



# Certificats médicaux

## Problèmes de rédaction

**Nidhal HAJ SALEM, Ali CHADLY**

**Service de Médecine Légale - CHU Monastir**

# **Certificat médical**

*Acte officieux, effectué par écrit, destiné à constater, à interpréter un fait d'ordre médical*

**Acte grave & sérieux**

# Quand établir un certificat médical?

*« 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... »***

**Art 27 du CDM**

# **Types de certificats**

**Délivrance obligatoire**

**Délivrance facultative (licites)**

**Refus de délivrance (illicites)**

# Certificats Obligatoires

## Textes législatifs / réglementaires

- . Naissance,
- . Certificat Prénuptial,
- . Avortement thérapeutique
- . HO/HT
- . Maladies transmissibles
- . AT/ MP
- . Décès...

**Réquisition**

**CMI pour coups et blessures**

# Certificats Licites

- **Certificat d'arrêt de travail**
- **Certificat médical de grossesse,**
- **Certificat médical de virginité,**
- **Certificat médical de non contagion,**
- **Certificat d'hospitalisation**
- **Certificat de vaccination...**

# Certificats Illicites

- **Non motivées**
- **Tierce personne: demandeur**
- **Faits non constatés par le médecin**
- **Avantages illégaux**

# **Règles de rédaction**

# Avant de rédiger

- ✓ **Demandeur**
- ✓ **Justifié**
- ✓ **Examen**
- ✓ **Compétent**
- ✓ **Pas de certificat de complaisance**

**Comment rédiger?**

# Conditions de forme

- Papier libre / en tête
- Lisible, compréhensible
- L'identité du médecin signataire ou de son remplaçant
- Préambule « Je soussigné Dr., **certifie...** »
- Identité exacte du patient

# Conditions de forme

- **Dates (3)**
- **Remis en main propre à la demande de l'intéressé**
- **Signature manuscrite du médecin et cachet**
- **Garder un double**

# Conditions de fond

- **Précis**
- **Loyal**
- **Complet**
  - **Objet**
  - **Constatations médicales objectives**
  - **Interprétation de faits**
  - **Conclusions (médicales)**

Lisible  
Complet  
Mesuré  
Claire  
Précis  
Loyal

تمت المعاينة يوم : 24 / 10 / 2007  
تبين من الفحص الأولي أن المتضرر (ة) :  
A L'EXAMEN INITIAL ON NOTE :  
Toute la partie de la page avec plume de  
la page au premier plan, notamment secteur,  
cette page dans l'ensemble avec difficulté à  
lire.

Je soussigné Dr [REDACTED], Certifié  
avoir examiné ce jour M<sup>r</sup> [REDACTED]  
âgé de 28 ans, porteur de CSM n° [REDACTED] 31 [REDACTED]  
qui se dit avoir été victime d'un  
accident de la voie publique le 25.8.2003  
à 3 H du matin à  
son état de santé nécessite sept jours de repos  
avec traitement et soins locaux sans  
complications ultérieures

du vers le 25/3/04 aucun doute il

- Translocation chromosomique ?
- Translocation chromosomique ?
- contusion de la bouche ?
- contusion abdominale ?
- fracture du pied ?

pas état de santé nécessite un repos de T  
sans complications

de la jaunisse gauche qui a été  
traumatisée d'après elle,  
en plus, elle présente un goûte au

de la thyroïde, qui est survenue, après  
l'accident, elle est venue à l'hôpital  
de Kripourou, par elle, elle présente  
une I.P.P de 30%. En fin de son  
le présent certificat est délivré à

① Examen on usure  
→ un patient deprimé, avec Dystonie  
neuro-vegetative  
→ baïsse des constantes hemodynamiques  
suite à l'agression  
des hematomes des 2 genoux

**Certificat médical  
&  
Coups et blessures**

# CMI Carte d'identité

Le numéro de la carte d'identité	Le nombre des certificats	Pourcentage %
Non mentionné	376	75
Mentionné	124	25
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

# CMI – Mécanisme

<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

## CMI – Abréviations

Les abréviations	Nombre	Pourcentage %
Non utilisées	262	53
Utilisées	238	47
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

**CMI – Mots techniques (25%)**

# **CMI : problèmes de rédaction**

	<b>Pourcentage</b> <b>%</b>
<b>Examens para-cliniques</b>	<b>63.2</b>
<b>Gestes faits</b>	<b>82.3</b>
<b>Dates</b>	<b>15</b>
<b>Antécédents</b>	<b>98.2</b>
<b>Localisation</b>	<b>92.6</b>
<b>Forme</b>	<b>63.4</b>
<b>Couleur ecchymose</b>	<b>96.4</b>
<b>Forme d'une plaie</b>	<b>73.7</b>

# CMI : Incapacité temporaire totale

**ITTP**

**Droit commun**

**ITTT**

**Droit du travail**

fixe  
- plani de la Gençive superm  
T.I.T = quatre pour cent (04%)

Hôpital : .....

## Certificat Médical

Je soussigné Dr. ....

Medecin de la Santé Publique à .....

Certifie avoir examiné ce jour M .....

Qui présente : *AN D - 21/04/05 à 14h.*  
*TR 402, Contusion tibiaire appuie*  
*entière MP du 1<sup>er</sup> rayon*  
*main droite*

Nombre de jours de repos présent :  
*1 semaine sans travail (45 j.)*

— A la chambre (1) .....

— Autorisation de Sortie (1) .....

*le 21/04/05*  
**MEDECIN**

(1) Barrer la mention Inutile .

Quittance N. ....

Réquisition N. .... du ..... G.N. Police Justice

Personnel .....

Tunis, le..... 3 JUN 2011 .....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, ..... certifie avoir examiné ce  
jour 3/6 ..... M. p. ....  
de ..... ans qui déclare avoir été victime d'un accident :

- de travail
- de la voie publique
- scolaire
- domestique

Violence selon le Medecin

survenu le... 2 JUN 2011 ..... et qui présente :

fracture Col Fémur

Sont état de santé nécessite :

- un repos de 60 jours ..... jours à partir du.....
  - des soins sans repos de ..... jours à partir du.....
- sauf complications.

2015/10/15 (43)

---

diagnostic

certains febriles  
accusés d'une  
difficulté respiratoire

Non état de santé  
une ups de ~~10~~ ps 7  
Application.

pour  
10% de l'ensemble  
des patients



شهادة طبية أولية  
FUELAS

وصول عدد:

عدد التسجيل:

عدد الملف الطبي أو عدد الطاقة الطبية:

حضر (ت) لديها وصرح (ت) بأنه (ها) متضرر (ة) من \*

حوادث مرور

اعتداء بالعنف

حادث آخر (استثناء حوادث الشغل والأمراض المهنية) أذكره:

على الساعة: 15<sup>h</sup>

تعرض (ت) له يوم: 11 - 02 - 2010

إلى: الحقة أو سال الحنف

تت المعالجة يوم: 11 - 02 - 2010

تبين من الفحص الأولي أنه المتضرر (ة):

Echinococ (زرقاء) كان أبرز صولة 3م على عرض 2م في جانب اليد  
فقد العين اليمنى - لا يحتاج بسيل  
التضرر

Echinococ (لقحة زرقاء) صولها 2م على عرض 2م في  
م ساعتها اليمنى من الجهة الخارجية (+) لقحة زرقاء من العين اليمنى  
اليمينى من الجهة الامامية والخارجية (حولها) 2م / 2م والآخرى  
أ- لا ضم زرقاء موصم (+) لقحة زرقاء في العين اليسرى صولها 2م على عرض 2م  
السبب المقترح: هو الاعتداء أو سال الحنف

لذا تتطلب الحالة الصحية للمتضرر (ة) راحة لمدة: 09 أيام (أربعة) يوما ما لم يحدث أي طارئ في الأثناء.

سألت هذه الشهادة \*  بطلب من المعنى (ة) بالأمر

بطلب من السلطة الرسمية. أذكر السلطة المعنية:

شغل



*Chou* / *Moulin*

شهادة طبية أولية (C.M.I.) N° 004521

C-11977



عدد بطاقة التعريف الوطنية / تاريخ التسليم

حضر (ت) لدينا وصرح(ت) أنها(ها) مشغور(ة) من

- حالت صبور

إعتناء بالعتما

- 
- 
- 

- حوادث أخرى باستثناء حوادث الشغل والأمراض المهنية

*12/11*

على الساعة

*10h 07* / *M*

تعرض(ت) له يوم

*10/11*  
*10h 07* / *A* / *M*

بـ

تحت العيادة يوم

A l'examen initial on note :

تبين من الفحص الأولي أن المتضرر(ة)

fracture de l'achemite et du radius.

a été agresse par Bouvais

ملف 13

11207



يومية

N° 004222 (C. M. I.) شهادة طبيّة أوليّة

بطاقة التعريف الوطنية تاريخ التسليم

بر (ات) لدينا وصور (ص) (تس) (ها) (متضرور) (د) من .

- 
- 
- 

حالات مرور

- إعتناء بالعنف

- حوادث أخرى باستثناء حوادث الشغل والأمراض المهنية

رضلات) لمدة يوم . 20 de 20 عشر الساعة

حالت مرور

العناية يوم . 20 de 20

A l'examen initial on note : من من الفحص الأولي أن المتضرور (د)

Accident de la voie publique  
 Contusion lombaire  
 Traumatisme de la jambe droite.  
 Contusion de la main sup du Thorax.



**Certificat médical et travail**



## Annexe n°3

### MODELE DE FICHE D'APTITUDE AU TRAVAIL

En application des dispositions de l'article 11 du Décret n°2000-1985 du 12 septembre 2000  
portant organisation et fonctionnement des services de médecine du travail

#### 1- ENTREPRISE

Raison sociale.....  
Adresse :.....  
Nature d'activité :.....  
N° d'affiliation à la caisse nationale de .....

#### 2- TRAVAILLEUR

Nom et prénom :.....  
Date et lieu de naissance :.....  
Adresse :.....  
N° d'immatriculation à la caisse nationale: .....

Qualifications professionnelles :.....  
.....  
.....

Date de recrutement :.....  
Poste du travail :.....

#### 3 EXAMEN MEDICAL A L'EMBAUCHE

Je soussigné (e)..... médecin du travail, certifie que le travailleur susnommé est :

- Apte au poste (à préciser) : .....
- Apte avec aménagement du poste (à préciser): .....
- Apte après changement au poste (à préciser):.....
- Inapte temporaire au poste (préciser la période): .....
- Inapte définitif à tout poste du travail dans l'entreprise:

Signature du médecin du travail

**Certificat médical Prénuptial**

## MODELE DU CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL

Je soussigné,

Nom et Prénom : .....

Docteur en médecine, spécialité : .....

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins : .....

exerçant à : .....

Adresse : N°..... Rue/Av.....

Ville/localité/gouvernorat : .....

Certifie avoir examiné en vue du mariage M : .....

Né (e) le ..... à : .....

demeurant à : .....

C.L.N. N° : ..... délivrée à ..... Le.....

établi le présent certificat après avoir procédé à un interrogatoire minutieux et à un examen clinique complet et pris connaissance des résultats des examens complémentaires suivants : (Mettre une croix (x) dans la case correspondante)

- Groupe sanguin
- Hépatite Virale B  Hépatite Virale C
- Radiographie du Thorax par Rayon x
- Autres

Déclare en outre avoir :

- informé l'intéressé (e) des résultats des examens cliniques et complémentaires et des actions de nature à prévenir ou à réduire le risque pour lui (elle), son conjoint et sa descendance.

- attiré l'attention de la future épouse des risques d'une éventuelle Rubéole contractée au cours de la grossesse et l'avoir informé de l'existence d'un vaccin.

- insisté sur les facteurs de risques propices pour quelques maladies (diabète, hypertension artérielle... etc)

- conseillé l'intéressé (e) de se faire vacciner contre l'hépatite B.

- avoir prodigué un conseil génétique y compris celui lié à la parenté entre les deux époux supposés et des conseils sur les méthodes de planification des naissances et insisté sur la nécessité de la surveillance de grossesse.

en-foi de quoi, délivre le présent certificat à l'intéressé (e) en mains propres pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet

### Observation :

Toute personne, se sachant atteinte d'une maladie transmissible et qui par son comportement concourt délibérément à sa transmission à d'autres personnes, est passible d'un emprisonnement de un à 3 ans (Loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles : Articles 11 et 18).

# Certificat et agression sexuelle

Parler de signes de pénétration sexuelle

**Pas de viol**

ITT

ORDONNANCE MEDICALE

N°

Cachet de l'établissement

(Hôpital ou dispensaire)

REFERENCES ADMINISTRATIVES

N° d'inscription

1077

N° Carte de Soins

NOM DU MALADE

[Redacted]

Je soussigné, M. [Redacted] ASP exerçant  
à [Redacted] certifie avoir examiné et  
la patiente [Redacted]  
Née le [Redacted] 1986, à [Redacted] Aguias, Mexic.

- une petite difformité
- habitée de relations sexuelles
- il n'existe pas de traces de violences  
à savoir de plus de 2 ans ou  
de moins de 2 ans
- existence de traces de spermatozoïdes  
à l'extérieur de la vulve mais traces de sang

Certificat délivré à la demande de l'autorité  
de sûreté nationale ([Redacted]) par  
venir et valoir ce qui de droit

A [Redacted] le 04/03/03  
Le Médecin [Redacted]

trou cela montre et veut en  
evidence un trou dans l'édifice.

# Certificat et maltraitance à enfant

**Signalement**

**Certificat médical**  
**DESCRIPTIF**

**Préciser l'action médicale envisagée**

# **Certificat médical et décès**

**Écriture lisible**

**Respecter le modèle**

**Document complet et précis**

# CERTIFICAT MEDICAL DE DÉCÈS

REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Premier volet destiné aux Services d'Etat Civil  
A remplir lisiblement par le médecin

Conforme au décret n° 99 - 1043  
du 17 mai 1999

RESERVE A LA COLLECTIVITE LOCALE  
N° D'ACTE DU DECES

--	--	--	--	--	--

NOM : .....

Prénoms : .....

C. I. N. (ou autre pièce d'identité) : .....

Adresse du lieu de résidence principal :

Rue : .....

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le ..... / ..... / ..... à ..... heure est réelle et constante (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso) .....  Oui  Non

Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) .....  Oui  Non

A ..... le ..... à ..... heure \*

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin :

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

Né (e) le : ..... à .....

Sexe : 1.  M 2.  F

Profession : .....

Etat matrimonial : 1. Célibataire  2. Marié (e)

: 3. Veuf (ve)  4. Divorcé (e)

Nationalité : 1. Tunisienne  2.  Autre .....

Collectivité locale lieu de survenue du décès :

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins : .....

Lieu d'exercice du médecin : .....

S'agit-il du médecin traitant ? 1  Oui, 2  Non

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille du défunt et rédigé selon les déclarations de ..... titulaire de la C. I. N. n° .....

\* : Heure du constat du décès

# CERTIFICAT MEDICAL DE DÉCÈS

REPUBLIQUE TUNISIENNE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Feuillet destiné aux services du Ministère de la Santé Publique

Conforme au décret n° 99 - 1043  
du 17 mai 1999

N° D'ACTE DU DÉCÈS

X | X | X | X | X

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le ..... / ..... / ..... à ..... heure est réelle et constante (voir 1 au verso).

Obstacle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso) .....  Oui  Non

Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) .....  Oui  Non

A ..... le ..... à ..... heure \*

**Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin :**

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

Né (e) le : | | | | | | | | | | à .....

Sexe : 1.  M 2.  F

Profession : .....

Etat matrimonial : 1. Célibataire  2. Marié (e)

: 3. Veuf (ve)  4. Divorcé (e)

Nationalité : 1. Tunisienne  2.  Autre .....

Collectivité locale lieu de survenue du décès :

Collectivité locale : ..... Délégation : ..... Gouvernorat : .....

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins : .....

Lieu d'exercice du médecin : .....

S'agit-il du médecin traitant ? 1  Oui, 2  Non

Ce certificat a été délivré à la demande de la famille du défunt et rédigé selon les déclarations de ..... titulaire de la C. I. N. n° .....

\* : Heure du constat du décès

Deuxième volet destiné aux services du Ministère de la Santé Publique  
Renseignements confidentiels et anonymes. À remplir lisiblement et à clore par le médecin

Cause (s) du décès (voir exemples au verso)

PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.  
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès  
(heures, jours, mois ou ans).

a : .....

dûe à ou consécutive à : b : .....

dûe à ou consécutive à : c : .....

dûe à ou consécutive à : d : .....

Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex : syncope, arrêt cardiaque ...).

PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse ...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.

.....

.....

Informations complémentaires

Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1.  Oui, 2.  Non

Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : ..... mois ..... jours

En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile ....) S'agit-il d'un accident de travail (ou présumé tel) ?

..... 1.  Oui, 2.  Non, 3.  Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

Lieu de décès :

1.  Non, 2.  Oui et le résultat est disponible

1.  Domicile

2.  Institution

3.  Voie publique

3.  Oui mais le résultat est non disponible

4.  Hôpital

5.  Clinique privée

6.  Autre lieu

lequel ? ..... laquelle ? ..... lequel ? .....

# Obstacles médico-légaux

Homicide ou suspicion d'homicide

Mort subite (y compris MSN)

Suicide ou suspicion de suicide

Violation des droits de l'homme, suspicion de torture ou de mauvais traitement

Suspicion de faute médicale

# Obstacles médico-légaux

Accident de transport, de travail ou domestique

Maladie professionnelle

Catastrophe naturelle ou technologique

Décès en milieu de détention

Corps non identifié ou restes squelettiques

# Obligation de mise en bière

cercueil hermétique

maladies contagieuses

Choléra, rage, SIDA, hépatites virales confirmées sauf A,  
fièvre hémorragiques virales

Deuxième volet destiné aux services du Ministère de la Santé Publique  
Renseignements confidentiels et anonymes. À remplir lisiblement et à clore par le médecin

Cause (s) du décès (voir exemples au verso)

PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.  
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès  
(heures, jours, mois ou ans).

- a : ..... ..
- dûe à ou consécutive à : b : ..... ..
- dûe à ou consécutive à : c : ..... ..
- dûe à ou consécutive à : d : ..... ..

Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex : syncope, arrêt cardiaque ...).

PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse ...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.

- ..... ..
- ..... ..

Cause (s) du décès (voir exemples au verso)

PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.  
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès  
(heures, jours, mois ou ans).

- a : Septicémie ..... (ex: 12h)
- dûe à ou consécutive à : b : Infection urinaire sur fond de démence (~ 7 jours)
- dûe à ou consécutive à : c : AVC ..... ~ 10 j
- dûe à ou consécutive à : d : HTA ..... 5 ans

Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex : syncope, arrêt cardiaque ...).

PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse ...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.

- Diabète sucré ..... 20 ans
- Obésité .....

Cause (s) du décès (voir exemples au verso)

PARTIE I : Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans).

dûe à ou consécutive à :

a : Engagement, cérébelleux

24

dûe à ou consécutive à :

b : AVC Hémonorragique

3 jours

dûe à ou consécutive à :

c : HTA

1 h 20

d : .....

Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex : syncope, arrêt cardiaque ...).

PARTIE II : Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse ...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I.

~~Lithiase vésiculaire~~

# Certificat post-mortem et assurance-vie

Mort naturelle

Mort accidentelle

# **Certificat médical en réponse à une réquisition**

**Se limiter à la mission**

**Se limiter aux faits constatés**

**CONCLUSION**

**PRUDENCE**

**OBJECTIVITE**