, peuvent être disponibles à titre provisoire (avant l'AMM) grâce à une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU). Cette ATU est nominative concernant un patient donné.

3.2.3.5.2 Médicaments à prescription restreinte

- Médicaments réservés à l'usage hospitalier.
- Médicaments à prescription initiale hospitalière.
- Médicaments à prescription hospitalière.

3.2.3.5.3 Médicaments réservés à l'usage hospitalier

Le médicament ne peut être utilisé qu'à l'hôpital. La prescription ne peut être que le fait d'un médecin hospitalier et la délivrance d'un pharmacien hospitalier : médicaments nouveaux, difficiles à administrer ou à surveiller, comportant des risques de mésusage et surtout utilisés uniquement dans des pathologies traitées à l'hôpital : Anesthésiques généraux.

3.2.3.5.4 Médicaments nécessitant une surveillance particulière

La prescription et son renouvellement sont subordonnés à la réalisation d'exams périodiques, dont la nature et la fréquence sont précisées (en raison d'une toxicité particulière comme la Clozapine, les anticancéreux).

3.2.3.5.5 Médicaments nécessitant une compétence particulière

La prescription de certains médicaments et/ou son renouvellement, peut être réservée à une catégorie particulière de praticiens qualifiés (spécialistes hospitaliers et/ou libéraux), en raison des risques de mésusage ou de la technicité de leur emploi.⁷⁰

3.2.4 *Différents types de prescription*

1 Prescription ville :

- Prescriptions de médicaments hors psychotropes et stupéfiants
- Prescriptions de psychotropes
- Prescriptions de stupéfiants
- Prescription de produits de spécialité

2 Prescription hôpital :

- Prescriptions hors stupéfiants
- Prescription stupéfiante
- Prescription pour ATU

3.2.5 *Règles de prescription :*

1 Ville

3.2.5.1.1 Prescriptions de médicaments hors psychotropes et stupéfiants

- Coordonnées du prescripteur
 - Nom et prénom
 - Qualité du prescripteur
 - N° ordre métier
- Identité du patient
 - Nom et prénom
 - Sexe
 - Âge
 - Poids, s'il s'agit d'un enfant
- Médicaments
 - Nom en DCI et/ou commerciale

⁷⁰ (Laviolle septembre 2008)

- Posologie en chiffres : Si le prescripteur souhaite dépasser les conditions inscrites aux RCP, il appose la mention « je dis bien... »
- Mode et condition d'administration
- Durée du traitement et/ou quantité du traitement
- Validation de la prescription
 - Date de la prescription
 - Cachet du prescripteur avec ces identifiants
 - Cachet de service si c'est une prescription d'un établissement de santé publique
 - Signature du prescripteur
 - Validation de la dispensation par le pharmacien
 - Quantité de boîte de médicament délivré e avec le prix en DA
 - Prix total de la prescription
 - Cachet du pharmacien et sa signature
 - Si prescription délivrée en partie, garder une copie de l'ordonnance et rendre l'originale au patient avec une mention « dispensé » en cachet mouillé

3.2.5.1.2 Prescriptions de psychotropes

- Règles identiques aux prescriptions citées ci-dessus
- Règles supplémentaires (en théorie ; en pratique uniquement ordonnance)

3.2.5.1.3 Prescription de stupéfiants

Un **arrêté du 29/06/13 fixe** les modalités de prescription des médicaments contenant des substances classées comme stupéfiants

Art. 2 Toute prescription de médicaments contenant des substances classées comme stupéfiants ou soumis à la législation et la réglementation des stupéfiants doit être rédigée sur ordonnance extraite d'un carnet à souches. Le carnet à souches est établi selon le modèle figurant en annexe I du présent arrêté.

Art. 3 Les médicaments contenant des substances classées comme stupéfiants ne peuvent être prescrits que par les médecins, dans les limites de leur domaine d'activités remplissant les conditions définies à l'article 197 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifié et complété, susvisée

Art. 4 Le médecin prescripteur de l'ordonnance des médicaments contenant des substances classées comme stupéfiants, doit indiquer en toutes lettres lisibles ce qui suit :

- L'identification de l'établissement de santé public ou privé auquel appartient le médecin prescripteur.
- L'identification du prescripteur avec l'intitulé précis de sa fonction, le numéro d'inscription à la section ordinale des médecins.
- L'identification précise du malade : le nom, le prénom, le sexe, l'âge, le cas échéant, la taille et le poids
- L'identification du ou des médicament(s).
- La formule détaillée, le nombre d'unités ou le volume s'il s'agit d'une préparation magistrale.
- La forme pharmaceutique, le dosage, la posologie, la durée du traitement et la voie d'administration
- Le nombre d'unités thérapeutiques par prise⁷¹
- Le nombre de prises
- Le dosage, les doses ou les concentrations de substances, s'il s'agit de spécialités pharmaceutiques. « Il est interdit de prescrire et de délivrer des substances classées comme stupéfiants lorsqu'elles ne sont pas contenues dans une spécialité pharmaceutique ou une préparation magistrale »

3.2.5.1.4 Prescriptions de médicaments de spécialité :

Sont des produits soumis aux conditions de prescription par des spécialistes (au 28/08/2016) exemple :

- Clopidogrel
- ADT
- Isotertinoïne

2 Hôpital

3.2.5.2.1 Prescription de médicaments liste I et II

⁷¹ (code de déontologie algérien n.d.)

- Identique que pour la ville avec les mêmes règles pour l'ensemble des médicaments hors stupéfiants
- Détention des psychotropes dans une armoire à clés
- Rajouter le numéro de billet de salle du patient (obtenu à l'admission)

3.2.5.2.2 *Prescription des stupéfiants*

L'arrêté du 29/06/13 est applicable au CHU car la majorité des morphiniques sont des produits à usage hospitalier (hors buprénorphine TEMGESIC)

3.2.5.2.3 *Prescription des produits à statut particulier (ATU : Autorisation Temporaire d'utilisation)*

C'est une demande de produits spécifiques qui n'ont pas encore d'AMM en Algérie accompagnée d'une prescription classique à adresser au ministère de la santé.⁷²

3.3 Présentation de l'ordonnance

Il est indispensable qu'une ordonnance médicale soit :

- Présentable : sur papier propre et non froissé.
- Claire : comprenant le nom du médicament (en majuscules de préférence), sa présentation (ampoules, comprimés...) et enfin sa posologie.
- Lisible : le malade doit pouvoir lire et comprendre sans peine les instructions qui lui sont destinées. Cela permettra au pharmacien d'éviter des erreurs et des confusions entre noms médicamenteux qui se ressemblent.
- Le prescripteur peut rédiger l'ordonnance manuellement ou par micro-ordinateur

La prescription d'une ordonnance comprendra des mentions obligatoires et des mentions facultatives souhaitables.

3.3.1 *Mentions obligatoires :*

- Identification de l'établissement, de l'unité de soin
- Identification du médecin : nom, adresse, numéro de téléphone, date de
- Prescription et la signature du médecin prescripteur.
- Identification du malade : nom, prénom, âge, sexe et poids dans certains cas.

⁷² (Laviolle septembre 2008)

- DCI, forme galénique, dosage, posologie, mode d'administration

Dans la prescription, le fractionnement dans la journée sera indiqué préférentiellement de la manière suivante :

Exemple : 2 CP matin, midi et soir au lieu de : 2 CP x 3/j et de : 6cp en 3 fois.

Le dépassement des doses du Codex (Vidal) est possible à condition de débiter la prescription par « je dis ».

3.3.2 Mentions facultatives

- Titres universitaires ou hospitaliers du prescripteur

L'ordonnance ne porte pas uniquement sur la prescription de médicaments. En effet, l'ordonnance peut également prescrire :

- Des examens complémentaires
- Des dispositifs médicaux
- Des règles hygiéno-diététiques
- Des soins paramédicaux.⁷³

3.4 Aspects médico-légaux

L'ordonnance médicale a pour finalité la prescription de médicaments nécessaires au patient qui seront ensuite délivrés par la pharmacie d'officine.

La responsabilité du médecin peut être engagée en cas d'effets indésirables ou d'accidents médicamenteux suite à des erreurs d'indication ou de posologie ou de rédaction.

Les accidents allergiques font partie de l'aléa médical (responsabilité sans faute) mais la responsabilité du médecin peut être engagée en cas de défaut de prudence (absence de précaution face à une notion d'allergie antérieure, aucune tentative de secours du malade développant un accident anaphylactique ...).

Le pharmacien peut refuser de délivrer des médicaments quand une ordonnance est illisible ou la prescription est incorrecte. Il doit dans ce cas appeler le médecin prescripteur. Il peut substituer un médicament à un autre de même constitution (principe actif) en cas

⁷³ (Laviolle septembre 2008)

de nécessité (rupture de stock) mais il ne peut modifier la prescription qui reste un acte médical.

Les prescriptions de complaisance en vue de remboursement abusif et de trafic de produits détournés de leur usage (toxicomanie) mettent en jeu la responsabilité du médecin.

• Plusieurs principes régissent la rédaction de l'ordonnance (**Articles 174, 175, 176, 179 et 180 de la nouvelle loi de santé algérienne**)

1. Le praticien est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime appropriées en la circonstance. Cette liberté est tempérée par deux impératifs :
 - Le principe du moindre coût.
 - L'absence de risque injustifié sur la santé du malade du fait de la prescription (Art 11 du code de déontologie médicale algérienne).
2. Le praticien ne doit pas formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses compétences et ses possibilités (Art 16 du code de déontologie médicale algérienne).
3. Le praticien doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Il doit veiller à la bonne compréhension des prescriptions par le malade ou par son entourage. Il doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement (Art 47 du code de déontologie médicale algérienne).
4. Ainsi toute ordonnance comportant une prescription de médicaments doit être rédigée après examen du malade et doit comporter :
 - Le nom, l'adresse professionnelle et la qualité du médecin prescripteur, la date de sa rédaction et la signature du médecin prescripteur. Le nom, le prénom, l'âge du malade et le poids ainsi que la taille s'il s'agit d'un enfant.
 - La dénomination et la mention de la forme galénique du médicament (gélule, injection, comprimé, goutte)
 - La posologie et la durée du traitement doivent être indiquées clairement.
 - Si la durée du traitement est supérieure à un mois, le médecin traitant doit mentionner le nombre de renouvellements nécessaires.
 - Toute prescription, certificat, attestation ou document établi par un médecin doit être rédigé lisiblement et permettre l'identification du signataire et

comporter la date et la signature du médecin (Art 56 du code de déontologie médicale algérienne).

- La prescription de médicaments s'accompagne aussi de toutes les explications orales nécessaires au malade.
- Pour les prescriptions non médicamenteuses destinées aux laboratoires de biologie médicale, aux auxiliaires médicaux, le médecin utilisera des feuilles distinctes.
- Pour les soins infirmiers la nature de l'acte doit être expliquée ainsi que sa durée.

5. La prescription des substances vénéneuses (stupéfiants, psychotropes, les substances inscrites sur la liste I et la liste II des substances, préparations et produits

Présentant des risques pour la santé) répond à une législation spécifique (**Art 244 et 245 de la nouvelle loi sanitaire algérienne**)

Les médicaments qui contiennent des substances vénéneuses sont délivrés par les pharmacies sur prescription médicale et sont classées en trois tableaux :

- Tableau A : produits toxiques ; sont ceux qui présentent une forte toxicité à une faible dose tel que l'arsenic, le mercure, la nicotine
- Tableau B : produits stupéfiants, comprenant ceux dont l'usage peut engendrer une accoutumance pouvant conduire à une dépendance physique ou psychique et donc à une toxicomanie
- Tableau C : produits dangereux comprenant des substances relativement toxiques dont la manipulation peut être dangereuse et dont l'emploi sans surveillance médicale pourrait devenir néfaste.⁷⁴

4 Conséquence et implications

La tâche d'un médecin n'est pas seulement ses techniques cliniques et thérapeutiques spécialisées. Elle dépasse le cadre du symposium classique médecin-patient unique pour prendre une véritable dimension sociale, et les médecins se retrouvent de plus en plus

⁷⁴ (code de déontologie algérien n.d.)

populaires auprès de la société. Cela l'oblige à s'engager à s'exprimer sur des faits médicaux dont les conséquences sociales, économiques, juridiques peuvent être très importantes.

Les médecins généralistes remplissent plusieurs documents en un mois de travail pour diverses organisations, presque toujours à la demande des patients, de plus, les patients ont droit à l'information. Ce praticien, parfois isolé, doit pouvoir répondre à ces demandes, ces sollicitations. Il semble donc évident que le médecin doit savoir ce qu'il doit et peut faire, quand et comment. Entrez également les conséquences de cela dans cette recette.

« La rédaction d'un certificat médical impose au médecin de prendre son temps en plus de peser les mots. Il devra de plus en garder un double et le conserver dans le dossier médical du patient. Ceci lui permettra d'éviter de réaliser des erreurs ou des contradictions s'il y a lieu de réaliser un nouveau certificat par la suite. »⁷⁵, Nous avons vu que les documents médicaux peuvent prendre plusieurs formes, et les règles de rédaction seront toujours les mêmes que ce que décrit le certificat médical : lisibilité, rigueur, exactitude, résultats médicaux clairs, etc. Le médecin ne doit pas oublier que l'acte qu'il écrit comporte plusieurs niveaux et est souvent confondu avec de l'ordinaire, alors qu'en fait, selon les situations, divers risques peuvent être identifiés et diverses responsabilités réservées. Les auteurs peuvent être tenus responsables dans plusieurs juridictions pour la même faute.

Concernant la responsabilité engagée par le médecin La rédaction d'un certificat comme expliqué précédemment, n'est pas sans conséquences pour ce médecin rédacteur. La rédaction de certificat médicale est de nature à engager les responsabilités pénale, civile et disciplinaire, soit en raison de son contenu, soit en raison de sa remise à un tiers qui n'est pas admis à en prendre légalement connaissance, Les termes utilisés doivent être choisis avec soin et expliqués car ils peuvent donner lieu à de mauvaises interprétations de la part du destinataire légal, puis de la structure lors de sa réception pour faire valoir un droit, le rédacteur, s'il ne respecte pas les conditions de rédaction et de remise du certificat ou s'il y fait figurer des informations erronées. Néanmoins, si cette inexactitude est intentionnelle, ce rédacteur du document mensonger est, outre la réparation du préjudice subi, passible de sanctions pénales.

⁷⁵- Sébastien Lakomski. Évaluation des connaissances des internes en médecine générale lorrains concernant la rédaction des certificats médicaux d'incapacité totale de travail. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932397, page24.

4.1 La responsabilité morale du médecin

Contrairement à d'autres aspects, la responsabilité morale n'est pas définie par les textes légaux, et ne peut pas être bien déterminée pour le médecin qui établit un certificat, puisqu'elle dépend principalement de sa conscience et de ses éthiques morales, dans le cadre des actions légalement et médicalement autorisées.

Cette responsabilité a été impliquée dans chaque mouvement technique de ce professionnel. Nul doute que le praticien oubliera. De même qu'il ne peut imaginer le patient comme une matière première inerte, il façonnera comme certains métiers. Il travaille pour les gens, mais aussi avec les gens, et de cette interaction naît l'atmosphère privilégiée de la relation médecin-patient ou « la rencontre de la confiance et de la conscience ». Ainsi, face à sa propre conscience, la responsabilité morale reste l'affaire de tous.

4.2 La responsabilité socio-économique du médecin

La responsabilité du médecin s'impose de plus en plus à lui. Elle découle de son rôle de prescripteur des dépenses médicales (examens paracliniques, soins paramédicaux, médicaments et traitements de différentes sortes...). L'Article 11 du code des Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes

Paragraphe I s'y réfère en promulguant le texte de l'article qui dit :« *Le médecin, le chirurgien-dentiste sont libres de leurs prescriptions qu'ils estiment les plus appropriées en la circonstance. Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins et sans négliger leur devoir d'assistance morale, ils doivent limiter leurs prescriptions et leurs actes à ce qui est nécessaire.* »⁷⁶

« Le système de Sécurité Sociale Algérien comprend l'ensemble des branches prévues par les systèmes modernes de sécurité sociale, soit les neuf branches énumérées par la convention n°102 de l'Organisation Internationale du Travail (l'OIT) à savoir :

- L'assurance maladie.
- L'assurance maternité.

⁷⁶ - Décret exécutif n° 92-276 du 06 Juillet 1992, JO N° 52 du 08 Juillet 1992, Page 1160.

- L'assurance invalidité.
- L'assurance décès.
- Les accidents du travail.
- Les maladies professionnelles.
- L'assurance chômage.
- La retraite.
- Les prestations familiales. »⁷⁷

Ce système de sécurité sociale verse des prestations à ses affiliés (concernant les cotisations en espèces versées) en espèces (indemnités journalières, pension d'accident du travail, etc.) ou en nature (remboursement unique des frais médicaux et médicaux, etc.). Ces prestations ne seront versées à l'assuré que si elles sont documentées. De nombreux formulaires doivent être remplis par un médecin afin d'obtenir des prestations pour ses patients. D'autres régimes suivent souvent ces modèles ou les utilisent. Par conséquent, le formulaire de sécurité sociale est inclus dans le dossier. Les documents à remplir sont de plus en plus des formulaires. La difficulté est qu'il faut savoir les remplir correctement, prendre son temps et utiliser le texte. Le certificat médical peut-être, suivant sa teneur, un acte médical individuel de prévention ou de diagnostic. Dès lors, il engage la responsabilité de son auteur en cas de faute. Il peut ainsi être amené à réparer le préjudice subi par la personne concernée par le certificat ou, éventuellement, par le tiers à qui il a été remis.

4.3 La responsabilité juridique du médecin

Le Conseil national des médecins a relevé que près de 20 % des plaintes déposées auprès du bureau disciplinaire de première instance remettaient en cause les certificats médicaux.

L'importance pratique des certificats médicaux en droit est primordiale ; de nombreux textes explicitent ou imposent la production de certificats médicaux : droit du travail, droit de la sécurité sociale, droit civil, code procédures pénales... certaines administrations, par conséquent l'établissement et la délivrance de certificats exposent les médecins à **responsabilités spéciales représentées légalement par ce document.**

⁷⁷ - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, <https://www.mtess.gov.dz/fr/politique-nationale-et-legislation-de-la-securite-sociale/>

« L'engagement de la responsabilité civile et/ou pénale du médecin à raison de la rédaction d'un certificat médical n'est pas exclusive de la mise en cause de sa responsabilité professionnelle, dès lors que la délivrance d'un certificat irrégulier ou illégal constitue également, à un titre ou à un autre, la violation d'une règle déontologique.

Ainsi : Le médecin auteur d'un certificat médical illégal peut donc faire l'objet simultanément ou successivement de trois procédures juridictionnelles, distinctes et autonomes. »⁷⁸

4.3.1 *La responsabilité civile du médecin :*

Le code civil algérien, dans son 3eme chapitre de l'acte dommageable, en section I de la responsabilité de l'acte personnel annonce que, dans son **article 124** :« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à la réparer »⁷⁹

Le médecin peut être tenu civilement responsable : il est clair que si, dans le cas d'une de ces « fautes », un médecin cause un dommage à un patient, il peut être tenu civilement responsable et peut être condamné à lui verser des dommages-intérêts pour ce dommage.

La responsabilité du fait des choses réside son origine textuelle dans l'article 138 du code civil, cet article dispose que : « *Toute personne qui a la garde d'une chose et qui exerce sur elle un pouvoir d'usage, de direction et de contrôle, est présumée responsable et doit répondre du dommage qu'elle a occasionné. Le gardien de la chose est exonéré de cette responsabilité s'il administre la preuve que le dommage est dû à une cause qu'il ne pouvait normalement prévoir, tels le fait de la victime, le fait du tiers, le cas fortuit ou la force majeure.* »⁸⁰

Nous l'avons vu, un médecin commettrait une faute en rédigeant un certificat médical dans un domaine qui déborde ses compétences légalement définies. Il en serait de même s'il signait le document à la place d'un médecin ou d'un confrère.

⁷⁸ Dr Jean POUILLARD, les certificats médicaux, UNIFORMEC 2005, page10.

⁷⁹ Modifié par la loi n°05-10 du 20 juin 2005, JO n°44, page18.

⁸⁰ Revue Algérienne des Sciences Juridiques et Politiques, Vol :85., N° :03, Année 2021, page444.

"le médecin a vraiment dû s'opposer à ce qu'un autre praticien signe son acte. Il assumera également sa responsabilité en prouvant des faits non constatés personnellement. Par exemple, le juge a ainsi retenu la responsabilité d'un médecin généraliste qui, sans examiner la personne concernée, a prouvé que "sa santé est un danger pour elle-même et son entourage, nécessitant obligatoirement qu'elle soit placée en hôpital psychiatrique" De même, la responsabilité des sage-femmes peut être engagée si elles ne prescrivent pas les examens obligatoires lors du suivi de grossesse ou des examens post-partum. Laissez vides les deux lignes dédiées au test de Guthrie pour la rubéole ou pour les pédiatres ayant signé un carnet de santé néonatal. En fin de compte, si elle a fait une grave erreur de diagnostic sans le savoir, c'est la même chose.

Une fois condamné, les réparations sont inévitables Selon les règles habituelles de responsabilité Civile ou contractuelle en vertu de l'article 124 du Code civil. De même, les médecins hospitaliers assument la responsabilité de leur établissement sauf si la faute est réputée étrangère à la prestation. Il faut se rappeler que le fait d'être médecin exacerbe ses souffrances, encore plus dans sa pratique publique.⁸¹

4.3.2 La responsabilité pénale du médecin :

En droit pénal, assumer la responsabilité signifie commettre un crime spécifique (ainsi nommé en droit pénal) et encourir une peine correspondante. C'est une amende, ou une peine d'emprisonnement, ou les deux. Tout le monde est pénalement responsable. L'assurance ne peut pas être achetée pour payer des amendes, l'emprisonnement possible frappe le seul responsable. Par conséquent, en termes d'impact, la faute qui appartient au domaine pénal est la plus importante et ses conséquences. Même les suspicions (qui s'avèrent plus tard non fondés) peuvent détruire la personne.

1 Violation du secret médical :

La définition du secret professionnel médical est éthique et partagée uniquement avec le patient et qui il veut. Ce principe s'impose à tout médecin en Algérie et reste la propriété du patient qui peut s'en occuper. Garantir la confiance nécessaire à l'exercice de la profession médicale demeure essentiel. Dès lors, le secret professionnel s'impose aux

⁸¹ D. Epain, Certificats médicaux et urgence certificats de coups et blessures, EMC-Médecine 2 (2005), page 450-451.

médecins, et notamment lors de la rédaction d'un certificat médical, sa rédaction doit toujours être prise en compte. En raison de ce devoir de diligence, les médecins doivent être prudents, peser les termes du certificat, afin de ne pas révéler quelque chose d'inutile ou même de nuisible. Les sanctions pour de telles infractions sont mentionnées à l'article 301 comme suit :

Art. 301. (Modifié) - Les médecins, chirurgiens, pharmaciens, sage-femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions permanentes ou temporaires, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, ont révélé ces secrets, sont punis d'un emprisonnement d'un (1) à six (6) mois et d'une amende de cinq cents (500) à cinq mille (5.000) DA. Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues à l'alinéa précédent ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles sont déliées du secret professionnel et doivent fournir leur témoignage.⁸²

2 Le faux certificat et l'escroquerie :

Une attestation est un document remis par un médecin à un patient pour faire valoir ses droits ou admettre un arrêt de travail, des coups et blessures, un viol, Grossesse, etc. Lorsque ce document contient des informations médicales inexactes, la responsabilité du médecin rédacteur peut être engagée. Les certificats peuvent être qualifiés de faux.

« La corruption active ou passive d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession pour établir une attestation ou un certificat, faisant état de faits matériellement inexacts, est punie. »⁸³

La personne corrompue lorsqu'elle exerce un traitement médical ou de santé et falsifier l'existence d'une maladie, d'une infirmité, d'un état de grossesse ou même d'une cause de décès ou lié à la raison. En revanche, un faux certificat peut être considéré comme une escroquerie ou Complot en vue de frauder.

⁸² Modifié par la loi n° 82-04 du 13 février 1982 (JO n° 7, p.210).

⁸³ Y. Juillièrè, F. Claudot, AMC pratique, n°180, septembre 2009, page14.

L'article.226 de section V intitulée Faux commis dans certains documents administratifs et certificats ⁸⁴ ; précise que si un médecin délivre un faux certificat médical, énonce des faits matériellement inexacts, falsifie un certificat qui était initialement vrai ou délivre un certificat qui énonce des faits matériellement inexacts en raison de la corruption, il encourt une peine pouvant aller jusqu'à trois ans de prison.

3 L'obligation de rédaction d'un certificat :

Tout médecin peut être appelé à mener une constatation médico-légale sur réquisition des autorités judiciaires ou administratives. En cas d'urgence, une demande orale peut être faite, Mais en tout cas, cela est confirmé par écrit. Le médecin est obligé de l'accepter : il doit obéir à la réquisition, et seulement à la réquisition, sinon il sera condamné à une amende. Il ne peut se désister qu'en cas de force majeure (impossibilité physique, prise en charge d'urgences vitales, etc.), si la demande dépasse ses capacités, si le patient est un proche ou allié ou s'il est le médecin traitant de la personne contrôlée.

Des sanctions existent si la réquisition est refusée sans motif selon **l'article 236** du code pénal qui dicte : « Le refus de déférer aux réquisitions de l'autorité publique établies et notifiées dans les formes réglementaires, telles que prévues à l'article 210 de la présente loi, est puni conformément aux dispositions de l'article 422 ter du code pénal. »⁸⁵

D'autres textes répriment l'omission ou le refus par un médecin d'un certificat médical exigé par la loi, comme expliqué sur l'article 422 du code pénal:- « Quiconque aura sciemment fait des moyens de l'un des organismes visés à l'article 119, un usage contraire à l'intérêt de celui-ci, à des fins personnelles ou dans l'intérêt d'un tiers, Est puni d'un emprisonnement de deux (2) mois à six (6) mois et d'une amende de 500 à 5000 DA ou de

⁸⁴ « Art. 226. - Tout médecin, chirurgien, dentiste, officier de santé ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un certifie faussement ou dissimule l'existence de maladie ou infirmité ou un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès, est puni de l'emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 126 et 134. Le coupable peut, en outre, être frappé de l'interdiction de l'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 14 pendant un (1) an au moins et cinq (5) ans au plus. »

⁸⁵ « Art. 210. - Sous réserve des dispositions de l'article 206 ci-dessus, les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sont tenus de déférer aux ordres de réquisition de l'autorité publique. », Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.

l'une de ces peines seulement quiconque, n'obtempère pas à un ordre de **réquisition** établi et notifié dans les formes réglementaires. ... »⁸⁶

4.3.3 *La responsabilité déontologique du médecin :*

La déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et usages que tout médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien doit observer ou dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession.⁸⁷

Les dispositions du présent code de déontologie médicale s'imposent à tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien ou étudiant en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie, autorisé à exercer à la profession dans les conditions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.⁸⁸

Les infractions aux règles et dispositions édictées dans le présent code relèvent des instances disciplinaires des conseils de déontologie médicale sans préjudice des dispositions prévues à l'article 221 du présent décret.⁸⁹

En plus des conséquences pénales des infraction du code pénale, au plan déontologique, le médecin ne devrait pas prendre pour acquis un certificat, car il peut être sanctionné par le conseil national des médecins selon **l'article 217** du code déontologique : « Les sanctions disciplinaires que le conseil régional peut prendre sont :

- L'avertissement
- Le blâme

Il peut également proposer aux autorités administratives compétentes, conformément à l'article 17 de la loi 85/05, l'interdiction d'exercer la profession et/ou la fermeture de l'établissement »⁹⁰, détaillé dans **l'article 218** : « L'avertissement, le blâme emportent la privation du droit d'éligibilité pendant une durée de trois ans.

⁸⁶ Ajouté par la loi n° 82-04 du 13 février 1982 (JO n° 7, p. 217)

⁸⁷ Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, dispositions préliminaires, article 01.

⁸⁸ Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, dispositions préliminaires, article 02.

⁸⁹ Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, dispositions préliminaires, article 03.

⁹⁰ Code de déontologie médicale algérien, de la discipline, dispositions communes, article 217.

L'interdiction temporaire d'exercer la profession entraîne la privation du droit d'éligibilité pendant une durée de cinq ans. »⁹¹

1 Violation du secret médical :

Habituellement, le diagnostic n'a pas besoin d'être noté sur le certificat médical. En fait, cela peut passer par la suite entre les mains de nombreux personnels non médicaux. Il faut donc respecter (sauf cas particuliers) ce principe éthique, en expliquant les difficultés potentielles aux patients. Le risque est de porter atteinte aux intérêts du patient et de porter atteinte à la dignité du patient, qui est violation de la déontologie médicale selon l'article 06 du code de déontologie « **Article 6** : Le médecin et le chirurgien-dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique. Ils exercent leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. »⁹²

Ce principe déontologique oblige non seulement le médecin à préserver la vie privée, la santé et la dignité du patient, mais aussi à la défendre quelles que soient les circonstances, c'est assuré et bien expliqué dans l'article 07 du même code déontologique : « **Article 7** : La vocation du médecin et du chirurgien-dentiste consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination de sexe, d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale, d'idéologie politique ou toute autre raison, en tant de paix comme en temps de guerre. »⁹³

2 Le faux certificat et l'escroquerie :

Les articles 24 et 58 du Code de déontologie interdisent toute conduite susceptible de procurer un avantage matériel indu à un patient, ainsi que le signalement ou la facilitation biaisés.

Article 24 : « Est interdit :

Tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ;

⁹¹ Code de déontologie médicale algérien, de la discipline, dispositions communes, article 218.

⁹² Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes, article 06.

⁹³ Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes, article 07.

Toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade ;

Toute commission à quelque personne que ce soit ;

L'acceptation d'une commission ou d'un avantage matériel quelconque pour tout acte médical »⁹⁴

Article 58 : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite. »⁹⁵

3 L'obligation de rédaction d'un certificat :

L'article 57⁹⁶ du code de déontologie stipule que le médecin ; le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de faciliter l'obtention aux malades d'avantages auxquels leur état de santé leur donne droit : sans pour autant céder à aucune demande abusive.

En tant que médecin, dans l'exercice de son activité professionnelle, doit informer les services compétents de la violence, en particulier les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et privées de liberté, y compris celles qu'il connaît.

4.4 pour conclure :

Compte tenu des sanctions sévères imposées par la loi civil, pénal et déontologique, dans les cas où les certificats médicaux violent le Code algérien, il est nécessaire que ceux qui autorisent la rédaction de ces documents prennent un soin particulier et fassent preuve de prudence, le certificat médical signé par un médecin doit être complètement objectif et honnête. La signature d'un médecin est généralement très appréciée et toute erreur ou compromis de sa part peut causer des dommages considérables. Les médecins doivent rester totalement neutres

⁹⁴ Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes, article 24.

⁹⁵ Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, devoirs envers le malade, article 58.

⁹⁶ « Sans céder à aucune demande abusive de ses malades ; le médecin, le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de leur faciliter l'obtention d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit. Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires ou des actes effectués sont interdites. », Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, devoirs envers le malade, article 57.

CHAPITRE II : Partie Pratique

1 Matériel et méthodes

Dans cette partie de notre recherche nous présenterons les résultats de l'étude recueillis du terrain à propos de notre thème de recherche. nous allons nous baser sur les données recueillies à travers notre documentation à partir des documents médicaux à savoir les différents types de certificats et attestations établis au niveau du CHU Tlemcen et EHS mère-enfant de Tlemcen de l'année 2022 ; pour expliquer les résultats et arriver à répondre aux questionnements, qui a constitué le point de départ de toute cette étude. Nous expliquerons alors , le contexte méthodologique avec la démarche scientifique adaptée et les outils de recueil des données , ainsi que les caractéristiques de la population concernée par cette étude.

1.1 Le but de l'étude

Cette enquête a été menée dans le but d'analyser selon les règles de rédaction les documents médicaux établis au CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen de l'année 2022 et à quel point les médecins de ces deux établissements sont conscients et soucieux de leurs obligations et responsabilités vis-à-vis de leurs rédactions .

Cela a suscité divers questionnements, qui nous ont amenés à faire nos recherches théorique et pratique.

1.2 Objectifs de l'étude :

Nos objectifs sont classés en un objectif principal et des objectifs secondaires :

1.2.1 *Objectif principal :*

Établir une étude épidémiologique descriptive portée sur 6 mois (01/01/2022- 30/06/2022) Pour analyser les documents médicaux selon les règles de rédaction, établis par les médecins du CHU Tlemcen et de l'EHS mère-enfant Tlemcen.

1.2.2 *Objectifs secondaires :*

Les objectifs liés à la problématique de cette recherche et les connaissances associées au domaine d'étude des documents médicaux , nous amène à formuler autres objectif secondaires :

- D'abord , définir un document médical
- ressortir l'importance des documents médicaux ainsi que leurs intérêts.
- Énumérer les règles de sa rédaction
- Améliorer les connaissances scientifiques sur le sujet
- Faire une lecture critique des documents rédigés au niveau du CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen.

1.3 type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective ayant eu pour support et sources de travail les données des documents médicaux établis au CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen.

1.4 Population étudiée :

Notre étude a porté sur les l'ensemble de documents établis par tous les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen composés de : médecins généralistes, résidents, maitres-assistants, et professeurs des services suivants : Gastrologie , Néphrologie , Dermatologie , Orl , Traumatologie , Neurochirurgie , chirurgie general, Pédiatrie et Gynécologie-obstétrique.

1.5 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Tous les documents établis par tous les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen.

Le dossier médical a été exclu dans notre étude .

1.6 Lieu; calendrier d'étude:

Lieu : CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen

Calendrier: 2022

1.7 Variables:

Dans cette étude nous avons rassemblés 20 variables à l'aide documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen on a rempli le questionnaire

Le questionnaire comporte :

1. Identification :
 1. La qualité
 2. L'ancienneté
 3. Etablissement
2. Le document médical
 1. Type de document
3. Conformité au règle de rédaction
 1. Eléments de fond
 1. Reflet de vérité
 2. Respect du secret
 2. éléments de forme
 1. Type de papier
 2. Nature de document
 3. L'identité du signataire
 4. L'identité de patient
 5. La date
 6. Le cachet et la signature du médecin
 7. Utilisation de termes scientifique
 8. Lisibilité
 9. Ambiguïté
- Le certificat médical
 10. Documents rédigé sous réquisition
 11. L'adresse d'établissement du certificat
 12. La mention remise en main propre à la demande de l'intéressé
- L'ordonnance
 13. La posologie
 14. La durée de traitement

1.8 Analyse des données:

1.8.1 Analyse descriptive:

Description des variables qualitatives par le calcul des pourcentages (%) avec un intervalle de confiance à 99 % .

1.8.2 Exploitation des données:

Les données ont été saisies par nous même au fur et à mesure de l'étude des différents documents médicaux à l'aide d'un ordinateur portable HP muni d'un programme WINDOWS 10 Pro et analysées par le logiciel EXCEL version 19 ensuite transformées du mode papier en mode informatisé.

Les diagrammes et les tableaux ont été refaits à l'aide d'EXCEL version 19.

1.9 Les considérations éthiques:

Elles consistent à la confidentialité des données en rapportant les résultats de l'étude d'une façon anonyme. On a pris les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations recherchées au niveau des différents documents de notre étude tout en respectant l'anonymat des rédacteurs .

2 Résultats :

2.1 documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen :

	CHU	EHS	Total	pourcentage
Résident	20	5	25	50%
Professeur	0	3	3	6%
Généraliste	12	4	16	32%
Assistant	5	1	6	12%
No table of figures entries found. Total	37	13	50	100%

Tableau 1 : documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen

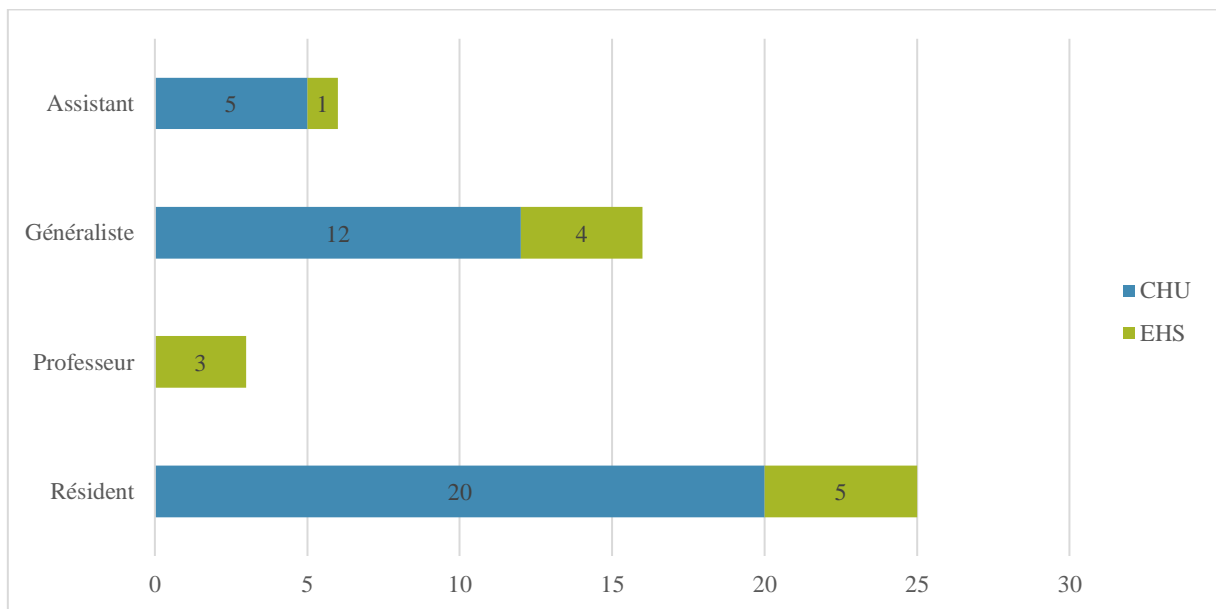


Figure 2 : documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen

2.2 Type de documents étudiés :

Le type de document	nombre	Pourcentage
Certificat	5	10%
Lettre d'orientation	10	16%
Ordonnance	26	52%
Protocol opératoire	1	2%
Rapport médical	8	20%
Grand Total	50	100%

Tableau 2:Type de documents étudié

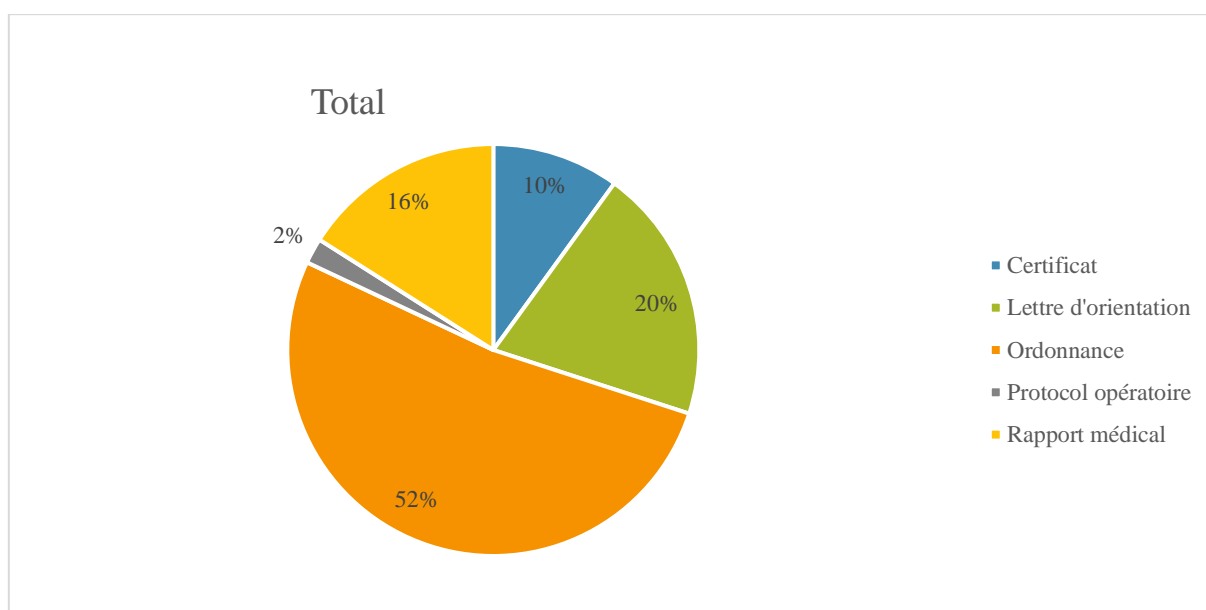


Figure 3 Type de documents étudiés

2.3 Les éléments de fond : la vérité et le respect du secret médicale :

	reflet de la vérité	respect de secret
oui	50	50
non	0	0

Tableau 3 : les éléments de fond : le reflet de la vérité et le respect du secret médicale .

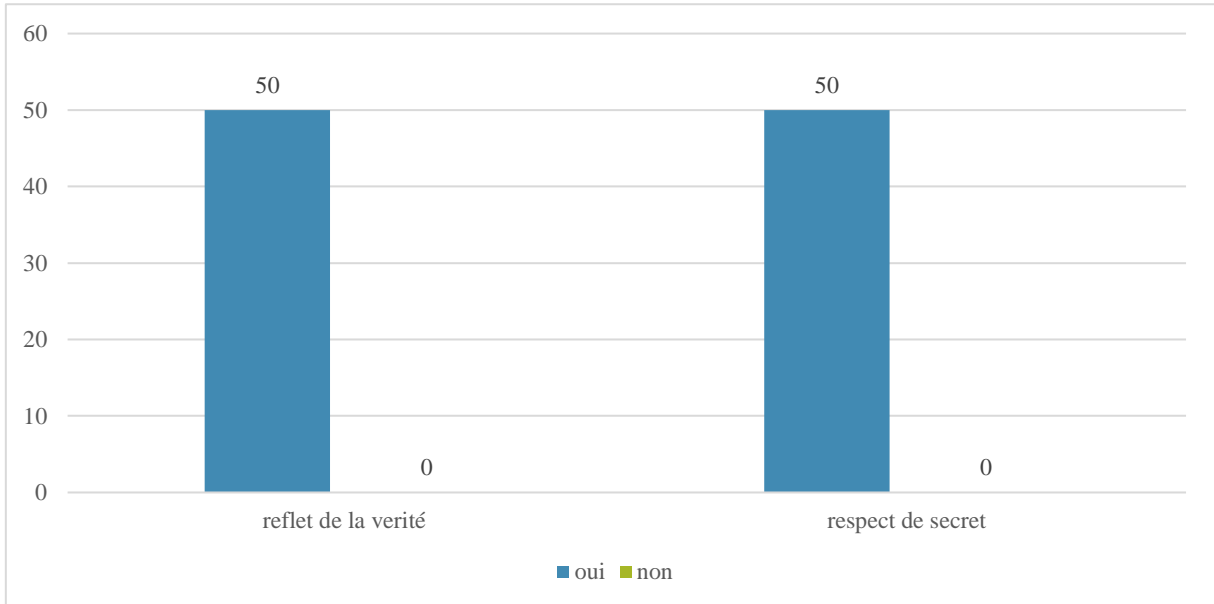


Figure 4: les éléments de fond : le reflet de la vérité et le respect du secret médicale .

2.4 Les éléments de forme des documents :

type de papier	papier en tête	libre
Nombre	50	0

	oui	non
nature de document	49	1
identité de signataire	2	48
identité du patient	50	0
la date	48	2
le cachet et la signature de médecin	49	1
utilisation des termes scientifiques	50	0
lisibilité	34	16
ambiguïté	16	34

Tableau 4 : les éléments de forme des documents

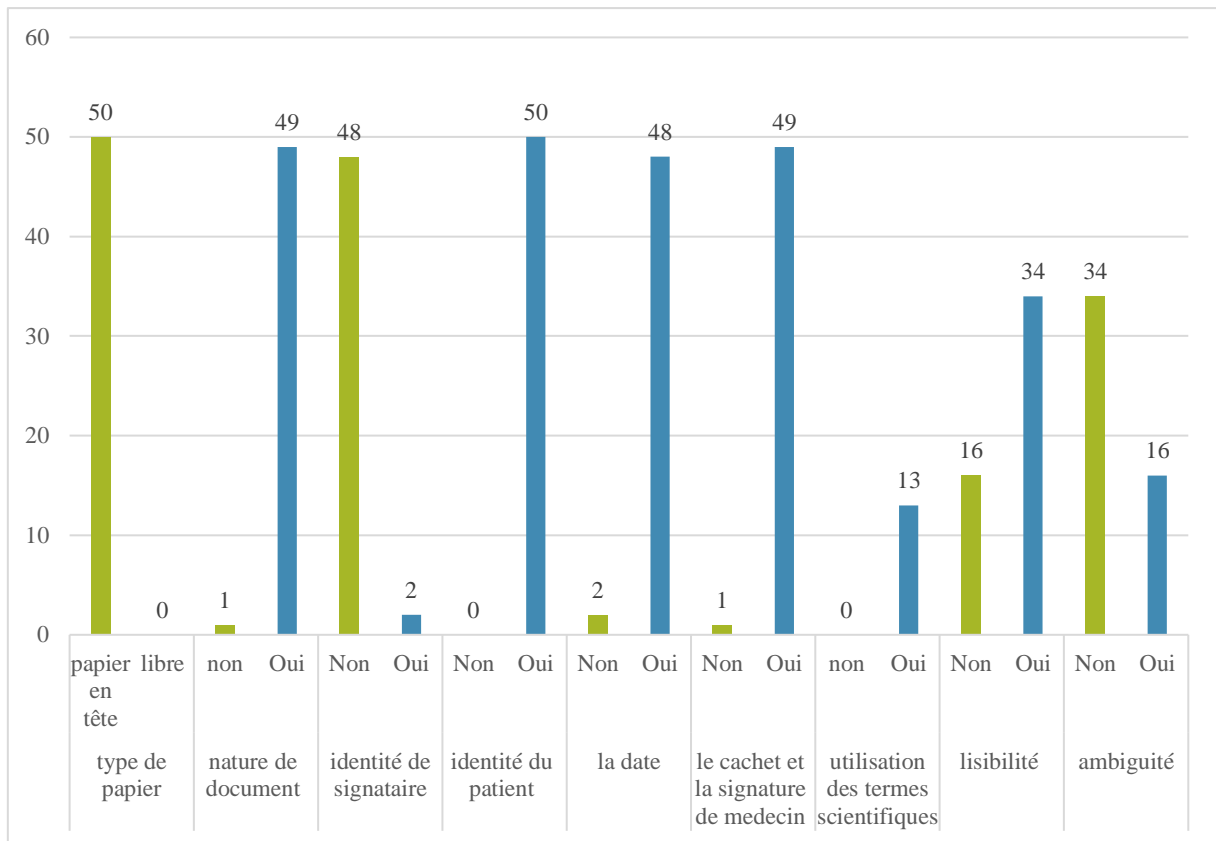


Figure 5: les éléments de forme des documents

2.5 les éléments de formes des certificat et rapport médicaux :

	oui	non
identité de signataire	0	13
identité du patient	13	0
l'adresse de l'établissement du certificat	0	13
la mention remise en main propre à la demande de l'intéressé	1	12
la date	13	0
le cachet et la signature de médecin	12	1
utilisation des termes scientifiques	13	0
lisibilité	11	2
ambiguïté	2	11

Tableau 5 : les éléments de formes des certificat et rapport médicaux

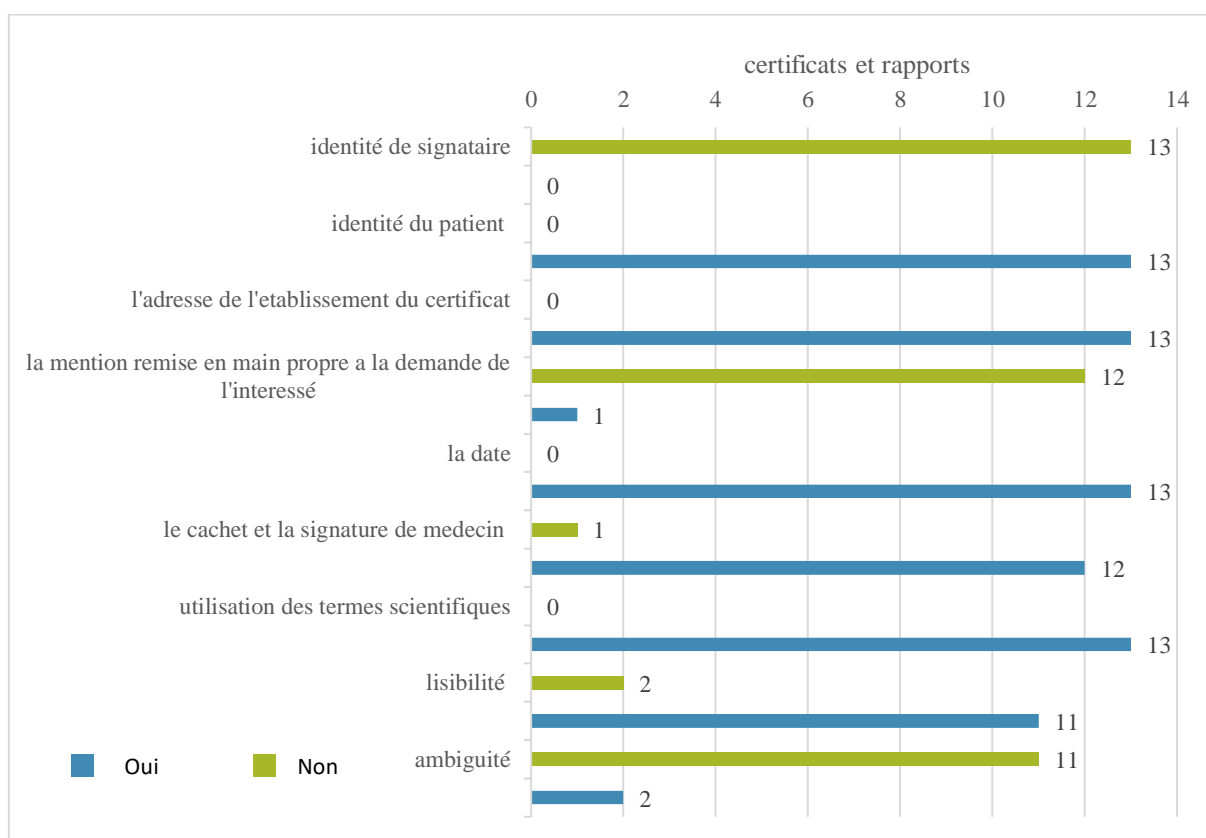
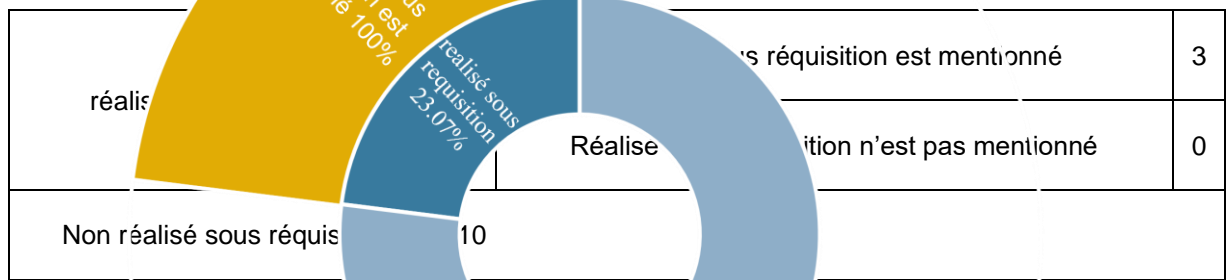


Figure 6 : les éléments de formes des certificat et rapport médicaux

certificat et réquisition

2.6 certificat et réquisition



niveau 6: certificat et réquisition

Figure 7: certificat et réquisition

2.7 la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance :

la posologie	Indiqué	25
	non Indiqué	1
la durée du traitement	Mentionnée	14
	Non mentionnée	12

Tableau 7 : la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance

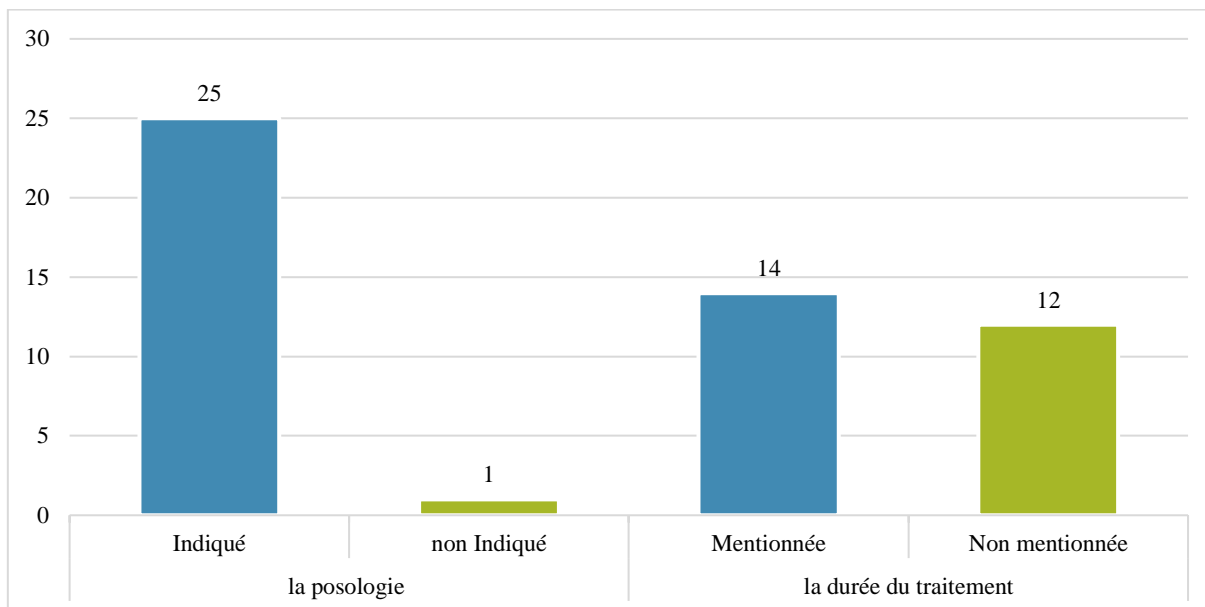


Figure 8 : la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance

2.8 Ancienneté et rigorisisme aux ordonnance :

	durée de traitement		posologie	
	Mentionnée	Non mentionnée	Indiqué	non Indiqué
Moins de 4 ans	3	3	6	0
Entre 4 ans et 10 ans	11	3	13	1
Plus de 10 ans	0	6	6	0

Tableau 8: ancienneté et rigorisisme aux ordonnance

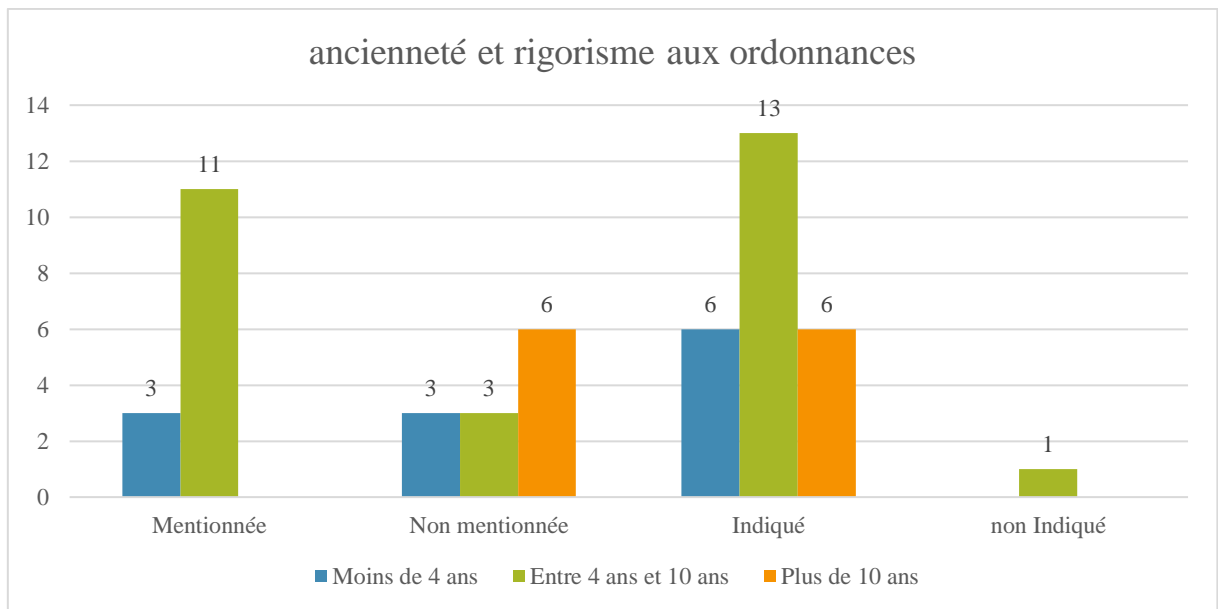


Figure 9: ancienneté et rigorisisme aux ordonnance

2.9 l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux :

Ancienneté	Lisibilité	
	Non	Oui
Moins de 4 ans	2	11
Entre 4 ans et 10 ans	9	19
Plus de 10 ans	5	4

Tableau 9:l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux

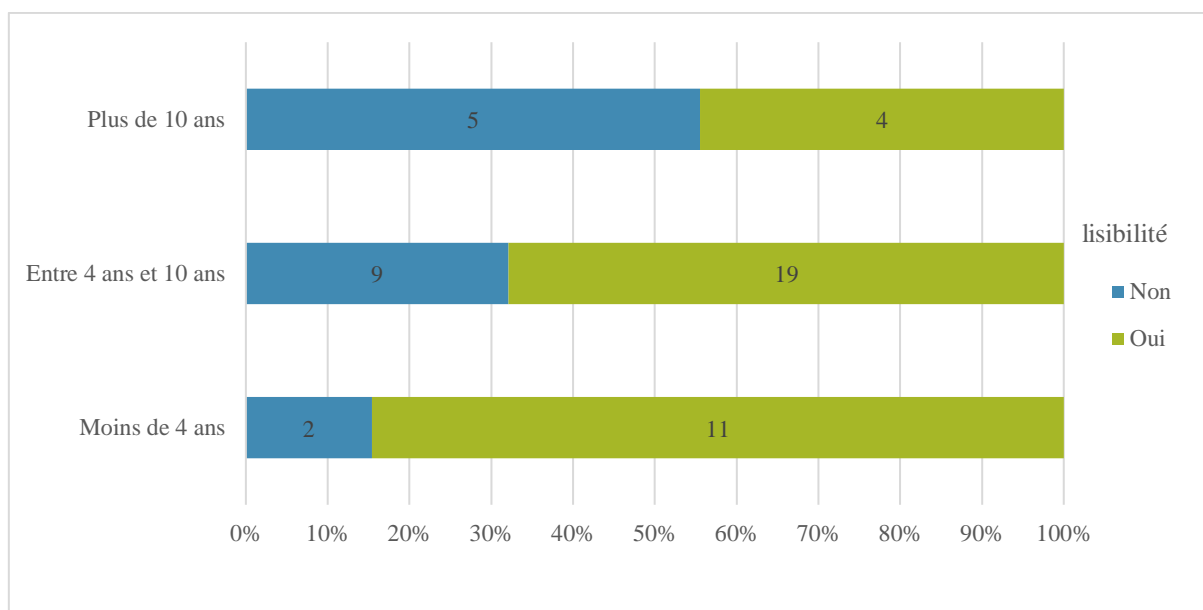


Figure 10:l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux

3 Discussion:

3.1 documents rédigés par les médecins de CHU Tlemcen et EHS mère-enfant Tlemcen :

La moitié des documents pris dans notre étude sont rédigés par les résidents au nombre de 25 (20 de CHU et 05 de l'EHS). l'autre moitié est répartie entre les médecins généralistes (12 de CHU et 04 de l'EHS) , les assistants (05 de CHU et 01 de l'EHS) et les professeur (00 de CHU et 03 de l'EHS),

Ainsi, la majorité des documents utilisés dans notre étude sont rédigés par les résidents bien qu'ils soient encore des médecins en formation et que leurs responsabilités soient limitées, les professeurs par contre les médecins chefs au différents services ont très peu de rédaction, ceci peut être attribué au fait qu'ils transmettent leur savoir en supervisant leur personnel dans différents actes médicales dont la rédaction.

3.2 Type de documents étudiés :

Nous avons pris 26 ordonnances qui représentent 52% des documents, 8 rapports médicaux représentant 16%, 10 lettres de recommandation soit 20%, 05 certificats comptant pour 10%, et 01 protocole opératoire qui compte pour 02%.

Donc plus de la moitié des documents utilisé dans notre étude sont des ordonnances ceci est lié principalement à la grande importance et fréquence de la prescription médical dans le domaine de la médecine.

3.3 Les éléments de fond :la vérité et le respect du secret médicale :

100% des documents reflètent la vérité et respectent le secret médical.

Donc tous les document pris dans cette étude reflète la vérité et respectent le secret médicale

3.4 Les éléments de forme des documents :

50 documents étudié sont rédigés sur papier à entête.

parmi les 50 documents, la nature de document et mentionnée dans 49 et non mentionnée dans un seul ,l'identité de signataire est mentionnée dans 48 document et absente dans 02

, l'identité du patient est mentionnée dans tous les documents , la date est mentionnée dans 48 et absente dans 02 documents , le cachet et la signature du médecin sont présents dans 49 et absent dans 01 document , les termes scientifiques sont utilisés dans tous documents , 34 documents sont lisibles et 16 sont ambigus .

Donc la présence de l'en tête, la mention du nom et prénom du patient, et l'utilisation des termes scientifiques sont respectés dans tous les documents cependant la nature de document, la date, la lisibilité, le cachet et la signature du médecin sont respecté dans la majorité des documents ce qui fait une minorité des documents pris dans cette étude qui ne respectent pas ces éléments de formes ceci est dû peut être au conditions du travail dans l'hôpital comme les horaires décalés, la charge et le rythme de travail intenses qui affectent la vigilance et la concentration des médecins et les rendent plus susceptible à ne pas respecter ces éléments de forme lors de la rédaction des documents . L'identité de signataire est absente dans la majorité de ces documents peut être lié au fait que beaucoup de médecin ont pris l'habitude de ne pas indiquer leurs identités sur les documents qu'ils redigent en pensant que le cachet et la signature suffisanent.

3.5 les éléments de formes des certificat et rapport médicaux :

parmi 13 certificats et rapports, l'identité du patient , l'adresse de l'établissement du certificat, la date et l'utilisation des termes scientifiques sont présent dans les 13 pris dans cette étude , l'identité du signataire est absente dans les 13 , le cachet et la signature du médecin sont présent dans 12 et absent dans 01 , la mention remise en main propre à la demande de l'intéressé l'identité et présente dans 01 et absente dans 12 , 11 certificats sont lisibles et 02 sont ambigus .

Donc l'identité du patient, la date et l'utilisation des termes scientifiques sont respecté dans tous les certificats et les rapports. Aussi la majorité contiennent la signature et le cachet du médecin. Tant dis que l'identité de signataire, l'adresse de l'établissement du certificat sont absents dans tous les certificats et les rapports étudiés, ceci est lié au fait que beaucoup de médecin ont pris l'habitude de ne pas indiquer leur identité sur documents médicaux en pensant que le cachet et la signature sont suffisant, la même chose pour l'indication de l'adresse de l'établissement et La mention remise en main

propre de l'intéressé que la majorité de médecin la néglige et pensent qu'elle n'est pas nécessaire .

3.6 certificat et réquisition :

Parmi les 13 certificats que nous avons pris pour notre étude, seulement 3 sont réalisés sous une réquisition , soit une proportion de 23% et la mention « réalisée sous réquisition » est mentionnée dans les 3 , reflétant un rigorisme et une certaine vigilance des praticiens dans la rédaction des certificats demandés par la justice .

3.7 la posologie et la durée du traitement dans l'ordonnance :

parmi les 26 ordonnances qu'on a étudiées , la posologie est indiquée dans 25 ordonnance et absente dans une seul , la durée du traitement est mentionnée dans 14 ordonnances et non mentionnée dans les 12 restantes.

donc la majorité des ordonnance étudiées contiennent une posologie indiquée mais la durée de traitement n'est mentionnée que dans la moitié .cela est probablement dû au fait que certain médecins pensent que le pharmacien est chargé de ça , parfois à cause de mauvaises conditions de travail et de la charge qui affectent la concentration des médecins lors de la rédaction .

3.8 Ancienneté et rigorisme aux ordonnance :

chez les médecin d'une ancienneté de 04 à 10 ans la durée du traitement est mentionnée dans 11 et non mentionnée dans 03 ordonnance, et la posologie est indiquée dans 13 et non indiquée dans une seule ordonnance, alors que les médecin de moins de 04 ans d'ancienneté ont mentionné la durée du traitement dans 03 ordonnance et ils ne l'ont pas mentionné dans 03 , la posologie est indiquée dans 11et manquante dans une seule ordonnance , et ceux de plus de 10 d'ancienneté n'ont mentionné la durée du traitement dans aucune ordonnance mais ils ont indiqué la posologie dans 13 ordonnance sur 14 .

Donc, les médecins ayant une ancienneté de 04 à 10 ans sont les plus rigoureux dans les prescriptions suivis par les médecins dont l'ancienneté ne dépasse pas 04 ans et ceux de plus de 10 ans d'ancienneté sont les moins rigoureux, on peut expliquer cela par le fait que les médecins qui ont plus de 4 ans d'expérience ont dû développer le réflexe de détailler

les consignes sur leurs prescriptions pour obtenir un meilleur résultat au traitement dispensé et ne pas laisser place aux erreurs d'utilisation du traitement par leurs patients .

3.9 l'ancienneté et la lisibilité des documents médicaux :

parmi 28 documents rédigés par les médecins d'une ancienneté de 04 ans à 10 , 19 documents sont lisibles soit 67% et 09 ne sont pas lisibles soit 33% alors que les médecin d'une ancienneté de moins de 04 ans ont rédigé 11 documents lisible soit 85% et 02 ne sont pas lisible soit 15% tandis que les médecins d'une ancienneté de plus de 10 ans ont rédigé 04 documents lisible soit 44% et 05 non lisible soit 56% .

de ce fait les documents rédigés par les médecins dont l'ancienneté est inférieure à 04 ans sont plus lisibles suivis par ceux rédigés par les médecins ayant une ancienneté de 04 à 10 ans et viennent en dernière position les documents rédigés par les médecins de plus de 10 ans d'ancienneté, ceci peut être imputé à l'expérience et la pratique qui fait de la rédaction une routine qui ne nécessite pas beaucoup d'attention et qui rend les médecins moins minutieux et moins prudents dans leur écriture .

CONCLUSION

Les documents médicaux est toute rédaction médicale visent à garantir la réalité d'un fait médical auprès de tiers.

La valeur probante qui y est attachée résulte de la confiance que la société place dans le corps médical, et plus particulièrement de la compétence professionnelle de son auteur et de la probité à laquelle sa déontologie professionnelle l'astreint. La rédaction d'un document médical engage la responsabilité du médecin

Les principes de sincérité, d'objectivité, de prudence et de discrétion doivent toujours être respectés pour leur rédaction.

Cette rédaction n'est aussi simple que pense les médecins, c'est un exercice difficile car il obéit à des règles déontologiques, et en même temps dangereux car il engage une responsabilité médicale (civile, pénale, disciplinaire)

A partir de notre étude statistique rétrospective menée sur une période de 6 mois au niveau du CHU Tlemcen et l'EHS de Tlemcen, incluant 50 documents médicaux, nous avons constaté que ces médecins respectent plus ou moins les éléments de fond dans leurs rédactions mais pas ceux de formes et sans oublier leur ignorance et leur négligence face aux responsabilités engagées par cette rédaction.

La rédaction médicale est bien sûr une routine de la pratique médicale, mais les médecins doivent faire plus attention à leurs écrits et doivent savoir à quel point ils sont responsables des documents portant leurs signatures.

Cela ne peut être atteint que si :

- D'une part, on veille à sensibiliser les étudiants aux enjeux de cette question dès leurs premières années d'études, en incluant cette thématique dans leur programme d'études tout au long de leur cursus et en intensifiant les ateliers de préparation et d'exercices.

- D'autre part, nous devons donner aux médecins beaucoup plus de temps pour rédiger en toute tranquillité pendant leur temps de travail en assurant une bonne organisation de l'accueil des patients dans les boxes de consultation.

- Également, le système de travail qui est basé essentiellement sur des gardes de 24 heures doit être repensé pour assurer que les médecins maintiennent leur pleine

concentration pendant leur période de travail ou au moins leur permettre de faire quelques pauses pendant leurs longues gardes pour se détendre et récupérer leur concentration.

Nous souhaitons qu'à travers cette petite recherche on a réussi à apporter un éclairage sur le sujet et son importance dans la pratique quotidienne de tous les médecins et on a pu améliorer les connaissances et la rigueur de nos médecins vis-à-vis de la rédaction médicale.

Si notre étude s'arrête ici, nous espérons que d'autres études seront faites sur un échantillon plus large, sur une période plus longue et ciblant plusieurs établissements et documents pour une meilleure appréciation et des résultats plus probants.

Enfin on espère que ce travail servira de référence bibliographique dans d'autres études épidémiologiques traitant le même sujet.

BIBLIOGRAPHIE

-
- 1 G.Quatrehomme, V.Alluni, L.Martrille. Certificats médicaux. La Revue de Médecine Légale , February 2019 , Pages (32-37)
 - 2 Méga-guide pratique des urgences ©2019, Elsevier masson SAS
 - 3 Medecin du Québec, Volume 47, numéro 7 , juillet 2012
 - 4 Association canadienne de protection médicale, Guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada.7ème éd, Ottawa : L'association ; 2012.p.45.
 - 5 Medecin du Québec, Volume 47, numéro 7 , juillet
 - 6 Claudot F, Mertes P.-M. Secret médical , certificats et information pour un patient hospitalisé ©2012 Sfar.
 - 7 HAS/ Service des bonnes pratiques professionnelles/Octobre 2011
 - 8 Potard D, Petit G. La consultation des victimes de coups et blessures de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand : bilan d'activité 1986-1990. J Méd Lég Droit Méd 1993 ; 36 :377-89
 - 9 François I. Les violences à une personne ou l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne.2002.
 - 10 Epain D. Certificat médicaux et urgences : certificats de coups et blessures. EMC-Médecine 2005 ;(2005) :448-67 .
 - 11 HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/Octobre2011
 - 12 HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/Octobre2011
 - 13 Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. AJ Pénal2006
 - 14 Doriat F, Peton P, Coudane H, Py B, Fourment F. L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-légale. Médecine et droit 2004 ;(64) : 27-30.
 - 15 Abdoun M. Certificat de décès en Algerie : intérêt, cicuit, formulaireet directives de rédaction. Batna J Med Sci 2020 ;7(2) :171-5.
 - 16 Abdoun M. Certificat de décès en Algerie : intérêt, cicuit, formulaireet directives de rédaction. Batna J Med Sci 2020 ;7(2) :171-5.
 - 17 Journal officiel de la république Algerienne N°12. Décret exécutif n°16-80 du 15 Joumada El Oula 1437 correspondant au 24 Février 2016 fixant le modèle du certificat médical de décès.
 - 18 Circulaire interministérielle du 16 avril 2017 relative à la mise en application des dispositions du décret exécutif n°16-80 du 24 février 2016 fixant le modèle de certificat de décès.
 - 19 Organisation mondiale de la santé. Le certificat médical de décès quatrième édition. Instruction à l'usage des médecins sur l'emploi du certificat médical de la cause de décès. Genève,1980.
 - 20 Manaouil C, Decourcelle M, Gignon M, Chatelain D, Jardé O. Le certificat de décès : comment le remplir et pourquoi ? Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2007 ;26(5) :434-9.
 - 21 Abdoun M. Certificat de décès en Algerie : intérêt, cicuit, formulaireet directives de rédaction. Batna J Med Sci 2020 ;7(2) :171-5.
 - 22 Abdoun M. Certificat de décès en Algerie : intérêt, cicuit, formulaireet directives de rédaction. Batna J Med Sci 2020 ;7(2) :171-5.
 - 23 Abdoun M. Certificat de décès en Algerie : intérêt, cicuit, formulaireet directives de rédaction. Batna J Med Sci 2020 ;7(2) :171-5.
 - 24 Pavillon G, Laurent F. Certification et codification des causes médicales de décès. BEH 2003 ;30-31 :134-8
 - 25 OMS, CIM-10. Classification statistiaque internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : dixième révision, vol. 3, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
 - 26 <http://www.ch-marchant.fr>, L'hospitalisation à la demande d'un tiers- Centre hospitalier Gérard Marchant .
 - 27 Corpart I. Médecine et droit 2008 : Le Certificat prénuptial (2008) 85-89
 - 28 Roure-mariotti M-C, Federico-Roure V. 80 Certificats et formulaires administratifs médicaux(3e édition) : Fiche n°36- Certificat Prénuptial 2007, Pages 164-167.
 - 29 Saint-Martin P, Lansac J. Gynecologie pour le praticien(9e édition) ,chapitre 32- Rédaction des certificats médicaux en gynécologie 2018, Pages 531-539.
 - 30 <https://www.formulairesdumonde.com> : Maternité , assurances, Procédures et dossiers, Algerie.
 - 31 Lois sur l'assurance-chômage,art.28
 - 32 Perdrix J, Dominicé Dao M. Les consultation menant à l'établissement d'un arrêt de travail sont-elle des consultations comme les autres ? Rev Med Suisse 2008 ;4 :1892.
 - 33 <https://www.aps.dz>
 - 34 Dalmat Y-M. Obtenir un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive , vol 30. November-December 2019, pages 4-5.
 - 35 Roure-Mariotti M.-C , Federico Roure V . 80 Certificats et formulaires administratifs médicaux(3e édition) , Fiche n°2 – Absence scolaire 2007, Pages 24-26 ;
 - 36 Pouillard J. Les certificats médicaux.UNAFORMEC .2005.pp 16
 - 37 Honnorat C. Apprentissage de l'exercice médical : Le Dossier Médical. Université de Rennes 1 - Faculté de Médecine. 14 novembre 2005

-
- 38 Falcoff, H. Dossier médical en médecine générale. La revue du praticien, médecine générale, n° 404,1997, p (71-8.)
- 39 Moutel G. Évolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins- soignants patients: approche historique, médicale, médicolégale et éthique. Faculté de médecine, Université Paris 5, 2004
- 40 A LIEVRE (1), G MOUTEL (2). Le dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés). p (2)
- 41 Rapport du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé, Rapport d'activité, le dossier de santé, 1999p (23)
- 42 A LIEVRE (1), G MOUTEL (2) .Dossier médical : concepts et évolutions (droits des patients et impact sur la relation soignants-soignés). p (2)
- 43 François KOLER : Informatique médicale, CHRU Nancy, instigateur du premier DESS information médicale
- 44 Eric TOUSSAINT : historien belge, président du Comité pour l'abolition de la dette du Tiers Monde, membre du Conseil international du Fond Social Mondial
- 45 Francis F ROGER FRANCE : Centre d'informatique Médicale, Ecole de la Santé Publique Université Catholique de Louvain
- 46 Comité éditorial pédagogique d'Université Médicale Virtuelle Francophone 2011-1012
- 47 Guide sur l'amélioration des dossiers médicaux des médecins Comité d'experts en matière de dossiers médicaux des médecins Novembre 2006.p (6)
- 48 ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003p5 p (6 .7)
- 49 EDLIRA ZAZANI. Informatisation du dossier patient aux Hospices-Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et aux Hôpitaux Universitaires de Genève : étude comparative. Juin 2003.P (8)
- 50 DAPHNE JAYET .institut supérieur d'électronique de paris .thèse professionnelle. communication du dossier medical.janvier 2010.p (8)
- 51 RAKIC J.M., HERMANS G. l'accès du patient au dossier médical. p (48)
- 52 Daphné JAYET .institut supérieur d'électronique de paris. Thèse professionnelle. Communication du dossier médical. Janvier 2010.p (8).
- 53 ANAES / service évaluation des pratiques professionnelles / juin 2003
- 54 ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003
- 55 ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003
- 56 L'avant projet de la loi sanitaire.
- 57 Droit de la consommation. Dossier médical et droits du patient .P (4)
- 58 Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. 2011-1012 p(7)
- 59 *DROIT DE LA CONSOMMATION* Dossier médical et droits du patient. P(7)
- 60 L'avant projet de la loi sanitaire
- 61 ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003.
- 62 ISABELLE COLOMBET. Informatisation et confidentialité : l'expérience de l'hôpital européen georges pompidou. Tome 55. Centre Laennec. 2007
- 63 Syndicat National des Médecins de PMI. Informatisation des dossiers médicaux en PMI, les enjeux, les questions, les propositions et les demandes des professionnels. - Mars 2016.p (2)
- 64 ANAES / Service évaluation des pratiques professionnelles / Juin 2003
- 65 (Laviolle septembre 2008)
- 66 (fabre 1963)
- 67 (code de déontologie algérien n.d.)
- 68 (code de déontologie algérien n.d.)
- 69 (vidal n.d.)
- 70 (Laviolle septembre 2008)
- 71 (code de déontologie algérien n.d.)
- 72 (Laviolle septembre 2008)
- 73 (Laviolle septembre 2008)
- 74 (code de déontologie algérien n.d.)
- 75- Sébastien Lakomski. Évaluation des connaissances des internes en médecine générale lorrains concernant la rédaction des certificats médicaux d'incapacité totale de travail. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932397, page24.
- 76 - Décret exécutif n° 92-276 du 06 Juillet 1992, JO N° 52 du 08 Juillet 1992, Page 1160.
- 77 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, <https://www.mtess.gov.dz/fr/politique-nationale-et-legislation-de-la-securite-sociale/>

-
- 78 Dr Jean POUILLARD, les certificats médicaux, UNIFORMEC 2005, page10.
- 79 Modifié par la loi n°05-10 du 20 juin 2005, JO n°44, page18.
- 80 Revue Algérienne des Sciences Juridiques et Politiques, Vol :85., N° :03, Année 2021, page444.
- 81 D. Epain, Certificats médicaux et urgence certificats de coups et blessures, EMC-Médecine 2 (2005), page 450-451.
- 82 Modifié par la loi n° 82-04 du 13 février 1982 (JO n° 7, p.210).
- 83 Y. Juillière, F. Claudot, AMC pratique, n°180, septembre 2009, page14.
- 84 « Art. 226. - Tout médecin, chirurgien, dentiste, officier de santé ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un certifie faussement ou dissimule l'existence de maladie ou infirmité ou un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès, est puni de l'emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 126 et 134. Le coupable peut, en outre, être frappé de l'interdiction de l'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 14 pendant un (1) an au moins et cinq (5) ans au plus. »
- 85 « Art. 210. - Sous réserve des dispositions de l'article 206 ci-dessus, les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sont tenus de déférer aux ordres de réquisition de l'autorité publique. », Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p.122.
- 86 Ajouté par la loi n° 82-04 du 13 février 1982 (JO n° 7, p. 217)
- 87 Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, dispositions préliminaires, article 01.
- 88 Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, dispositions préliminaires, article 02.
- 89 Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, dispositions préliminaires, article 03.
- 90 Code de déontologie médicale algérien, de la discipline, dispositions communes, article 217.
- 91 Code de déontologie médicale algérien, de la discipline, dispositions communes, article 218.
- 92 Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes, article 06.
- 93 Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes, article 07.
- 94 Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens-dentistes, article 24.
- 95 Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, devoirs envers le malade, article 58.
- 96 « Sans céder à aucune demande abusive de ses malades ; le médecin, le chirurgien-dentiste doit s'efforcer de leur faciliter l'obtention d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit. Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires ou des actes effectués sont interdites. », Code de déontologie médicale algérien, règles de déontologie médicale, devoirs envers le malade, article 57.

ANNEXES

Questionnaire

* obligatoire

Identification

1. La qualité *

- Généraliste
- Résident
- Assistant
- Professeur

2. L'ancienneté *

- Moins de 4 ans
- Entre 4 ans et 10 ans
- Plus de 10 ans

3. Service *

- EHS
- CHU

Le document médical

4. Type de document *

- Ordonnance
- Certificat
- Rapport médical
- Lettre d'orientation
- Protocol opératoire
- Compte rendu

La conformité aux règles de rédaction

Eléments de fond

5. Reflet de la vérité *

- Oui
- Non

6. Respect de secret *.

- Oui
 Non

Éléments de forme

7. Type de papier *.

- Libre
 Papier en tête

8. Nature de document *.

- Oui
 Non

9. L'identité du signataire *.

- Oui
 Non

10. L'identité de patient *.

- Oui
 Non

11. La date *.

- Oui
 Non

12. Le cachet et la signature du médecin *.

- Oui
 Non

13. Utilisation de termes scientifiques *.

- Oui
 Non

14. Lisibilité *.

Oui

Non

15. Ambiguïté *

Oui

Non

Le certificat médical

16. L'adresse d'établissement du certificat.

Oui

Non

17. La mention « remise en main propre à la demande de l'intéressé »

Oui

Non

Document rédigé sous réquisition

18. « Document rédigé sous réquisition » est mentionné .

Oui

Non

L'ordonnance

19. La posologie

Indiqué

Non indiqué

20. La durée de traitement.

Mentionnée

Non mentionnée

This content is neither created nor endorsed by Google

Google Forms

Annexe 02 : exemple d'une lettre d'orientation n° 01

المركز الإستشفائي الجامعي الدكتور تيجاني دمرجي - تلمسن
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Dr. TIDJANI DAMERDJI - TLEMCEM

SERVICE DE... ORL

وصفة طبية
ORDONNANCE MÉDICALE

Tlemcen, le.....

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance :

N° d'immatriculation assuré social :

Chère confrère

- Permettez moi de vous adresser la patiente sous nomé, sous agé qui a presculé à notre niveau pour une surdité profonde bilatéral
- je vous la confie pour AVIS pediatrique spicialisé

Cordialement

Médecin Résident en ORL

Le Médecin prescripteur
Nom et Prénom

Signature et Cachet

enfants

Annexe 03 : exemple d'une lettre d'orientation n° 02

المركز الإستشفائي الجامعي الدكتور تيجاني دمرجي - تلمسان
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Dr. TIDJANI DAMERDJI - TLEMCCEN

ش.م.م. تلمسان
SERVICE DE..... URCC.....

وصفة طبية
ORDONNANCE MÉDICALE

Tlemcen, le 19/09/2022

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance :

N° d'immatriculation assuré social :


cher confrere
permettez moi de vous adresser la
plainte sus citee sur un cr AS CD
d'un hyperthyroïdisme present
dir de la FED
Je vous le val p. u
avec gy - w

Le Médecin prescripteur
Nom et Prénom
Signature et Cachet
Médecin Résident en
Chirurgie Urologique
- CHU Tlemcen -

Ne laisser pas les médicaments à la portée des enfants

Annexe 04 : exemple d'une ordonnance n° 01

المركز الإستشفائي الجامعي الدكتور تيجاني دمرجس - تلمسان
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Dr. TIDJANI DAMERDJI - TLEMCEM

 SERVICE DE Chirurgie A

وصفة طبية
ORDONNANCE MÉDICALE

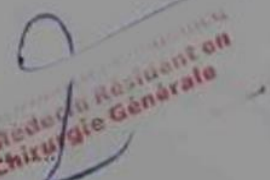
Tlemcen, le 13/09/2022

Nom et Prénom du patient : _____
Date de naissance : _____
N° d'immatriculation assuré social : _____

- Lovenox 0,4 UI QSP 10 jour
1 inj 1 jour en SIC

- Doliprane cp 0,1 g 1 bts
2x 1 jour

- Flagyl 500 mg 1 bts
2x 1 jour pendant 6 jour

le Médecin prescripteur
Nom et Prénom

Médecin Résident en
Chirurgie Générale

Annexe 06 : exemple d'un certificat

المركز الاستشفائي الجامعي الدكتور تيجاني دمرجي - تلمسان
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Dr. TIDJANI DAMERDJI - TLEMSEN

SERVICE DE OTL

وصفة طبية
ORDONNANCE MÉDICALE

Tlemcen, le 12/03/2022

Nom et Prénom du patient :
Date de naissance :
N° d'immatriculation assuré social :

certificat Médical.
Il s'agit de la patiente au nommée
agée de 24 ans ATCD particulière
admise à notre niveau pour la prise en
charge d'un CBV (coup et blessure) le
12/03/2022 à 21h30. à l'admission patiente
CC TNC opératoire européenne. à l'examen
de l'appareil locomoteur présence d'une
oulon à la palpation du poignet gauche
avec œdème. absence de flux ou d'empatement
cutané. l'examen Radiologique des poignet
gauche est sans particularité.
Ce certificat est délivré pour servir et
valoir ce que de droit

Le Médecin prescripteur
Nom et Prénom :
Signature et Cachet

Ne laisser pas les médicaments à la portée des enfants

Annexe 07 : exemple d'un certificat sous requisition

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE
MÈRE ET ENFANT DE TLEMCCEN

Tlemcen, le : 21/08/2021 : تلمسان، في :
حررت من طرف الدكتور :
Délivrée par le Dr. :
Mr. : السيد (ة) :
Age : المصاحبة : العمر : Service :

وصف :
1) *annance*

je sous signe certifié - voir
ca - mine le - patiente sus nommée sus agée
née le [redacted] - Tlemcen admise
- notre niveau par le biais d'une requisition
[redacted] de l'avis de 20/08/2021

Ca - mine divi par :
par. T. N. S.
vu l'abandon des parties d'examen Gynécologie
est difficile

Ce certificat est délivré pour service et
valoir ce qui est de droit

[redacted]

Ne laissez jamais les médicaments
[redacted] des Enfants
[redacted] 20/08/2021

Résumé.

Les documents médicaux sont des documents requis par le patient, rédigés par un médecin, dont : le certificat médical, le dossier médical et l'ordonnance. Pour les rédiger, les médecins doivent exprimer des informations médicales sensibles qui pourraient entraîner des conséquences sociales, économiques et juridiques importantes car ils sont soumis à des lois spécifiques.

Nous avons constaté à travers notre étude statistique rétrospective menée sur une période de 6 mois au niveau du CHU Tlemcen et l'EHS de Tlemcen, incluant 50 documents médicaux, que ces médecins respectent plus ou moins les éléments de fond dans leurs rédactions mais pas ceux de formes et qu'ils ignorent la gravité de ce geste pas si simple qu'ils le supposent.

On a conclu que les médecins doivent faire plus attention à leurs écrits et que de sérieux ajustements doivent être introduits à la fois dans les programmes d'études et dans les systèmes de travail.

Mots clés: (document, médecin, certificat, ordonnance, hôpital)

ملخص

المستندات الطبية هي الوثائق التي يطلبها المريض، ويكتبها الطبيب، مثل الشهادة الطبية والملف الطبي والوصفة. لكتابتها، يجب على الأطباء التعبير عن معلومات طبية دقيقة يمكن أن يكون لها عواقب اجتماعية واقتصادية وقانونية كبيرة لأنها تستند إلى قوانين محددة.

وجدنا من خلال دراستنا الإحصائية التي أجريت على مدى 6 أشهر في المستشفى الجامعي بتلمسان ومستشفى الأمومة والطفل بتلمسان، والتي ضمت 50 وثيقة طبية، أن هؤلاء الأطباء يحترمون المحتوى في كتاباتهم ولكن لا يهتمون بالشكل كما يجب وأنهم غير مدركين لخطورة هذا الفعل.

استنتجنا أن الأطباء بحاجة إلى أن يكونوا أكثر انتباهاً أثناء كتابتهم للمستندات الطبية وأن إدخال تحسينات جديفة في المناهج التعليمية ونظم العمل أصبح أمراً لا مفر منه.

المفاتيح: (وثيقة، طبيب، شهادة، وصفة طبية، مستشفى)

Summary.

Medical documents are documents required by the patient, written by a doctor, such as the medical certificate, the medical file, and the prescription. To write them, doctors must express delicate medical information that could have major social, economic, and legal consequences as they are submitted to specific codes.

We found through our retrospective statistical study conducted over a period of 6 months at the CHU Tlemcen and the EHS of Tlemcen, including 50 medical documents, that these doctors respect more or less the content elements in their writings but not those of forme and that they are unaware of the gravity of this act.

It has been concluded that doctors need to be more attentive to their writings and that serious improvements need to be introduced in both curriculum and work systems.

Keywords: (document, doctor, certificate, prescription, hospital)