



**LE CONSEIL RÉGIONAL DE
L'ORDRE DES MÉDECINS
DE SOUSSE**

**Gouvernorats de
Sousse | Kairouan
Mahdia | Monastir**

**EXERCICE
DE LA MÉDECINE
Les documents médicaux**

**2^{ème} Edition
2017**

Dr Mohamed Braham

***PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL DE
L'ORDRE DES MÉDECINS DE SOUSSE***

<i>Président :</i>	Dr. Mohamed BRAHAM
<i>Vice-président :</i>	Dr. Hichem MOATEMRI
<i>Secrétaire Général :</i>	Dr. Mehdi JAIDANE
<i>Secrétaire Général Adjoint :</i>	Dr. Mohamed Anis GUETTARI
<i>Trésorière :</i>	Dr. Chiraz Dorsaf MAKNI
<i>Membres :</i>	Dr. Nizar BRAHAM
	Dr. Souhail CHATTI
	Dr. Habib JERBI

Il est clair aujourd'hui que l'exercice de la médecine ne se limite pas à l'examen du patient et à la prescription d'un médicament, mais inclut également l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, de certificats médicaux, d'attestations, de comptes rendus, de rapports d'expertise, et plus généralement de tout document dont la production est autorisée par les textes législatifs et réglementaires.

Dans la rédaction de ces documents, le médecin doit veiller au respect de la déontologie médicale, et ce notamment à travers la préservation de l'indépendance professionnelle et du secret médical. Le médecin doit également veiller à produire des documents conformes aux données scientifiques les plus récentes.

La médecine s'oppose par essence à toute activité commerciale. Ainsi, l'ensemble des procédés de propagande et de publicité, qu'ils soient directs ou indirects, sont interdits aux médecins. Il est également strictement prohibé au médecin de s'immiscer dans les affaires familiales de ses patients, tout comme il lui est interdit de faire profiter un proche ou un malade d'un avantage matériel injustifié ou illicite. Les actes médicaux et les prescriptions doivent par conséquent se limiter au strict nécessaire.

Le médecin étant appelé à maintenir et améliorer l'état de santé des personnes et de la population, il ne peut, de quelque manière que ce soit, participer à une fraude ou aider à l'obtention de faveurs illicites répréhensibles sur le plan disciplinaire et pénal. Malheureusement ces pratiques sont assez fréquentes de nos jours et contribuent à elles seules à plus de 30% des sanctions disciplinaires prononcées à l'encontre des médecins.

Pour combattre ce fléau, le présent document, élaboré par mon ami le Docteur Mohamed BRAHAM, apporte une matière bien collectée et commentée, qui pourra, je l'espère, contribuer à la sensibilisation et à l'information des jeunes et moins jeunes médecins et combler le déficit constaté dans ce domaine.

Dr. Mounir Youssef MAKNI

**Président du Conseil National de
l'Ordre des Médecins de Tunisie**

En 2014, Dr Mohamed Braham m'avait fait l'insigne honneur de m'associer à la rédaction de la première édition de cet ouvrage. En trois ans, de l'eau a coulé sous les ponts mais ça ne l'a pas empêché de récidiver en me demandant de rédiger une préface à la seconde, ce dont je le remercie de tout mon cœur. Ce guide, car c'en est un, mérite d'être à la portée immédiate des jeunes et des moins jeunes médecins. En effet, non seulement il fait le tour des principaux documents que le praticien a à rédiger quotidiennement mais il donne en outre de précieux conseils qui permettent de s'y retrouver dans les cas délicats. Et puis, ceux qui démarrent leur carrière le feront sur de bonnes bases et les plus vieux en profiteront pour redresser certaines habitudes plus ou moins bien ancrées, aux retombées potentiellement graves. Car les écrits restent et engagent à fond la responsabilité de chacun de nous...

Bonne lecture!

Dr Foued BOUZAOUACHE

**Vice-président Conseil National de
l'Ordre des Médecins de Tunisie**

La délivrance de documents fait partie intégrante de la pratique médicale quotidienne. Cet ouvrage prétend répondre à un besoin parfois exprimé, souvent tu par nombre de médecins qui, une fois confrontés à l'exercice réel de leur art, se trouvent désarmés quand ils prennent leur stylo pour rédiger un document médical en toute connaissance de cause et en toute responsabilité. Il peut s'agir d'une ordonnance, d'un certificat médical ou d'un rapport médical, documents considérés comme étant à la fois médicaux et légaux. Ils sont donc bien encadrés par une réglementation assez sévère, mais très éparpillée, entre le code de déontologie médicale, le code pénal et autres textes de lois, décrets et arrêtés.

En signant un document médical le médecin engage sa responsabilité, celle de la profession, tout le système de santé et met en jeu sa compétence.

Il est naturel que ce soit le Conseil de l'Ordre des Médecins qui publie ce recueil de textes puisqu'il est de son devoir de veiller « au maintien des principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la médecine », de s'associer aux Facultés de Médecine pour parfaire la formation des médecins notamment en matière d'éthique, de déontologie et de législation en rapport avec l'exercice de la médecine.

Dans cette deuxième édition nous avons essayé de clarifier certaines notions. Nous avons insisté sur les risques encourus par les médecins en cas de violation de la législation et des règlements et en rapport avec la délivrance des différents documents. Certains chapitres ont été supprimés dont nous avons jugé qu'ils peuvent faire l'objet d'un autre recueil. De même nous avons fait abstraction des modèles des différents documents.

Docteur Mohamed BRAHAM

**Président du Conseil Régional de
l'Ordre des Médecins - Sousse**

Exercice de la médecine : la rédaction médicale

(Article 27 du CDM)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
--------------------------	----------

CHAPITRE I - L'ORDONNANCE MEDICALE

1-Le cadre réglementaire	9
2- Indications à mentionner sur une ordonnance	10
3- Prescription des produits du tableau B	12
4- Prprescription de certains psychotropes	14
5-Les modalités de substitution d'un médicament par un pharmacien	16
6-L'ordonnance médicale: validité et renouvellement.....	16
7-Prscription médicale par téléphone.....	17
8 Prescription médicamenteuse aux sportifs.....	17
9 -La prescription médicale et la responsabilité du médecin.....	17
10-Obligation d'information et de consentement du malade.....	19

CHAPITRE II - LE DOSSIER MEDICAL

1- Utilité du dossier médical.....	22
2- Informations à recueillir dans le dossier médical	23
3-Législation en Tunisie	23
4-Le dispositif légal de la protection du dossier médical	25
5- Dossier médical ou dossier de santé ?	28
6- Responsabilité médicale : L'importance du dossier médical.	28

CHAPITRE III - LE CERTIFICAT MEDICAL

1-Le cadre réglementaire	29
2-Certificat médical et secret professionnel	30
3-Les différents certificats médicaux.....	30

4- Les certificats médicaux obligatoires	32
5- Certificats dont l'établissement n'est pas obligatoire ; facultatifs	43
6- Délivrance des certificats médicaux aux mineurs	44
7-Signalement des sévices à enfants.....	44
8- Le certificat médical de virginité.....	46
9-Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).....	47
10-Les certificats médicaux de complaisance	48
11-Les certificats médicaux : attention aux pièges !	49
12-Conclusion	50

CHAPITRE IV - L'EXPERTISE - LA REQUISITION- L'ORDONNANCE SUR REQUETE

1-L'expertise-.....	51
2-La réquisition.....	52
3-L'ordonnance sur requête.....	53

CHAPITRE V - DOCUMENTS RELATIFS A L'ASSURANCE MALADIE

1-Le bulletin de soins.....	55
2-Les demandes des accords préalables (AP).....	56
3-Demande pour affection prise en charge intégralement (APCI).....	57
4-Certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle.....	57
5-Certificat médical d'arrêt de travail.....	58

INTRODUCTION

La signature d'un médecin bénéficie, par principe, d'un grand crédit et toute erreur ou compromission de sa part fait, notamment au corps médical entier, un tort considérable. Le médecin est sollicité tous les jours afin de rédiger des documents au profil du patient pour lui servir ce que de doit et ceci pour attester, certifier, confirmer ou décrire une situation, un état de santé. Ces documents sont généralement demandés soit par le patient soit par des instances à type d'assurances, administrations, judiciaires. Ils sont généralement destinés à un tiers.

L'Art. 27 du code de déontologie Médicale (CDM) stipule :

« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, ordonnances, attestations ou documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Les documents visés à l'alinéa précédent délivrés par un médecin doivent comporter son identité, sa signature manuscrite, la date de l'examen ayant servi de base aux indications mentionnées dans les documents et la date de leurs délivrance.

Ces documents doivent comporter l'identité exacte du patient ».

Sommes-nous vraiment conscients de toutes les conséquences individuelles et collectives des documents que le médecin signe ? Par sa signature le médecin engage sa responsabilité envers le patient et la société d'une façon générale.

Ainsi, notre signature ne se conçoit que dans un encadrement rigoureux essentiellement par le Code de Déontologie et le Code Pénal. Qui de nous n'a pas été sollicité par amitié ou pour d'autres raisons telle que la confraternité pour la rédaction d'un certificat de complaisance considéré à tort « social » ou pour une ordonnance dictée par le patient après présentation de vignettes ? La banalisation des fautes apparemment « légères » mais réellement graves ne peut que ternir l'image du médecin et de la médecine mais surtout aboutir à des sanctions disciplinaires ordinaires et parfois pénales. La médecine doit être exercée dans toute circonstance selon les normes déontologiques en vigueur.

Délivrer un document, le signer, nécessite compétence, objectivité, indépendance et si ce n'est pas le cas, il faut s'abstenir de mentionner ou de donner son avis sur des éléments que l'on n'a pas pu contrôler.

La rédaction de ce document valide un point fondamental : ***C'est un acte purement médical qui ne peut-être délégué.*** Certains médecins délèguent à leur secrétaire le remplissage de documents au risque d'erreurs et de données fausses, incompréhensibles ou incomplètes.

Ainsi, avant d'apposer sa signature sur un document et de le délivrer, le médecin doit se poser les questions suivantes :

« Suis-je compétent pour signer le document qu'on me demande ? »

« Suis-je prêt à assumer les conséquences individuelles et sociétales de ma signature ? »

« La législation en vigueur me permet-elle de rédiger ce document, ce certificat, cet écrit etc.? »

« Est-ce que je signe ces documents en pleine indépendance de tout conflit d'intérêt ? »

« Est-ce que je signe en toute liberté et sans contrainte ? »

« Ai-je bien informé ce patient ou l'administration sur les conséquences de ma signature ? »
« Mon interlocuteur est-il conscient que ma signature n'est valable qu'à l'heure ou à la date où celle-ci est apposée ? »
« Mes écrits sont-ils la traduction réelle de ce que j'ai constaté au cours d'un interrogatoire et d'un examen clinique ou paraclinique de ce patient? »

CHAPITRE I : L'ORDONNANCE MÉDICALE

La prescription médicale est un acte médical majeur qui consiste à prescrire un traitement sur un document : « **l'ordonnance** ». Cette ordonnance consigne la prescription médicale qui peut être certes, des médicaments mais également des examens radiologiques, biologiques, des traitements physiques et des actes de kinésithérapie, ainsi que des cures thermales ou des règles d'hygiène et de diététique.

La prescription médicale ne doit ainsi en aucun cas rester une simple feuille d'ordre. Elle doit, au contraire, être un outil de communication entre les différents acteurs de la « chaîne de soins » et qui sont les médecins, les pharmaciens, les infirmiers et les patients.

1-LE CADRE REGLEMENTAIRE

1-1-Code de déontologie médicale

En plus de l'article 27 du CDM mentionné ci dessus, d'autres articles du CDM font référence aux indications sur l'ordonnance et aux prescriptions du médecin :

Article 23 du CDM : « *Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur les feuilles d'ordonnances et les annuaires sont :*

- 1) *Celles qui facilitent ses relations avec ses patients : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et heures de consultation.*
- 2) *La qualification qui lui a été reconnue par le conseil national de l'ordre des médecins.*
- 3) *Les titres et fonctions universitaires et hospitalières qui doivent préciser la faculté ou l'hôpital dont in s'agit.*

Ces titres et fonctions doivent être ceux en cours au jour de l'indication. Les titres et fonction ayant précédé l'indication doivent obligatoirement être précédés de la mention « ancien ».

Article 33 du CDM : « *Dans toute la mesure compatible avec la qualité et l'efficacité des soins et sans négliger son devoir d'assistance morale envers le malade, le médecin doit limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes.*

L'existence d'un tiers payant (assurances publiques ou privées, assistantes etc...) ne doit pas amener le médecin à déroger aux prescriptions prévues par cet article »

Article 57 du CDM au sujet du remplacement : « *...Le remplacement doit être mentionné de manière apparente à l'entrée du cabinet du médecin remplacé. Cette mention doit figurer aussi sur les documents délivrés par le médecin le remplaçant ».*

Le fait de mentionner l'information de remplacement laisse le choix au malade de consulter chez le médecin remplaçant ou de différer sa consultation chez son médecin traitant.

Ce dernier article nous amène à clarifier les modalités de remplacement d'un médecin de libre pratique : Les deux médecins, le remplaçant et le remplacé, doivent faire conjointement une demande sur un imprimé disponible au niveau du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins:

*Dans le cas où le médecin remplaçant exerce dans le secteur public ; il doit obligatoirement fournir avec la demande soit un titre de congé de la direction de la structure sanitaire compétente soit une demande de congé signé par l'intéressé et son chef de service.

*Les internes et les résidents peuvent assurer des remplacements respectivement des médecins généralistes ou des médecins spécialistes du secteur privé (article 57 du CDM et article 3 de la loi n°91-21 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste).

L'interne ou le résident doivent fournir un titre de congé respectivement de la faculté de médecine d'origine ou de la direction de l'établissement sanitaire compétente.

1-2-Autres références juridiques

Certaines lois organisant les professions pharmaceutiques ou portant réglementation des substances vénéneuses font référence à la rédaction et à l'exécution de l'ordonnance. En effet le pharmacien est le troisième intervenant dans la triade de prise en charge du patient avec le médecin et le malade.

La loi N° 73-55 de 3 août 1973, organisant les professions pharmaceutiques, dans son Art.26 stipule : *« L'ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien dentiste ou d'un vétérinaire doit porter en caractères lisibles le nom et l'adresse du signataire et être rédigé à l'encre, de façon à être exécutée dans toutes les pharmacies. »*

Lorsque le pharmacien se trouve en présence d'une ordonnance qui lui paraît d'une inscription douteuse comme rédaction ou dangereuse comme effet, il doit en référer au signataire avant de délivrer le produit ou la préparation spécifiée. »

2- INDICATIONS A MENTIONNER SUR UNE ORDONNANCE

Les médicaments, même utilisés couramment, ne sont jamais des produits anodins. Leur prescription, leur délivrance et leur utilisation doivent ainsi faire l'objet de la plus grande attention chez les professionnels de santé.

La prescription de médicaments est faite **après examen du malade**. Selon **l'article 32 du CDM** *"Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention et s'il y a lieu en s'aidant ou en se faisant aider, dans toute la mesure possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées."*

Sur l'ordonnance doivent figurer les mentions concernant à la fois le médecin, le patient et bien évidemment le traitement. Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable. Il doit veiller à leur compréhension par le patient, son entourage et le pharmacien afin de garantir sa bonne exécution. On estime en effet que le médecin a commis une faute en remettant une ordonnance rédigée de manière ambiguë et/ou en ne s'assurant pas de sa compréhension par le patient.

La rédaction des ordonnances par ordinateur a bien évidemment l'avantage de pouvoir transmettre des ordonnances lisibles et éviter ainsi des facteurs d'erreurs parfois catastrophiques. Elles pourraient, à moyen terme, être transmises par courrier informatique pour améliorer la délivrance du médicament.

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur une ordonnance sont celles définies à l'article 23 du CDM. L'ordonnance doit être rédigée sur un papier à en tête (feuille d'ordonnance).

Dans le cas de regroupement de médecins de même spécialité ou de spécialités différentes, la mention « cabinet de groupe » doit figurer sur l'ordonnance (article 93 du CDM).

Le médecin ne peut mentionner **la ou les qualifications, de spécialité ou de compétence** sur les différents documents et supports (ordonnance, plaque, carte visite...) que celles qui lui ont été reconnues conformément au règlement de qualification et de compétence établi par le Conseil National des Médecins de Tunisie (article **24 de la loi n° 91-21 du 13 mars 1991** relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste et les articles 23 et 24 du CDM).

L'arrêté du Ministère de la Santé du 7 juillet 1992 fixant les conditions et les règles de reconnaissance de la qualification des médecins pour l'exercice en qualité de spécialiste et de médecin compétent, dans son article 2 stipule que le médecin ne peut faire état sur sa plaque, ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire que des spécialités pour lesquelles il a été qualifié spécialiste ou compétent par le conseil national de l'ordre des médecins après avis d'une commission.

L'arrêté du ministère de la santé publique du 25 mars 2004, a repris les conditions et les règles de reconnaissance de la qualification des médecins pour l'exercice en qualité de spécialistes et de compétents : la qualification constitue la reconnaissance à un médecin d'exercer soit en qualité médecin spécialiste, soit en qualité de médecin généraliste compétent, soit en qualité de médecin spécialiste compétent. Le même arrêté a fixé la liste des spécialités et des compétences. Cette liste a été abrogée par un autre **arrêté du ministère de la santé publique du 23 mai 2005** en ajoutant la médecine d'urgence à la liste des spécialités et la prise en charge des urgences dans la liste des compétences des médecins généralistes.

Le médecin ne peut être reconnu compétent par le conseil national de l'ordre des médecins qu'après avis favorable d'une commission présidée par le président du conseil (articles 3 et 4 de l'arrêté du 25 mars 2004). Une demande de qualification et un engagement de la part du médecin à n'exercer que leurs spécialités sont déposés au Conseil Régional de l'Ordre (imprimé disponible aux CROMs) accompagnée de copies conformes des diplômes avec les originaux pour leurs vérifications par le conseil Régional.

Les titres et fonctions universitaires et hospitalières mentionnées sur ces supports doivent être justifiés.

Par contre, certaines mentions sont autorisées mais non obligatoires :

- Le numéro de télécopie ;
- Les jours et heures de consultation ;
- La situation vis-à-vis de la CNAM ;
- Éventuellement la mention « En cas d'urgence le numéro d'appel »

La date est la seule mention de « circonstance » nécessaire.

Concernant le patient, doivent être présents :

- Son nom
- Son prénom

- Son sexe (généralement signalé par les indications Mr, Mme ou Mlle)

Concernant les médicaments, il faut mentionner dans tous les cas :

- La dénomination du médicament
- La posologie
- Le mode d'emploi
- La formule détaillée si c'est une préparation
- La durée du traitement ou le nombre d'unité de conditionnement
- La signature et le cachet du médecin avec annulation de l'espace libre

Dans certains cas peuvent-être nécessaires :

- Le nombre de renouvellement de la prescription ou « Non renouvelable »
- « je dis : telle dose » + posologie en toute lettre en cas de dépassement de posologie maximale.
- L'ajout de la mention « **non substituable** » dans certains cas (voir paragraphe 5 du CHI : les modalités de substitution).

3-PRESCRIPTION DES PRODUITS DU TABLEAU B

Du fait de leurs appartenances à la catégorie des substances vénéneuses leur prescription est régie par la **Loi 69-54 du 25 Juillet 1969** portant réglementation des substances vénéneuses et dans son **article 14** concernant la rédaction de l'ordonnance stipule que : « *L'auteur de la prescription doit la rédiger à l'encre, la dater, la signer et y mentionner lisiblement les nom, prénom et adresses et ceux du bénéficiaires de l'ordonnance, ainsi que le nom et la forme du médicament, son mode d'emploi et le nombre d'unités thérapeutiques.*

S'il s'agit d'une préparation magistrale, il doit indiquer en toutes lettres les doses des substances des tableaux A, B, ou C prescrites.

Le nombre d'unités thérapeutiques doit être indiqué en toutes lettres s'il s'agit de médicaments spécialisés contenant des substances des tableaux A, B ou C ou de préparations magistrales ou officinales contenant des substances du tableau B. »

La délivrance d'échantillons médicaux de médicaments contenant des substances du tableau B est interdite (**article 35**).

La prescription des substances du tableau B se fait sur des carnets à souches, **l'article 82** stipule que « *les souches des ordonnances doivent être conservées par le praticien pendant trois ans pour être présentées à toute réquisition des autorités compétentes* ».

Les ordonnances prescrivant des substances du tableau B doivent être établies après examen du malade (**article 76**).

La loi 54 du 25 Juillet 1969 a été modifiée et complétée par **la loi n°2009-30 du 9 juin 2009** dont voici les articles modifiés et qui sont en rapport avec la prescription médicale :

Article 78 (nouveau) : « *L'ordonnance prescrivant des substances du tableau B ne peut être exécutée après quarante huit heures (48) du jour de son établissement. L'exécution de l'ordonnance est assurée par un pharmacien d'officine de détail installé au gouvernorat dans lequel exerce le praticien qui l'a délivrée ou au gouvernorat ou se trouve le lieu de résidence du malade.*

Si l'ordonnance est présentée au-delà du délai susmentionné, elle ne peut être exécuté que pour le reste de la période du traitement conformément à ce qui est prescrit sur la dite ordonnance »

Cette restriction de l'exécution est dictée par le souci d'éviter la duplication des ordonnances et le chevauchement des prescriptions des substances du tableau B afin d'éviter l'utilisation de ces substances à des fins non thérapeutiques. De plus, il faut savoir que le pharmacien est tenu d'établir un rapport trimestriel sur la consommation de ces substances à l'intention de la Direction Régionale de Santé territorialement compétente.

Article 83, alinéa premier (nouveau) : *« il est interdit d'établir et d'exécuter des ordonnances prescrivant des substances du tableau B sous forme orale ou transdermique pour une période dépassant 28 jours .Pour les substances sous forme injectable, cette période ne peut dépasser 14 jours. »*

Les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas aux liniments et pommades »

Ainsi a été supprimée la mention « règle des sept jours » du titre avant l'article 83 de la loi sus visée n° 69-54 du 26 juillet 1969. En effet la loi n° 2009-30 du 9 juin 2009 et dans son article 2 stipule : *« Est supprimée du titre prévu directement avant l'article 83 de la loi sus visée n° 69-54 du 26 juillet 1969, l'expression « règle de sept jours ».*

A l'exception des liniments et pommades, il est interdit de renouveler les ordonnances prescrivant des substances du tableau B (**article 84**).

Les praticiens ne sont autorisés à détenir des médicaments contenant des substances du tableau B que dans la limite d'une provision pour soins urgents. Cette provision est déterminée qualitativement et quantitativement par arrêté du Ministère de la Santé (**article 86**).

Le chapitre VI des sanctions de Loi 69-54 du 25 Juillet 1969 prévoit un emprisonnement de un à cinq ans et une amende de cent à dix mille dinars pour l'utilisation illégale des substances du tableau B (articles 100 et 101). Outre l'amende, le maximum de la peine d'emprisonnement est prononcé contre tout praticien qui, de mauvaise foi aura ordonné sans nécessité l'emploi de l'une de ces substances (article 102). Les tribunaux pourront en plus, interdire au condamné l'exercice de la profession à l'occasion de laquelle auront été commises les infractions (article 113).

Remarques:

1- **l'approvisionnement** des carnets à souches pour la dispensation des stupéfiants se fait auprès de la pharmacie de l'hôpital dans le secteur public et au niveau de Conseil Régional de l'Ordre des médecins dans le secteur privé.

2- **La dispensation** des stupéfiants au malade payant consultant en externe dans le secteur public ; l'ordonnance ne pouvant être honorée par l'hôpital ; le malade doit s'approvisionner dans les officines privées. La circulaire n°46/98 du 4 mai 1998 (point 6) du Ministère de la Santé sur la gestion des stupéfiants préconise : *« la prescription par les services externes de stupéfiants au profil des malades externes payants doit se faire obligatoirement sur des ordonnances extraites du carnet à souches **personnel du médecin prescripteur**, délivré à cet effet par le Conseil National de l'Ordre des Médecins ».* Les carnets à souches sont disponibles au niveau des conseils régionaux de l'Ordre des Médecins.

4-PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES

4-1-Prescription par les médecins de secteur public

La circulaire 150/96 a instauré l'ordonnance bleue pour la prescription des psychotropes dans les structures sanitaires publiques et ce dans le but de lutter contre l'utilisation abusive de ces produits et contre l'émergence de tout trafic illicite. Cette mesure concerne les prescriptions de : -THIHXYPHENYDILE –CLONAZEPAN -DIAZEPAN.

La circulaire N° 119/98 du 6 novembre 1998 établit les modalités de prescription et dispensation de certains médicaments (notamment les psychotropes).

La circulaire 113/99 du 13 décembre 1999 précise les modalités de prescription, distribution et dispensation des médicaments faisant l'objet d'abus. Cette circulaire annule et remplace la circulaire N° 119/98 du 6 novembre 1998.

L'avis du 13 décembre 1999 faisant référence à la circulaire N°119/99, a clarifié la liste des produits auxquels s'appliquent ces modalités de prescription :

- Trihexyphénidyle comprimé (Artane, Parkizol,...)
- Clonazépan comprimés (Rivotril, Aklonil,..)
- Diazépan (Vlium, Diazépan,...)
- Buprénorphine.

Cette ordonnance bleue est rédigée sur un carnet à souches, numérotée et établie en triple exemplaire dont deux seront remis au malade : une copie sera conservée par la pharmacie de la structure sanitaire (ayant délivré un traitement de 15 jours), l'autre copie servira au malade pour s'approvisionner du reste de son traitement du centre de santé de base (traitement de deux mois et demi pour les prescriptions d'une durée de trois mois). La durée de prescription ne doit pas dépasser trois mois.

S'il s'agit d'un malade payant consultant dans le secteur public, l'ordonnance ne pouvant être honorée par la structure sanitaire publique, un seul exemplaire est délivré au malade pour s'approvisionner dans les officines privées. Le médecin prescripteur doit mentionner sur les souches restantes « **malade payant traitement à acheter** » en vue d'une comptabilité correcte des ordonnances bleues.

4-2-Prescription par les médecins de libre pratique

Pour lutter contre l'usage abusif des psychotropes et afin de rationaliser leur prescription une **circulaire du ministère de la santé sous le n°23/2013 du 11 avril 2013** informe **les médecins et les pharmaciens du secteur privé** que la prescription des quatre produits psychotropes suivant est mise sous contrôle particulier afin d'en assurer la traçabilité :

- 1-Trihexyphénidyle : Artane® Parkizol®
- 2-Clonazépan : Rivotril® Aklonil® Clonazepam®
- 3-Lorazépan: Temesta®
- 4-Diazépan: Valium® Diazepam®

La prescription de ces quatre produits se fera impérativement sur ordonnances numérotées, de couleur bleue, établies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et mises à la disposition des médecins au niveau des conseils régionaux de l'Ordre pour une somme de cinq dinars (le carnet comporte 50 ordonnances). Le médecin doit faire la demande au nom

du président du Conseil Régional de l'Ordre sur son ordonnance accompagnée par une copie de sa carte d'identité.

Les médecins prescripteurs doivent noter sur le dossier médical du patient le numéro de l'ordonnance bleue délivrée ainsi que le numéro de la carte d'identité du patient ou éventuellement le numéro de la carte d'identité de l'accompagnant s'il s'agit d'un mineur.

Les médecins prescripteurs de ces produits devraient :

- 1- Remettre les souches roses des carnets utilisés au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins territorialement compétent.**
- 2- Remettre un état trimestriel de la prescription de ces psychotropes à la Direction Régionale de la Santé territorialement compétente.**

Une seule ordonnance est délivrée par patient ou bien son accompagnant, laquelle ordonnance sera conservée par le pharmacien qui délivre les psychotropes en question.

Le pharmacien ne délivre ces médicaments que sur présentation de la carte d'identité du patient ou de l'accompagnant.

Afin d'éviter le chevauchement des prescriptions de ces psychotropes, l'ordonnance ne sera honorée que par les pharmaciens installés dans le gouvernorat où exerce le médecin prescripteur ou dans le gouvernorat où habite le patient. En effet un état trimestriel des prescriptions de ces psychotropes, à l'instar des produits du tableau B, sera mis à la disposition par le pharmacien à la Direction Régionale de la Santé territorialement compétente. Ceci va permettre, dans certains cas au niveau d'un même gouvernorat, de détecter les éventuels chevauchements des prescriptions de ces produits à un même malade.

Il existe un état appelé "ETAT TRIMESTRIEL DES SORTIES DES PSYCHOTROPES" (sous contrôle du Ministère de la Santé) utilisé par les pharmaciens et qui comporte des données concernant :

- la pharmacie en question avec le nom, l'adresse et le numéro de téléphone ;
- le malade, le prescripteur et la date de prescription ;
- Les produits délivrés, leurs quantités et la date de dispensation.

Cet état est daté et signé par le pharmacien avec son cachet et transmis à la Direction Régionale de la Santé territorialement compétente.

5-LES MODALITES DE SUBSTITUTION D'UN MEDICAMENT PAR LE PHARMACIEN

C'est l'arrêté du ministre de la santé publique du 18 novembre 2008 qui a fixé les modalités de substitution d'une spécialité pharmaceutique. Le pharmacien en question devrait respecter certaines conditions :

- Avant de procéder à la substitution le pharmacien doit informer le patient qu'il a procédé à la substitution et que la spécialité pharmaceutique proposée est équivalente à la spécialité pharmaceutique prescrite sur l'ordonnance
- Il doit noter de manière manuscrite sur l'ordonnance médicale le nom de la spécialité délivrée, sa forme pharmaceutique et y apposer sa signature, le cachet de la pharmacie et la date de délivrance

-Il doit se référer à la liste des groupes génériques.

Dans le cas où le médecin tient à ce que son malade utilise le produit princeps il peut recourir à la mention « **non-substituable** » sur l'ordonnance.

6- L'ORDONNANCE MEDICALE: VALIDITE ET RENOUELEMENT

Chaque ordonnance médicale pour prescription de médicaments a une durée de validité qui lui est propre même si dans la plupart des cas, la délivrance des médicaments doit se faire dans un *délai maximum de trois mois* à partir de la date de prescription du médecin. L'ordonnance est valable un an pour la pharmacie. Certains médicaments, comme les stupéfiants ou assimilés, doivent être retirés dans les 48 heures après la prescription.

Les ordonnances pour acte médical (spécialiste, analyse en laboratoire, radiographie,.....) ont une validité spécifique. Ne pas hésiter à demander au professionnel de la santé concerné.

Cette durée de validité va déterminer le **renouvellement de l'ordonnance**.

Dans certains cas, le renouvellement de l'ordonnance peut être prévu par le médecin directement sur l'original de l'ordonnance, par période de 1 ou 3 mois dans la limite d'un an au maximum.

7-LA PRESCRIPTION MEDICALE PAR TELEPHONE

A priori, le médecin n'a pas le droit de faire des prescriptions téléphoniques. En effet la prescription téléphonique d'un traitement ou pour changer une posologie engage pleinement la responsabilité du médecin. Seulement, les médecins sont très souvent sollicités par téléphone par les patients ; il leur faut apprécier avec tact et prudence cette situation afin d'adopter le comportement le plus approprié.

S'il s'agit d'un patient connu et identifié, posant une question simple à la suite d'une consultation, il est déontologiquement acceptable de répondre par téléphone, par exemple pour clarifier la prescription d'un médicament. C'est pour cela que le dossier du patient devrait être le plus complet possible pour que le médecin puisse répondre correctement à son patient. Le médecin doit noter les circonstances, la date et le contenu de la prescription téléphonique sur le dossier du patient.

S'il s'agit d'un patient non identifié et bien sûr en dehors des cas d'urgence, le médecin doit se limiter dans son entretien téléphonique à une simple information d'ordre général tout en proposant une vraie consultation dans son cabinet.

Il faut savoir que l'entretien téléphonique entre un médecin et un patient ne doit en aucune manière être considéré comme une consultation mais plutôt comme préalable ou complément d'une consultation.

8- PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE AUX SPORTIFS

Le médecin est parfois amené à prescrire des médicaments aux sportifs, que ce soit comme médecin traitant ou comme médecin d'une association sportive.

Au sens de **la loi n° 2007-54 du 8 août 2007, relative à la lutte contre le dopage dans le sport** le médecin est considéré comme ayant une relation directe avec le sportif (article 3).

En effet l'article 9 stipule : « *Le cadre médical et para médical chargé de la surveillance médicale et sanitaire des sportifs au sein de la structure sportive dont il relève, doit :*

-veiller à promouvoir et diffuser la culture de lutte contre le dopage, et faire connaître tous les moyens et programmes fixés par les instances nationales et internationales compétentes,
-s'abstenir d'aider les sportifs à utiliser ou d'essayer d'utiliser des substances ou méthodes interdites,

-demander aux sportifs de l'informer de toutes les prescriptions médicales délivrées par un médecin qui n'appartient pas à la même structure sportive,

-contrôler, dans le cadre de sa mission, toute substance délivrée aux sportifs à titre de médicaments ou de produits de substitution ou de compléments de nutrition, afin de s'assurer qu'ils ne contiennent pas une substance interdite ».

Le texte de loi précise également que c'est du devoir du sportif de déclarer sa qualité de sportif à son médecin traitant (article 10) mais il est également du devoir de son médecin de connaître la liste des substances et méthodes interdites aux personnes dans le sport.

De même est considéré contravention au sens de cette loi l'administration ou la tentative d'administration d'une substance ou d'une méthode interdite à un sportif ,ou l'assistance ,l'encouragement ,le concours, l'incitation, la dissimulation ou toute autre forme de complicité entraînant une violation ou une tentative de violation des règles anti dopage (article 24).

L'arrêté du Ministère de la jeunesse, des sports et de l'éducation physique et du Ministère de la Santé du 7 mai 2008 a fixé la liste des substances et méthodes interdites pour les personnes dans le sport. Cette liste comporte : les substances et méthodes interdites en permanence (en et hors compétition) , les substances et méthodes interdites en compétition ,les substances interdites dans certains sports et les substances spécifiques.

L'autorisation d'usage des substances et méthodes interdites dans le sport à **des fins thérapeutiques** est possible (article 5 de la loi n° 2007-54 du 8 août 2007) mais soumise à des conditions et des procédures définies dans le **décret n° 2008-2681 du 21 juillet 2008** du Ministère de la jeunesse, des sports et de l'éducation physique ; décret modifié par le décret n°2010-1413 du 7 juin 2010. En effet il est interdit tout octroi d'autorisation d'usage des substances et méthodes interdits avec effet rétroactif , à l'exception des cas suivants : - si l'usage est justifié par une urgence médicale ou traitement d'une condition pathologique aigue - si l'usage est justifié par des circonstances exceptionnelles survenues avant la date de l'opération de contrôle , n'ayant pas permis au demandeur de déposer une demande d'autorisation d'usage d'une substance ou méthode interdite dans les délais exigés par l'agence nationale de lutte contre le dopage créée suivant le titre II de la loi) de statuer sur cette demande.

La responsabilité disciplinaire du médecin peut être engagée. Selon le **CDM**, le médecin ne doit jamais formuler des prescriptions dans les domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue par le Conseil National de l'Ordre (article 13). De même est interdit tout acte de nature à procurer un avantage

matériel injustifié ou illicite (article 17). Le médecin doit aussi limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes (article 33) et ne jamais nuire à son malade (article 38).

Il est important de noter aussi qu'il n'y a pas uniquement les mesures disciplinaires supplémentaires pour les contrevenants à celles prévues par l'article 24 de la loi 2007-54, la responsabilité pénale du médecin est engagée si les produits en question appartiennent au Tableau B.

9-LA PRESCRIPTION MEDICALE ET LA RESPONSABILITE DU MEDECIN

La prescription médicamenteuse engage la responsabilité morale, professionnelle et juridique (civile et pénale) du médecin prescripteur.

9-1-La responsabilité pénale du médecin prescripteur.

Elle est engagée par atteinte à l'intégrité corporelle souvent involontaire (non intentionnelle) dans les situations suivantes:

Article 217 du code pénal : « *L'homicide involontaire commis ou causé par maladresse, imprudence, négligence ou inobservance des règlements ; est puni d'un emprisonnement de 2 ans et d'une amende* ».

Article 225 du code pénal « *Celui qui par maladresse, impéritie (incompétence), imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements détermine des lésions corporelles à autrui ou en est la cause involontaire, est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende* ».

La prescription de stupéfiants dans un but non thérapeutique ou de stimulants dans un but de dopage représentent des infractions qui tombent sous le coup de la loi pénale .D'après la **Loi 69-54 du 25 Juillet 1969** portant réglementation des substances vénéneuses stipule :sont punis d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de cent à dix mille dinars l'emploi des médicaments à d'autres destinées que celui de la médecine, la délivrance d'échantillons de médicaments contenant des substances du tableau B, la non conservation des souches des ordonnances par les praticiens...(article 101) .Outre l'amende ,le maximum de la peine d'emprisonnement prévue à l'article 101 sera toujours prononcé contre tout praticien qui, de mauvaise foi, aura ordonné sans nécessité l'emploi de l'une de ces substances (article 102). La tentative de l'infraction est punie comme l'infraction elle-même (article 106).

L'inscription par le médecin sur l'ordonnance qu'il remet à son malade du diagnostic de l'affection ce qui est contraire au code pénal (l'article 254 du code pénal) et à la déontologie (Article 8 relatif au secret professionnel). Voir CH II paragraphe 4 au sujet du secret professionnel.

9-2- La responsabilité civile

Selon le **code des obligations et contrats** tout fait quelconque de l'homme causant à autrui un dommage matériel ou moral, oblige son auteur à réparer le dommage (article 82). le médecin doit réparer le dommage causé à autrui soit par sa faute propre soit par la faute des personnes qui dépendent de lui. Néanmoins, pour que cette responsabilité civile du médecin soit engagée ou mise au profit d'un individu, le droit exige trois conditions : *un dommage, une faute et un lien de causalité* entre la faute et le dommage (**article 83**).

L'article 83 stipule « *Chacun est responsable du dommage matériel qu'il a causé, non seulement par son fait, mais aussi par sa faute, lorsqu'il est établi que cette faute en est la cause directe.*

Toute stipulation contraire est sans effet.

La faute consiste, soit à omettre ce qu'on était tenu de faire, soit à faire ce dont était tenu de s'abstenir, sans intention de causer un dommage. »

9-3- La responsabilité déontologique

Lors de la prise en charge d'un patient le médecin :

-Ne doit pas divulguer le secret professionnel (article 8 du CDM).

-Ne doit pas formuler des prescriptions dans les domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue (article 13 du CDM).

-Ne doit pas divulguer un procédé nouveau de traitement insuffisamment prouvé (article 26 du CDM).

-Doit toujours appliquer les méthodes scientifiques les plus appropriées (article 32 du CDM).

-Doit limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes (article 33 du CDM).

10- OBLIGATION D'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT DU MALADE

L'information du malade sur les différents examens complémentaires et traitements qui lui sont prescrits par le médecin est obligatoire ainsi que sur les éventuelles complications probables et les conséquences de ces actes. Ceci dans le but d'avoir son consentement et de le faire participer à la prise de décision thérapeutique le concernant.

En effet **la loi n° 91-63 du 29 Juillet 1991**, relative à l'organisation sanitaire stipule dans son article premier : « *Toute personne a droit à la protection de sa santé dans les meilleurs conditions possibles* ».

Cette obligation concerne les structures sanitaires publiques et privées qui assurent des prestations préventives, curatives, palliatives, de diagnostic et réadaptation fonctionnelle, avec ou sans hospitalisation.

Le code des obligations et des contrats, du fait de la relation contractuelle entre le médecin et son patient, prévoit que le consentement peut résulter du silence lorsque la partie concernée est présente ou en est dûment informée, et qu'elle n'y contredit point sans qu'aucun motif légitime ne justifie son silence (article 42). Le consentement est annulé s'il est donné par erreur, surpris par dol (artifice employé pour induire ou entretenir une personne dans une erreur) ou extorqué par violence (article 43).

On peut citer aussi dans ce cadre les circulaires du ministère de la santé :

La circulaire n°36/2009 du 19 mars 2009 publiant la charte du malade avec des recommandations sur les droits du patient, le respect de sa dignité, ses droits à la santé, à

l'information, au consentement aux actes médicaux et son droit à la préservation du secret médical et de ses données à caractère personnel. Cette charte énumère aussi les obligations du patient qui est tenu de collaborer avec l'équipe soignante, de se conformer au règlement intérieur de la structure sanitaire publique ou privée, de respecter les règles d'hygiène ...

La circulaire n°104 du 23 novembre 2012 relative à l'information du malade.

La circulaire n°104 du 23 novembre 2014 a proposé un modèle d'une déclaration éclairée relative à l'obligation d'informer le malade.

L'information est communiquée :

- ✓ lors de la consultation ou au cours d'une séance particulière destinée à cet effet,
- ✓ au cours du séjour au sein de l'établissement sanitaire.

Le patient a droit d'être informé de ce qui suit :

- des différentes explorations et soins proposés et les activités préventives nécessaires,
- des bénéfices de la démarche thérapeutique proposée et son coût estimatif préalablement,
- du degré d'urgence des activités thérapeutiques proposées pour son état,
- des résultats prévisibles du traitement proposé,
- des substituts thérapeutiques possibles,
- des résultats prévisibles en cas de refus de traitement,
- des raisons de son transfert d'un établissement sanitaire à un autre.

Le médecin peut être dispensé de l'obligation d'informer le patient dans les situations d'urgence, dans le cas où le patient refuse de s'informer ou lorsque son intérêt l'exige.

Toutefois un pronostic grave ou fatal doit être révélé avec la plus grande circonspection ; mais il peut l'être généralement à la proche famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite (article 36 du CDM).

Le dossier médical doit mentionner que le patient a été informé de toutes les données et renseignements nécessaires susvisés.

Entre dans le cadre de l'information du malade et la protection du médecin le consentement libre et éclairé du patient. Le médecin doit communiquer au patient, de manière préalable, en termes simples et intelligibles et sous réserve des exceptions prévues par la loi, les informations relatives à sa maladie, au processus du traitement et à l'évolution de son état de santé, et ce en tenant compte, lors du traitement, de la difficulté de compréhension et de communication qui caractérise certaines catégories de patients (les enfants, les malades mentaux, les personnes âgées...).

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Sousse a organisé sa XIIIème journée le 20 mai 2017 sur le thème « **droit du malade à l'information- consentement éclairé à l'acte médical et responsabilité du médecin** » avec la participation de médecins, de médecins légistes, d'avocats, d'enseignants en droit et de juges. Devant l'absence de textes législatifs explicites concernant l'information et le consentement du patient aux actes médicaux des recommandations suivantes ont émanées de cette rencontre :

*Toute personne est présumée capable de recevoir des **informations** et de donner un **consentement** " libre et éclairé", à tout acte médical, à moins qu'il ait été établi que cette capacité lui fait défaut. Le consentement est l'expression d'une noble relation médecin-malade qui repose sur le respect de la dignité du patient.*

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé, doit s'efforcer sauf cas d'urgence, avec une impossibilité de le recueillir en temps utile, de prévenir son tuteur légal et d'obtenir son consentement.

L'urgence vitale justifie que le médecin commence à donner les soins qu'il juge appropriés, pour préserver la vie d'un patient qui n'a pas exprimé son consentement.

Si le patient a préalablement fait savoir qu'il refusait de consentir à l'acte médical, aucune mesure thérapeutique ne peut, en principe, lui être imposée contre sa volonté sauf en cas de menace pour autrui ou pour la santé publique. Lorsqu'il n'est plus en état d'exprimer un refus lucide, le médecin doit délivrer les soins indispensables et proportionnés à sa survie.

Plus que la preuve écrite de l'information et du consentement ; il est fortement recommandé de noter dans le dossier médical ou la fiche de consultation les données principales du contenu de l'information délivrée, la date et l'horaire de sa communication.

CHAPITRE II : LE DOSSIER MÉDICAL

Le dossier médical est le support qui rassemble toutes les informations relatives au patient produites et formalisées par les personnels qui participent à sa prise en charge. Ces données peuvent être de nature administrative, sanitaire et sociale.

Le dossier du patient est un instrument de travail et d'échanges avec les autres professionnels (autorisés) consignnant la démarche diagnostique, thérapeutique, préventive et les soins dont la personne a bénéficié. C'est aussi un outil de formation, d'évaluation et un support d'informations indispensable pour améliorer la connaissance en santé et les pratiques dans le respect des règles en vigueur. Le dossier médical, du fait des informations qu'il comporte, est un document légal pouvant être requis par la justice.

C'est donc dès la formation initiale que le futur médecin doit être formé à la tenue des dossiers des patients. Cette formation concerne le dossier médical hospitalier et le dossier médical dans la médecine ambulatoire publique ou privée, en particulier au cours des stages auprès des praticiens de première ligne des secteurs public ou privé dès le deuxième cycle des études médicales.

1- UTILITE DU DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical doit rester en premier lieu un outil d'amélioration de la qualité du travail du médecin pour une meilleure gestion de la santé de son patient. La démarche d'amélioration continue de la qualité exige un travail d'analyse et de réflexion sur les données de la pratique. La principale source de données sur la pratique est constituée par les dossiers médicaux. Le dossier médical constitue la pierre angulaire de l'évaluation de l'exercice de la médecine.

- **Le dossier médical pour le médecin**

Le dossier médical joue un rôle de guide et d'échéancier pendant les consultations.

- **Le dossier médical pour les partenaires du médecin**

Le courrier adressé pour les partenaires du médecin (le pharmacien, les correspondants, les remplaçants et les tiers qualifiés en cas de nécessité) devrait inclure les notes et conclusions des consultations, les antécédents du patient et les soins prodigués à ce dernier.

- **Le dossier médical pour le patient**

Les ordonnances matérialisent le plus souvent le résultat de la consultation pour le patient lui-même.

Le dossier médical permet la communication des informations médicales le concernant. En effet notre société exige de plus en plus de transparence et de communication entre le médecin et son patient.

- **Le dossier médical est un document médico-légal**

Vu que la société a de plus en plus recours à la juridiction en cas de conflit mettant en cause la responsabilité du professionnel de la santé; le dossier médical est une référence médico-légale pour le juge. C'est un document justifiant les conduites à tenir du médecin vis-à-vis de son patient.

Un dossier médical bien tenu et complet joue en faveur du médecin en cas de procédure juridique engagée à son encontre.

Enfin le **dossier médical permet la continuité des soins**. En effet le médecin doit assurer à son malade tous les soins médicaux en son pouvoir personnellement ou avec l'aide de tiers qualifié (article 31 du CDM). Le médecin traitant d'un malade doit proposer une consultation dès que les circonstances l'exigent. Il doit accepter une consultation demandée par le malade ou, les échéant, par son entourage (article 53).

2- INFORMATIONS A RECUEILLIR DANS LE DOSSIER MEDICAL

-Tout dossier médical doit comporter les rubriques :

Identification : Nom complet actualisé, sexe, date de naissance, numéro du dossier.

Informations administratives : Adresse, téléphone, profession, numéro de sécurité sociale, affections de longue durée,

Données d'alerte : Ces données d'alerte doivent bien sûr concerner les allergies, les intolérances médicamenteuses, mais aussi certains facteurs de risque, certains antécédents et les rappels d'actions de prévention.

Rencontre : Nom du médecin, date de la consultation, type de consultation, données de la consultation, conclusion/synthèse et décision.

Histoire médicale actualisée et facteurs de santé : Antécédents personnels, antécédents familiaux, facteurs de risque, vaccinations et autres actions.

Le dossier médical doit recueillir un maximum de données cliniques et les résultats des examens complémentaires.

3-LEGISLATION EN TUNISIE

Le code de déontologie médicale n'oblige pas de façon explicite les médecins de libre pratique à établir un dossier médical pour chacun de leurs malades. Le dossier médical a été cité dans l'article 78 du CDM relatif à la protection des renseignements d'ordre médical par le médecin salarié.

Il s'agit d'une défaillance capitale vu l'importance de ce document comme mentionné ci-dessus. En effet, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation personnelle. Cette fiche est confidentielle et elle est conservée sous la responsabilité du médecin. Elle doit comporter des éléments actualisés nécessaires pour les décisions diagnostiques et thérapeutiques. Le médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou aux médecins que le patient désire les consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. De même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant; le médecin est tenu de lui fournir les informations utiles.

En France le CDM oblige le médecin à tenir un dossier médical : « *Le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle; cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.* »

« *Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les*

informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant ».

En Tunisie les aspects juridiques du dossier médical et ses conséquences sur le régime de la responsabilité du médecin et celle de l'administration privée et publique a été l'objet de plusieurs textes. Le juriste s'est donc rapidement penché sur les conditions de sa conservation, de sa transmission et de sa divulgation. Nous citons en particulier:

1- Décret 81-1634 du 30/11/1981 portant règlement intérieur général des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la santé publique, stipule dans l'article 72 que le personnel doit surveiller la tenue des documents du service et établir les dossiers médicaux des malades en particulier. Ces dossiers sont et restent la propriété de l'établissement.

2-La loi n° 88 - 95 du 02 Aout 1988 relatif aux archives précise la communication des archives aux utilisateurs ne peut être effectuée qu'avec l'accord de leur propriétaire (article 24).

3-L'arrêté du ministère de la santé des 28 mai 2001 portant approbation du cahier des charges relatif aux établissements sanitaires privés, dans son article 53 premier paragraphe stipule : *« les informations relatives aux malades et à la maladie sont strictement confidentielles. Elles ne peuvent être communiquées que par le médecin traitant aux malades eux-mêmes ou à leurs parents dans les conditions fixées par le code de déontologie médicale. Les malades hospitalisés doivent avoir des dossiers médicaux sur les quels sont notés les actes médicaux et les soins qui leur sont dispensés ».*

Article 55 : *« Le dossier médical doit être conservé dans les archives de l'établissement. Une copie doit être délivrée à la demande du patient, de son tuteur légal, de son médecin traitant ou de ses ayants droit.*

Les documents d'imagerie médicale et d'analyse biologiques doivent être remis à la demande des intéressés ».

Le directeur de l'établissement sanitaire privé est tenu de respecter la confidentialité des informations relatives aux malades et à leur maladie et qu'il a eu à connaître au cours de l'exercice de ses fonctions (article 80).

4- Le décret loi n° 2011-41 du 26 Mai 2011 relatif à l'accès aux documents administratifs des organismes publics. Toute demande de documents administratifs doit être faite par écrit (article 7). Le défaut de réponse de l'organisme public concerné à une demande dans les délais indiqués aux articles 10,11 et 12 vaut refus implicite et ouvre droit aux recours administratifs et juridictionnels (article 13).

5-Plusieurs circulaires du Ministre de la Santé ont été éditées sur la tenue des dossiers des malades dans les services hospitaliers, dans les structures de soins et dans les établissements sanitaires privés.

- La circulaire 37-82 et la circulaire 21/91 portent sur la tenue des dossiers médicaux dans les structures de soins.

- La circulaire 122-96 porte sur la tenue des dossiers médicaux dans les structures sanitaires publiques.

- La Circulaire 87-97 porte sur la conservation des dossiers médicaux dans les structures de soins.

-La circulaire -6-2007 du 12 Janvier 2007 obligeant les structures sanitaires privés à délivrer aux patients une copie de leur dossier médical.

- La circulaire 31-2007 du 3 Mars 2007 porte sur les fonctions du dossier médical et leur perte dans les structures sanitaires publiques. Cette circulaire précise que le dossier médical constitue un document important et pouvant être exploité pour la recherche scientifique, les études épidémiologiques et cliniques, l'enseignement et la médecine légale.
- La circulaire 26-2009 du 17 Avril 2009 concernant les prestations fournies par les cliniques privées précise l'obligation de ces structures de tenir des dossiers médicaux pour tous les malades hospitalisés.

4-LE DISPOSITIF LEGAL DE LA PROTECTION DU DOSSIER MEDICAL

Du fait de la nature des données et des informations contenues dans le dossier médical, sa protection relève de la protection du secret professionnel.

Article 24 de la constitution : « *L'Etat protège la vie privée, l'inviolabilité de domicile et le secret des correspondances, des communications et des données personnelles.* »

4-1- Le secret professionnel

Le secret professionnel, dont le principe est posé par l'article 8 du code de déontologie médicale, s'impose à tout médecin « *Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogation établies par la loi* ». Il couvre donc tout ce qui est venu à sa connaissance dans 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.

L'article 254 du code pénal énonce, sans les énumérer, des dérogations au secret professionnel : « *Sont punis de six mois d'emprisonnement et de cent vingt dinars d'amende les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages femmes, et toutes autres personnes dépositaires de secrets, auront, hors le cas ou la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, révélé ces secrets.*

Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent.

Elles sont à même d'apporter leur témoignage devant la justice, sans s'exposer à aucune peine, si elles sont citées à témoigner dans une affaire d'avortement. »

L'article 100 du Code de Procédure civile et Commerciale stipule : « *les avocats, les médecins et autres dépositaires des secrets d'autrui ne peuvent déposer, s'ils ont, à ce titre, connu des faits, objet de la déposition, ou obtenu des renseignements les concernant, même s'ils ont déjà perdu cette qualité, à moins qu'ils n'aient été autorisés à divulguer le secret par ceux qui le leur avaient confié et à condition que leurs statuts particuliers ne le leur interdisent pas.* »

Selon cet article, dans le cas où le médecin cesse ses activités, il est toujours tenu au respect du secret professionnel.

Le Code des Obligations des Contrats prévoit tout fait quelconque qui cause pouvant causer un dommage matériel ou moral oblige son auteur à réparer le dommage (article 82) ; la divulgation des données à caractère personnel peut entraîner un dommage. ce dommage peut aussi être causé par une faute qui consiste soit à omettre ce qu'on était tenu de faire, soit

à faire ce dont était tenu de s'abstenir (divulgarion des données à caractère personnel), sans intention de causer un dommage (article 83). Cette responsabilité s'applique à l'Etat ainsi qu'aux fonctionnaires dans l'exercice de leurs fonctions (article 84 et 85).

La loi n°2004-63 du 27 juillet 2004 relative à la protection des données à caractère personnel dans son **article 14** prévoit que le traitement des données à caractère personnel qui concernent, directement ou indirectement la santé est interdit sauf dans les cas prévus par la loi.

Art. 14 : *« Est interdit le traitement des données à caractère personnel qui concernent, directement ou indirectement, l'origine raciale ou génétique, les convictions religieuses, les opinions politiques, philosophiques ou syndicales, ou la santé.*

Toutefois, le traitement visé au paragraphe précédent est possible lorsqu'il est effectué avec le consentement exprès de la personne concernée donné par n'importe quel moyen laissant une trace écrite, ou lorsque ces données ont acquis un aspect manifestement public, ou lorsque ce traitement s'avère nécessaire à des fins historiques ou scientifiques, ou lorsque ce traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée.

Lorsque la personne intéressée y a consenti, pour le développement et protection de la santé publique ou au bénéfice pour la santé de la personne concernée, la recherche scientifique dans le domaine de la santé ou la réalisation de finalités prévues par la loi ou les règlements (**art 62**).

Art. 62: *« Sans préjudice des dispositions prévues dans l'article 14 de la présente loi, les données à caractère personnel relatives à la santé peuvent faire l'objet d'un traitement dans les cas suivants :*

- 1. lorsque la personne concernée, ses héritiers ou son tuteur, a donné son consentement à un tel traitement. Lorsque la personne concernée est un enfant, les dispositions de l'article 28* de la présente loi s'appliquent ;*
- 2. lorsque le traitement est nécessaire à la réalisation de finalités prévues par la loi ou les règlements ;*
- 3. lorsque le traitement s'avère nécessaire pour le développement et la protection de la santé publique entre autres pour la recherche sur les maladies ;*
- 4. lorsqu'il s'avère des circonstances que le traitement est bénéfique pour la santé de la personne concernée ou qu'il est nécessaire, à des fins préventives ou thérapeutiques, pour le suivi de son état de santé ;*
- 5. lorsque le traitement s'effectue dans le cadre de la recherche scientifique dans le domaine de la santé ».*

*S'il s'agit de données concernant un enfant le consentement de son tuteur est obligatoire (article 38)..

Les médecins peuvent alors communiquer les données à caractère personnel à des personnes ou des établissements effectuant de la recherche scientifique dans le domaine de la santé suite à une demande émanant de ces personnes ou établissements, et sur la base d'une autorisation de l'Institut Nationale de Protection des Données à caractère personnel (**art 63**).

Art. 63: *« Le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé ne peut être mis en œuvre que par des médecins ou des personnes soumises, en raison de leur fonction, à l'obligation de garder le secret professionnel.*

Les médecins peuvent communiquer les données à caractère personnel en leur possession à des personnes ou des établissements effectuant de la recherche scientifique dans le domaine de la santé suite à une demande émanant de ces personnes ou établissements, et sur la base d'une autorisation de l'Instance Nationale de Protection des Données à Caractère Personnel. L'instance doit statuer sur la demande d'autorisation dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de la présentation de la demande »

Le traitement de ces données ne peut dépasser la durée nécessaire pour la réalisation du but pour lequel il es affecté (article 64). L'Instance Nationale de Protection des Données à Caractère Personnel, visée à l'article 63 fixe les précautions et les mesures devant être mises en œuvre pour assurer la protections des données à caractère personnel relatives à la santé L'instance peut interdire la diffusion de ces données (article 65).

Il faut aussi savoir que les données à caractère personnel collectées ou enregistrées aux fins de la **recherche scientifiques** ne peuvent être utilisées qu'à des fins de recherche scientifiques (**article 66**). Ces données ne doivent pas contenir des éléments susceptibles de révéler l'identité de la personne concernée (**article 67**). La diffusion de ces données ne peut avoir lieu que lorsque la personne concernée, ses héritiers ou son tuteur, ont donné leur consentement exprès par n'importe quel moyen laissant une trace écrite (**article 68**).

L'arrêté du ministère de la santé du 28 mai 2001 relatif au cahier des charges des établissements sanitaires privés oblige ces établissements à disposer de salles d'archives des dossiers médicaux et des documents à caractère administratif. Les archives médicales doivent être conservées dans des armoires fermant à clé (article 71).

La circulaire N°68 du 8 septembre 2014 du Ministère de la Santé énumère les différentes références de la protection des données personnelles et rappelle aux structures sanitaires publiques les conditions légales de l'utilisation des données personnelles.

Les dérogations au secret médical existent en matière médicale : il y a obligation de révéler certains actes médicaux comme la **déclaration** des maladies transmissibles, des maladies professionnelles ou à caractère professionnel, des naissances, des **séviés sur des mineurs** lorsqu'il s'agit de la protection d'un enfant en danger ou encore la déclaration d'hospitalisation de malades présentant des troubles mentaux. De même la délivrance de certains certificats médicaux, comportant des données médicales, est permise : les certificats médicaux de vaccination, de décès, d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

4-2-Le respect de la vie privée

D'une façon plus générale, le médecin doit respecter la vie privée de ses patients : l'article 39 du code de déontologie médicale dispose : « Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille. »

4-3-Communication du dossier médical

Les dossiers médicaux, pour des raisons médico-légales et pratiques sont en possession de tous ceux qui les ont construits (généralistes ou spécialistes) mais ils doivent en retirer, pour la communication entre tous les partenaires, les éléments significatifs, pertinents et fiables nécessaires pour le suivi du patient.

L'article 18 de la loi n°2004-71 du 2 août 2004 portant institution d'un régime d'assurance maladie en Tunisie stipule que les médecins conseils de la caisse nationale d'assurance maladie peuvent accéder au dossier médical du bénéficiaire des soins.

En Tunisie il existe un vide juridique concernant la communication du dossier médical alors qu'en France la loi du 4 mars 2002 réaffirme et complète le droit d'accès du patient à son dossier médical. On parle de dossier communicant : tout dossier doit automatiquement être communicant et donc partagé. Cependant, il est indispensable de pouvoir échanger des éléments du dossier mais pas obligatoirement sa totalité. Quand vous demandez un examen complémentaire ou un avis spécialisé, vous n'êtes pas obligé de transmettre tout le dossier médical mais simplement les éléments nécessaires pour l'activité de votre consultant. Sur le plan juridique et déontologique, chacun de ceux qui ont une action de soins doit être en mesure de recevoir les éléments du dossier qui lui sont nécessaires pour effectuer son travail.

Remarques

- l'ordonnance sur requête ne figure pas parmi les dérogations au secret médical.
- Un médecin requis par le tribunal de donner une copie du dossier médical d'un de ses patients, décédé à la famille du défunt ou à ses ayants droit doit exécuter la décision de la justice.

Toujours est-il que une législation plus explicite en matière de règles d'accès au dossier médical devrait être promulguée.

En conclusion la communication du dossier médical pourra se faire aux patients, aux médecins (traitants, experts et médecins conseils) et aux tribunaux suite à une réquisition.

5- DOSSIER MEDICAL OU DOSSIER DE SANTE ?

Pourquoi préférer le terme de dossier de santé ? En effet, le terme « médical » est restrictif car il correspond à ce qui est écrit par des médecins pour leur utilisation personnelle ou pour leur patient. Le dossier de santé est plus large car il englobe les soins de l'ensemble des professionnels de la santé, du médecin à l'infirmière en passant par le dentiste, l'ergothérapeute et bien d'autres encore. Le terme de dossier de santé est donc meilleur car il ne renvoie pas à cette idée d'appropriation par le médecin de la santé des patients. Il faudrait donc dire dossier de santé, le dossier médical n'en est qu'une partie, même si c'est la principale. L'évolution de la société fait que bientôt chacun souhaitera être en possession de son dossier « médical » et donc celui-ci devra être le plus complet possible.

6- RESPONSABILITE MEDICALE : L'IMPORTANCE DU DOSSIER MEDICAL

Quelle que soit la procédure engagée à l'encontre d'un praticien, les tribunaux procèdent toujours à l'examen du dossier médical. Si un dossier incomplet n'établit pas nécessairement la réalité d'une faute médicale, il sera cependant toujours considéré comme un facteur défavorable. En effet, même si la preuve de l'information peut être faite par tous les moyens (témoignages par exemple) la preuve écrite présente cependant un avantage considérable : celle de laisser une **trace écrite** et précise. Peu importe, en fait, la forme de cet écrit (texte signé par le patient, courrier qui lui a été adressé, voire même notes portées par le médecin dans le dossier médical) L'essentiel, pour le médecin, est de prouver que l'information a bel et bien été dispensée à son patient, avant tout acte de soins ou d'investigation, même si l'écrit ne résout pas systématiquement tous les problèmes inhérents à cette question.

CHAPITRE III : LE CERTIFICAT MÉDICAL

Les certificats médicaux, actes quotidiens dans l'activité de tout praticien, simples dans leurs apparences, peuvent présenter de redoutables pièges mettant à l'épreuve les médecins les plus expérimentés.

Les médecins doivent rédiger des certificats. La rédaction doit être parfaite. Nous nous proposons de vous éviter ces déboires en vous rappelant quelques règles essentielles qui obéissent à des principes finalement simples reposant sur le fait que l'on ne peut certifier **QUE** ce que l'on a constaté personnellement et sans mettre en cause des tiers.

Certifier = assurer qu'une chose est vraie

Certificat : « c'est une attestation, par écrit, de ce qu'une personne sait, a vu ou entendu. En ce sens, n'importe qui peut délivrer, à n'importe qui, un écrit déclarant véridique ce qu'il contient. Cela vaut ce que cela vaut, sous réserve de contrôle. L'autorité du signataire, quand il est médecin, confère en revanche aux énonciations une valeur toute spéciale et généralement grande » (*L. Kornprobst, 1957*)

Le certificat médical est l'attestation écrite des constatations cliniques et paracliniques, positives ou négatives, concernant l'état de santé d'un individu qui a bénéficié d'un examen médical.

1-LE CADRE REGLEMENTAIRE

Tout médecin dans l'exercice de son travail est fréquemment sollicité pour délivrer des certificats médicaux. **L'article 27 du CDM** précise que « *l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* »

Le certificat médical est un document médico-légal engageant la responsabilité du médecin. Il doit être remis en main propre à l'intéressé pour en faire ce que bon lui semblera. La responsabilité disciplinaire, pénale et civile du médecin est engagée chaque fois qu'il accepte de rédiger un certificat médical.

Une rédaction imparfaite ou la méconnaissance par le médecin de ce qui doit y figurer est source de conflits, de plaintes et de sanctions par les juridictions disciplinaires, civiles et parfois pénales. Un certificat médical injustifié ou de complaisance constitue une faute grave : **Article 28 du CDM** : « *la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave* ».

Des sanctions sont prévues dans **le code pénal Article 197 – (Modifié par la loi n° 98-33 du 23 mai 1998)** : « *Est puni d'un an d'emprisonnement et de 1000 dinars d'amende, toute personne exerçant une profession médicale ou paramédicale qui aura délivré, par complaisance, un certificat faisant état de faits inexacts relatifs à la santé d'une personne ou qui aura dissimulé ou certifié faussement l'existence d'une maladie ou infirmité ou d'un état de grossesse non réelle, ou fourni des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause du décès. La peine est portée à 5 ans d'emprisonnement et à 5000 dinars d'amende lorsque, dans le cadre de l'exercice de sa profession médicale ou paramédicale, la personne aura sollicité ou agréé, soit pour elle-même soit pour autrui, directement ou indirectement, des offres ou promesses ou dons ou présents ou rémunérations*

en contre partie de l'établissement d'un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ».

Le certificat médical doit être **justifié** ; vérifier qu'il servira à faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit ou satisfaire à des obligations législatives ou réglementaires. Il est considéré trop souvent comme une simple formalité que le médecin ne peut refuser. Il faut donc rappeler que la rédaction d'un certificat demande attention et rigueur car il constitue un mode de preuve qui entre dans la catégorie juridique des témoignages écrits. Il fait foi jusqu'à preuve contraire.

Il est remis en mains propres au malade demandeur sauf exceptions :

- **Pour un mineur ou un majeur protégé au représentant légal.**
- **Pour une réquisition aux autorités requérantes.**
- **Certificat de naissance, de décès, d'internement remis aux autorités compétentes.**

2-CERTIFICAT MEDICAL ET SECRET PROFESSIONNEL

Le certificat, établi à la demande du patient, est le plus souvent destiné à un tiers. En conséquence, les révélations qu'il comporte doivent être limitées à l'usage auquel le certificat est destiné. (Voir CH-II paragraphe 4 au sujet du secret professionnel).

On peut distinguer deux situations :

-Les certificats qui ne nécessitent pas l'énoncé d'un diagnostic ou aucun renseignement médical, sans détails cliniques (certificat prénuptial, de non contre indication ou la contre indication à la pratique d'un sport, de vaccinations, d'arrêt de travail, d'aptitude à exercer une fonction ...) ne soulèvent aucune difficulté au regard du secret professionnel. Le médecin peut en principe délivrer ces certificats.

-D'autres certificats vont comporter l'énoncé d'un diagnostic, la description de symptômes ou d'un état clinique : certificat de grossesse, d'invalidité, certificats de coups et blessures. En général, ces certificats sont prescrits par les lois et règlements pour l'obtention d'avantages sociaux. Ils sont généralement demandés par le patient et remis directement à celui-ci. Le médecin peut délivrer ces certificats avec prudence et doit connaître la destination du certificat qu'il rédige en mentionnant qu'il s'agisse d'une « Attestation confidentielle remise à sur sa demande ». En principe si ce type de certificat est demandé par un tiers ; il doit être refusé ; une exception toutefois : malade inconscient ou incapable (remettre à la famille ou aux ayants droit les certificats indispensables pour faire valoir un droit).

3-LES DIFFERENTS CERTIFICATS MEDICAUX

On distingue :

- Les certificats « **obligatoires** »: correspondant à des situations légales codifiées ou prévues par la loi dans certaines conditions d'exercice et répondant à des dérogations au secret professionnel.
- Les certificats « **licites** »: permettant, lors d'un examen médical, de constater un état de santé justifiant par exemple un certificat d'arrêt de travail. Dans les autres cas, le médecin est le seul juge de la rédaction d'un certificat et ne doit pas lui être imposée.
- Les certificats « **illicites** » sont des certificats injustifiés, à refuser :
 - **Des demandes abusives, non motivées** : un certificat médical non motivé (des faits non constatés par le médecin en vue d'obtenir des avantages illégaux, s'apparentant à une véritable tentative de tromperie) peut procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite. Exemple : le certificat médical d'arrêt de travail non justifié destiné aux assurances ou à l'administration pour bénéficier de dérogation non justifiée. Article 17 **du CDM** « *Sont interdits : Tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite ...L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque....* ».
 - Rédiger un certificat médical postdaté ou antidaté est une faute grave. Toutefois, un certificat d'incapacité peut exceptionnellement être établi et délivré à posteriori sur la base des constatations médicales et des déclarations de l'intéressé **en se référant aux données du dossier médical du malade.**
 - **La livraison d'un certificat médical à d'autres personnes** que le demandeur : Le certificat médical doit être remis en mains propres au demandeur sauf exceptions.

Un certificat médical est concluant jusqu'à preuve du contraire à savoir une décision de justice invalidant ce certificat.

Principes à retenir : le médecin doit obligatoirement avoir connaissance de l'objet, des raisons et de la finalité de l'établissement d'un certificat médical :

- Par qui est-il demandé ?
- Pour quel motif ?
- À qui devra t-il être adressé ?

12 conseils pour la délivrance d'un certificat médical :

- 1- Sur papier à en-tête ;
- 2- Qui le demande, pourquoi ? Pour qui ? Est-il obligatoire ?
- 3- Interrogatoire et examen clinique indispensable.
- 4- Uniquement les faits médicaux personnellement constatés.
- 5- Les doléances du patient que si elles sont utiles et avec infiniment de prudence, au conditionnel et entre guillemets !
- 6-Aucun tiers ne doit être mis en cause (cas d'un CMI ou certificat médical pour agression, ne pas émettre de jugement sur l'éventuel agresseur).
- 7-Dater le certificat du jour de sa rédaction même si les faits sont antérieurs.
- 8-Se relire et apposer sa signature manuscrite, tampon obligatoire.

9-Remettre le certificat en main propre, jamais à un tiers sauf exceptions légales. Des cas de substitutions d'identité pouvant se produire.

10-Garder un double dans le dossier du patient. À défaut consigner les données détaillées de l'examen médical, des examens complémentaires, le traitement et la durée de l'arrêt de travail sur le dossier du malade.

11-Savoir dire « **NON** » aux demandes abusives ou illicites.

12-Si besoin, se renseigner auprès du conseil de l'ordre des médecins.

Forme des certificats médicaux :

Un certificat ne doit jamais être rédigé à la hâte, à la demande du patient en fin de consultation. Tous les termes doivent être choisis avec soin en se méfiant des interprétations auxquelles ils pourraient donner lieu.

Excepté dans les cas où la réglementation impose un modèle de certificat, le médecin rédige le certificat selon le schéma suivant :

- Identification du médecin : nom, prénom, titre et qualification, adresse
- Identification du patient: nom, prénom, date de naissance ;
- Date et le cas échéant heure de l'examen ;
- Mention que le certificat a été établi à la demande du patient (éventuellement de son représentant légal lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle) et lui a été remis en main propre ;
- Signature manuscrite du médecin.
- Certificat rédigé lisiblement,

4- LES CERTIFICATS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Ils correspondent à des situations légales codifiées ou prévues dans certaines conditions d'exercice et répondant à des dérogations au secret professionnel. Des modèles de certificats sont le plus souvent proposés.

4-1-Le certificat médical initial

Il peut s'agir d'un certificat médical de constatation, d'un certificat médical de coups et blessures. Il ne s'agit nullement d'un rapport d'expertise. C'est un certificat délivré une seule fois ; en aucun cas il ne peut être modifié ou mis à jour. Lorsque des complications ou une évolution défavorable sont constatées c'est à l'expertise de déterminer la relation avec les lésions initiales (cause à effet).

Référence juridique :

La circulaire du ministre de la santé publique n° 72 /2000 du 11 septembre 2000 relative à la délivrance du certificat médical initial. **Un modèle** du certificat médical initial a été joint à cette circulaire.

Rédaction du certificat médical initial :

Le certificat médical initial doit être rédigé sur papier à en-tête pour les médecins de libre pratique et à partir d'un carnet à souches en trois exemplaires pour les médecins exerçant

dans le secteur public dont deux exemplaires seront remis au sujet. Le certificat médical initial doit comporter :

- ce qui est allégué par le patient : c'est le récit de ce qui lui est arrivé, les symptômes qu'il dit éprouver ou avoir éprouvé ;

- ce qui est constaté par le médecin : les signes cliniques et les résultats d'investigations para cliniques et les conséquences médico-légales et médico-sociales qui découlent de l'examen : ITT, arrêt de travail.

Il doit comporter les rubriques suivantes :

a- L'identité du patient : Le médecin doit s'assurer d'abord de l'identité de la personne qui réclame ce certificat et mentionner son nom, son prénom, sa date de naissance, son numéro de carte d'identité et son adresse. Ainsi le libellé sera :

« Je soussigné ... Dr en médecine, certifie avoir examiné ce jour (Mr, Mme, ou Mlle ... né (e) le ... à ... titulaire de la CIN N° ... délivrée le ... à ... »

Si la CIN ne peut être fournie par le patient ; le médecin n'est pas chargé d'établir l'identité et la domiciliation du demandeur et le libellé sera rédigé de la façon suivante :

« Je soussigné ... Dr en médecine, certifie avoir examiné ce jour une personne qui déclare se nommer ... né (e) le ... à ... »

b- Les allégations et doléances du sujet : Le médecin qui établit un certificat médical pour coups et blessures n'a pas la preuve qu'il y a eu agression. C'est à la police que revient de faire l'enquête. Ainsi le libellé sera rédigé de la façon suivante :

« qui déclare avoir été victime d'une agression le ... à (préciser l'heure) et se plaint de ... »

Il s'agit du récit de ce qui lui est arrivé et ses plaintes. Les symptômes qu'il dit éprouver ou avoir éprouvé, le médecin les transcrit *« le malade déclare avoir..., il ressentirait des douleurs... »*. Il faut énoncer les déclarations du demandeur en les lui attribuant. L'usage du conditionnel, des guillemets dans tout ce qui est récit ou doléances doit servir d'avertisseur pour l'autorité qui lira le certificat.

c- Les constatations du médecin : description des symptômes, des constatations recueillies au cours de l'examen médical. Les signes cliniques, les résultats d'investigations para cliniques éventuels donnent maintenant un caractère objectif qui engage la responsabilité du médecin.

Si le diagnostic n'est pas évident, il vaut mieux faire une analyse sémiologique solide qu'un diagnostic qui reflète souvent plus les intuitions du médecin que les renseignements fournis par ses sens.

Règles de la description : Le médecin doit utiliser une terminologie adéquate : érythème, contusion, ecchymose, hématome, plaie franche, plaie contuse...

La description doit être très précise de la lésion en la localisant par rapport à des repères anatomiques, avec sa dimension, sa latéralisation, sa couleur et sa profondeur.

Si l'examen laisse suspecter des lésions profondes, celles-ci devront être mentionnées par la phrase : « *à confirmer par des examens complémentaires* ». Il faut se borner à décrire les lésions constatées sans omettre les signes négatifs.

Évaluer, si possible le délai post-traumatique : l'hématome de couleur jaune verdâtre ne peut correspondre à une lésion du jour même mais à un délai post-traumatique d'environ 6 jours.

Éviter les affirmations hâtives du genre « telle lésion qui correspond à un traumatisme par couteau ». Ainsi lorsque l'aspect des lésions le permet, préciser l'origine de la lésion. Exemple : « *l'aspect de la plaie est compatible avec celui d'une plaie causée par un instrument tranchant* »

d-Les conséquences : sont parfois d'ordre médical (*examens para cliniques demandés, thérapeutique prescrite...*) ou social (*arrêt de travail...*). Elles peuvent être aussi médico-légales : ITT, incapacité permanente...

Il faut savoir qu'un certificat médical pour coups et blessures n'est pas obligatoirement terminé par un nombre de jours de repos. Ainsi une gifle, si elle n'occasionne qu'un traumatisme psychologique n'a pas besoin de repos pour guérir.

e- Précautions

- La signature du médecin rédacteur doit être manuscrite: il ne faut donc jamais utiliser un tampon reproduisant celle-ci sous peine de nullité du certificat. Un tampon identificateur du praticien peut être utilisé mais ne cachant pas la signature.

-Remise/motif : habituellement le certificat est remis entre les mains du demandeur avec une formule du type « *certificat délivré sur la demande de M... et remis en main propre à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit* »

-Si possible, signature du demandeur après la formule « *reçu le...* » sur une copie du certificat médical. Ainsi le demandeur du certificat ne pourra accuser le médecin de violation du secret professionnel.

-Garder, si possible, une copie du certificat médical initial ou à défaut noter son contenu dans le dossier médical du patient.

f-Cas particulier du CMI pour violence conjugale

Selon la circulaire n° 39/2014 du 30 Mai 2014 du Ministre de la Santé et dans le cadre de la lutte contre la violence subie par la femme et d'aide aux femmes victimes de violences conjugales il a été décidé de la gratuité du CMI livré à ces dernières. Un modèle de certificat est annexé à cette circulaire.

g- Conséquences d'un certificat de constatations mal rédigés.

- Desservir la victime.

- Aggraver la sanction pour le responsable.

- Obliger le magistrat à renouveler l'examen.

- Mise en cause éventuelle de la responsabilité du médecin rédacteur : pénale, civile et ordinale.

4-2-Le certificat médical prénuptial

Le certificat médical prénuptial est un certificat médical délivré par le médecin à des futurs conjoints attestant que l'intéressé a été examiné en vue du mariage. Il est remis par chacun des futurs époux à l'officier de l'état civil ou les notaires choisis pour l'établissement de l'acte de mariage.

L'intérêt de ce certificat étant d'amener les intéressés à faire un bilan de santé avant leur mariage afin de préserver le conjoint d'une éventuelle maladie contagieuse ainsi que la future descendance du couple d'une affection contagieuse ou héréditaire.

Références juridiques :

- **Loi n°64-46 du 3 novembre 1964** portant institution d'un certificat médical prénuptial

Article premier « l'officier de l'état civil ou les notaires choisis pour l'établissement de l'acte de mariage, ne peuvent procéder à la célébration du mariage qu'après la remise par chacun des futurs époux d'un certificat médical de moins de deux mois attestant à l'exclusion de toute contenance indication, que l'intéressé a été examiné en vue de mariage »

Article 3 « Le médecin communiquera ses constatations à l'intéressé et lui signalera la portée Il refusera la délivrance du certificat si le mariage lui paraît indésirable ou surseoir à cette délivrance jusqu'à ce que le malade ne soit plus contagieux ou que son état de santé ne soit plus préjudiciable à sa descendance»

Article 4 « Les examens, les analyses et la délivrance du certificat médical prénuptial sont entièrement gratuits lorsqu'ils ont eu lieu dans les hôpitaux ».

Article 7 « L'officier de l'état civil et les notaires qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'article premier de la présente loi, seront poursuivis devant le tribunal de première instance territorialement compétent et punis d'une amende de 100 dinars »

- **Arrêté des ministres de l'intérieur et de la santé publique du 28 juillet 1995**, portant généralisation du certificat prénuptial sur tout le territoire de la République.

- **Arrêté du ministère de la santé publique du 16 décembre 1995**, fixant le modèle du certificat prénuptial et les mentions qu'il doit comporter.

-les circulaires du Ministère de la santé d'application des arrêtés ci dessus:

*Circulaire N° 58/96 : modèle et contenu du certificat médical prénuptial

*Circulaire du 20 juillet 1980 : rappelant l'objectif de l'instauration du certificat médical prénuptial et « l'obligation du médecin de ne pas délivrer ce certificat qu'au vu du résultat d'un examen clinique général, d'un examen radiologique des poumons et d'un examen sérologique ». Les examens complémentaires exigés sont : le groupe sanguin, la sérologie des hépatites B et C et la radio du thorax. D'autres examens complémentaires peuvent être pratiqués en fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique (arrêté du 16 décembre 1995). La sérologie du VIH n'est pas obligatoire, elle n'est pratiquée que lorsque l'atteinte est suspectée (personne à risque par ex) et pratiquée **obligatoirement avec le consentement de l'intéressé.**

Sur le plan pratique :

Le médecin est tenu de procéder, avant de délivrer le certificat, à pratiquer :

- Un interrogatoire minutieux sur les antécédents personnels et familiaux afin de dépister l'existence ou non de maladies contagieuses ou héréditaires chez les conjoints ou leurs familles.
- Un examen clinique complet
- Des explorations complémentaires : radiographie du thorax et ce afin de dépister une tuberculose pulmonaire, un groupage sanguin pour éventuellement prévenir une incompatibilité fœto-maternelle et la sérologie des hépatites B et C.

Le médecin doit en outre prodiguer un conseil génétique sur la base des liens de parenté entre les futurs époux et de l'existence d'une tare héréditaire dans la famille.

De même le médecin doit informer les futurs mariés sur les méthodes de contraception, l'impératif d'un espacement des grossesses et les risques des grossesses tardives.

Un certificat médical prénuptial délivré par le médecin sans examen est un certificat médical de complaisance

***Certificat médical prénuptial et secret médical :**

Le médecin communiquera ses constatations à l'intéressé, et lui signalera les conséquences. Le secret médical doit être respecté d'une manière absolue, aucun renseignement ne pourra être communiqué au futur conjoint ni à sa famille. La décision de reporter, annuler ou célébrer le mariage revient à l'intéressé lui-même, c'est à lui d'assumer pleinement sa responsabilité. Cet examen médical n'a pas d'effet suspensif sur la décision du mariage.

en cas de risque qu'encourt l'un des deux conjoints de contracter d'éventuelles maladies que porte l'un ou l'autre (maladie transmissible par voie sexuelle ,par la salive ou par le contact ou autres faits auxquels les époux sont quotidiennement exposés) on propose deux démarches :

Première démarche :

- Le médecin refuse provisoirement (diffère la livraison) de délivrer le certificat au partenaire contagieux informé de son état de santé et des risques, essentiellement poursuites judiciaires, qu'il peut encourir en cas de transmission de sa maladie à son partenaire,

–Le médecin demande à ce partenaire contagieux de discuter avec son futur conjoint (l'informer) de son affection et des risques encourus, de revenir plus tard (ça peut être après une heure, un jour....) ainsi le médecin a respecté le secret médical. En effet, selon la législation tunisienne, le certificat médical prénuptial ne constitue pas une dérogation au levé du secret professionnel,

-Voir le partenaire (non contagieux) tout seul et discuter avec lui sur les informations qu'il a reçues. Vérifier ces informations et leur contenu , lui expliquer les risques, s'il est bien informé des risques encourus ; passer à la dernière étape,

– Voir les deux partenaires ensemble, après leurs consentements, pour leur prodiguer les conseils nécessaires et les conduites à tenir ; en particulier le traitement du partenaire contagieux, les mesures de protection du partenaire sain

Deuxième démarche :

Si cette démarche n'est pas possible et si les examens révèlent une affection transmissible le médecin signe le document certifiant avoir consulté, interrogé et conseillé les futurs époux. Le médecin doit déclarer de façon anonyme cette affection transmissible (maladie à déclaration obligatoire) au Ministère de la Santé tout en délivrant un acte de soin au partenaire contagieux.

Toujours est-il le médecin pourra refuser ou reporter la délivrance du certificat pré-nuptial (article 3 de la loi n°64-46 sus citée).

4-3-Le certificat médical pour l'obtention des permis de conduire ou leur renouvellement.

Les références juridiques :

- **Décret n° 2000-142 du 24 janvier 2000** du Ministère de transport, fixant les catégories de permis de conduire, les conditions de leur délivrance, de leur validité et de leur renouvellement.
- **Décret n° 2000-147 du 24 janvier 2000**, fixant les règles techniques d'équipements et d'aménagement des véhicules.
- **Arrêté conjoint des Ministères du Transport et de la Santé Publique du 16 août 2002**, fixant la liste des handicaps physiques et des maladies qui nécessitent un aménagement spécial des véhicules et/ou le port et l'utilisation par le conducteur d'appareils et de prothèses ainsi que les autres cas spéciaux de handicaps physiques qui requièrent l'avis de la commission spécialisée indiquée à l'article 12 du décret n° 3000-142 du 24 janvier 2000.
- **Circulaire conjointe N° 27 du 4 juin 2003** du Ministère de Transport et du Ministère de la Santé Publique, relative aux modalités d'application de l'arrêté des ministres du transport et de la santé publique du 16 août 2002.

À l'exception de personnes atteintes de handicaps physiques, les permis de conduire des véhicules de toutes catégories ne peuvent être délivrés que sur présentation d'un certificat médical attestant que l'intéressé est indemne de tout handicap physique ou maladie incompatible avec l'obtention du permis de conduire ou avec son renouvellement.

La circulaire sus mentionnée a défini le modèle du certificat médical ainsi que les différentes catégories du permis de conduire.

Concernant les personnes atteints de handicaps physiques, ils peuvent conduire les véhicules relevant de la définition des catégories « A1 », A , « B », « B+E », « C », « C+E », « D », et « D+E », à condition que ces véhicules soient spécialement aménagés pour tenir compte de leur infirmité. Une commission spécialisée, au sein du Ministère du Transport, est chargée d'étudier et d'émettre un avis sur la demande de l'Intéressé. Elle comporte entre autre un médecin représentant le Ministère de la Santé Publique.

Sont joints en annexe de l'arrêté conjoint des Ministères du Transport et de la Santé Publique du 16 août 2002 la liste des handicaps physiques et maladies qui nécessitent un aménagement spécial des véhicules et/ou le port et l'utilisation par le conducteur d'appareils et de prothèses ainsi que les autres cas spéciaux de handicaps qui requièrent l'avis de la commission spécialisée.

Certificat médical d'incapacité physique pour l'utilisation de la ceinture de sécurité :

Dans son l'article 83 du décret n° 2000-147 du 24 janvier 2000 fixant les règles techniques d'équipement et aménagement des véhicules, le médecin peut délivrer in certificat médical d'incapacité pour l'utilisation de la ceinture de sécurité. Ce certificat délivré par le médecin devrait être visé par des services spécialisés du Ministère du transport.

4-4-Certificat médical de décès

La rédaction du certificat de décès par le médecin représente un acte pour s'assurer le la mort d'une personne avant son inhumation, et ce en se référant aux données actuelles de la science.

Sur le plan épidémiologique la mention de l'affection ayant conduit au décès offre la possibilité à la collectivité de connaître les causes et les mécanismes les plus fréquents de la mortalité et par là les conduites préventives prioritaires à entreprendre.

Références juridiques :

-Le permis d'inhumer est délivré par l'officier de l'état civil sur présentation d'un certificat de décès délivré par un médecin (Article n° 76 de **la loi n°75-33 du 14 mai 1975** portant promulgation de la loi organique des communes).

- **Décret n° 99-1043 du 17 mai 1999** fixant le modèle du certificat médical de décès et les mentions qu'il doit comporter :

Article premier.-Le certificat médical de décès doit être conforme au modèle annexé au présent décret.

Art.2-Le médecin qui constate le décès doit remplir la totalité du certificat et cacheter la partie confidentielle réservée aux causes de ce décès sans cacher le volet réservé aux services d'état civil.

Art.3-Le médecin remet ce certificat à la famille du défunt qui le transmet à son tour aux services d'état civil de la collectivité locale du lieu de décès.

En présence d'un cadavre inconnu et dont personne ne se présente pour s'en occuper, ledit certificat est remis au président de la municipalité ou au gouverneur dont relève le territoire du lieu de décès.

Art.4-Les services d'état civil conservent le feuillet qui leur est réservé et expédient aux services du ministère de la santé publique le feuillet restant.

Art.5-Les ministres de la justice, de l'intérieur, et de la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

- **Circulaire conjointe n° 4 du 19 janvier 2000** des Ministères de l'Intérieur et de la Santé Publique concernant les modalités d'utilisation du certificat médical de décès.

- **Circulaire n°40-2004 du 12 mai 2004** rappelant l'utilisation du modèle du certificat médical de décès et la qualité de remplissage de ces certificats. Est rappelé aussi que les établissements sanitaires devraient fournir ces modèles aux médecins du secteur public alors que les médecins du secteur privé s'approvisionnent de la part du conseil de l'ordre des médecins.

-Circulaire du Ministère de la Santé n° 39/2009 du 9 juin 2009 a apporté les éclaircissements nécessaires sur le circuit d’approvisionnement des médecins : les médecins de libre pratique devraient être approvisionnés par le Conseil National et les Conseils Régionaux de l’Ordre des Médecins, quant aux établissements hospitaliers publics et les Directions Régionales de Santé, ils sont appelés à assurer l’approvisionnement des médecins exerçant dans le secteur public.

A l’instar de tous les documents officiels le modèle du certificat de décès est disponible auprès de l’Imprimerie Officielle de la République Tunisienne.

-Circulaire n° 13/2015 du Ministère de la Santé rappelle l’obligation d’utiliser le prototype du certificat médical de décès selon le décret n° 1999-1043 du 17 mai 1999.

- **En ca d’obstacle médico-légal** : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction, le corps est alors mis à la disposition de la justice. Toutes les opérations funéraires sont suspendues jusqu’à autorisation donnée par l’autorité judiciaire (Art.48 de la loi n° 57-3 du 1er Août 1957 réglementant l’état civil).

- **Mise en bière immédiate obligatoire** : dans les cas ou il s’agit de maladies contagieuses épidémiques ou infectieuse (Décret n° 97-1326 du 7 Juillet 1997, relatif aux modalités de préparation des tombes et fixant les règles d’inhumation et d’exhumation des dépouilles mortelles ou des cadavres). Les maladies concernées sont les suivantes : Choléra, rage, sida, hépatites virales sauf hépatite A confirmée et les fièvres hémorragiques.

Modalités de remplissage du volet administratif du certificat médical de décès: La date et l’heure du décès doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas confondre avec la date du constat. Toutefois, dans le cas d’un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confrontées ultérieurement par l’expertise médico-légale.

Exemples de remplissage du volet destiné au service du Ministère de la Santé et rempli par le médecin : volet correspondant aux informations médicales divisé en deux sections distinctes mais complémentaires :

La première section (partie I) porte sur les causes principales du décès en décrivant les différentes affections ayant conduit à la mort, de la cause initiale à la cause immédiate.

La deuxième section (partie II) mentionne les affections associées pouvant contribuer au décès sans être la cause directe ayant provoqué la mort.

Exemple 1 : Homme décédé d’une hémorragie cérébrale (cause immédiate) consécutive à une hypertension artérielle (cause initiale). Il souffrait d’une insuffisance cardiaque depuis 5 ans (cause associée).

Partie I :	Intervalle
a) Hémorragie cérébrale	1 h
b) Hypertension	15 ans
c)
d)
Partie II : (autre état morbide) : Insuffisance cardiaque depuis 5 ans	

Exemple 2 : Homme de 63 ans porteur d’un ulcère duodéal chronique, meurt d’une septicémie (cause immédiate) secondaire à une péritonite survenu suite à une perforation de son ulcère duodéal (cause initiale). Ce cas sera classé dans la rubrique : ulcère duodéal chronique perforé.

Partie I :	Intervalle
e) Septicémie	3 h
f) Péritonite	18 h
g) Perforation	3 j
h) Ulcère duodénal	6 ans
Partie II : (autre état morbide) : Alcoolisme	

4-5-Le certificat médical d'éviction scolaire temporaire

Référence législative : Décret N° 534 – 94 du 28 Février 1994 concernant les mesures à prendre dans les établissements d'enseignement, les crèches et les jardins d'enfant et les « koutefs » pour la prophylaxie des maladies contagieuses.

Beaucoup d'établissements scolaires demandent des certificats pour n'importe quelle pathologie alors que le certificat n'est exigible que pour certaines maladies selon le décret sus cité. Il s'agit de mesures d'éviction temporaire des établissements d'enseignement public et privé qui peuvent être prononcées à l'égard d'élèves et agents atteints de maladies contagieuses. Le certificat médical d'éviction scolaire n'est exigible par l'établissement scolaire qu'en cas de coqueluche, diphtérie, méningite à méningocoque, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, Infections à streptocoques hémolytiques du groupe A (scarlatine essentiellement), fièvres typhoïde et paratyphoïdes, teignes, poux, tuberculose respiratoire, dysenterie amibienne ou bacillaire, gale, syndrome grippal épidémique, hépatite A, impétigo (et autres pyodermites), varicelle .

Dans le certificat médical d'éviction scolaire et pour chaque affection sont définis :

- la durée d'éviction de l'élève ou d'un membre du personnel malade (qui peut être absente dans certaines affections),
- la durée d'éviction des frères et sœurs (contacts),
- l'éviction du personnel des établissements d'enseignement ayant un malade au foyer et les mesures complémentaires à entreprendre.

Remarque : s'agissant généralement de mineurs (enfants dans les crèches, jardins d'enfants ou au niveau des établissements scolaires), l'intervention du médecin se limite à prescrire l'éviction scolaire sans dévoiler la raison à l'administration de l'établissement. Il ne doit pas prescrire de traitement pour ces mineurs sans le consentement des parents. Il pourra adresser l'enfant à son médecin traitant par une lettre de liaison délivrée aux parents.

Des exemples de mesures à prendre en cas de maladies contagieuses :

Maladies contagieuses	Eviction de l'élève ou du personnel	Eviction des frères et sœurs (contacts)	Personnel ayant un malade au foyer	Mesures complémentaires
Coqueluche	30 j après le début de la maladie	Pas d'éviction	Pas d'éviction	Aucune
Fièvre typhoïde	-20 j après guérison clinique -Abrégée si 2 coprocultures négatives à 8 j d'intervalle	Pas d'éviction	Pas d'éviction	-Désinfection : WC, objets contacts -Dépistage des porteurs sains contacts

4-6-La déclaration des maladies transmissibles

La loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles est venue abroger et remplacer tous les précédents textes relatifs aux maladies transmissibles en établissant une liste actualisée en incluant l'infection par le VIH-SIDA.

Les déclarations faites en vertu de cette loi et des textes d'application ne constituent pas une violation du secret professionnel.

La liste des maladies transmissibles est fixée en annexe par cette loi.

Loi 2007-12 du 12 février 2007 modifiant et complétant la loi 92-71 du 27 juillet 1992 dans son **article 7 (alinéa 1 nouveau)** : La déclaration des maladies prévues à l'article 3 de la présente loi revêt un caractère obligatoire. La liste des maladies transmissibles à déclaration obligatoire est fixée par arrêté. Cette déclaration est faite aux autorités sanitaires par tout médecin ou biologiste qui les diagnostique, ou qui en a pris connaissance, quel que soit son statut ou son mode d'exercice et ce selon des conditions et des formes fixées par décret. Cette déclaration doit être faite conformément à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé publique.

Article 9 (nouveau) : « Toute personne se sachant atteinte de l'une des maladies transmissibles prévues à l'annexe jointe à la présente loi, est tenue de se faire examiner et traiter par un médecin.

Toute personne reconnue atteinte de l'une des maladies prévues à l'annexe jointe à la présente loi, peut se voir enjoindre par l'autorité sanitaire d'avoir à se traiter régulièrement et d'en faire la preuve par la production de certificats médicaux aux dates fixées par la même autorité sanitaire ».

Les maladies prévues à l'annexe de cette loi son :-le choléra, la fièvre jaune, l'infection par le VIH/SIDA, la lèpre, la peste, la fièvre boutonneuse et autres rickettsioses.

Ainsi la loi oblige la personne atteinte d'une maladie contagieuse à se faire soigner.

Le dépistage anonyme aux maladies citées à l'annexe de cette loi peut être effectué de façon volontaire par toute personne aux centres et établissements sanitaires fixés par arrêté du ministre chargé de la santé publique . Dans ce cas les médecins exerçant aux dits centres et

établissements sont tenus, à l'occasion de ce dépistage, de ne pas divulguer l'identité du malade qui a opté pour le dépistage anonyme, et ce, lorsqu'ils effectuent la déclaration obligatoire (article 10 bis).

L'hospitalisation d'office en vue de l'isolement prophylactique peut être décidée à l'encontre des personnes atteintes (article 11 –alinéa 1 nouveau).

4-7-Déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles.

La loi n°94-28 du 21 février 1994, portant régime des réparations des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles, stipule dans l'article 3: « *Est considéré comme accident du travail (AT), quelle qu'en soit la cause ou le lieu de survenance, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à tout travailleur quand il est au service d'un ou de plusieurs employeurs.*

Est également considéré comme accident du travail, l'accident survenu au travailleur alors qu'il se déplaçait entre le lieu de son travail et le lieu de sa résidence pourvu que le parcours n'ait pas été interrompu ou détourné par un motif dicté par son intérêt personnel ou sans rapport avec son activité professionnelle.

Est considérée comme maladie professionnelle (MP), toute manifestation morbide, infection microbienne ou affection dont l'origine est imputable par présomption à l'activité professionnelle de la victime.

La liste des maladies présumées ayant une origine professionnelle ainsi que celle des principaux travaux susceptibles d'en être à l'origine, est fixée par arrêté conjoint des Ministres de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Cette liste fixe également le délai de prise en charge pendant lequel le travailleur ou assimilé demeure en droit d'obtenir la réparation des maladies professionnelles dont il serait atteint quand il ne serait plus exposé aux causes de la maladie.

Cette liste est révisée périodiquement et au moins une fois tous les trois ans ».

Autre référence juridique : la Loi n° 95-56 du 28 juin 1995, portant régime particulier de réparation des préjudices résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles dans le secteur public. Elle s'applique aux agents de l'état, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratifs, affiliés à la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale. Alors que le régime prévu par la **loi n°94-28 du 21 février 1994** est confié à la caisse nationale de sécurité sociale.

Structure d'un tableau de maladie professionnelle

Numéro de tableau et l'intitulé (Maladie ou agent causal)

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste des principaux travaux susceptibles de provoquer des maladies
-Lésions et symptômes -Examens complémentaires obligatoires (pour certains)	<i>Période écoulée entre la date de cessation du travail exposant au risque et celle de la première constatation médicale de la maladie</i>	<i>Liste indicative ou limitative</i>

Avant de déclarer une maladie professionnelle le médecin doit vérifier si l'affection est mentionnée dans un tableau de maladie professionnelle indemnisable et si tous les critères médico-administratifs (affections, délai de prise en charge, travaux exercés) sont remplis.

Cas particulier de la maladie à caractère professionnel

- Concerne toute maladie ayant un caractère professionnel selon le médecin et ne figurant pas dans l'un des tableaux des MP.
- Cette déclaration est en vue de l'extension et de la révision des tableaux des MP (Aucun intérêt particulier pour le malade)
- Même procédure et même certificat utilisé pour la MP ; en ajoutant « Maladie à caractère professionnel »

4-8- La déclaration des naissances

La déclaration des naissances est obligatoire et constitue une autre dérogation au secret professionnel.

La loi n° 57-3 du 1^{er} août 1957 sur le règlement de l'état civil dans son article 24 précise que : « La naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou à défaut du père par les docteurs en médecine, sages femmes, ou autres personnes qui aurait assisté à l'accouchement... »

L'article 22 de la même loi stipule que « *Les déclarations des naissances seront faites les dix jours de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu....Au niveau des établissements sanitaires privés, les déclarations de naissance sont faites sur la base des attestations délivrées par les médecins ou sages-femmes et ce, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.* »

5- CERTIFICATS DONT L'ETABLISSEMENT N'EST PAS OBLIGATOIRE FACULTATIFS

5-1-Certificat médical d'arrêt de travail

Il s'agit des certificats les plus délivrés par les médecins dans l'exercice de tous les jours. Les médecins sont très souvent sollicités par leurs patients pour recevoir un certificat médical d'arrêt de travail pour raison de santé bien sûr, mais aussi souvent pour raison sociale ou familiale, tel que le certificat d'accompagnement d'une mère pour s'occuper de son enfant malade ! Ainsi les conseils de l'ordre sont fréquemment saisis de plaintes relatives à des prescriptions d'arrêt de travail pour raison de santé, soupçonnées d'abusives. Les plaignants contestent le bien-fondé de la décision du médecin qui est « accusé » de complaisance voire de complicité.

La complexité des situations auxquelles les médecins sont confrontés doit les inciter à faire preuve de mesure et de discernement. Il faut s'en tenir à son domaine spécifique de compétence. La décision de l'arrêt de travail et de sa durée doit être prise uniquement sur des critères médicaux, par conséquent suite à un examen médical.

Il faut noter qu'en cas de déclaration mensongère avérée, le médecin s'expose à des sanctions non seulement de la juridiction ordinaire : est interdit tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel (Art. 17 du CDM). La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave (article 28 du CDM) ; mais aussi des tribunaux : amendes et même emprisonnement pour une durée de cinq ans s'il est prouvé que l'acte est dicté par des raisons mercantiles, un don ou une promesse (article 197 du code pénal).

5-2- Certificat médical de vaccination

Les enfants vaccinés dans les structures de santé publique recevront ce certificat en se référant au carnet de vaccination délivré par la dite structure.

Le médecin de libre pratique ne peut délivrer un certificat de vaccination que s'il a pratiqué lui-même les vaccinations en mentionnant la date de l'acte vaccinal ainsi que le type, la nature du vaccin et le numéro du lot.

Concernant les personnes candidates au pèlerinage ou au petit pèlerinage (El Omra), la vaccination contre la méningite peut se faire soit dans les structures sanitaires et là le candidat recevra un « carnet international de vaccination » de couleur jaune édité par l'OMS dans le cadre du règlement sanitaire international. Sont mentionnés sur ce carnet le nom de la personne vaccinée et son numéro de passeport, la date de vaccination, signature et qualité professionnelle du vaccinateur, l'origine du vaccin employé et numéro du lot et le tampon du centre de vaccination. Le candidat peut être vacciné chez un médecin de libre pratique ; ce dernier doit délivrer un certificat médical de vaccination en mentionnant toujours les informations citées ci-dessus.

5-3- Autres certificats médicaux coutumiers mais facultatifs

- Certificat médical de bonne santé, de non contagion, de non contre-indication à la vie en collectivité, de bonne santé apparente. Formules à utiliser : « *en bonne santé apparente* » ou « *sans altération de santé cliniquement appréciable* ». Il s'agit de certificats exigés pour certains emplois, en particulier l'entrée dans la fonction publique ou pour certains contrats d'assurance vie.
- Certificat de dispense sportive ou d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique ;
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'un sport (ex les licences pour la pratique d'un sport dans les associations sportives) ;
- Certificat médical de guérison

6- DELIVRANCE DES CERTIFICATS MEDICAUX AUX MINEURS

La notion de mineur est définie dans le livre 10 du code du statut personnel relatifs aux interdictions et l'émancipation, dans ses articles 153,154 et 162 définit clairement les mineurs, ceux à qui revient le droit de les représenter et précise que les actes de « l'interdit » sont nuls sans l'assentiment du tuteur. La démence, la faiblesse d'esprit et la prodigalité sont les autres causes de l'interdiction. Ainsi délivrer un certificat de repos directement au mineur est cautionné une interdiction échue au mineur par la loi.

Article 153 : « est considéré comme interdit pour minorité, celui qui n'a pas atteint la majorité de « dix-huit ans révolus ».

Article 154-« Le père est le tuteur de l'enfant mineur et en cas de décès ou d'incapacité du père, c'est la mère qui en est tutrice légale... En cas de décès des parents ou de leur incapacité et à défaut de tuteur testamentaire le juge doit nommer un tuteur »

Article 162-« Les actes accomplis par l'interdit sans l'assistance du tuteur seront nuls, à moins d'homologation par ce dernier ».

L'article 35 du CDM stipule ce qui suit « Appelé d'urgence auprès d'un mineur ou d'un incapable et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement légal, le médecin doit donner les soins qui s'imposent ». Or la délivrance d'un certificat médical n'est en aucun cas un acte urgent.

Délivrer un certificat médical à un mineur sans le consentement (ou la présence) de son tuteur est un faute grave. On peut citer l'exemple des élèves qui se procurent des certificats de repos sans que leurs parents le sachent ; les médecins prescripteurs de ces documents sont passibles de sanctions disciplinaires de la part du Conseil de l'Ordre des Médecins.

7- SIGNALEMENT DES SEVICES A ENFANTS

Il s'agit de déclarer les sévices sur des mineurs ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état psychique ou physique.

Loi n° 95-92 du 9 novembre 1995, relative à la publication du code de la protection de l'enfant établit une nouvelle dérogation au secret professionnel. Dans sa **Section II - Le devoir de signalement** :

Art. 31 – « *Toute personne, y compris celle qui est tenue au secret professionnel, est soumise au devoir de signaler au délégué à la Protection de l'Enfance tout ce qui est de nature à constituer une menace à la santé de l'enfant, ou à son intégrité physique ou morale au sens des paragraphes (d et e) de l'article 20 du présent code* ». **L'article 20 précise** : « *sont considérés, en particuliers, comme des situations difficiles menaçant la santé de l'enfant ou son intégrité physique ou morale* :

.....

d) Le mauvais traitement habituel de l'enfant.

e) L'exploitation sexuelle de l'enfant qu'il s'agisse de garçon ou de fille.

..... »

Toute personne peut signaler au délégué à la protection de l'enfance tout ce qui lui paraît menacer la santé de l'enfant ou son intégrité physique ou morale au sens des autres paragraphes de l'article 20 du présent code...

Art. 33. « *Nul ne peut être poursuivi devant les tribunaux pour avoir accompli de bonne foi le devoir de signalement prévu dans les dispositions précédentes* ».

Art. 34. « *Il est interdit à toute personne de divulguer l'identité de celui qui s'est acquitté du devoir de signalement, sauf après son consentement ou dans les cas prévus par la loi* ».

Le médecin est parfois amené à examiner les enfants en situation de détresse physique ou psychique ; il a le devoir de dépister toutes les manifestations physiques et/ou psychologiques en rapport avec les mauvais traitements d'un enfant. Une fois ce dépistage fait, il est conseillé au médecin de mettre l'enfant en observation en milieu hospitalier afin de le sécuriser et de préciser le diagnostic et en cas de confirmation de le signaler aux autorités.

Le signalement des sévices à enfants est **obligatoire** et peut se faire selon deux modalités :

- Soit par signalement judiciaire au Procureur de la République ou à l'un de ses substituts (chef de poste de police, chef de poste de la garde nationale, chef de brigade de protection des mineurs).

- Soit par signalement administratif auprès du délégué à la protection de l'enfance.

En pratique, le signalement peut se faire par la rédaction d'un certificat médical descriptif de l'état de santé de l'enfant. Ce certificat sera adressé au délégué à la protection de l'enfance qui siège au gouvernement.

Il faut faire attention : le signalement des sévices mais **non** le signalement de l'auteur présumé. C'est aux autorités compétentes d'enquêter et de déterminer l'auteur des actes.

Comme le précise M. le Conseiller d'État Morisot, « lors de la délivrance d'un certificat médical, d'une attestation ou de la mise en œuvre d'une procédure de signalement, le médecin doit être conscient qu'il accomplit des actes juridiques aux conséquences notables : il risque d'engager sa responsabilité morale et disciplinaire en transgressant les règles juridiques qui s'imposent à lui et de s'affranchir impunément par ignorance et légèreté du respect de la règle de droit ».

8- LE CERTIFICAT MEDICAL DE VIRGINITE

Selon les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son bulletin N° 21-2005 deux situations peuvent se présenter au médecin :

1- Si la demande émane de l'entourage de la concernée le médecin doit refuser l'examen et la rédaction d'un certificat car il s'agit de violation du respect la personne et de l'intimité de la femme.

2- Si la demande émane de l'intéressée elle-même, le médecin peut remettre à l'intéressée un certificat de virginité si l'hymen est intact. Le médecin doit refuser dans les cas où le diagnostic de virginité ne peut être porté de façon formelle : le médecin estime qu'il n'a pas la compétence requise ou que l'examen n'est pas formel.

Remarque : s'il s'agit d'une agression sexuelle, le type de certificat sera plutôt un certificat médical initial de constatation de violence sexuelle. Il s'agit là d'une véritable expertise médico-légale. L'examen doit être accompagné de prélèvement et examens biologiques nécessaires (recherche de spermatozoïdes, dépistage d'infections sexuellement transmissibles, diagnostic de grossesse).

Pour résumer, le médecin peut délivrer un certificat de virginité dans les circonstances suivantes :

- Si la demande émane de l'intéressée elle-même et non d'une tierce personne
- En cas d'absence de contexte d'agression sexuelle
- Lorsque le médecin estime qu'il est compétent à le faire
- Si l'hymen est intact à l'examen

9-HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS (HDT)

Le certificat médical d'hospitalisation demandé par un tiers est délivré :

-Quand les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et quand son état rend indispensable des soins immédiats avec surveillance en milieu hospitalier

-Un tiers signe la demande **manuscrite** d'admission : membre de la famille, proche ou personne agissant dans son intérêt

La loi n°92-83 du 3 août 1992, relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation en raison de troubles mentaux, stipule :

- Dans l'article 11 : « *Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement que si :*

1) ses troubles rendent impossible son consentement,

2) son état impose des soins urgents,

3) son état de santé représente une menace pour sa sécurité ou pour celle d'autrui ».

-Et dans l'article 15 : « *Une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée, sans ses consentements et à la demande d'un tiers.*

Sont réputés tiers au sens de la présente loi un des ascendants ou des descendants, le conjoint, les collatéraux ou le tuteur légal du malade.

La demande présentée par un tiers est accompagnée par deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours attestant que les conditions prévues à l'article 11 de la présente loi, sont remplies...

L'un des deux certificats médicaux doit être établi par un médecin psychiatre exerçant dans une structure sanitaire publique. Il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés au deuxième degré inclusivement.

Toutefois, et en cas d'urgence, un seul certificat établi par un médecin psychiatre exerçant dans une structure sanitaire publique suffit pour hospitaliser une personne atteinte de troubles mentaux à la demande d'un tiers ».

La loi n° 2004-40 du 3 mai 2004, a modifié et complété la loi n°92-83 du 3 août 1992.

En effet le président du tribunal de première instance pourra ordonner l'hospitalisation d'office des personnes, dont les troubles mentaux compromettent leur sécurité ou celle des tiers, dans l'établissement public hospitalier le plus proche du domicile de la personne à hospitaliser et disposant d'un service de santé mentale.

De plus la levée d'hospitalisation ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission formée de trois médecins psychiatres nommés par le président du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne concernée par la levée d'hospitalisation. Ladite commission ne doit comprendre ni le médecin traitant du malade ni le médecin expert ayant déjà donné son avis lors de l'hospitalisation du malade.

D'autres articles ajoutés à la loi n° 2004-40 :

L'article 24 (bis) stipule : « *Le médecin psychiatre exerçant au service des urgences dans les structures sanitaires publiques peut hospitaliser au sein de l'établissement sanitaire les personnes qu'il examine, lorsque leur état de santé et leur comportement révèlent des troubles mentaux manifestes pouvant menacer leur sécurité ou celle d'autrui...* »

L'article 25(bis) : « *L'autorité judiciaire saisie d'une affaire pénale peut, sur la base de l'avis d'un médecin expert, ordonner l'hospitalisation d'office du détenu dans un établissement sanitaire public qu'elle désigne à cet effet, et ce, en vue de la soumettre à l'observation et à l'examen médical afin de vérifier l'état de ses capacités mentales et déterminer sa responsabilité dans les faits retenus contre lui. Cette hospitalisation est exécutée en collaboration avec les services pénitentiaires compétents et sous leur contrôle, et ce, durant toute la période prévue pour l'hospitalisation. Cette période peut être prolongée selon les mêmes procédures* ».

L'article 30 (bis) : « *L'état prend en charge les frais de soins et d'hospitalisation des malades soumis aux régimes de l'hospitalisation d'office* ».

10-LES CERTIFICATS MEDICAUX DE COMPLAISANCE

Un certificat médical de complaisance est un acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite (article 17 du CDM). **L'article 28 du CDM** stipule « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave* ». Il s'agit d'une faute professionnelle et déontologique du médecin. Le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté après l'examen du patient. Si le certificat rapporte les dires de l'intéressé ou d'un tiers, le médecin doit s'exprimer sur le mode conditionnel et avec la plus grande circonspection; le rôle du médecin est en effet d'établir des constatations médicales, non de recueillir des attestations ou des témoignages et moins encore de les reprendre à son compte.

Un certificat médical d'arrêt de travail pour maladie ou un certificat médical initial peuvent être contestés. Les médecins sont appelés à faire preuve de discernement et de se limiter à leur domaine de compétence et à formuler leurs conclusions sur des éléments objectifs de l'examen médical.

Les sanctions auxquelles s'expose le médecin en délivrant un certificat médical de complaisance sont de plusieurs ordres :

- **Disciplinaires** : elles sont très nombreuses et trop fréquentes en matière de certificat de complaisances. Les sanctions peuvent aller jusqu'à des suspensions temporaires d'exercer pour complaisance (**article 28 du CDM**).

- **Civiles** : si une relation de cause à effet est prouvée entre le certificat délivré et un préjudice subi, le médecin peut être condamné à indemniser la victime (articles 82 et 83 du code des obligations et des contrats).

- **Pénales** : avec amende et possible peine de prison. Un certificat médical de complaisance (**article 197 du Code Pénal**).

Ces sanctions sont indépendantes les unes des autres, un médecin pouvant être condamné pour la même faute au disciplinaire, au civil et au pénal, et même au tribunal administratif.

Les conséquences peuvent être gravissimes pour le médecin, sa famille, son avenir professionnel, sa trésorerie, son cabinet, ses éventuels associés. Néanmoins, les jurisprudences peuvent reconnaître la bonne foi du praticien, des circonstances atténuantes ou aggravantes, des maladroites... Parfois, plusieurs fautes sont réunies dans un même certificat (la complaisance, le dépassement des honoraires, la divulgation du secret professionnel ...) qui compliquent la situation du médecin imprudent.

11-LES CERTIFICATS MEDICAUX : ATTENTION AUX PIEGES !

Dangers pour tous les certificats que l'on doit rédiger

- La maladresse d'écriture peut laisser planer un doute sur l'objectivité du médecin ou l'authenticité de son examen.
- Le médecin ne peut certifier pour un autre médecin.
- La rédaction devra toujours se limiter au strict nécessaire.
- Certaines précautions rédactionnelles sont de mise : par exemple « non contre indication à la pratique d'un sport » plutôt « qu'aptitude à ... » ou, dispense de sport...obligatoirement à caractère total ou partiel, limitée dans le temps et exceptionnellement définitive.
- Il n'y aura jamais violation du secret si le médecin remet à son patient et en main propre un certificat consignnant des éléments réputés à caractère secret.
- Ce qu'il ne faut jamais faire, c'est remettre un certificat à un tiers (sauf exception dérogatoire légale) ou mettre un tiers en cause.
- Selon la situation familiale ou au travail, la plus grande vigilance est de mise. Certaines situations sont incontestablement des facteurs de danger avec fréquents détournements du certificat par le patient au profit d'un contentieux et souvent par avocat interposé. C'est pourquoi, lorsqu'on a à rédiger un certificat, il faudra penser à un éventuel climat anormal ou particulier, famille, divorce, climat hostile au travail, héritage et redoubler de vigilance !

Exemples :

- Faux certificats (vaccinations faites ou contre indiquées).
- Certificat de bonne santé pour les assurances : à la demande du patient, le médecin dissimule une pathologie en vue d'une assurance-vie. Il s'agit d'une fraude aux assurances.
- Conséquences néfastes pour un patient qui obtient une autorisation de... et qui en subit les conséquences qui peuvent en découler (ex : non contre indication à un poste de travail, à la conduite..., non contre indication à tel sport...) ;
- Défaut d'examen ou examen insuffisant (accident de la voie publique : fracture méconnue non signalée ; constat de décès : importance d'un examen total et complet avant de déclarer « mort naturelle »).

Des recommandations...

- Jamais de certificat sans interrogatoire et examen complet.
- Utiliser une rédaction claire, prudente et compréhensible.

- Limiter l'écrit au strict indispensable et à ce qui est indiscutable dans le constat, sans omission dénaturant les faits, sans révélation excessive, sans laisser place aux interprétations personnelles.
- Se relire, dater, signer.
- Conserver un double, faire contresigner éventuellement.
- Remettre en main propre et jamais à un tiers ni à un assureur.

Les questions à se poser...

Réfléchir avant d'écrire :

- Qui le demande, pourquoi le demande t-il ?
- Que va-t-il en faire ?
- Suis-je obligé de le faire ?
- Suis-je bien dans mon rôle de médecin ?

12-CONCLUSION

L'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

Les certificats médicaux, manifestations quotidiennes de l'activité de tout praticien sont des documents médico-légaux qui engagent une triple responsabilité : pénale, civile et disciplinaire

Certains certificats prévus par la loi sont obligatoires et constituent une dérogation relative au secret médical, mais la plupart des certificats sont facultatifs et le médecin ne doit les établir qu'à bon escient.

Le certificat médical constitue une ouverture vers un tiers. C'est parce que le contenu en est libre qu'il doit être destiné à l'intéressé car seul le malade peut disposer de son secret. Toutes les autres circonstances nécessitent la plus grande prudence avant de signer.

Le médecin doit établir avec conscience et objectivité les documents destinés à faire valoir des prérogatives justes. Il lui incombe même le devoir de prendre l'initiative de la rédaction de tels certificats. A l'inverse, c'est aussi un devoir de refuser les demandes.

CHAPITRE IV: L'EXPERTISE - LA REQUISITION- L'ORDONNANCE SUR REQUÊTE

Ce sont des circonstances où le médecin pourrait être requis ou sollicité de communiquer un document tel un rapport d'expertise, un rapport médical, un résumé d'un dossier médical soit aussi la totalité du dossier médical de son patient.

1-L'EXPERTISE

L'expertise est « la constatation ou l'estimation faite par un technicien qualifié titulaire de diplôme scientifique ou technique dans la spécialité requise ».

La loi 93-61 du 23 juin 1993 relative aux experts judiciaires ,modifiée et complétée par la loi 2010-3 du 21 juin 2010:

Art. 1^{er} : « L'expert judiciaire est un auxiliaire de justice dont la mission consiste à donner son avis technique ou accomplir des travaux sur réquisition des juridictions »

Un médecin requis pour une mission d'expertise est donc considéré comme médecin auxiliaire judiciaire. Il doit être inscrit sur la liste de la cour d'appel. L'inscription sur la liste des experts est régie par les articles 4,5 et 6 (nouveaux). Elle se fait sur demande ; une commission au niveau de la cour d'appel pour l'inscription au tableau « B » et une commission au niveau de la cour de cassation pour l'inscription au tableau « A » sont chargées d'examiner ces demandes d'inscription sur la liste des experts judiciaires..

Les obligations de l'expert judiciaire : définies dans les articles 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 et 15 : L'expert judiciaire doit prêter serment, garder les secrets dont il a pris connaissance en vertu de ses missions, ne peut demander à être déchargé des missions confiées par le juge sauf empêchements (définis dans l'article 9). Il lui est interdit de déléguer les missions qui lui sont confiées. S'il commet un faux il sera puni conformément aux dispositions de l'article 172 du code pénal. Il est tenu de présenter son rapport dans les délais qui lui sont fixés. S'il commet une faute causant préjudice à l'une des parties, il en répondra conformément aux règles du droit commun. Il doit prendre soin des documents qui lui sont remis à l'occasion de sa mission, et doit les restituer sitôt sa mission remplie. Il doit conserver une copie des rapports et des procès-verbaux de ses travaux déposés au tribunal.

La loi définit aussi la discipline des experts dans les articles 18 et 19 : tout manquement par un expert judiciaire aux devoirs et à l'honneur de la profession requiert une sanction disciplinaire.

Les obligations déontologiques du médecin expert : Le CDM, Chapitre III de l'exercice de la médecine d'expertise notifie :

- Incompatibilité de la mission d'expertise avec la fonction de médecin traitant et avec certaines situations où l'intérêt de l'expert ou de l'un de ses proches sont en jeu. L'expert doit être objectif et agir en toute indépendance (Art.72 du CDM)

- Le médecin doit **informer** de sa mission la personne qu'il doit expertiser, mais surtout avoir **son consentement** (Art.73 du CDM).
- Le médecin doit se récuser (refuser de juger, de témoigner) s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères aux techniques proprement médicales. Il ne doit révéler que les éléments fournissant les réponses aux questions posées. Hors de ces limites il doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission (Art.74 du CDM).

Quelles sont les procédures de l'expertise pénale ?

- C'est le juge d'instruction qui commet un ou plusieurs experts pour procéder à des vérifications d'ordre technique.
- Les experts rédigent un rapport qui doit contenir la description des dites opérations ainsi que leurs conclusions.

Apport de l'expertise au tribunal

Le juge reconnaît implicitement l'importance des avis formulés par l'expert pour l'avancement du procès en particulier pénal. Il n'est pas tenu par les conclusions de l'expert : **Art. 112-CH V du code de procédure civile et commerciale** : « *L'avis de l'expert ne lie pas le tribunal* ».

2-LA REQUISITION

La réquisition est « un acte par lequel une autorité exige un service ou une remise de biens »

Quels sont les représentants de l'autorité publique ayant pouvoir de réquisition ?

Il peut s'agir :

- Du procureur de la république ou ses substituts, les officiers de polices ou de la garde nationale
- Certains magistrats : le juge d'instruction agissant par commission rogatoire
- Les autorités administratives : telles que le Gouverneur, le Délégué et le maire.

La réquisition peut être formulée oralement en cas de mission urgente.

La réquisition peut concerner :

- L'examen d'un cadavre.
- L'examen médical de personne suspecte d'état alcoolique : examen clinique et prélèvement pour dosage de l'alcoolémie.
- L'examen d'un blessé pour apprécier les violences dont il a été l'objet (certificat médical descriptif).
- L'examen d'une victime d'agression sexuelle.
- L'examen d'un inculpé en garde à vue.

- L'examen à la recherche d'un état de toxicomanie avec prélèvement pour dosage auprès des laboratoires d'analyse agréés.
- Une demande du dossier médical d'un patient ou d'un rapport médical d'un patient.

Obligation du médecin de répondre aux réquisitions de l'autorité judiciaire sous peine de sanctions s'il refuse de donner des soins, il est passible d'une peine de prison (loi 66-48 du 3 juin 1966 relative à l'abstention délictueuse). Toutefois il existe des dérogations à cette règle tel que :

- le cas de force majeure
- l'incompétence technique : en cas de réquisition pour expertise ; si le médecin expert estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères aux techniques proprement médicales, ou n'entrent pas dans le cadre de ses compétences.
- L'inaptitude physique du médecin.
- lorsqu'il est médecin traitant de la personne expertisée.

3-L'ORDONNANCE SUR REQUÊTE

L'ordonnance sur requête est détenue par le bénéficiaire qui va tout tenter pour la faire exécuter.

Références juridiques :

Deux textes contradictoires s'opposent : d'une part le code pénal appuyé par le code de déontologie médicale sanctionne la violation du secret professionnel, d'autre part l'obligation de l'exécution de l'ordonnance sur requête prévue dans certains articles du code de procédure civile et commercial (CPCC).

1-Dispositions relatives à la protection du secret professionnel : Le code pénal (article 254), le Code de Déontologie Médicale (article 8) et la loi N°2004-63 du 27 juillet 2004 relative à la protection des données à caractère personnel (articles 62 et 63). C'est au concerné seul de décider de sa divulgation.

Le secret professionnel est une obligation imposée aux médecins mais aussi un droit dont bénéficie le malade.

1-Dispositions du code de procédure civile et commerciale : « chapitre II des ordonnances sur requête ». Le président du tribunal de première instance et le juge cantonal peuvent délivrer des ordonnances sur requête (article 213). Les magistrats peuvent rendre ces ordonnances pour prescrire toutes mesures propres à sauvegarder les droits et intérêts qu'il n'est pas permis de laisser sans protection (article 214) . Les ordonnances rendues n'ont pas besoin d'être motivées (article 216). Il est important de savoir que l'ordonnance non présentée à l'exécution dans les 10 jours de sa date, est considérée comme non avenue (article 221). La possibilité d'appel est prévue par l'article 223 ; mais l'appel n'est pas suspensif d'exécution.

La notion de validité de 10 jours laisse supposer que les ordonnances sur requête sont rendues pour des affaires urgentes ; mais toutes les affaires ne représentent pas ce caractère, exemples :

-Lors d'une instance de divorce le médecin peut être sollicité pour répondre à une ordonnance sur requête présentée par l'un des conjoints afin de communiquer des données sur l'état de santé de l'autre conjoint qui se trouve lésé en cas de divulgation de sa pathologie ce qui fera profiter à l'autre partie. Dans ce cas l'exécution d'une ordonnance sur requête porte préjudice à un tiers et fait profiter le demandeur.

Ceci est aussi valable pour la mise sous tutelle.

-La demande de communication du dossier médical : il faut limiter tout accès direct aux dossiers médicaux. En cas d'acceptation de répondre à l'ordonnance sur requête ne jamais reproduire le dossier médical de façon intégrale, mais répondre aux questions demandées par le juge. L'expertise est une autre solution **qui** pourrait suppléer la communication directe du dossier médical.

- Lors d'une demande au Conseil Régional par ordonnance sur requête des suites d'une plainte d'un citoyen à l'encontre d'un médecin. Les suites ou la décision concernant une plainte sont du ressort du Conseil National par conséquent le Conseil Régional n'est pas obligé d'exécuter cette requête. Dans ce cas aussi l'exécution de l'ordonnance sur requête pourrait porter préjudice au médecin si une instruction pénale est en cours.

L'exécution de l'ordonnance sur requête peut porter préjudice à une personne , dans d'autres situations son exécution peut sauvegarder les droits et intérêts qu'il n'est pas permis de laisser sans protection.

En conclusion le médecin est confronté à deux options : soit une demande de divulgation du secret médical, soit à une décision juridictionnelle qu'il est obligé d'exécuter. L'ordre des médecins préconise les directives suivantes : le médecin qui reçoit une ordonnance sur requête ne doit pas répondre directement au pétitionnaire (la personne qui adresse une pétition) .Il doit s'adresser directement au juge qui a pris la décision pour lui rappeler qu'il est tenu par le secret médical. Toutefois si le juge réitère sa réquisition justifiée par un intérêt d'ordre public, le médecin doit adresser au tribunal un rapport succinct sans déborder sur d'autres questions que le(s) sujet(s) sur lesquels il est requis d'apporter une réponse.

Trois principes à retenir lors de l'ordonnance sur requête :

- ✓ Concilier entre le respect du secret médical et le respect des décisions juridictionnelles.
- ✓ Eviter tout accès direct au dossier médical.
- ✓ Protection des intérêts des membres de la famille en cas de décès d'une personne, de l'incapable en cas de mineur ou majeur incapable et le cas échéant les intérêts des tiers.

CHAPITRE V : DOCUMENTS RELATIFS A L'ASSURANCE MALADIE

L'exercice de la médecine comporte aussi l'utilisation de documents relatifs à l'assurance maladie. La loi n° 2004-71 portant institution d'un régime d'assurance maladie a prévu l'instauration d'un régime de base obligatoire géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (article 2) et des régimes complémentaires facultatifs gérés par les sociétés d'assurances et les mutuelles (article 7). Cette collaboration du médecin avec ces organismes d'assurance maladie devrait obéir aux termes de l'article 18 de la loi n° 91-21 du 13 mars 1991 et l'article 65 du CDM.

Une convention cadre a été signée entre la CNAM et les représentants des prestataires de soins de libre pratique concernant le régime de base d'assurance maladie. Des décrets et arrêtés ont fixés les modalités et la liste des actes médicaux et paramédicaux pris en charge, les prestations qui nécessitent un accord préalable.

La collaboration des médecins avec les sociétés d'assurances et les mutuelles reste encore mal définie et donc mal organisée. En effet elle se fait souvent par simple demande écrite du médecin à l'organisme d'assurance ou à la mutuelle qui procurent respectivement aux salariés ou aux adhérents **une assurance complémentaire**. Ce qui va induire des conventions non conformes à la réglementation : des honoraires non conformes à la fourchette établie par le conseil national et le syndicat tunisien des médecins libéraux. Les sociétés d'assurance vont imposer leurs conditions en matière d'honoraire en plus d'une retenue d'un pourcentage pour la « gestion des dossiers ». Les médecins sont aussi sollicités individuellement par des mutuelles pour faire des « remises » sur leurs honoraires sous prétexte de leurs actions sociales envers leurs adhérents.

Dans tous les cas les documents que les médecins communiquent à la caisse nationale d'assurance maladie, aux sociétés d'assurances et aux mutuelles doivent être minutieusement remplis avec une écriture lisible et afin de faciliter leur contrôle et éviter leurs rejets et ainsi épargner aux patients des désagréments.

On va se limiter à citer les documents de la CNAM utilisés par les médecins et destinés à la prise en charge des prestations nécessitant ou pas un accord préalable et définies par la réglementation.

1-Le bulletin de soins

Une étude descriptive et prospective sur la qualité de la rédaction et de la prescription des ordonnances médicales déposées au Centre Régional de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie à Sousse a abouti aux conclusions suivantes : 79% des ordonnances avaient une bonne lisibilité, 31% seulement comportent des génériques, 13,6% des médecins n'inscrivent pas la forme galénique et 9,9% ne mentionnent pas le dosage de la forme galénique.

2-Les demandes d'accord préalable (AP)

2-1-AP1 : médicaments – hospitalisation

- Prescrire les actes ou les médicaments avec les posologies.
- Remplir les données cliniques et para-cliniques (copie des explorations aidant à la décision médicale).

2-2-AP2 : actes de radiologies

- Préciser l'acte demandé.
- Remplir les données cliniques et para-cliniques (copie des explorations déjà effectuées aidant à la décision médicale en particulier résultat de l'échographie).

2-3-AP3 : appareillage

- Préciser l'appareillage demandé
- Remplir les données cliniques et para-cliniques (copie des explorations déjà effectuées aidant à la décision médicale).
Des demandes de prothèses ont été rejetées à cause de l'absence d'une exploration radiologique.
- Mentionner l'indication de l'appareillage.
- Code numérique pour les appareillages fournis par le CAO (Centre D'Appareillage Orthopédique) avec le visa du maître appareilleur.

2-4-AP4 : Rééducation fonctionnelle /kinésithérapie

- Préciser le nombre de séances demandées
- Remplir les données cliniques et para-cliniques (copie des explorations déjà effectuées aidant à la décision médicale) et bien justifier la demande si renouvellement.

2-5-AP 5 : Intervention cardio-vasculaire

- Préciser l'acte demandé tout en mentionnant la catégorie, le type et le lieu (la clinique).
- Remplir les données cliniques.
- Fournir une copie des explorations effectuées : la coronarographie, holter, l'écho cardiaque...
- CD avec compte rendu de l'acte s'il a été effectué en urgence

2-6- AP 6 : Lithotritie

- Préciser le coté atteint
- Remplir les données cliniques : antécédents, nombre de lithiases, localisation, taille, retentissement...
- Fournir une copie des explorations effectuées : AUSP, échographie, UIV

2-7-AP 7- L'hémodialyse

- Remplir les données cliniques: antécédents , étiologie, date de la 1ère séance de dialyse, nombre de séances/ semaine...

-Remplir le tableau des données biologiques (clairance de la créatinine)

3-8-AP 8-Radiothérapie

3-9-AP 10-Greffe

3-10-AP 10- Grands brûlés

3-Les Affections Prises en Charge Intégralement (APCI) :

Définies par l'arrêté conjoint des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger et du ministre de la santé publique du 25 juin 2007.

Code	Affections
1	Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime
2	Dysthyroïdies
3	Affections hypophysaires
4	HTA sévère
5	Cardiopathies congénitales et valvuloplasties
6	Insuffisance cardiaque et trouble du rythme
7	Affections coronariennes et leurs complications
8	Phlébites
9	Tuberculose active
10	Insuffisance respiratoire chronique
11	Sclérose en plaque
12	Epilepsie
13	Maladie de Parkinson
14	Psychoses-névroses
15	Insuffisance rénale chronique
16	Rhumatisme inflammatoire chronique
17	Maladies auto-immunes
18	Tumeurs et hémopathie malignes
19	Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
20	Cirrhoses et insuffisance hépatique
21	Glaucome
22	Mucoviscidose

4-Certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle

Loi n° 94-28 du 21 février 1994, portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ce certificat peut être utilisée en même temps pour les accidents de travail et/ ou les maladies professionnelles. Elle doit contenir une description des lésions initiales et l'état clinique de l'assuré. Il faut préciser le nombre de jours de repos.

Ce même formulaire peut être utilisé comme certificat: initial, de prolongation, de rechute, de guérison ou de consolidation.

Problèmes: souvent absence de la description des lésions initiales et le côté atteint, ce qui pourra influencer le traitement du dossier et le taux d'IPP.

Les sanctions prévues en cas de délivrance d'un certificat médical de complaisance : **Art. 95** est passible d'une amende de 50 à 100 Dinars :

- tout médecin ayant sciemment dénaturé les conséquences de l'accident dans le certificat médical délivré en application de la présente loi ;
- tout médecin ou pharmacien qui réclame, en se référant aux dispositions de la présente loi, la rémunération d'actes professionnels non effectués ou le prix de produits non délivrés ;

5- Certificat médical d'arrêt de travail

Permet à l'assuré social de bénéficier de l'indemnité de maladie.

Certificat comportant trois parties :

1-Identification de l'assuré.

2-Partie réservée au médecin contrôleur de la CNAM.

3-Le certificat médical confidentiel que le médecin traitant devrait remplir lisiblement, complètement, en particulier si oui ou non le patient a été hospitalisé pour pouvoir bénéficier de plein traitement durant la période d'hospitalisation. Ce certificat doit être signé sans oublier de faire cacheter cette partie pour préserver le secret médical.



**LE CONSEIL RÉGIONAL DE
L'ORDRE DES MÉDECINS
DE SOUSSE**

**EXERCICE DE LA MÉDECINE
Les documents médicaux**

2^{ème} Edition | 2017