

LES DOCUMENTS MÉDICAUX

Professeur .A. BELLOUM

21/01/2021

1-Introduction

C'est l'ensemble des supports écrits ou enregistrés relatifs à la prise en charge d'un malade.

Leur intérêt est de laisser des traces qui concernent les soins donnés au patient, pouvant servir aux intervenant qui vont se relayer lors du suivi médical du patient.

Les implications des documents médicaux sont multiples :

-médicales, dans le sens où ces documents renferment des données concernant la santé des patients et les soins qui leurs ont été prodigués.

-sociales : ces documents pouvant être transmis à la société (pharmacien, organismes d'assurance)

- médico-légales: en cas de conflit, ces documents prennent toute leur importance et Constituent des éléments de référence dans la procédure médico-légale

2-Le dossier du malade

Le dossier du malade est constitué d'un dossier médical et d'un dossier administratif et social.

2-1-Constitution du dossier du malade:

2-1-1- Le dossier médical

C'est l'ensemble des informations écrites et/ou enregistrées concernant la santé de la personne.

a/La fiche médicale ambulatoire:

La fiche médicale doit comporter

-L'identité du malade et du médecin-traitant ainsi que la date de l'examen, l'heure étant importante à mentionner dans les situations d'urgence (ex. Samu).

- Les données de l'examen: signes positifs et signes négatifs.

-Le traitement administré au patient, avec au besoin l'évolution de son état de santé.

-Les certificats médicaux délivrés.

b/Le dossier médical d'hospitalisation

Il doit comporter:

****A l'admission:**

- Le motif et la date de l'admission.
- Le mode d'hospitalisation (libre, hospitalisation d'office ou hospitalisation à la demande d'une tierce personne).
- Les données de l'examen.
- Les prescriptions initiales

****Durant le séjour**

- Le suivi du malade (au quotidien au minimum, pluriquotidien en cas de nécessité)
- Les comptes-rendus opératoires, d'explorations ou d'accouchement.
- Les bulletins des soins paramédicaux.
- Les tableaux de surveillance.

****A la sortie**

- Le résumé d'hospitalisation dont une Copie est remise au malade (droit du malade) pour assurer la continuité des soins au besoin par d'autres médecins.
- Les prescriptions mentionnées sur une ordonnance médicale
- D'autres documents tel que les certificats médicaux, les feuilles de prise en charge (remboursement des soins)

2-1-2-Le dossier administratif et social:

Il comporte le billet de salle correspondant à la déclaration administrative de son admission dans un service de l'hôpital. (il est à noter qu'un malade peut demander que son nom ne soit pas signalé dans le dossier administratif mais du point de vue légal son identité réelle doit être consignée dans son dossier médical)

2-2-Aspects médico-légaux du dossier du malade:

Le dossier médical est une obligation légale (jurisprudence) et déontologique.

Le Règlement général intérieur des hôpitaux a institué l'obligation pour les structures sanitaires de tenir des dossiers médicaux pour les patients qui y sont soignés.

Le dossier médical est la propriété de qui ?

1) A l'hôpital

Le dossier (contenant) est la propriété de l'hôpital alors que son contenu appartient au malade qui peut en disposer (photocopie du résumé du dossier). Cette appartenance au malade est en rapport avec le droit du malade à la vie privée et la notion de secret médical.

Le malade a juridiquement le droit de prendre connaissance du contenu de son dossier médical.

Pour les mineurs et les incapables majeurs, ce droit revient à leur tuteur légal.

En ce qui concerne la personne décédée, la règle est de préserver le secret médical aux tiers (la mort ne lève pas le secret médical). La famille peut prendre connaissance de certains éléments de ce dossier sur autorisation du juge sur la base d'une demande justifiée et jugée recevable par la justice (ex. contestation d'héritage sur la base de troubles mentaux du décédé). Le juge nommera à cet effet un médecin-expert chargé d'examiner le dossier et de donner un avis médico-legal, le médecin-traitant ne peut le faire car un tel acte serait contre les dispositions du Code de déontologie.

2) dans le secteur privé

Le dossier médical est la propriété du malade (contenant et contenu) et le médecin a le droit (et doit) de conserver une copie dans ses archives.

- Archivage des dossiers:

La durée d'archivage prévue par la loi est de 15 ans (Code des obligations et contrats). Certaines situations ou pathologies peuvent requérir des durées de conservation plus longues

- maladie héréditaire récurrente

-enfant de mère inconnue, certains pays Occidentaux ont proposé de prolonger cette durée jusqu'à 40 ans pour permettre à la personne de prendre connaissance des Circonstances de sa naissance (questionactuellement objet de débat)

3-L'ordonnance médicale

L'ordonnance médicale est un support écrit de la prescription que le médecin donne à sonmalade.

L'ordonnance médicale revêt une importance médicale, sociale et médico-légale

3-1-La prescription:

3-1-1-La capacité à la prescription:

Tout médecin diplômé qu'il soit généraliste ou spécialiste est légalement capable de prescrire. Le stagiaire interné et le résident non encore diplômés effectuant un remplacement ou une garde médicale peuvent prescrire (autorisation implicite). La sage-femme est autorisée à prescrire certains produits dont une liste est fixée par un arrêté du ministre de la santé publique.

3-1-2-Les principes de prescription:

Le médecin dispose de la liberté de prescription. Au cours de la prescription, le praticien doit respecter certains principes de prescription doit être sans risque pour le malade, conforme aux données actuelles de la médecine et limitée au nécessaire.

3-1-3-La présentation de l'ordonnance

Pour être valable, l'ordonnance doit comporter la signature du médecin, le tampon du médecin ou de la structure de soins et la date de sa rédaction.

Elle doit aussi préciser l'identité du malade (et le numéro de sa carte d'identité nationale pour certains médicaments tels que les psychotropes)

La prescription doit être claire et sans ambiguïté, faite d'une écriture lisible. La remise d'une ordonnance doit être accompagnée par des explications de la part du médecin.

3-2- Aspects médico-légaux:

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

4-Les certificats médicaux:

Les certificats médicaux sont des documents destinés à attester des faits d'ordre médical.

4-1-Délivrance des certificats médicaux:

Il existe une obligation de délivrance pour certains certificats médicaux.

Cette obligation est prescrite par la loi, le Code de la déontologie médicale ou la réquisition judiciaire (exemple: certificat de naissance, certificat de décès).

Tout médecin en exercice légal est capable de délivrer des certificats médicaux. Le médecin effectuant un Remplacement autorisé peut délivrer les certificats médicaux nécessaires aux malades. A l'hôpital, le résident et le stagiaire en médecine non encore docteurs en médecine ne sont pas autorisés par la loi à délivrer des certificats médicaux. Dans la pratique et pour faciliter la marche des services, ils y sont implicitement autorisés par leur chef de service et l'administration de l'hôpital. Ils doivent toutefois éviter de délivrer des documents à caractère médico-légal, destinés à la justice

Exemples de certificats médicaux

- le certificat de constatation
- le certificat de prolongation
- le certificat de guérison
- le certificat de consolidation
- le certificat de rechute..

4-2- Aspects médico-légaux:

La délivrance d'un certificat médical est un acte qui peut engager la responsabilité du praticien qui le rédige sur le plan pénal, civil et disciplinaire. C'est le cas notamment quand s'agit d'un certificat de complaisance

Une erreur dans la rédaction d'un certificat peut aussi engager la responsabilité civile du médecin quand elle fait perdre au malade ses droits

L'objectivité et la prudence sont les deux règles principales de la rédaction de tout certificat médical

Merci pour votre patience