

LA REDACTION DES DOCUMENTS

1. INTRODUCTION

La pratique de la médecine de nos jours, comprend plusieurs aspects . Outre l'aspect diagnostic, curatif, préventif, existe l'aspect rédactionnel de bon nombre de documents tels que les certificats médicaux, l'ordonnance et le dossier médical. La rédaction de ces documents est, hélas, bien souvent considérée par bon nombre de médecins comme de la « paperasserie » à vite expédier. Attitude qui témoigne de la méconnaissance des conséquences administratives, judiciaires ou sociales que peut avoir une mauvaise rédaction de l'un de ces documents dont l'existence est légitimée par des textes de loi et des règlements.

Ainsi le code de déontologie et la loi sur la promotion et la protection de la santé affirme l'obligation de rédaction que le médecin doit respecter.

- **L'article 57** du code de déontologie stipule que le médecin, le chirurgien dentiste doit s'efforcer de leur faciliter l'obtention aux malades d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit sans pour autant céder à aucune demande abusive.
- **L'article 213** de la LPPS **85** déclare que dans les limites de leur qualification, les médecins, les pharmaciens, et les chirurgiens dentistes sont tenus d'établir un fichier de leurs malades, de conserver les archives et de fournir les certificats , attestations et les renseignements épidémiologiques prescrits par la loi et les règlements.

Nous aborderons successivement les règles de base de rédaction d'un dossier médical d'une prescription médicamenteuse et de certificats.

2. LE DOSSIER MEDICAL

Le dossier médical est un document administratif comportant 3 parties :

- *Une partie purement administrative et sociale. Une partie médicale objective : radiographie, résultats d'examens, compte rendus opératoires, tous éléments apportant une connaissance objective de l'affection et des soins.*
- *Une partie médicale subjective : observation des médecins notes spécifiques de diagnostic, courriers échangés entre les différents médecins ayant eu charge du patient.*

Le dossier médical est établi pour tout malade hospitalisé soit dans le cadre de l'urgence, soit en dehors de l'urgence sur présentation d'un certificat du médecin traitant devant indiquer le service spécialisé intéressé sans mentionner sur ce certificat le diagnostic de l'affection motivant l'hospitalisation.

Comme constituer ce dossier médical ?

a) A l'admission et durant le séjour :

- *La fiche d'identification du malade.*
- *Le document médical indiquant les motifs de l'hospitalisation*
- *Les conclusions de l'examen clinique initial ou des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin affecté au chevet du patient .*
- *Les comptes rendus des explorations paracliniques et des examens complémentaires (anaph....).*
- *La fiche de consultation pré - anesthésique avec des conclusions et les résultats des examens demandés ainsi que la feuille de surveillance anesthésique.*
- *Les comptes rendus opératoires ou d'accouchement*
- *Les prescriptions thérapeutiques*
- *Le dossier des soins infirmiers.*

b) A la fin du séjour hospitalier :

- *Le compte rendu d'hospitalisation avec notamment le diagnostic de sortie*
 - *Les prescriptions établies à la sortie du patient*
 - *La sortie du malade se fait sur proposition du médecin par un bulletin de sortie ne comportant aucun diagnostic ni mention d'ordre médical.*
 - *Le médecin traitant doit être informé , après la sortie de l'hospitalisé, des prescription médicale aux quelles le malade doit continuer à se soumettre.*
- ❖ *Dans le cas particulier de refus volontaire de soin, l'hospitalisé doit signer un document stipulant son refus d'acceptation , voire même sa sortie contre avis médical (article 49 du CD).*
- ❖ *Les dossiers sont conservés aux archives hospitalières, ne pouvant être consultées qu'avec autorisation du chef de service. Toutes dispositions utiles doivent être prises pour assurer le garde et la confidentialité des dossiers (article 39 du CD).*

3. L'ORDONNANCE :

L'ordonnance médicale a pour finalité la prescription de médicaments nécessaire au patient qui seront délivrés par le pharmacie.

Outre le principe fondamental de la liberté de prescription affirmé par le code de déontologie, plusieurs principes généraux régissent la rédaction de l'ordonnance.

- ❖ *Le code de déontologie dans son article 56 stipule que toute prescription, certificat, attestation ou document établi par un médecin doit être rédigé lisiblement et permettre l'identification du signature et comporter la date et la signature du médecin.*
- ❖ *Dans son article 47 il est dit que le médecin doit formuler sa prescription avec toute la clarté nécessaire. Il doit veiller à la bonne compréhension des prescriptions par le malade ou son entourage. Il doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.*

Ainsi l'ordonnance doit comporter :

- ✓ *Le nom, l'adresse professionnelle du médecin.*
 - ✓ *Le nom, prénom du malade, l'âge et le poids s'il s'agit d'un enfant.*
 - ✓ *La date et la signature du médecin*
 - ✓ *Elle doit être très lisible.*
 - ✓ *La mention de la forme galénique du médicament (gélule, injection, comprimé, goutte...).*
 - ✓ *La posologie et la durée du traitement doivent être indiqués clairement.*
 - ✓ *Si la durée de traitement est supérieure à un mois, le médecin traitant doit mentionner le nombre de renouvellements nécessaires.*
-
- *La délivrance de l'ordonnance s'accompagne d'explications orales au malade.*
 - *L'ordonnance engage la responsabilité professionnelle, civile et pénale du médecin.*
 - *Pour les prescription non médicamenteuses destinées aux laboratoires de biologie médicale, aux radiologues, aux auxiliaires médicaux, le médecin utilisera des feuilles distinctes.*
 - *Pour les soins infirmiers la nature de l'acte doit être expliquée, ses horaires et sa durée.*

4. LES CERTIFICATS :

La rédaction d'un certificat médical est un acte qui engage la responsabilité civile, pénale et disciplinaire du signataire, ce n'est pas un acte banal. Le certificat est un document écrit divulgable et utilisable par le bénéficiaire.

Il existe plusieurs types de certificats médicaux :

1. Les certificats exigés par la législation (pénale, civile, sanitaire, sociale...) :

- *Certificats de coups et blessures .*
- *Certificats de décès.*
- *Certificat de naissance.*
- *Certificat de constat de violence sexuelle.*
- *Certificat de placement en milieu psychiatrique*
- *Certificat d'arrêt de maladie, de prolongation.*
- *Certificat de déclaration d'accident de travail, de maladie professionnelle.*

2. Certificat demandés par le malade :

- *Certificat de bonne santé.*
- *Certificat d'aptitude ou non aptitude au sport.*

- *Tous les certificats doivent être lisibles, datés, signés avec identification du rédacteur, respectueux du secret médical (sauf dérogation de la loi).*
- *Il doit être remis en main propre au demandeur ou au tuteur légal pour le mineur.*
- *Le médecin atteste ce qu'il voit et non ce qui lui est rapporté.*
- *L'attestation se fait d'un examen, de constatations, de résultats d'examens, de soins donnés..... de faits médicaux dont le médecin est lui-même l'auteur.*