

Ministère de l'Education Nationale

\*\*\*\*\*

Université de Bamako

\*\*\*\*\*

Faculté de Médecine, de Pharmacie  
Et d'Odontostomatologie

République du Mali

\*\*\*\*\*

Un Peuple -

- Une foi

Thèse N° 124 /

Année universitaire 2004-2005

**TITRE**

**LE DROIT DES MALADES A  
L'INFORMATION SITUATION  
ACTUELLE ET PERSPECTIVE AU MALI**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le \_\_\_\_\_ 2005 à \_\_\_\_\_ devant la Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

**Par Monsieur Ousmane TRAORE**

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

**JURY**

Président : Pr : Mamadou lamine TRAORE  
Directeur: Pr: Issa TRAORE  
Co-directeur: Dr: Adama Diama KEITA  
Membre: Mr : Nouhoum TAPILY  
Pr :Alhousseyni Ag Mohamed

Ministère de l'Education Nationale

\*\*\*\*\*

Université de Bamako

\*\*\*\*\*

Faculté de Médecine, de Pharmacie

Et d'Odontostomatologie

République du Mali

\*\*\*\*\*

Un Peuple - Un But - Une foi

Thèse N° 124

Année universitaire 2004-2005



*LE DROIT DES MALADES A  
L'INFORMATION SITUATION  
ACTUELLE ET PERSPECTIVE AU MALI*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le \_\_\_\_\_ 2005 à \_\_\_\_\_ devant la Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

**Par Monsieur Ousmane TRAORE**

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr : Mamadou lamine TRAORE

Directeur: Pr: Issa TRAORE

Co-directeur: Dr: Adama Diama KEITA

Membre: Mr : Nouhoum TAPILY

Pr : Alhousseyni Ag Mohamed

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2004 - 2005**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR**

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **MASSA SANOGO - MAITRE DE CONFERENCES**

2<sup>eme</sup> ASSESSEUR : **GANGALY DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE**

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE**

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES**

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Mohamed TOURE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Ophtalmologie

Orthopédie Traumatologie - Secourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie - Traumatologie. **Chef de D.E.R.**

Urologie

Gynéco Obstétrique

O.R.L.

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Gangaly DIALLO

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Anesthésie - Réanimation

Chirurgie Viscérale

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mme SY Aida SOW

Mr Salif DIAKITE

Gyneco-Obstétrique

Gyneco-Obstétrique

**4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Mr Mamadou TRAORE

Mr Sadio YENA

Mr Filifing SISSOKO

Mr Issa DIARRA

Mr Youssouf COULIBALY

Mr Samba Karim TIMBO

Mme TOGOLA Fanta KONIPO

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

Chirurgie Générale et Thoracique

Chirurgie Générale

Gynéco-obstétrique

Anesthésie - Réanimation

ORL

ORL

## 5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA  
Mr Mamadou L. DIOMBANA  
Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Tiéman COULIBALY  
Mme TRAORE J. THOMAS  
Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Zimogo Zié SANOGO  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MAKALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Tiemoko D. COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA

Anesthésie/Réanimation  
Stomatologie  
Orthopédie Traumatologie  
Anesthésie - Réanimation  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Anatomie & Chirurgie Générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie/Traumatologie  
Urologie  
Gynécologie/Obstétrique  
Odontologie  
Odontologie  
ORL

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO  
Mr Siné BAYO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale  
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie – Mycologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Amadou TOURE  
Mr. Fiabou Bougoudogo

Chimie Organique  
Immunologie **Chef de D.E.R.**  
Histoembryologie  
Bactériologie-Virologie

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdourahamane S. MAIGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Mamadou KONE  
Mr Massa SANOGO

Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Physiologie  
Chimie Analytique

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F.M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Abdourahamane TOUNKARA  
Mr Ibrahim I. MAIGA  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Amagana DOLO  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheik Bougadari TRAORE  
Mr Lassana DOUMBIA

Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Biochimie  
Bactériologie - Virologie  
Biophysique  
Parasitologie  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie-Virologie  
Anatomie-Pathologie  
Chimie Organique

## 5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A THERA  
Mr Mangara M. BAGAYOGO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Bokary Y SACKO

Hématologie  
Parasitologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAIGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRAORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA

Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie. **Chef de DER**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie – Hépatologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE  
Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Somita KEITA  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie  
Pneumo-Phtisiologie  
Cardiologie  
Dermato-Leprologie  
Médecine Interne  
Radiologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Mamady KANE  
Mme Tatiana KEITA  
Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Adama D. KEITA  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mme Habibatou DIAWARA

Médecine Interne  
Radiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Radiologie  
Endocrinologie  
Dermatologie

### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mr Saharè FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Mahamadou B. CISSE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme DIARRA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa A. CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Daouda K. MINTA  
Mr Soungalo DAO

Psychiatrie  
Gastro-entérologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Cardiologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Médecine Interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépatogastro-entérologie  
Hépatogastro-entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Maladies Infectieuses  
Maladies Infectieuses

Mr Ogobara DOUMBO

Parasitologie - Mycologie

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE

Chimie Organique

Mr Anatole TOUNKARA

Immunologie **Chef de D.E.R**

Mr Amadou TOURE

Histoembryologie

Mr. Flabou Bougoudogo

Bactériologie-Virologie

## 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE

Biochimie

Mr Abdrahamane S. MAIGA

Parasitologie

Mr Adama DIARRA

Physiologie

Mr Mamadou KONE

Physiologie

Mr. Massa SANOGO

Chimie Analytique

## 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE

Biologie

Mr Sékou F.M. TRAORE

Entomologie médicale

Mr Abdoulaye DABO

Malacologie, Biologie Animale

Mr Abdrahamane TOUNKARA

Biochimie

Mr Ibrahim I. MAIGA

Bactériologie - Virologie

Mr Moussa Issa DIARRA

Biophysique

Mr Amagana DOLO

Parasitologie

Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie

Mr Bouréma KOURIBA

Immunologie

Mr Souleymane DIALLO

Bactériologie - Virologie

Mr Cheik Bougadari TRAORE

Anatomie - Pathologie

Mr Lassana DOUMBIA

Chimie Organique

## 5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY

Hématologie

Mr Mahamadou A. THERA

Parasitologie

Mr Mangara M. BAGAYOGO

Entomologie Moléculaire

Mr Guimogo DOLO

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Abdoulaye TOURE

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Djibril SANGARE

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Mouctar DIALLO

Biologie Parasitologie

Mr Boubacar TRAORE

Immunologie

Mr Bokary Y SACKO

Biochimie

### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Patnologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

## DEDICASES

Je dédis ce travail :

A **Allah**, le tout puissant le clément et le miséricordieux

Par ta bonté et ta grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible. Fasse que je me souvienne toujours de toi en toute circonstance, à chaque instant du restant de ma vie, cette vie si éphémère, comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le Prophète Mohamed (paix et salut sur lui).

### ➤ **A mon père : N'Tio dit Issa TRAORE**

Ce travail est le fruit de ta patience et de ta combativité. Ta rigueur dans le travail, ton sens de l'honnêteté, tes repères islamiques n'ont jamais cessé d'être pour nous les repères d'une ligne de conduite.

Nous ne trouverons jamais assez de mots pour t'exprimer toute notre admiration et notre fidèle affection.

Puisse ce travail être le couronnement de tes intenses efforts.

Qu'Allah te prête longue vie ! Amen !

### ➤ **A ma chère mère : Badjiba DIARRA**

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve ce jour.

Tu as tant souffert pour tes enfants.

Tes sacrifices en notre faveur sont inestimables et ont fait de nous ce que tu as souhaité.

Tu incarnes, pour nous, l'affection pure, naturelle de mère dévouée, courageuse et tolérante. Tu es le pilier de notre réussite.

Saches, en effet, que l'honneur de ce travail te revient.

Merci, ma mère ! Que le tout puissant te garde aussi longtemps auprès de nous ! Amen ! que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction, amen !

### ➤ **A mes frères et sœurs :**

Je n'ai aucune expression pour traduire mes sentiments à vos égards.



En témoignage de l'affection qui nous a toujours uni, je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard.

Ce travail est le vôtre. Courage et bonne chance.

Que le tout puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

➤ **A mon cher ami : Ousmane L BAGAYOKO dit cousteau.**

Ce travail est également le fruit de tes efforts, tu as toujours manifesté un intérêt particulier à la réussite de mes études, je te dis, la fraternité est une chose très précieuse qu'il nous convient de consolider et préserver.

Qu'Allah le tout puissant consolide d'avantage cette fraternité et cette solidarité !

➤ **A mes grands-parents :**

Vous m'avez tant aimé, vous m'avez tout donné.

J'aurai voulu que vous soyez tous là aujourd'hui à partager la joie de ce jour tant attendu. Votre courage, votre bravoure, votre sagesse et votre générosité font de vous un grand monument pour vos enfants. Ce travail est le vôtre

Qu'Allah le tout puissant vous accepte dans son paradis ! Amen !

➤ **A ma femme : Kadiatou Diarra**

A mon épouse rayonnante pleine de patience, ce travail est la tienne.

Pas un seul jour ne se passe sans que tu ne t'inquiète de ma santé, de mes études. Compagne fidèle de bons et mauvais jours.

Qu'Allah nous protège et nous aide pour l'avenir !

Qu'Allah le tout puissant te garde aussi longtemps auprès de moi ! Amen !

➤ **A mes enfants : Bakary (papa) et Daouda (David)**

Chers fils retenez à travers ce travail, que la réussite doit être votre destinée, que le chemin pour y parvenir est souvent difficile, mais qu'il faut toujours relever le défi avec patience, courage et volonté.

Recevez par-là tout mon amour et toute mon assistance.

Qu'Allah vous bénisse et vous donne longue vie !

➤ **A mes tontons, mes tantes, mes cousins et cousines**

Je vous remercie des rapports fructueux, notamment vos encouragements incessants, que vous avez su exprimer à l'endroit de vos neveux et cousins. Pour votre affection et votre tendresse ; Merci.

➤ **A mes amis(es) :**

Vous êtes et vous resterez mes fidèles compagnons, vous m'avez prouvé que je peux compter sur vous à tout moment et en toute circonstance. Que le tout puissant raffermisse nos liens ! Merci pour tout.

➤ **A toute la famille Bagayoko :** à boukassoumbougou.

Ce travail vous est dédié.

En reconnaissance de vos bénédictions et vos encouragements qui ne m'ont jamais fait défaut ; Merci à tous les membres de la famille.

## REMERCIEMENTS

❖ **Au Professeur Siacka SIDIBE :**

**Maître de Conférence agrégé en Radiologie et en Imagerie Médicale à la FMPOS**

**Spécialiste de Radiologie et de Médecine Nucléaire ;**

**Chef de Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale de l'Hôpital du Point 'G' ;**

**Secrétaire Général de la revue Mali Médicale.**

❖ **Au Docteur Mahamadou TOURE :**

**Assistant Chef de Clinique en Radiologie à l'Hôpital du Point 'G' et à la FMPOS ;**

**Médecin colonel de l'armée.**

L'harmonie de vos charmes et la bonté de vos cœurs, font de vous des hommes exemplaires.

Votre affection et votre aide ne m'ont jamais fait défaut.

Trouvez ici l'expression de mes sincères sentiments de reconnaissance et d'affection.

Qu'Allah le tout puissant vous assiste dans vos œuvres de tous les jours !

Amen !

❖ **A tout le personnel du service de radiologie de l'Hôpital du point G**

❖ **A tous mes collègues du service de radiologie (HPG)**

❖ **A tous mes aînés**

Votre franche et sincère collaboration m'a rendu l'année de thèse inoubliable

❖ **Au Dr Tamandian KEITA ( Médecin chef ) et tout le personnel et amis du Cabinet Médical « le Relais »**

Je garderai le souvenir de votre franche collaboration, car ce travail est le fruit de vos efforts.

Je vous souhaite bonne chance et du courage.

❖ **A :**

**Mr. Drissa MARIKO** (directeur de l'école fondamentale de fadjiguila )

**Mr. Check Tidiane** (CNEICS)

**Dr DIAWARA Fousseiny** (médecin chef de la Clinique Bénédiction )

**Mr Oumarou BOCAR** (Directeur de l'Institut Nationale de Formation  
Judiciaire du Mali **INFJ** )

**Monsieur le** Directeur de l'hôpital de Kati

**Tout le personnel** du Centre de santé < Motherland > à sangarebougou

**Tout le personnel** du Centre de santé communautaire de sangarebougou

**Tout le personnel** du Centre de santé de référence de la commune I  
(pédiatrie)

Merci pour toute l'attention que vous avez porté sur moi.

Qu'Allah vous prête longue vie, bonne santé et beaucoup de succès.

❖ **A mes amis (es) de la faculté,**

Je me garderai de vous citer, au risque d'omettre involontairement certains.

Je garderai le souvenir de bons amis(es) avec qui, j'ai passé la vie de  
l'internat.

Courage et bonne chance pour la vie professionnelle.

Merci à tout le corps professoral, administratif et à tout le personnel de la  
F.M.P.O.S

❖ **A toute la promotion 1998-2005 de la FMPOS**

Merci pour votre estime.

A l'Hôpital du Point G et à tout son personnel

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Trouvez ici ma gratitude et ma constante disponibilité.

# AUX MEMBRES DU JURY

**A notre Maître et Président du jury : Professeur Mamadou lamine  
TRAORE**

**Agrégé de chirurgie générale ;**

**Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'OdontoStomatologie ;**

**Chargé de cours de médecine légale à la Faculté ;**

**Ancien Président de la Commission des Questions Administratives et  
Juridiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins du Mali ;**

**Chevalier de l'ordre national.**

**Cher maître,**

Nous sommes très touchés de l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury de thèse. L'intégrité, la probité, l'assiduité, le courage, le sens social élevé, la faculté d'écoute, le sens élevé de la responsabilité et le souci du travail bien fait sont des qualités irréfutables que vous ne cessez d'incarner et qui ont forcé notre admiration.

Nous avons eu toujours auprès de vous : compréhension et conseils.

Nous vous souhaitons une vie longue et heureuse. Qu'Allah vous récompense d'un prix Nobel grâce à vos efforts inestimables.

**A Notre Maître et juge : Professeur ALHOUSSENI AG Mohamed**

**Professeur titulaire d'ORL et de chirurgie cervico-faciale**

**Président de l'Ordre National des Médecins**

**Président de la Société Malienne d'ORL et de chirurgie cervico-faciale**

**Membre fondateur de la Société d'ORL d'Afrique et de la Société  
panafricaine d'ORL**

**Chevalier de l'Ordre National du Sénégal**

**Chevalier de l'Ordre National du Mali**

**Chef de Service de l'ORL de l'hôpital Gabriel TOURE**

Cher Maître, nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Président du jury : Professeur Mamadou lamine  
TRAORE**

**Agrégé de chirurgie générale ;**

**Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'OdontoStomatologie ;**

**Chargé de cours de médecine légale à la Faculté ;**

**Ancien Président de la Commission des Questions Administratives et  
Juridiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins du Mali ;**

**Chevalier de l'ordre national.**

**Cher maître,**

Nous sommes très touchés de l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury de thèse. L'intégrité, la probité, l'assiduité, le courage, le sens social élevé, la faculté d'écoute, le sens élevé de la responsabilité et le souci du travail bien fait sont des qualités irréfutables que vous ne cessez d'incarner et qui ont forcé notre admiration.

Nous avons eu toujours auprès de vous : compréhension et conseils.

Nous vous souhaitons une vie longue et heureuse. Qu'Allah vous récompense d'un prix Nobel grâce à vos efforts inestimables.

**A Notre Maître et juge : Professeur ALHOUSSENI AG Mohamed**

**Professeur titulaire d'ORL et de chirurgie cervico-faciale**

**Président de l'Ordre National des Médecins**

**Président de la Société Malienne d'ORL et de chirurgie cervico-faciale**

**Membre fondateur de la Société d'ORL d'Afrique et de la Société  
panafricaine d'ORL**

**Chevalier de l'Ordre National du Sénégal**

**Chevalier de l'Ordre National du Mali**

**Chef de Service de l'ORL de l'hôpital Gabriel TOURE**

Cher Maître, nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Directeur de thèse : Professeur Issa TRAORE**  
**Professeur de Radiologie et d'Imagerie Médicale ;**  
**Vice-Président du Groupe des Radiologistes Enseignants Francophones ;**  
**Officiers des Palmes Académiques de la République française ;**  
**Ancien Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et**  
**d'Odontostomatologie de Bamako ;**  
**Ancien Directeur Général de l'Hôpital du Point 'G' ;**  
**Ancien Secrétaire Général du Conseil National de l'Ordre des Médecins**  
**du Mali.**

**Cher maître,**

Nous vous remercions d'avoir suivi pas à pas ce long travail. La vigueur, vos encouragements, votre aide et vos conseils les plus éclairés nous ont permis de mener à bien ce travail.

L'intérêt bienveillant et la confiance que nous avons trouvée auprès de vous, nous ont été d'un soutien incomparable dans la poursuite de nos efforts.

Veillez trouver dans ce travail, le vôtre, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre attachement respectueux.

Qu'Allah le tout puissant vous récompense pour vos nombreux bienfaits !  
Amen.

**A notre Maître et Codirecteur de thèse : Docteur Adama Diaman KEITA**  
**Maître assistant à la F.M.P.OS ;**  
**Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale ;**  
**Spécialiste en Imagerie Médico-légale ;**  
**Chargé de cours de radiologie à la FMPOS.**

Honorable maître, votre rigueur et votre simplicité ont été toujours à la disposition de la jeune génération pour le bien être de la santé.

Vos connaissances académiques inépuisables et votre rigueur scientifique font de vous un espoir de réussite de cette faculté.

Votre désir à transmettre aux autres vos larges connaissances font de vous un homme de science apprécié.

Nous apprécions grandement votre dynamisme et votre générosité.

Nous vous sommes profondément reconnaissants de nous compter parmi vos étudiants.



**A notre Maitre et Membre du jury : Monsieur Nouhoum TAPILY**

**Titulaire d'une Maîtrise en Droit Privé ;**

**Diplômé de l'Ecole Nationale de la Magistrature de Paris ;**

**Premier Président de la Cour d'Appel de Bamako ;**

**Membre du Conseil Supérieur de la Magistrature.**

**Cher maître,**

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de notre jury de thèse.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de nos sincères reconnaissances et notre attachement respectueux.

Qu'Allah vous donne longue vie ! Amen.

## ABREVIATIONS

**CDM** (code de déontologie médicale)

**AMM** (association médicale mondiale)

**ANAES** (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

**HGT** (Hôpital Gabriel Touré)

**HPG** (hôpital du point G)

**CNIECS** (centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé)

**JMLDM** (journal de médecine légale : droit médical)

**JIB** (journal international de bioéthique)

**JDR** (journal de radiologie)

**PMSI** (programme de médicalisation des systèmes d'information)

**BKO** (Bamako)

**RFDC** (revue française du dommage corporelle)

**RIST** (centre de recherche sur l'information scientifique)

**CSP** (code de santé publique)

## SOMMAIRE

<b>I INTRODUCTION:</b> .....	<b>3</b>
<b>II OBJECTIFS :</b> .....	<b>6</b>
<b>III GENERALITES</b> .....	<b>7</b>
• Historique :.....	7
• Situation actuelle du droit d'informer en France:.....	10
• Le devoir d'informer au Mali : Code de Déontologie Médicale et jurisprudence.....	15
<b>IV METHODOLOGIE :</b> .....	<b>29</b>
<b>V RESULTATS :</b> .....	<b>31</b>
<b>VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :</b> .....	<b>41</b>
<b>VII RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES :</b> .....	<b>44</b>
<b>VIII CONCLUSIONS :</b> .....	<b>45</b>
<b>IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</b> .....	<b>46</b>
<b>X ANNEXES :</b> .....	<b>49</b>

## I. INTRODUCTION :

L'information et le consentement éclairé du malade font partie des grands principes de l'exercice médical que l'on réunit sous l'appellation des « 5C » :

- Communication, information et conseil ;
- Consentement éclairé ;
- Confidentialité et secret médical ;
- Compétence et formation continue ;
- Contrôle et évaluation. [12]

L'information donnée par le médecin au malade est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins. Elle lui permet de donner ou non son consentement face à l'acte médical envisagé.

D'un point de vue éthique, informer le malade participe du souci de respecter son autonomie et sa dignité.

A travers le monde, plus particulièrement dans les pays développés, les médecins sont fréquemment mis en cause devant les instances judiciaires, administratives ou ordinaires par les malades ou leurs ayants droit pour défaut d'information. Plusieurs cas ont été décrits en France :

- Le 1<sup>er</sup> cas en la matière a été, semble-t-il, celui de l'arrêt Tessier du 28 janvier 1942. Selon cette décision, un médecin est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération et il engage sa responsabilité vis-à-vis de son patient dès lors qu'il ne l'a averti « ni de la nature exacte de l'opération qu'il allait subir et de ses conséquences possibles, ni du choix qu'il avait entre deux méthodes curatives » . ( Cour de Cassation 28 janvier 1942).
- Le 29 mai 1951, la Cour de Cassation mettait à nouveau l'accent sur l'obligation contractuelle d'obtenir le consentement éclairé du malade. Elle définit cette obligation : « ... le contrat qui se forme entre le médecin et son client comporte, *en principe*, l'obligation pour le praticien de ne pratiquer aucune intervention sans avoir, au préalable, obtenu l'assentiment du malade ».

Ces décisions qui portent sur le consentement du malade concernent aussi évidemment son information préalable : l'information est nécessaire à l'obtention du consentement éclairé.

Cette situation a bouleversé beaucoup de médecins et continue à inquiéter, non seulement les médecins mais également tout le corps sanitaire.

Le droit du malade à l'information est une obligation légale puisque le praticien doit obtenir le « consentement libre et éclairé » du malade à l'acte médical.

Bien d'autres décisions jurisprudentielles suivront ce cas en France. Elles ont comme traits communs (cela changera par la suite) que :

- Le médecin est tenu à une obligation d'informer son malade afin de permettre à celui-ci de prendre une décision en connaissance de cause ;
- L'information doit être simple, approximative, intelligible et loyale ;
- Le médecin ne commettrait pas de faute s'il n'informait pas le malade des risques exceptionnels des soins proposés. En effet l'information ne doit porter que sur les risques importants connus des soins proposés.

En France les premiers textes sur l'obligation d'informer sont, pourrait-on dire, d'apparition récente, on cite :

- Décret du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, qui dispose en son article 41 : « Le médecin chef de service ou les médecins du service doivent donner aux malades, dans les conditions fixées par le code de déontologie, les informations sur leur état qui leur sont accessibles ; dans toute la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux malades doivent aussi faire l'objet d'une information de la part du médecin. A remarquer que ce texte ne s'applique qu'aux médecins du secteur public.
- Loi hospitalière du 31 juillet 1991 (Code Santé Publique CSP) qui impose à tous les praticiens des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, d'assurer l'information des personnes soignées, les personnels paramédicaux étant aussi tenus de participer à cette information dans leur domaine de compétence.

Au Mali, la situation est tout autre. Le droit des malades à l'information est généralement inconnu. Mais dans un monde globalisé, les systèmes de santé

en Afrique, et donc au Mali, ne peuvent rester en marge de la reconnaissance et de la promotion de ce droit. Une ébauche vient d'être faite dans la nouvelle loi hospitalière du Mali ou Loi n°02-050 du 22 juillet 2002. Dans ses articles 4 et 29, il est stipulé :

Article 4 : « Tout malade hospitalisé a le droit d'obtenir, par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, les informations contenues dans son dossier médical.

A sa sortie de l'établissement, le malade doit recevoir sous pli fermé, une correspondance faisant le bilan de l'hospitalisation, précisant l'éventuel diagnostic retenu, et résumant les prescriptions de sortie qui ont été faites. »

Article 29 : « Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des hôpitaux assurent l'information des personnes prises en charge en tenant compte de leur niveau de compréhension.

Les infirmiers et sages-femmes participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs règles professionnelles.... »

Notre sujet de thèse est donc consacré au "*droit des malades à l'information : situation actuelle et perspective au Mali.*" A notre connaissance, il s'agit là d'une première étude assez originale portant sur ce sujet au Mali.

## **II LES OBJECTIFS :**

### **2.1) OBJECTIF GENERAL:**

Contribuer à l'amélioration de la relation médecin-malade par la promotion du droit des malades à l'information en vue d'obtenir leur consentement éclairé.

### **2.2) OBJECTIFS SPECIFIQUES:**

**1** - Montrer, par les revues de la littérature, l'évolution en France du concept d'information et de consentement des malades aux soins médicaux ;

**2** - Analyser l'état actuel en France du droit des malades à l'information et son corollaire : l'obligation, pour les médecins, d'obtenir le consentement éclairé des malades préalablement aux actes diagnostiques et thérapeutiques ;

**3** - Evaluer l'état des connaissances et des pratiques au Mali sur le droit des malades à l'information afin d'obtenir leur consentement éclairé.

Plus spécifiquement :

➤ exposer un résumé du Code de déontologie médicale du Mali et y montrer la place ( en fait limitée ) du devoir d'informer les malades ;

➤ examiner la jurisprudence du Mali ;

➤ faire une enquête auprès de certains malades ;

**4** - Formuler des recommandations permettant :

➤ d'aider à la prise en compte par les médecins et autres agents de la santé le droit des malades à l'information ;

➤ d'inciter les autorités compétentes à écrire un nouveau texte assez consensuel du code de déontologie médicale du Mali comprenant le droit des malades à l'information, la notion de responsabilité médicale, la notion de dysfonctionnement de service et la notion de faute détachable du service.

➤ d'améliorer les connaissances des agents de la santé sur le code de déontologie médicale du Mali.

### **III GENERALITES :**

Autrefois les moyens thérapeutiques étant encore très faibles, le prestige des médecins était très grand. Il semble que ce prestige ait diminué au fur et à mesure que la médecine faisait des progrès, mais aussi à cause de l'évolution des mœurs et des croyances religieuses(5).

#### **3.1 HISTORIQUE :**

Avant d'analyser en détail les différents aspects de l'information des personnes malades, et d'abord ses dispositions juridiques fondamentales, il faut situer cette communication à la fois dans le cadre historique de la relation médecin-malade et dans le contexte socioculturel actuel de l'exercice de la médecine. En effet, l'information du patient n'est pas une entité abstraite, mais l'un des nombreux aspects de la pratique médicale. C'est un aspect essentiel de ce que les Anglo-saxons appellent 'good medical practice'. Toutefois, le droit du malade à l'information, notamment en vue de donner son consentement à l'acte médical, est devenu la pièce maîtresse des rapports entre médecins et patients[11].

Les différentes époques illustrent bien l'évolution de cet aspect : Antiquité, Moyen Age, Temps modernes et la Fin du XXème siècle.

#### **Antiquité :**

De nombreux textes avant Hippocrate – en Mésopotamie, en Chine ou en Egypte– ne nous ont rien transmis à propos du consentement et l'information du malade.

Hippocrate et l'école hippocratique ont pour premier souci d'individualiser la profession médicale, en la séparant des pratiques magiques de différents guérisseurs et en la faisant reconnaître par la société. Au V° – VIème siècles avant J.C, certains textes ont été stabilisés dans le traité ( Baba Kama ) : « Le médecin ne peut exécuter aucune opération sans le consentement du malade ». C'est la première référence claire, et pour longtemps, la seule, à notre connaissance[12].



### **Moyen Age :**

A cette période les conséquences de l'acte médical étaient mise aux comptes du malade(c'est la faute du malade d'avoir choisi un mauvais médecin).

Au début du XIVème siècle, deux chirurgiens français, Henri de Mondeville et Guy de Chauliac, rapportent des propos suivants : le patient doit obéir ; le médecin est non seulement autorisé, mais même invité à biaiser ses propos, (on ne peut pas vraiment parler d'information) pour favoriser cette obéissance. Tandis que selon Chauliac la première des choses que le praticien doit obtenir de son malade est « qu'il (lui) obéisse comme un serf à son seigneur », Mondeville précise : « Le moyen pour le chirurgien de se faire obéir de ses malades, c'est de leur exposer les dangers qui peuvent résulter pour eux de leur désobéissance. Il les exagérera si le patient a l'âme brave et dure ; il les adoucira et les atténuera ou les taira si le malade est pusillanime ou "bénin", de crainte qu'il ne se désespère. »

Cependant le réalisme conduit à reconnaître que cette obéissance peut faire défaut : il est alors conseillé au médecin de cesser de donner ses soins et de se retirer[12].

### **Temps modernes :**

Leur début prolonge le Moyen Age, notamment en maintenant une information édulcorée, et si nécessaire trompeuse des malades.

Après avoir été éclipsé par Galien pendant plus d'un millénaire, Hippocrate est repris - à partir du XVII° siècle - pour une réflexion sur la pratique médicale.

Professeur de médecine à Edimbourg, Jonh Gregory (1724 - 1773 )se prononce nettement pour l'information des malades, sauf si elle risque de leur être nuisible en compromettant la guérison. Son élève Benjamin Rush (1745 - 1813 ), surnommé l' » Hippocrate américain « mais aussi l'un des signataires de la Déclaration d 'indépendance américaine, va plus loin, dans l'esprit de la philosophie des lumières. Le médecin doit partager l'information avec le malade pour lui permettre d'accepter la décision médicale en connaissance de cause et pour favoriser ainsi son observance : cette obéissance reste le premier objectif, parce que favorable à la santé. On est

encore loin du consentement, tel qu'il sera plus tard fondé sur le principe d'autonomie, mais un premier pas décisif est franchi en faveur de l'information qui lui est préalable[12].

### **Fin du XXème siècle :**

En France le Pr. Louis Portes a présenté le 30 janvier 1950, une réflexion sur « le consentement du malade à l'acte médical ». Il présente le malade comme « un être humain terrassé par la maladie », inapte « à faire front », en proie à « une sollicitude angoissée parce qu'il ignore tout de la nature de son mal » qui appelle de la part du médecin « sympathie » et « sollicitude ». Cette vision ne laisse au malade que le choix libre du médecin traitant comme « seule parcelle de liberté dont il puisse vraiment disposer »[12].

Au II<sup>ème</sup> congrès de Morale médicale tenue en 1966, deux médecins bulgares indiquent, dans une courte note, que dans leur pays « un consentement librement donné par un malade majeur, responsable et en pleine conscience est la condition indispensable à l'exécution de l'opération » .

Aux Etats - Unis, le consentement (*informed consent*) n'apparaît qu'en 1957 Le Code Déontologie Médicale français de 1979 indique que « la volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible » (*art 7*) mais la restriction l'a emporté jusqu'à ces dernières années sur l'affirmation initiale.

En 1981, l'Association Médicale Mondiale (AMM) publie à Lisbonne une première Déclaration sur les droits du malade - qui sera révisée à Bali en 1995 - où on peut lire : « Après avoir légalement informé sur le traitement proposé, le malade a le droit de l'accepter ou de refuser ». Au début des années 80 encore, la grande majorité des radiologues américains n'obtenaient pas de consentement éclairé avant injection d'un produit de contraste et informaient moins les patients des risques d'une telle procédure. La décennie 1980 - 1990 va voir s'affirmer le principe du consentement dans tous les pays de l'Europe occidentale avec des nuances d'un pays à l'autre, par exemple sur les circonstances où il doit être formulé par écrit ; partout on insiste sur la qualité de l'information préalable. Cette évolution sera fixée

par les principes d'éthique médicale européenne publiés le 6 janvier 1987 où le consentement est couvert par plusieurs articles[12].

L'inquiétude des médecins est renforcée par l'évolution de l'attitude des victimes quant aux conséquences pénales et pécunières de la mise en cause des médecins. Les médecins se sentent donc vulnérables face à cette évolution du droit et considèrent qu'elle remet en cause la pratique même de leur profession.

### **3.2 LA SITUATION ACTUELLE DU DROIT D'INFORMER EN FANCE :**

Une information complète sur les options diagnostiques et thérapeutiques et les risques qu'elles comportent doit être impérativement dispensée au malade, et un faisceau d'éléments pertinents et contributifs attestant de la réalité de cette information doivent être colligés par le médecin[5].

Pendant longtemps en France, il a été admis que cette information devait rester simple, approximative, intelligible et loyale. Le devoir d'informer doit comporter en effet des limites :

- limites tenant au langage, et à la complexité de la technique médicale. Cette technique n'est pas aisément compréhensible par tous. Le médecin doit s'efforcer de donner à son patient des indications compréhensibles pour lui, donc le plus souvent simplifiées et approximatives.
- limites tenant à la psychologie du patient. Celui-ci est inquiet de son état, et a une résistance physique et morale diminuée. Si on lui dit toute la vérité, ne risque-t-on pas de le voir refuser une intervention pourtant nécessaire ?
- limites tenant à la prévisibilité. Pour un type d'opération donné, il y a des complications qui sont « classiques », qui s'observent avec une certaine fréquence. D'autres sont difficilement prévisibles, voire rarissimes. La jurisprudence en tient évidemment compte, pour apprécier le devoir d'informer. Le risque rare ou exceptionnel n'a pas besoin d'être signalé au malade et le médecin qui omet une telle révélation ne commet pas de faute. Cette situation va évoluer comme on le verra plutard dans le prochain chapitre

par les principes d'éthique médicale européenne publiés le 6 janvier 1987 où le consentement est couvert par plusieurs articles[12].

L'inquiétude des médecins est renforcée par l'évolution de l'attitude des victimes quant aux conséquences pénales et pécuniaires de la mise en cause des médecins. Les médecins se sentent donc vulnérables face à cette évolution du droit et considèrent qu'elle remet en cause la pratique même de leur profession.

### **3.2 LA SITUATION ACTUELLE DU DROIT D'INFORMER EN FANCE :**

Une information complète sur les options diagnostiques et thérapeutiques et les risques qu'elles comportent doit être impérativement dispensée au malade, et un faisceau d'éléments pertinents et contributifs attestant de la réalité de cette information doivent être colligés par le médecin[5].

Pendant longtemps en France, il a été admis que cette information devait rester simple, approximative, intelligible et loyale. Le devoir d'informer doit comporter en effet des limites :

- limites tenant au langage, et à la complexité de la technique médicale. Cette technique n'est pas aisément compréhensible par tous. Le médecin doit s'efforcer de donner à son patient des indications compréhensibles pour lui, donc le plus souvent simplifiées et approximatives.
- limites tenant à la psychologie du patient. Celui-ci est inquiet de son état, et a une résistance physique et morale diminuée. Si on lui dit toute la vérité, ne risque-t-on pas de le voir refuser une intervention pourtant nécessaire ?
- limites tenant à la prévisibilité. Pour un type d'opération donné, il y a des complications qui sont « classiques », qui s'observent avec une certaine fréquence. D'autres sont difficilement prévisibles, voire rarissimes. La jurisprudence en tient évidemment compte, pour apprécier le devoir d'informer. Le risque rare ou exceptionnel n'a pas besoin d'être signalé au malade et le médecin qui omet une telle révélation ne commet pas de faute. Cette situation va évoluer comme on le verra plutard dans le prochain chapitre

De nombreuses décisions jurisprudentielles ont été prises, conformément à cette ligne. Ainsi :

**1** - dans une affaire jugée à Lyon, la Cour d'Appel décide=

« ... attendu que tout en rendant hommage à l'honorabilité et à l'indiscutable valeur professionnelle du Dr. X ..., la cour doit retenir qu'en omettant de renseigner la malade ou sa mère sur les risques du traitement qu'il préconisait, il a manqué à une de ses obligations contractuelles, et qu'il devra réparer les conséquences dommageables de cette faute civile... »

...et condamne donc le médecin ( )

**2** - dans une autre affaire : devant la Cour de Cassation cette fois-ci =

La Dame A... a été opérée par le Dr X..., mais l'opération a été suivie de complications ; la Dame A... reproche au Dr X...de ne lui avoir pas indiqué la véritable nature de son mal et toutes les conséquences prévisibles de l'opération.

**Décision** : la Cour de Cassation confirme la décision des juges de la cour d'Appel dans le sens de la Non-responsabilité du chirurgien. En effet, décident-ils

« ...attendu que, s'il est exact que le diagnostic indiqué par le Docteur X... à sa cliente était celui de sinusite frontale double et non celui de mucocèle, le chirurgien n'a employé l'expression de « sinusite » que pour faire comprendre à la Dame A..., qui n'aurait pas eu l'intelligence du terme de « mucocèle », le genre d'affection dont elle était atteinte ; qu'elle retient que, selon les experts, « la technique à laquelle le Docteur X...a eu recours en l'espèce est précisément celle qui est employée pour le traitement des sinusites frontales bilatérales » ; qu'elle observe encore que le Docteur X..., qui affirme avoir informé la dame A... » de la gravité de son cas et des séquelles que l'opération pourrait entraîner », lui a, en parlant de sinusite frontale double, donné une information simple, approximative, intelligible et loyale, pour lui permettre de prendre la décision qu'elle estimait s'imposer »...

**3** - ici, une patiente subit en clinique un examen gynécologique sous anesthésie générale et, immédiatement après, l'ablation de kystes.

Aussitôt après, apparaît une paralysie du plexus brachial; séquelles persistantes : incapacité permanente.

La patiente reproche au médecin de ne l'avoir pas informée des risques de l'opération.

**Décision** : La Cour d'Appel déclare le chirurgien *Non-responsable* :

« ...le risque , indépendant des soins et de réalisation exceptionnelle, n'obligeait pas le chirurgien à une information de sa malade. » ...

La Cour de Cassation confirme la décision de la Cour d'Appel, dans le sens de la *Non-responsabilité* du chirurgien.

Cependant en 1998 il se produit un changement sous la forme d'un revirement de la jurisprudence de la Cour de Cassation française.

En effet , par un arrêt du 7 Octobre 1998, la Cour décide que le médecin est désormais obligé d'informer le malade *même des risques qui ne se réalisent qu'exceptionnellement*.

En substance, il est décidé que le devoir d'informer du médecin repose sur une valeur majeure de toute société démocratique, à savoir le principe du respect de la dignité humaine, et qu'il ne peut y être dérogé que pour une raison impérieuse telle l'urgence, l'impossibilité ou le refus du malade d'être informé.

En mars 2000 l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé(ANAES) a rendu publique ses recommandations. L'information donnée au patient comprend des explications sur la maladie et son évolution, sur les démarches diagnostiques et thérapeutiques, sur les effets indésirables et les risques éventuels même les plus exceptionnels. Des principes concernant les modalités de diffusion de cette information sont énoncés :

- L'information doit être adaptée et personnalisée à chaque patient
- L'information doit présenter les bénéfices escomptés par les traitements avant leurs effets indésirables et risques éventuels.
- L'information doit être validée, hiérarchisée, compréhensible.
- L'information orale prime sur tout autre mode de diffusion : le dialogue entre le malade et le professionnel doit être favorisé.
- Des documents écrits sont possibles, s'ils ne remplacent pas l'échange

Aussitôt après, apparaît une paralysie du plexus brachial, séquelles persistantes : incapacité permanente.

La patiente reproche au médecin de ne l'avoir pas informée des risques de l'opération.

**Décision** : La Cour d'Appel déclare le chirurgien *Non-responsable* :

« ...le risque , indépendant des soins et de réalisation exceptionnelle, n'obligeait pas le chirurgien à une information de sa malade. » ...

La Cour de Cassation confirme la décision de la Cour d'Appel, dans le sens de la *Non-responsabilité* du chirurgien.

Cependant en 1998 il se produit un changement sous la forme d'un revirement de la jurisprudence de la Cour de Cassation française.

En effet , par un arrêt du 7 Octobre 1998, la Cour décide que le médecin est désormais obligé d'informer le malade *même des risques qui ne se réalisent qu'exceptionnellement*.

En substance, il est décidé que le devoir d'informer du médecin repose sur une valeur majeure de toute société démocratique, à savoir le principe du respect de la dignité humaine, et qu'il ne peut y être dérogé que pour une raison impérieuse telle l'urgence, l'impossibilité ou le refus du malade d'être informé.

En mars 2000 l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé(ANAES) a rendu publique ses recommandations. L'information donnée au patient comprend des explications sur la maladie et son évolution, sur les démarches diagnostiques et thérapeutiques, sur les effets indésirables et les risques éventuels même les plus exceptionnels. Des principes concernant les modalités de diffusion de cette information sont énoncés :

- L'information doit être adaptée et personnalisée à chaque patient
- L'information doit présenter les bénéfices escomptés par les traitements avant leurs effets indésirables et risques éventuels.
- L'information doit être validée, hiérarchisée, compréhensible.
- L'information orale prime sur tout autre mode de diffusion : le dialogue entre le malade et le professionnel doit être favorisé.
- Des documents écrits sont possibles, s'ils ne remplacent pas l'échange

oral, rappellent la possibilité de poser des questions et s'ils ne prévoient pas de formule obligeant le patient à apposer sa signature[4].

L'ANAES rappelle enfin que l'information doit être régulièrement évaluée tant dans son contenu que dans ses modalités de diffusion et que les usagers doivent être associés à ces évaluations. L'objectif de ces recommandations est de proposer au médecin une aide dans la manière de dispenser à chaque patient une information pertinente et de qualité, tout au long du processus de soins, en tenant compte des besoins propres de ce dernier et du respect dû à sa personne.

L'information donnée par le médecin au patient est destinée à éclairer sur son état de santé ; à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir des éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause, notamment d'accepter ou de refuser les actes à visée diagnostique et ou thérapeutique qui lui sont proposés. L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins. Les présentes recommandations ont pour but de permettre au médecin de satisfaire à son obligation d'information, dans le respect des règles déontologiques et des dispositions légales relatives aux droits des patients. Elles portent sur le contenu et les qualités de l'information à délivrer, sur la mise en cohérence de l'information, sur les qualités requises des documents écrits et sur les critères permettant d'évaluer la qualité de l'information donnée. Elles ne traitent délibérément pas de la question des modalités de preuve de l'information donnée au patient.

Eu égard à la complexité des règles existantes, elles n'abordent pas non plus les situations de droit qui impliquent des modalités particulières de délivrance de l'information (personnes incapables, mineures et majeures).

Enfin elles n'abordent pas les situations de fait où il n'est pas possible de donner l'information à la personne soit parce que les circonstances ne le permettent pas, soit parce que cette dernière ne souhaite pas la recevoir.

L'information, outre bien évidemment les réponses aux questions posées par le patient, doit prendre en compte la situation propre de chaque personne. Elle porte tant sur les éléments généraux que sur les éléments spécifiques :



l'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec ou sans traitement, la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, ainsi que sur leur objectif, pour leur utilité et les bénéfices escomptés, leurs conséquences et inconvénients, leurs complications et risques éventuels, y compris exceptionnels, enfin sur les précautions générales et particulières recommandées aux malades. Que l'information soit donnée oralement ou avec l'aide d'un document écrit, elle doit répondre aux mêmes critères de qualité : être hiérarchisée et répondre à des données validées ; présenter les bénéfices attendus des soins ; envisager auparavant les inconvénients et risques éventuels et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est à dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale ; être compréhensible. Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il indique la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de sa proposition. Le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale, car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité et si nécessaire de la moduler en fonction de la situation du patient ; elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir à un traducteur. Chaque médecin informe le malade de l'ensemble des éléments relevant de sa discipline, en situant ces derniers dans la démarche générale de soins. Il ne doit pas supposer que d'autres que lui, ont déjà donné cette information. Il est recommandé que le patient puisse bénéficier d'une synthèse des données médicales le concernant, et cela en plusieurs étapes de sa prise en charge, en particulier sur la conduite diagnostique initiale, puis sur les thérapeutiques possibles et celle qui est envisagée, enfin sur le pronostic à court, moyen et long terme. Il est recommandé que cette synthèse soit effectuée par le médecin unique.

Il est recommandé que le dossier médical porte la trace des informations données au patient pour permettre à l'équipe soignante ou à un autre médecin d'en prendre connaissance dans le but de favoriser la continuité des soins[3].

Dans le domaine de l'imagerie, le devoir d'informer incombe à la fois au médecin qui a demandé l'examen et au radiologue réalisant l'examen d'imagerie.

### **3.3 LE DEVOIR D'INFORMER AU MALI : CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ET JURISPRUDENCE.**

Depuis quelque temps, l'obligation d'information est un sujet d'actualité en responsabilité médicale, car souvent utilisée par les magistrats pour pallier à l'absence de preuve de faute technique. Il est vrai que le fondement de cette obligation ancienne et bien connue, est un principe général du droit. Dans les pays développés, principalement en France, elle est maintenant intégrée non seulement dans le code de déontologie, mais également dans d'autres textes de droit.

Au Mali, on part du principe que le médecin seul sait ce qui est bien pour le malade et que de ce fait, sa décision est toujours la bonne. Les erreurs et les fautes engendrées par l'acte médical sont mises au compte de la volonté divine.

Depuis la privatisation de l'exercice de la médecine, de plus en plus de malades deviennent regardants envers les décisions thérapeutiques.

Beaucoup de malades chez nous semblent ignorer la nécessité qu'a le médecin de recueillir leur consentement, préalablement aux actes de soins. Les médecins de leur côté, et dans leur grande majorité, n'intègrent pas encore dans leur pratique professionnelle la nécessité de l'information du malade et de son consentement préalablement aux soins. La violation de cette obligation pourrait cependant entraîner la mise en cause de leur responsabilité, y compris devant les tribunaux, comme cela est déjà arrivé ( voir ci-dessous le cas de Ségou ).

Les notions d'obligation d'informer le malade et d'obtenir son consentement éclairé pour les actes de soins n'ont pas encore pris place clairement dans le Code de déontologie médicale du Mali.

### **1/Le Code de Déontologie médicale du Mali :**

( Voir en Annexe le texte intégral )

La déontologie est l'ensemble des règles de la morale professionnelle du médecin. *C'est l'ensemble des devoirs régissant la conduite du médecin dans sa pratique professionnelle.* Le code de déontologie médicale est le recueil de ces règles.

Au Mali le code de déontologie médicale est une loi ( étant annexé à la loi de 1986 portant institution de l'Ordre National des Médecins du Mali )

Ce texte est resté inchangé depuis 1986.

Le code de déontologie médicale du Mali, très peu connu des médecins de ce pays, s'articule autour de six ( 6 ) titres et comprend 55 articles :

#### Le Titre I est celui des Devoirs généraux des médecins.

Il contient 23 articles qu'on peut résumer dans les 10 grands principes suivants :

- Respect de la vie et de la personne humaine ( art. 2 )
- Egalité des soins pour tous ( art. 3 )
- Principe selon lequel l'activité médicale doit toujours s'exercer les conditions de clarté, de qualité et de sécurité ( art.4,12,13 14 15 22 )
- Obligation de secours d'urgence à un malade en cas de danger ( art. 5 )
- Assistance à un secteur en cas de danger public ( art. 6 )
- Respect du secret professionnel ( art. 7 )
- Libre choix du médecin par le malade et liberté de prescription du médecin (art. 8 )
- Indépendance du médecin ( art. 9 )
- Obligation de moralité, de dignité et de probité du médecin ( art.10,16,17,18,19,20,21,23 )
- Interdiction de publicité (art. 11 )

Dans le Titre II sont exposés les Devoirs des médecins envers les malades, en 14 articles ( art. 24 à 37 ) :

Dans ce Titre, des articles posent tout d'abord le principe du contrat des soins entre médecin et malade ( art.24 ), puis précisent ce qu'on pourrait appeler la déontologie du diagnostic et du traitement ( art. 25,26,27 ) :

- le médecin s'engage à donner à son malade tous les soins que son état requiert. Au besoin, il aura recours à d'autres tiers qualifiés ( donc : attention ! Le médecin doit pouvoir fixer lui-même les limites de son propre savoir et de ses activités et au besoin faire appel à d'autres médecins plus qualifiés ! )
- le médecin doit apporter la plus grande compétence la meilleure attention à l'élaboration du diagnostic ainsi qu'à l'institution et au suivi du traitement.
- il doit également s'efforcer de faire observer les règles d'hygiène et de prophylaxie.

L'article 28 fait référence, dans un contexte spécial il est vrai, au problème du consentement aux soins Le nécessaire consentement des malades aux soins est manifestement sous-entendu dans cet article ( pratiquement le seul article où il est fait allusion à ce problème du consentement = à rapprocher de l'article 41 )

L'article 29 concerne le silence humanitaire du médecin devant un pronostic grave.

Dans l'article 30 : on fait remarquer que le médecin peut refuser de soigner un malade mais sous les deux obligations suivantes :

- 1°) ne jamais nuire au malade
- 2°) s'assurer de la continuité des soins

L'article 31 est un conseil pratique : le médecin ne doit pas se mêler des affaires de famille des malades.

Les articles 32 à 37 concernent les honoraires médicaux ( dans certaines situations )

Exemples =

- Un médecin peut soigner gratuitement, mais il ne doit pas, dans un esprit de concurrence, baisser ses honoraires au-dessous de ceux de l'ensemble des praticiens.
- Dans le cas où plusieurs médecins s'occuperaient d'un même malade, chaque médecin conserve son indépendance professionnelle et perçoit directement ses propres honoraires. .

Le Titre III concerne les «Devoirs des médecins en matière de médecine sociale ». Il contient 7 articles ( art 38 à 44 )

*Selon l'article 38, le rôle et les responsabilités de tout médecin s'étendent aussi bien à la santé publique qu'à l'organisation des soins*

*L'article 39 traite de l'importante question des contrats. Le médecin salarié ( entreprise, collectivité ou institution - de droit privé ) doit toujours travailler sur la base d'un contrat écrit avec ces organismes, contrat soumis au Conseil National de l'Ordre des Médecins*

*Dans les articles 40 à 44, il est question de médecine du contrôle et de médecine d'expertise. Il y est notamment rappelé que :*

*1°) le médecin traitant d'un malade ne doit pas être en même temps médecin contrôleur ni médecin expert pour ce malade*

*2°) le médecin contrôleur doit informer le malade soumis à son contrôle*

*3°) le médecin expert, chaque fois qu'il y a un intérêt particulier, doit renoncer à une expertise*

*4°) enfin médecin-contrôleur et médecin expert sont soumis à l'obligation du secret professionnel.*

Le Titre IV s'applique aux «Devoirs de confraternité » du médecin.

Il contient 8 articles ( de l'art 45 à l'art52 )

*L'article 45 insiste sur le fait que les rapports entre médecins doivent être des rapports de bonne confraternité. Calomnies et médisances sont interdites.*

*Selon l'article 46, le détournement ou la tentative de détournement de clientèle sont interdits.*

*Les articles suivants ( articles 47 à 52 ) donnent des exemples concrets de bonne conduite du médecin vis-à-vis de ses confrères pour éviter le détournement de clientèle = d'une façon générale, chaque fois qu'un médecin verra un malade à l'insu de son médecin traitant :*

- il pourra donner des soins au malade ;*
- s'efforcer d'informer le médecin traitant ;*
- s'abstenir d'aller voir le malade à domicile.*

*Le médecin traitant ne doit pas refuser la consultation d'un autre médecin demandée par le malade ou son entourage.*

Le Titre V composé de 2 articles ( articles 53 et 54 ) expose les «Devoirs des médecins envers les membres des professions médicales et paramédicales ».

Ces deux articles se résument en un mot = courtoisie :

- envers les membres des professions médicales
- envers les membres des professions paramédicales.

Le Titre VI et dernier est intitulé = « Dispositions générales ».

*C'est l'article 55 de ce code, et qui est un article unique.*

Le médecin affirme qu'il a eu connaissance du code de déontologie avant son inscription au tableau de l'Ordre et qu'il s'engage par écrit à le respecter ( de ce fait, les sanctions en cas de violation ne s'en trouvent que plus facilitées ).

Le Code de déontologie médicale du Mali(1986) est une copie un peu adaptée du code français de déontologie médicale de 1979 (Décret n°79-506 du 28 juin 1979). Ce qui est compréhensible : la version actuelle française parue après celle de 1979 n'a été publiée qu'en 1995 (Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 modifié)

Le Code de déontologie médicale du Mali ne se réfère à l'information du malade que dans deux petits articles (articles 29 et 41) et cela de façon indirecte... - Normal : le problème de l'information du malade et de la nécessité de son consentement préalable aux investigations et au traitement n'apparaît, sous forme actuelle, que dans le 4<sup>ème</sup> et dernier Code de déontologie médicale de France = celui de 1995 (articles 35 et 36)

**Art 35 :**

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou « qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur « son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout « au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du « patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

« Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons « légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade « peut être tenu dans

l'ignorance d'un diagnostic ou d'un « pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est « atteint expose les tiers à un risque de contamination.

« Un pronostic fatal ne doit être relevé qu'avec circonspection, « mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou « si le malade a préalablement interdit cette révélation ou « désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

### **Art 36 :**

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

« Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les « investigations ou le traitement proposés, le médecin doit « respecter ce refus après avoir informé le malade de ses « conséquences.

« Si le malade est hors d'exprimer sa volonté, le médecin ne « peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et « informés, sauf urgence ou impossibilité.

« Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-« ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article « 42 ».

Quoi que non formellement énoncée dans le code de déontologie médicale du Mali. ainsi que cela est fait dans le code français, l'obligation d'informer n'en demeure pas moins au Mali, aux yeux du magistrat, comme une des obligations du médecin dans sa pratique professionnelle.

## **2/ Cadre institutionnel et bref rappel de l'organisation judiciaire au Mali :**

### **Les tribunaux**

Ce sont les organes de décision de la justice.

Il faut rappeler que

- ce sont les mêmes tribunaux qui connaissent tantôt des affaires pénales, tantôt des affaires civiles ;
- il existe le principe du double degré de juridiction : tout citoyen, qui n'est pas satisfait par le jugement rendu, a la possibilité de faire appel, c'est-à-dire de refaire juger l'affaire par une juridiction de degré supérieur.

Sur le territoire de la République du Mali, la justice est rendue par :

- une cour suprême
- des cours d'appel
- des cours d'assises
- des tribunaux de première instance TPI et leurs sections détachées
- des tribunaux de travail
- des tribunaux de commerce
- des tribunaux administratifs
- des juridictions pour mineurs
- des justices de paix à compétence étendue JPCE

Au premier degré sont les tribunaux de première instance TPI, les sections détachées des tribunaux de première instance et les justices de paix à compétence étendue JPCE.

*Compétence : au civil et au pénal*

❖ Au civil :

- actions jugées en 1<sup>er</sup> et en dernier ressort (= pas d'appel) : - actions civiles jusqu'à une valeur de 100.000f
- questions relatives à l'état des personnes
- actions jugées en 1<sup>er</sup> ressort seulement (= possibilité d'appel) :
  - actions civiles dont la valeur est supérieure à 100.000f
  - ou dont la valeur est indéterminée.

❖ Au pénal : les mêmes tribunaux siègent au pénal=

- tribunal de simple police pour juger les contraventions
- tribunal correctionnel pour les délits

Au second degré et sur appel, statuent les cours d'appel.

Il existe trois cours d'appel pour l'ensemble du pays ( Bamako- Kayes- Mopti )  
La cour d'appel juge les appels des décisions rendues par les tribunaux du premier degré : c'est la juridiction du 2<sup>ème</sup> degré par conséquent. Elle peut soit confirmer, soit infirmer la première décision ainsi rendue. Dans ce dernier cas, elle tranche elle même



### La cour d'assises :

C'est une formation spéciale de la cour d'appel. Elle siège une fois par trimestre. Elle a pour mission de juger les individus renvoyés devant elle par la chambre d'accusation.

La cour d'assises est qualifiée pour juger les crimes. Ses décisions ne sont susceptibles que du pourvoi en cassation devant la Cour suprême.

### **Les magistrats**

Ce sont les membres des cours et des tribunaux, chargés du pouvoir de rendre la justice. On les range, comme le veut la tradition, en magistrats du parquet et magistrats du siège.

Le rôle des magistrats du parquet ou ministère public est de représenter l'intérêt général, la Société, l'ordre public. Le ministère public est très hiérarchisé, son chef suprême est le Ministre de la Justice Garde des Sceaux.

Les magistrats du siège sont les autres juges (en dehors de ceux du parquet) chargés de prendre des décisions dans les cours et tribunaux.

### **La procédure :**

La procédure est la façon suivant laquelle un procès se déroule devant les tribunaux, pour aboutir à la décision des juges.

Selon les cas, la procédure est civile (procès civil) ou pénale (procès pénal).

Dans la procédure civile, le procès civil oppose deux ou plusieurs particuliers. Il a pour objet de régler une question litigieuse entre eux à propos de leurs intérêts privés. C'est l'une des parties qui prend l'initiative d'ouvrir le procès civil. Chacune des parties est représentée par un avocat. Une fois que le dossier de l'affaire est constitué et remis aux avocats des différentes parties, l'affaire peut être mise au « rôle », c'est à dire qu'une date est fixée pour les plaidoiries des avocats.

La procédure civile est caractérisée par l'abondance des « renvois » : une affaire au civil prend facilement, pour être jugée, de six mois à un an, voire plusieurs années. Finalement le jugement rendu est lu en audience publique.

Le perdant peut faire appel, il a un mois pour cela. Passé ce délai, le jugement devient définitif. Le gagnant peut, au besoin, user de l'exécution forcée de la décision de justice.

Le procès pénal et la procédure pénale sont basés sur des idées différentes : dans la Société, ceux qui violent la loi ( qui est faite pour l'intérêt général ) commettent des infractions. Celles-ci sont de gravité différente, selon la gravité de l'acte commis, et seront donc sanctionnées par des peines elles aussi de gravité différente ( peines d'emprisonnement, amendes.....). La finalité du pénal est de punir, de châtier ( physiquement ? ) l'individu fautif. Au civil c'est non pas le châtiment du fautif, mais la réparation du préjudice causé à la victime qui est recherchée.

Le procès pénal est précédé et préparé par la phase d'enquête de police. Ce sont les Officiers de Police Judiciaire OPJ qui soit d'office, donc de leur propre initiative, soit sur plainte des victimes, vont mener, sous le contrôle du procureur de la république ( parquet ), l'enquête de police. Une fois leur tâche accomplie, le dossier ou procès-verbal d'enquête est transmis au tribunal, au niveau du parquet.

Selon les cas, et de façon très résumée, les suites réservées à l'affaire seront de trois sortes :

- soit le « classement sans suites » (= l'affaire est terminée )
  - soit l'affaire est renvoyée directement devant un tribunal pour être jugée
  - soit le tribunal estime qu'il a besoin , avant de prendre sa décision, d'investigations complémentaires pour être éclairé d'avantage ( recours au juge d'instruction, éventuellement chambre d'accusation pour les crimes ).
- Une fois saisie, la juridiction de jugement, après exécution des différentes taches prévues par la procédure pénale (interrogatoire des prévenus, audition des témoins, etc. , etc.... jusqu'aux plaidoiries), arrive à la délibération des juges et au prononcé de la décision ( jugement ou arrêt ). Après quoi, les délais de recours commencent à courir : quinze jours pour l'appel, trois jours pour le pourvoi en cassation.

### **3/ Un cas de jurisprudence au Mali :**

Il s'agit de l'affaire Dame M.S épouse T, et I.T contre le Dr M.C et l'hôpital N.F de Ségou, objet du jugement n°188 du 5 juin 2003 du tribunal de première instance de Ségou.

#### ***Les faits***

La dame M.S épouse T qui était enceinte et à terme, se rendit d'elle-même, en compagnie de dame B, sage femme, à l'hôpital NF de Ségou, pour y accoucher. Une fois arrivée, elle fut immédiatement admise en salle mais l'accouchement normal s'avérant difficile, il fut fait appel au Dr M.C chirurgien gynécologue de garde. Ce dernier après examen de la patiente, décida de l'opérer d'une césarienne ; il en informa la malade qui donna son accord.

La césarienne fut effectuée, mais le docteur MC fut amené à enlever l'utérus de MS au cours de cette opération...

Le mari de M.S, le sieur I.T et sa mère A.D qui se trouvaient ce jour dans l'enceinte de l'hôpital, furent informés.

C'est sur ces faits que la dame M.S épouse T et le sieur I.T son mari, ont saisi le Tribunal de Première Instance de Ségou pour obtenir la condamnation du Dr M.C à leur payer la somme de quatre vingt millions de Fcfa(80.000.000)Fcfa à titre de réparation du préjudice résultant de l'impossibilité pour dame M.S de procréer, déclarer l'Hôpital NF de Ségou garant du paiement de la condamnation pécuniaire qui sera prononcée, le tout avec exécution provisoire, malgré appel.

#### ***Les arguments de part et d'autre :***

Pour les demandeurs à savoir la dame M.S et son époux IT :- s'il est vrai que le médecin n'est pas tenu à une obligation de résultat, la jurisprudence a néanmoins établi des critères préalables en matière de soins médicaux.

- En premier lieu, il y a le devoir d'informer qui est fondé sur le respect de l'intégrité physique de la personne.

- Le médecin doit informer le malade préalablement à toute intervention ou prescription. A défaut du malade, ce sera son mari, sa mère, son père, ses frères et sœurs et ses enfants majeurs.

Le patient doit être pleinement informé du coût et des risques des soins envisagés, de l'évolution probable de son état..

Le malade doit pouvoir comparer les avantages espérés et les risques encourus.

- L'information doit être intelligible pour le malade, alors que dans le cas présent le médecin déclare avoir fait constater de "visu" par la mère de la patiente qui, du reste ne l'a pas reconnu. - Le mari non plus n'a pas été informé. Bien au contraire ! Le médecin directeur, ami personnel du mari avoue lui avoir caché la vérité pour que "le désespoir de ne plus avoir un enfant mâle ne le traumatise de trop" !

Pour eux la preuve de l'information préalable et correcte n'ayant pu être apportée par le médecin traitant, ils sollicitent la condamnation de ce dernier à leur payer des dommages-intérêts, car il ya incontestablement faute professionnelle.

\*Pour le Dr M.C médecin traitant, et l'hôpital NF de Ségou :

En vertu des dispositions combinées des articles 25 et 28 du Code de Déontologie Médicale, le médecin doit à la personne qu'il examine une information appropriée sur son état de santé mais qui comporte des *limites* exprimées dans l'article 29 de la même loi qui dispose : « Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection mais il peut l'être généralement à sa famille ou à défaut à un proche qualifié ».

En application de l'article 8 de la loi n°02-050 du 22-7-2002, portant loi hospitalière, la dame M.S était une malade qui relevait des cas d'urgence ; que l'information de la césarienne a été portée à sa connaissance ; que l'accord donné sur ce point comporte implicitement celui de modifier au cours d'une intervention la nature de l'opération dictée par la découverte de l'état exact des organes et même en dehors de toute urgence ou nécessité.

Le chirurgien n'est pas en faute si au cours de l'opération, il modifie ou amplifie l'opération prévue dès lors qu'il y a urgence ou nécessité. Partant, les défenseurs estiment que le médecin traitant n'a commis aucune faute

### ***Décision du tribunal de Ségou***

Le Tribunal de Ségou, par jugement n°188 a rejeté la demande de dame M.S épouse T et de son mari I.T.

Il est important ici de reproduire les "attendus" essentiels de ce jugement qui fera certainement jurisprudence, sous réserve de ce que la Cour d'Appel de Bamako décidera, car il faut le rappeler, cette affaire est encore pendante devant cette juridiction d'appel qui est compétente pour statuer en fait et en droit sur la même affaire.

Voici la motivation essentielle du Tribunal de Ségou pour aboutir au rejet de la demande de dame M.S et son époux IT

« Attendu qu'il est constant, tel que cela est établi par des débats, que dame M.S a été amputée de son utérus par le Dr M.C de l'hôpital de Ségou lors d'une opération chirurgicale dite césarienne et cela avec le consentement manifeste de la patiente.

« Que ladite césarienne suivie de l'ablation de l'utérus est intervenue dans les conditions d'urgence et de nécessité absolue pour sauver la vie de M.S ; que l'ablation a eu pour conséquence l'arrêt prématuré de la procréation pour cette dernière qui n'était âgée que de 32 années.

« Que la perte d'un organe aussi important pour une femme, cause, à n'en pas douter, un préjudice réel, sérieux et certain à M.S et par ricochet à son époux I.T ;

« Que cependant, le préjudice dont se prévaut le couple n'a pas le caractère d'un dommage réparable, aucune faute technique ou professionnelle n'étant imputable au docteur M.C qui a agi dans les conditions d'extrême urgence et de nécessité en prenant soin d'avoir le consentement préalable de la mère de la patiente M.S, le mari de cette dernière étant absent de l'hôpital pour cause de recherche de sang ;

« Que la dénégation faite par la mère semble provenir de la crainte, à elle inspirée par la menace de divorce proférée par son gendre I.T au cas où il était établi qu'un tel consentement émanerait d'elle ;

« Qu'eu égard à la spécificité de l'action médicale et de ses contraintes, le défaut de consentement du mari de M.S n'est constitutif d'aucune faute dans la mesure où le seul consentement donné par cette dernière au praticien et relatif à la césarienne suffit, à lui seul, au Dr M.C pour procéder à tous autres actes médicaux subséquents à la condition qu'il y ait urgence et nécessité d'agir pour éviter une mort certaine ;

« Que cela ressort d'une jurisprudence bien établie aux termes de laquelle l'accord donné par le malade comporte celui de modifier au cours d'une intervention la nature de l'opération dictée par la découverte de l'état exact des organes à condition qu'il y ait urgence et nécessité

(Rouen 17Déc.1970.D\_71,152 ;Paris18Déc.1980\_D\_81Civ,14JAN1992)

« Qu'en l'espèce, l'ablation de l'utérus est survenue dans l'urgence, suite à son consentement personnel donné au docteur M.C et suite à la découverte par ce dernier de l'état exact de ses organes ;

« Que toute autre attitude passive du docteur entraînant le décès de M.S s'analyserait en une violation grave de son serment et l'exposerait éventuellement à des poursuites pénales du chef de la non assistance à personne en péril ou en danger; qu'en outre, la faute de défaut d'information du patient imposé au praticien, à l'instar de l'obligation de provoquer le consentement, doit être observé par ce dernier avant de procéder à l'acte médical ou chirurgical ;

« Qu'en l'espèce, le consentement préalable de M.S autorisant M.C à opérer, écarte du coup, le défaut d'information allégué ;

« Que le défaut d'information tenant à la non révélation à la patiente des conséquences après l'opération ne saurait constituer une faute; une telle information postopératoire n'étant pas une obligation professionnelle;

« Qu'eu égard à ce qui précède, il y a lieu pour le tribunal de recevoir la demande en réparation de préjudice intentée contre le Dr M.C et l'Hôpital NF de Ségou en la forme et au fond, déclarer ladite demande mal fondée et de débouter les époux M.S et IT..... ».

Il faut préciser qu'à la suite de la demande des époux M.S et IT, le docteur M.C et l'Hôpital NF de Ségou auraient eux aussi demandé réparation du préjudice que les demandeurs leur ont causé pour action vexatoire et abusive, en les attrayant devant la justice. Le Tribunal de Ségou les a aussi déboutés de leur demande.

L'analyse des motifs retenus par le jugement de Ségou fait apparaître quelques "idées forces" :

- en cas d'urgence l'obligation d'informer le patient est quelque peu assouplie compte tenu de la nécessité d'agir rapidement.
- lorsque après information initiale, le médecin découvre une nécessité de modifier ou d'amplifier l'acte médical projeté, il le fera sans autre besoin de renouveler l'information initiale.
- a défaut, le médecin traitant risquerait des poursuites pénales pour non-assistance à personne en danger.

Cette position du juge malien est conforme à la jurisprudence française et l'esprit des textes et du Code de Déontologie Médicale.

Cependant il faut bien analyser les attendus contenus dans ce jugement pour savoir les critères et conditions balisés et imposés par la jurisprudence malienne pour échapper à l'obligation de réparer en cas de litige.

Voilà donc un cas typique où la responsabilité d'un médecin a été recherchée pour n'avoir pas donné, avant de poser un acte chirurgical, l'information adéquate quant aux conséquences qui pourraient en résulter pour le patient.

## **IV METHODOLOGIE :**

### **4.1 PATIENTS**

C'est une étude prospective allant du 05/05/2003 au 05/04/2004, portant sur 400 malades sans discrimination de sexe. Il s'agit des malades âgés de 16 à 80 ans. Tous ces patients étaient adressés au service d'imagerie médicale ou dans d'autres services de l'HPG.

Ils s'agissaient des malades hospitalisés ou non, qui provenaient de l'un des services de l'hôpital du Point G ou ailleurs : (Hôpitaux , centres de santé, cliniques et cabinets médicaux de Bamako)

**a) critères d'inclusion :** sont inclus, les patients :

- âgés de plus de 16 ans,
- conscients,
- capables de parler et de comprendre,
- ayant été déjà vus en consultation par un médecin,

**b) critères de non d'inclusion :** sont exclus de cette étude les malades :

- de moins de 16 ans,
- inconscients et qui ont des troubles du langage,
- n'ayant pas été vus en consultation,

**c) lieu d'étude :**

Notre étude a été effectuée à Hôpital du Point G, qui est situé à 8 Km environ du centre ville, il est situé sur une colline appelée le Point G qui correspond à un relevé topographique militaire datant de la colonisation. Il compte aujourd'hui 17 services qui sont les suivants :

- *deux services de chirurgie,*
- *un service de médecine interne,*
- *un service de neurologie,*
- *un service de néphrologie*
- *un service de pneumologie,*
- *deux services de cardiologie,*



- un service d'urologie
- un service d'anesthésie et de réanimation, et des urgences
- un service d'hématologie ,oncologie
- un service de maladies infectieuses
- un service de psychiatrie,
- un service de gynéco-obstétrique,
- une pharmacie,
- un laboratoire,
- un service de radiologie et de médecine nucléaire : ce service, dans le quel la majorité des patients ont été recrutés, compte aujourd'hui :
  - deux salles d'examens spécialisés (contrastes),
  - une salle des os et poumon,
  - une salle de mammographie,
  - une salle d'interprétation ( lecture),
  - une salle d'échographie
  - une salle de scanner,
  - deux secrétariats.

#### **4.2 METHODES :**

Ce travail a été réalisé à l'aide d'une fiche d'enquête contenant des questions centrées :

- 1- sur l'information donnée par le médecin traitant, après une consultation,
- 2- sur l'information donnée par le technicien avant et après réalisation d'un examen radiologique.

#### **4.3 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES :**

La saisie de ces données et l'analyse statistique des résultats ont été effectuées sur le logiciel EPI – INFOS version **6.0**

## VI LES RESULTATS

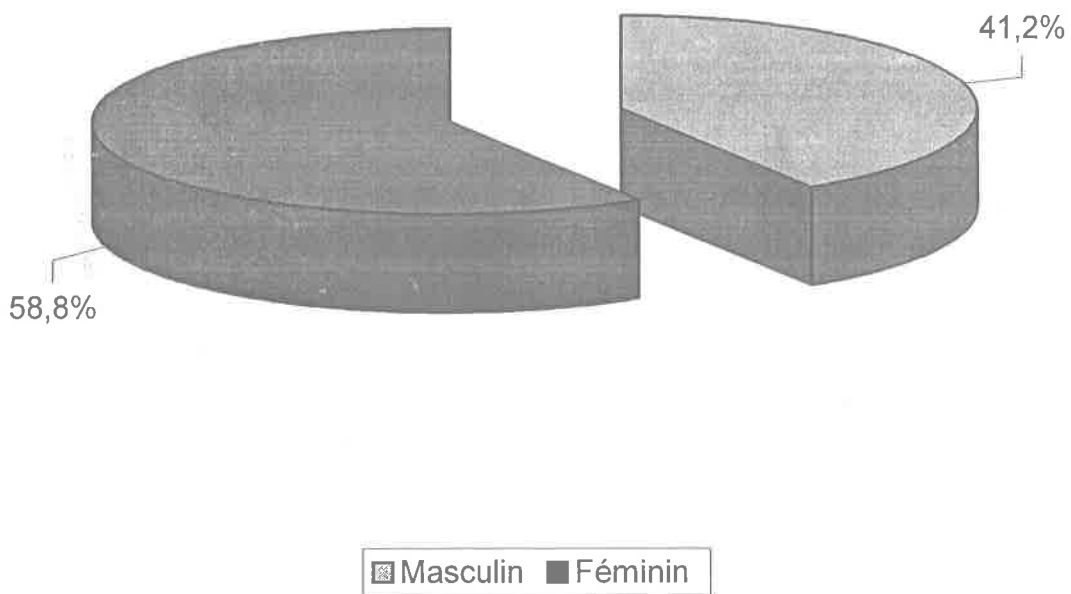
A la fin de notre travail, les résultats enregistrés ont été les suivants :

75% des malades (300 malades) ont été recrutés dans le service d'imagerie médicale.

Les 100 malades ont été directement recrutés dans les différents services de HPG au sorti d'une consultation.

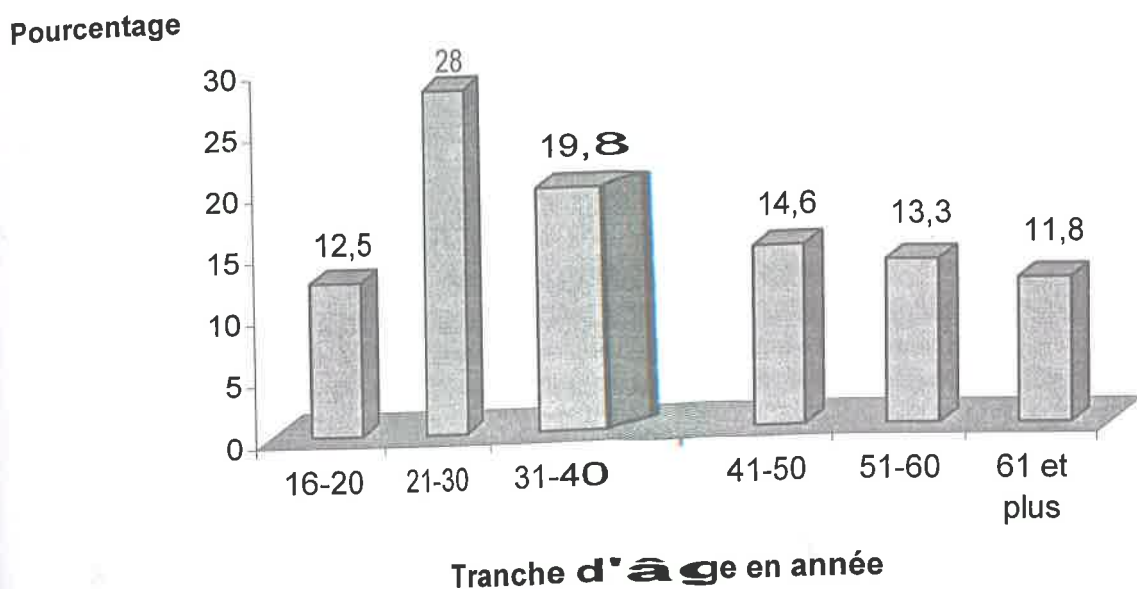
**Figure 1 :** Répartition des malades selon le sexe.

Le sexe féminin était prédominant avec 235 cas sur 400 soit un sexe ratio de 1,42



**Figure 2 :** Répartition des malades selon la tranche d'âge.

L'âge moyen a été de 39,8 ans avec les extrêmes allant de 16 ans et 80 ans.



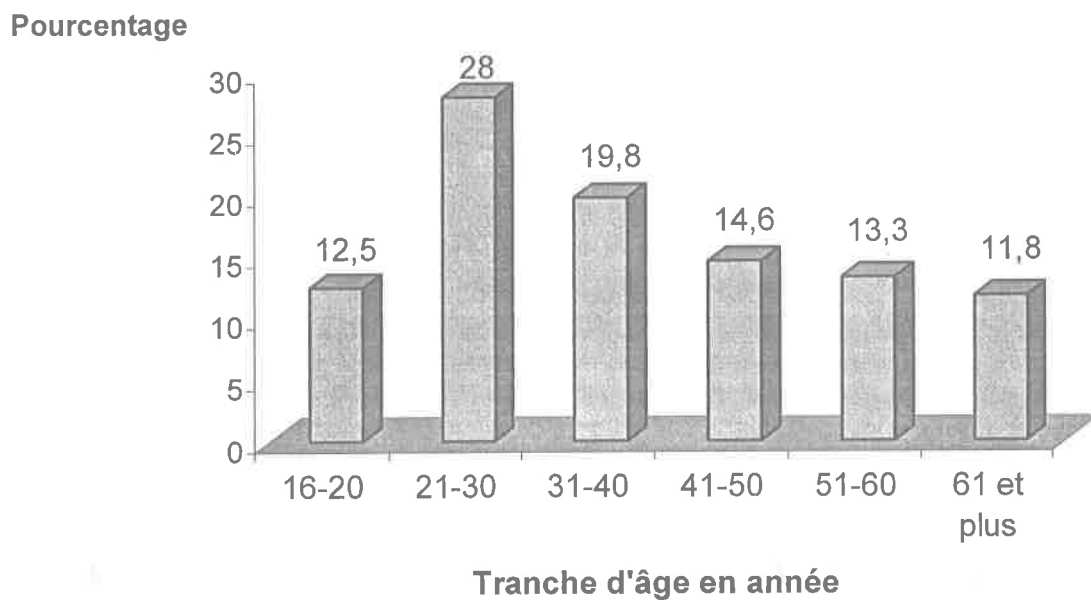
**Tableau I :** Répartition des patients selon la profession .

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaires	27	6,7
Elèves / Etudiants	64	16
Ménagères	115	28,8
Eleveurs/cultivateurs	100	25
Ouvriers	94	23,5
Total	400	100

**28,8% de nos malades étaient des ménagères**

**Figure 2 :** Répartition des malades selon la tranche d'âge.

L'âge moyen a été de 39,8 ans avec les extrêmes allant de 16 ans et 80 ans.



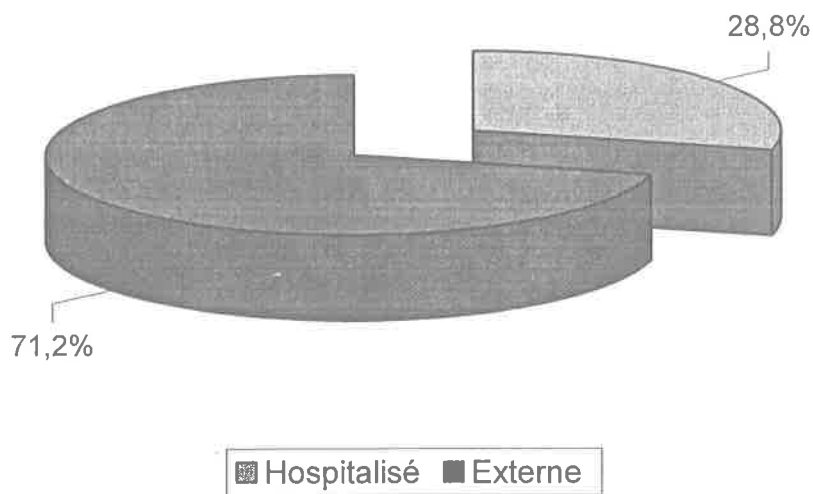
**Tableau I :** Répartition des patients selon la profession .

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaires	27	6,7
Elèves / Etudiants	64	16
Ménagères	115	28,8
Eleveurs/cultivateurs	100	25
Ouvriers	94	23,5
Total	400	100

**28,8% de nos malades étaient des ménagères**

**Figure 3 :** Répartition des malades selon le statut du malade.

**28,8% de nos malades étaient hospitalisés.**



**Tableau II :** Répartition des malades selon le type de consultation.

Type de consultation	Effectif	Pourcentage %
Consultation médicale	249	62,2
Consultation chirurgicale	151	37,8
Total	400	

**La consultation médicale a concerné 249 malades soit 62,2%**

**Tableau III** : Répartition des malades selon les spécialités.

<b>Type de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Médecine interne	47	11,7
Pneumologie	27	6,7
Cardiologie	24	6
Hématologie	17	4,3
Néphrologie	49	12,3
Neurologie	11	2,8
Chirurgie générale	60	15
Urologie	40	10
Gynéco-obstétricale	34	8,5
Autres * : - médicale	74	18,5
- chirurgicale	17	4,2
Total	400	100

**\*= consultation en dehors de l'hôpital du Point G (malades vus dans les structures sanitaires de la ville)**

**Tableau IV** : Répartition des patients selon les renseignements cliniques sur le bulletin de demande d'examen radiologique.

Renseignements cliniques	Effectif	Pourcentage %
Bilan prénatal	40	10
Pathologie vasculaire	22	5,5
Douleur abdomino-pelvienne	47	11,7
Bilan de santé	32	8
Vomissements	9	2,2
Fièvre au long cours	16	4
Hématurie	15	3,8
Pyurie	14	3,5
Plastron appendiculaire	10	2,5
Tumeurs	22	5,5
Goitre	12	3
Bilan de stérilité	15	3,8
Lithiases	15	3,8
Recherche de localisation secondaire	20	5
Ascite/Pleurésie	15	3,8
HTA	18	4,5
Insuffisance rénale	33	8,2
HépathoSplénomégalie	22	5,5
Adénome de la prostate	23	5,7
Total	400	100

**La douleur abdomino-pelvienne a été le motif de demande d'examen le plus fourni soit 11,7%**

**Tableau V :** Répartition des 300 patients vus dans le service de radiologie selon l'examen d'imagerie médicale donné.

<b>Examen d'imagerie médicale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Echographie	158	52,7
Radiographie	127	42,3
Scanner	15	5
Total	300	100

**L'échographie était l'examen dominant dans 158cas soit 52,7%**

**Tableau VI :** Répartition des patients selon le type d'examens radiographiques réalisés.

<b>Type de radiographie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
UIV	20	15,8
UCR	4	3,1
Myéloscanner	3	2,4
HSG	14	11,1
Lavement Baryté	4	3,1
TOGD	5	3,2
Mammographie	15	11,8
Radiographie pulmonaire	23	18,1
Rachis	12	9,5
ASP	9	7,1
Myélographie	10	7,8
Blondeau	8	6,2
Total	127	100

**La radiographie pulmonaire a concerné 23 malades soit 18,1% suivi de l'UIV 20 malades soit 15,8%.**



**Tableau VII :** Répartition des malades selon que l'information a été donnée ou non sur le déroulement des examens.

Information sur l'examen	Effectif	Pourcentage %
Oui	152	38
Non	248	62
Total	400	100

**38% des malades ont été informés au préalable sur le déroulement des examens, qu'ils s'agissent de l'examen clinique(ex :TV, TR) ou des examens complémentaires.**

**Tableau VIII :** Répartition des malades selon le besoin d'information souhaitée ou non sur l'état de santé.

Besoins d'information souhaitée sur l'état de santé	Effectif	Pourcentage %
Oui	394	98,5
Non	6	1,5
Total	400	100

**98,5% des malades ont exprimé le besoin d'être informé sur leur état de santé.**

**Tableau IX :** Répartition des malades selon que l'information a été donnée ou non sur le diagnostic de leur maladie.

Information donnée sur le diagnostic de la maladie	Effectif	Pourcentage %
Oui	171	42,8
Non	229	57,2
Total	400	100

**42,8% des malades ont été informés sur le diagnostic de leur maladie.**

**Tableau X :** Répartition des malades selon qu'ils ont été informés ou non sur les modalités de traitement.

Information donnée sur les modalités de traitement	Effectif	Pourcentage %
Oui	161	40,2
Non	239	59,8
Total	400	100

**59,8% des malades n'ont pas reçu d'information au préalable sur les modalités de traitement.**

**Tableau XI:** Répartition des malades selon qu'ils ont été informés ou non sur le pronostic de la maladie

Information sur le pronostic	Effectif	Pourcentage %
Oui	142	35,5
Non	258	64,5
Total	400	100

**64,5% des malades n'ont pas reçu d'information sur le pronostic de leur maladie**

**Tableau XII :** Répartition des patients selon leur état de connaissance sur la notion de consentement éclairé.

Connaissance du Consentement éclairé	Effectif	Pourcentage %
Oui	219	54,8
Non	181	45,2
Total	400	100

**219 patients savaient que leur consentement éclairé était nécessaire(54,8%)**

**Tableau XIII** : Répartition des malades selon que le consentement éclairé a été recueilli ou non avant les actes médicaux.

<b>consentement éclairé donné</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	277	69,2
Non	123	30,8
Total	400	100

**69,2% ont donné leur consentement éclairé**

**Tableau XIV** : Répartition des malades selon leur état de satisfaction sur les informations données par le médecin.

<b>Etat de satisfaction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	277	69,2
Non	123	30,8
Total	400	100

**69,2% de nos malades ont été satisfaits des informations données par le médecin.**

**Tableau XV** : Répartition selon la connaissance du secret médical par le malade.

<b>Connaissance du Secret médical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Oui	284	71
Non	116	29
Total	400	100

**71% des malades savaient que le médecin est tenu au secret médical**

**Tableau XVI** : Répartition selon la nature de l'information et selon le statut du malade.

<b>Information</b> <b>Statut du malade</b>	<b>Sur le déroulement de l'examen</b>		<b>Sur le diagnostic de la maladie</b>		<b>Sur les modalités de traitement</b>		<b>Sur le Pronostic de la maladie</b>		<b>Moyenne</b> <b>%</b>
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	
Hospitalisé	52	45,2	73	63,4	75	65,2	67	58,2	58
Externe	100	35	98	34,3	86	30,1	75	26,3	31,4
Total	152		171		161		142		

**Les malades hospitalisés étaient les plus informés(58%)**

**Tableau XVII** : Répartition selon la nature de l'information et selon la profession.

Information Profession	Sur le déroulement de l'examen		Sur le diagnostic de la maladie		Sur les modalités de traitement		Sur le Moyenne pronostic de la maladie		%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Fonctionnaire	13	48,1	11	40,7	11	40,7	8	29,6	39,7
Elève/Étudiant	23	35,9	22	34,3	18	28,1	25	39	34,3
Ménagère	37	32,1	43	37,3	43	37,3	37	32,1	34,7
Ouvriers	30	31,9	40	42,5	30	31,9	30	31,9	34,5
Éleveurs /Cultivateurs	49	49	55	55	59	59	42	42	51,2
Total	152		171		161		142		

**Les éleveurs et cultivateurs ont été les plus informés (51,2%)**

## V COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### **SEXE:**

Les hommes se trouvaient le moins nombreux, le fait de la plus grande fréquentation des consultations par des femmes pourrait expliquer cette situation. Mais les hommes étaient les plus informés(41,9% en moyenne). Comparativement à la même étude ci dessus, les hommes retenaient mieux les informations reçues que les femmes[26].

### **AGE :**

La majorité des patients était jeune (21-30 ans) dans 28% soit 112 malades. L'âge moyen a été 39,8 ans. Plus les sujets sont âgés, plus ils sont mieux informés.

La moyenne des informations reçues pour 61 ans et plus a été de 60,5% ;

41 à 50 ans : 47,8%

31 à 30 ans : 36,3%

21 à 30 ans : 34,1%

16 à 20 ans : 31%, contrairement à une étude prospective chez 78 patients opérés dans un service de chirurgie orthopédique de la France en 2000[26].

Jusqu'à 30 ans la moyenne des informations retenues était de 68,5% ; de 31 à 50 ans(60,7%) ; de 51 à 70 ans(51,2%) ; pour 71 ans et plus(41,9%), ainsi les informations sont d'autant mieux retenues que les sujets sont plus jeunes[26].

### **PROFESSION :**

Les intellectuels (fonctionnaires et Elèves /étudiants) étant les moins nombreux (71 soit 22.7%) constituent la couche la plus exigeante sur l'information puisqu'ils comprennent déjà ce que c'est un droit, un devoir contrairement aux autres professions enregistrées (ménagères, ouvriers, cultivateurs et éleveurs) qui sont la plus fréquente dans notre échantillon.

Les ouvriers, les éleveurs et cultivateurs sont les plus informés(43,1%), viennent ensuite les fonctionnaires(39,7) puis les ménagères(34,7%) et enfin les étudiants/élèves(34,3%). Toujours en comparaison avec la même étude, les employés, les cadres et professions supérieures sont les plus attentifs. Les retraités sont les moins attentifs[26].

## **STATUT HOSPITALIER :**

La plupart de nos malades ne sont pas hospitalisés, ils constituent un effectif de 285 soit 71,2%. Ils étaient les moins informés(31,4%) par rapport au hospitalisés qui avaient reçu le plus d'information.

## **INFORMATION : (examen, diagnostic, traitement et pronostic)**

151 patients soit 37,8% étaient venus pour des problèmes chirurgicaux. Ils se trouvaient le moins nombreux, mais réclamaient plus d'information sur leur état de santé que ceux venus pour la consultation médicale. Alors que ces derniers étaient les plus nombreux dans de notre étude(62,2%).

Dans la littérature, les chirurgiens sont confrontés à plus de problèmes judiciaires que les médecins[11 ;12 ; 26].

Le service de cardiologie informe le plus ses malades(63,5%) ensuite viennent l'hématologie(55,8%) ; la médecine interne(51%) ; la gynéco\_obstétrique(44,8%) ; l'urologie(44,3%) ;la néphrologie(42,8%) la chirurgie générale(38,3%) ; la pneumologie(35,1%) ; la neurologie(22,6%) et en fin l'imagerie médicale(20,5%).

En comparaison avec ceux évoquer dans certaines littératures de Bernard Hoerni[11 ; 12], les services de chirurgie informent actuellement plus ses malades ce qui est contraire à ceux trouver dans notre étude.

La majorité des malades(11,7%) était venue pour douleur abdomino-pelvienne au service imagerie médicale. L'échographie était l'examen le plus réalisé dans notre service soit 54,7%, puis la radiographie pulmonaire de face avec 18,1%.

394 des malades, soit 98,5% ont souhaité avoir des informations sur leur état de santé, résultat semblable à celui de la littérature [1 ; 22 ; 28 ; 9].

La plupart de nos médecins consultants, et nos techniciens ( manipulateurs ) n'informent pas leurs patients sur le déroulement de l'examen ou consultation(62%),le diagnostic(57,2), les modalités de traitement(59,8%) et le pronostic de la maladie(64,5%) contrairement à ceux d'Europe qui, non seulement informent leur patient, mais s'efforcent à avoir la preuve que les patients ont bien compris l'information donnée et cela depuis quelques temps : concernant les explications sur la pathologie(71,4%), concernant le pronostic(37,5%)[11; 14 ; 5].

Presque tous nos malades ont voulu connaître le pronostic, le diagnostic de leur maladie, et leur modalité de traitement, en plus d'un bon accueil. C'est de même pour tous les malades du monde entier[12] sauf quelques cas rares qui refusent d'avoir des informations sur l'état de santé, surtout quand ils soupçonnent un diagnostic grave voir même fatal comme le SIDA[2].

### **CONSENTEMENT:**

54,8% soit 219 de nos malades savaient que leur consentement éclairé était nécessaire, en retour 45,2% de nos patients ignoraient totalement ce que c'est que un consentement éclairé. Alors que presque tous les patients occidentaux savent qu'un consentement éclairé est nécessaire[12].

La plupart de nos patients ont donné leur consentement (69,2%), et ont été satisfait des actes pratiqués par les médecins ou praticiens soit un effectif de 217 malades. 30,8% de nos patients n'ont pas donné leur consentement et sont non satisfaits.

En Europe, principalement en France, on ne pratique un acte médical à un malade qu'après avoir obtenu son consentement sauf quelques urgences particulières[12].

La majorité de nos patients(71%) savait que le médecin doit garder le secret médical comme dit notre Code de Déontologie Médicale dans son article 7 [12]. Comme également dans l'article 4 du Code de déontologie médicale française[2].

## **VI RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES**

### **6.1 RECOMMANDATION :**

Ecrire un nouveau texte assez consensuel (impliquant les instances : Ordre des Médecins, Consommateurs, Juristes et Assurances) concernant :

➤ d'une part, le Code de Déontologie Médicale du Mali comprenant le droit des malades à l'information, la notion de responsabilité médicale professionnelle, la notion de dysfonctionnement de service et la notion de faute détachable du service ;

➤ d'autre part le Code de Santé Publique afin que chaque médecin et agents paramédicaux soient informés sur les actes entrant dans leur domaine, leur prorogatif et dans leur compétence.

### **6.2 PERSPECTIVE :**

doter le pays :

➤ en instance d'évaluation (services d'expertise) de la qualité des soins (ressource humaine qualifiée, relation médecin-malade, plateau technique)

➤ En instance de règlement de conflits et des litiges.



## VII CONCLUSION :

L'information des personnes malades est devenue une ardente obligation dans l'exercice de la médecine française. Elle se justifie pour respecter la dignité des patients mais aussi pour faciliter la tâche des médecins et de tous les soignants.

Cette information est un aspect essentiel de la pratique médicale. Elle s'est évoluée depuis quelques temps en deux grandes figures :

- informé le patient sur tout son état, les avantages, les inconvénients et les risques les plus fréquents.
- informé de la même façon, mais cette fois ci avec les risques graves et rares, et qui met le pronostic vital en jeu (exceptionnels). Ce ci coïncide avec le renversement de la charge de preuve dont, il appartient au médecin d'apporter la preuve qu'il a satisfait à l'obligation d'informer le malade, en cas de poursuite pour défaut d'information ( arrêt de la Cour de cassation du 27 février 1997).

Au Mali on est pas encore arrivé à ce stade d'évolution. Mais face à la mondialisation et à la globalisation il est nécessaire, voir indispensable de donner un cadre légal à tout ce qui régit le rapport malade-médecin. Cadre légal compatible avec nos croyances et coutumes et tenant en compte le fait d'un monde de village planétaire.

## V REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1) ALLIBERT. C

Le droit international des droits de l'homme face à la médecine des catastrophes  
MEDECINE DE CATASTROPHES URGENCES COLLECTIVES 2000, vol3, n°2, page86-94

### 2) BACLE-LHERMITE Marie Lise :

Justice et médecine : l'évolution de la responsabilité médicale à travers la jurisprudence publique et privée  
Paris, 1998, 152pages

### 3) BERGOGNE. A

Responsabilité médicale : mieux informer les patients  
CONCOURS MEDICAL avril/mai2000, tome122, n° 17/18, page1213-1217

### 4) CHADI Véronique, NAIDITTH Michel

L'information aux usagers : Quel intérêt ?  
ARCHIVES HOSPITALS.BE, novembre2003, 5pages

### 5) CHOUTY. F

Aspects médico-légaux de l'exercice de la cardiologie. Consentement éclairé.  
Responsabilité Civile professionnelle  
RFDC Juillet-Aout-Septembre 2003 tome29, n°3, page271-276

6) **CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE** (CDM) annexe à la loi N°86-35/AN-RM du portant institution de l'ordre national des médecins

### 7) **DICTIONNAIRE UNIVERSEL FRANCOPHONE**

HACHETTE EDICEF, 2<sup>ème</sup> édition, 1988, 1503pages

### 8) **FOREST Denise**

Retour sur l'arrêt perruche  
CONCOURS MEDICAL 2001, tome123, n°39, page2672-2674

### 9) **GROMB. S**

La dimension médico-légale du consentement éclairé en médecine  
ANNALES FRANÇAISE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION 1999, vol18, n°10page1080-1086

### 10) **HAZEBROUCQ. V**

Le consentement éclairé en l'an 2000  
JDR septembre2000, tome 81, n°9, page931-932

### 11) **HOERNI Bernard, BENEZECH. M**

L'information en médecine: Evolution sociale, juridique, Ethique MASSON,  
Paris, 1994, 129pages

**12) HOERNI Bernard, SAURY Robert**

Le consentement : Information, autonomie et décision en médecine  
MASSON, Paris, 1998, 156pages

**13) HMERTIG. A, E-CHARTIER Rastler**

Le Devoir d'information et le rôle de l'expert judiciaire  
JMDM mai1999, vol42, n°3, page243-246

**14) JOLLIY Dominique, LANCRY Perre-Jean, THEOLOT Bertrand**

La médecine a l'épreuve de la société d'information : qui veut, qui peut, qui doit avoir accès à l'information médicale  
FLAMMARION, Paris, 1997, 71pages

**15) JONAS. C, PENNEAU. M**

Obligation d'information du médecin : encore du nouveau !  
Obligation et information des majeurs protégés pour les actes médicaux  
JMLDM septembre1999, vol42, n°5, page401-405

**16) L. Engel**

Médecine et Droit : la logique de responsabilité  
ENERGIES-SANTE 1996, vol7, n°3, page401-408

**17) LOUBRY Nicolas :**

Défaut d'information  
CONCOURS MEDICAL 2001, tome123, n°39, page2677

**18) LOUBRY Nicolas :**

La responsabilité médicale  
EUROVEINE octobre 1998, n°15, page2-9

**19) MEZIANE Abdelkrim**

Système d'information en imagerie médicale : moyen de diagnostic de  
thérapie et d'économie  
RIST 2001, vol11, n°2, page47-57

**20) Montigny, O. JARDE**

Etude sommaire de l'impact de l'exigence du consentement sur la  
responsabilité hospitalière.  
JMLDM octobre 2000, vol43, n°6, page501-505

**21) Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français(MACSF)**

Responsabilité. L'obligation d'information  
CONCOIRS MEDICAL 2002, tome124, n°8, page513-523

**22) MORRISON Denis :**

Consentement éclaté et droit au refus de traitement en médecine et en  
psychiatrie québécoise  
UNION MEDICALE DU CANADA 1986, vol115 n°7, page464-468

**23) PENNEAU. M, ROUGE. C**

Information du Patient : Où en est on ?  
La responsabilité civile médicale : Où va ton ?  
JMDM mai 1999, vol42, n°3, page231-241

**24) PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, L'ASSEMBLE NATIONALE**

loi hospitalière Loi N°02-050 du 22 juillet 2002 (CNIECS)

**25) PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, ORGANISATION JUDICIAIRE AU MALI**

Loi n°88-39 du 8 fevrier 1988 (INFJ)

**26) SAVORNIN. C, CLAPPAZ. P, ARVERS. P, VERSIER. G, SOARES L.J**

Le devoir d'information et la pratique quotidienne  
CONCOURS MEDICAL avril/mai2000, tome122, n°17/18 page1219-1222

**27) SARGOS Pierre**

Responsabilité médicale : des craintes injustifiées  
CONCOURS MEDICAL 2002, tome124, n°8, page513-523

**28) SARGOS Pierre**

Portée d'un revirement de jurisprudence au sujet de l'obligation  
d'information du médecin  
DALLOZ 2001, n°3, page3470-3477

**29) SAURY Robert :**

La responsabilité médicale du droit public et la responsabilité de l'interne  
FEUILLET DE RADIOLOGIE 1997, tome37, n°6, page490-502

**30) THIBIERGE. M, FOURNIER. L, CABANIS. E.A**

Principes de responsabilité médicale et exercice en imagerie médicale  
JDR juillet 1999, tome80, n°7, page701-707

## FICHE ANALYTIQUE

**NOM :** TRAORE

**PRENOM :** Ousmane

**TITRE DE LA THESE :** *Le Droit des Malades à l'Information : Situation Actuelle et Perspective au Mali*

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** Mali

**LIEU DE DEEPOPOT :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

**SECTEUR D'INTERET :** Le service de radiologie de l'hôpital du point G

**RESUME :**

Le devoir d'informer est une obligation dans la pratique médicale. Il est devenu légal dans beaucoup de textes français (Code de déontologie médicale français de 1995). Il a évolué en France en plusieurs étapes : d'abord sans les risques exceptionnels et en 1998 en y ajoutant les risques exceptionnels.

Au Mali malgré l'absence ou l'existence de très peu de textes concernant le droit des malades à l'informations, les médecins en majorité ont bien respecté la volonté des malades.

Mais la majorité des malades n'ont pas reçu d'informations sur leur état de santé.

Alors que les 98,5% des malades ont souhaité avoir des informations sur leur état de santé.

Au vu de ces résultats, il est plus que jamais nécessaire que les autorités compétentes procèdent à la rédaction des textes traitant des problèmes liés à l'information et à la revalorisation de la profession du personnel soignant, ceci dans l'intérêt des usagers des services de santé.

**MOTS CLES :** droit, information, malade, consentement

# SERMENT D'HIPPOCRATE

**En** présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, **je** promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.

**Je** donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

**Admis** dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

**Respectueux** et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que** les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je jure**

**CODE**

**DE DEONTOLOGIE**

**MEDICALE**

**DU MALI**

---

**Code de déontologie médicale annexé à la loi N°86-35/AN.RM du portant institution de l'ordre national des médecins.**

**ARTICLE 1er :** Les dispositions du présent Code s'imposent à tout Médecin ou chirurgien-dentiste inscrit à l'ordre National des Médecins. Toute infraction à ces dispositions relève de la compétence disciplinaire du Conseil de l'ordre sans préjudice des actions qui pourraient être engagées contre les contrevenants.

**TITRE PREMIER : Devoirs des médecins**

**ARTICLE 2 :** Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du Médecin.

**ARTICLE 3 :** Le Médecin ou chirurgien-dentiste doit assister et soigner tous ses malades avec la même conscience sans discrimination aucune.

**ARTICLE 4 :** Il est interdit au Médecin ou chirurgien-dentiste d'exercer sa profession dans les conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

**ARTICLE 5 :** Tout médecin, quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, sauf cas de force majeure, est tenu de porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat si une autre assistance ne peut être assurée.

**ARTICLE 6 :** Le Médecin responsable d'un secteur médical ne peut abandonner ses malades en danger public, sauf sur réquisition des autorités habilitées.

**ARTICLE 7 :** Le secret professionnel s'impose à tout Médecin, sauf dérogations prévues par la loi.

**ARTICLE 8 :** Les principes ci-dessous énoncés régissent la pratique Médicale privée sauf, s'ils sont en opposition avec la loi et la réglementation en vigueur, ou susceptibles d'entraver le bon fonctionnement des institutions de Médecine sociale.

Ces principes sont :

Le libre choix du Médecin par le malade

La liberté de prescription du Médecin

Le paiement direct des honoraires par le malade au Médecin.

**ARTICLE 9 :** Sous quelque forme que ce soit et sous aucun prétexte, le Médecin ou chirurgien-dentiste ne doit aliéner son indépendance professionnelle.

**ARTICLE 10 :** Le Médecin ou chirurgien-dentiste doit s'abstenir de tout acte de nature à déconsidérer sa profession, même en dehors de l'exercice de celle-ci.

Il lui est en particulier interdit d'exercer en même temps que la Médecine une autre activité incompatible avec la dignité professionnelle.

**ARTICLE 11 :** Tous les procédés directs ou indirects de publicité ou de réclamer les manifestations spectaculaires n'ayant pas un caractère scientifique ou éducatif sont interdits.

**ARTICLE 12 :** Les seules indications qu'un Médecin ou chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire sont :

1°) Celles pouvant faciliter ses relations avec ses malades, notamment le numéro de téléphone, l'adresse.

2°) La qualification qui lui aura été reconnue lors de son inscription à l'ordre National des Médecins et approuvée par le Ministre Chargé de la Santé Publique.

3°) Les titres et fonctions reconnues par la République du Mali.

**ARTICLE 13 :** Le Médecin ou chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer à la porte de son Cabinet, les seules indications suivantes ;

- Nom et prénoms

- Titres

- Qualification

- Jours et heures de consultation.

**ARTICLE 14 :** Le Médecin ou chirurgien-dentiste doit exercer sa profession dans un Cabinet approprié où existent les moyens techniques nécessaires et adéquats.

**ARTICLE 15 :** Un Médecin ou chirurgien-dentiste ne peut avoir en principe qu'un Cabinet. Exceptionnellement, il peut créer ou maintenir un Cabinet secondaire sur autorisation du Conseil Régional de l'ordre, lorsque l'intérêt des malades l'exige. Cette autorisation doit être retirée chaque fois que l'installation d'un Médecin ou chirurgien-dentiste de même discipline peut satisfaire les besoins des malades.

**ARTICLE 16 :** Sont interdites toutes opérations d'entente, tacite revêtant un caractère illicite.

1°) Ristourne en argent ou en nature à un malade.

2°) Versement, acceptation ou partage clandestin d'argent entre praticiens.

3°) Commission à une tierce personne.

4°) Acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque.

5°) Accord d'un avantage matériel injustifié et illicite à un malade.

**ARTICLE 17 :** Il est interdit à tout Médecin ou chirurgien-dentiste d'accorder une facilité quelconque à toute personne se livrant à l'exercice illégal de la Médecine.



Néanmoins il est interdit à tout Médecin ou Chirurgien-dentiste d'abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence au dessous des barèmes publiés par les autorités compétentes.

**ARTICLE 33** : Le forfait pour la durée d'un traitement est interdit sauf pour un accouchement, un opération chirurgicale, un traitement dans un établissement de soins, ou dans quelques cas exceptionnels pour une série d'intervention après accord du Conseil régional. Le forfait pour l'efficacité d'un traitement est interdit en toutes circonstances.

**ARTICLE 34** : La rencontre en consultation entre un Médecin traitant et un Médecin consultant légitime pour le second des honoraires spéciaux.

**ARTICLE 35** : Tout partage d'honoraires entre médecin traitant d'une part, consultant chirurgien ou spécialiste d'autre part, lors d'une consultation, ou d'un acte opératoire étant formellement interdit, chaque Médecin doit présenter sa note.

**ARTICLE 36** : Le Chirurgien a le libre choix de son ou de ses aides opératoires ainsi que de son anesthésiste.

Les honoraires de ceux-ci peuvent être réclamés par eux directement à l'opéré, soit figurer sur la note que le Chirurgien remet à l'opéré. Toutefois lorsque le chirurgien croit devoir confier les fonctions d'aide opératoire ou d'anesthésiste au Médecin traitant, celui-ci doit réclamer ses honoraires directement.

**ARTICLE 37** : La présence du Médecin traitant à une opération chirurgicale, si elle est demandée par le malade ou sa famille, lui donne droit à des honoraires spéciaux.

### **TITRE III : Devoirs des médecins en matière de médecine sociale :**

**ARTICLE 38** : Il est du devoir de tout Médecin ou chirurgien-dentiste valide, et compte tenu de son éventuelle spécialisation, de prêter son concours à toute action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de santé et l'organisation de permanence des soins là où le besoin s'en fait sentir.

**ARTICLE 39** : L'exercice de la Médecine sous toutes ses formes au service d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution de droit privé, doit dans tous les cas faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de convention ou renouvellement de convention avec ces organismes doit être communiqué au préalable au Conseil Régional intéressé pour vérification de sa conformité avec les dispositions du présent Code, et les dispositions législatives ou réglementaires.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux Médecins régis par un statut de l'autorité publique.

**ARTICLE 40** : Nul ne peut être à la fois, sauf cas d'urgence, Médecin-contrôleur et Médecin traitant d'un même malade.

**ARTICLE 41** : Le Médecin contrôleur doit informer le malade soumis à son contrôle de Médecin contrôleur, mais il doit être circonspect dans ces propos et s'interdire toute révélation ou interprétation.

**ARTICLE 42** : Le Médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis à vis de son administration à laquelle il ne doit fournir que des conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers établis ne peuvent être communiqués ni à des personnes étrangères au service médical ni à une autre administration.

**ARTICLE 43** : Nul ne peut être à la fois Médecin expert et Médecin traitant d'un même malade.

Sauf accord des parties, un Médecin ne doit accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches, d'un groupement qui fait appel à ses services de même que ses propres intérêts.

**ARTICLE 44** : Avant d'entreprendre toute mission, le Médecin expert, ou le Médecin contrôleur, doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées ne relèvent pas de technique proprement médicale.

Le rapport d'un Médecin expert ne doit comporter que les éléments susceptibles de fournir les réponses aux questions posées dans sa décision de nomination.

### **TITRE IV : Devoirs de confraternité :**

**ARTICLE 18** : Tout compérage entre Médecin ou chirurgiens-dentistes et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes est interdit.

**ARTICLE 19** : Il est interdit à tout Médecin ou chirurgien-dentiste remplissant un mandat électif ou une fonction administrative, d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

**ARTICLE 20** : Sont interdites à un Médecin ou chirurgien dentiste toutes les pratiques propres à déconsidérer sa profession et notamment celles relatives ou charlatanisme.

**ARTICLE 21** : Tout Médecin ou chirurgien-dentiste qui divulguerait dans le public Médical un procédé de diagnostic ou de traitement nouveau et insuffisamment éprouvé, commet un acte répréhensible, à moins qu'il n'ait pris le soin de mettre des confrères garde contre les dangers éventuels de ce procédé.

De même la divulgation de ce procédé dans le grand public constitue une faute.

Commets une faute grave, le Médecin ou chirurgien-dentiste qui trompe la bonne foi des confrères ou de la clientèle en leur présentant comme salutaire et sans danger un procédé insuffisamment éprouvé.

**ARTICLE 22** : Il importe que les certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par la législation en vigueur comportent la signature manuscrite du Médecin ou chirurgien-dentiste qui les délivre.

**ARTICLE 23** : Constitue une faute grave, la délivrance de rapports tendancieux ou d'un certificat de complaisance.

## **TITRE II : Devoirs des médecins envers les malades**

**ARTICLE 24** : Le Médecin ou chirurgien-dentaire, dès lors qu'il accepté de prendre un malade en charge s'oblige :

1°- A lui donner au besoin avec l'aide d'un tiers qualifié tous les soins médicaux que requiert son état.

2°- A toujours se comporter avec correction et douceur envers le malade.

**ARTICLE 25** : Le Médecin ou chirurgien-dentiste soit toujours apporter la plus grande attention et

vusera de tout le temps nécessaire à l'élaboration de son diagnostic.

Il peut se faire aider si nécessaire de conseils éclairés et des méthodes scientifiques appropriées.

Le diagnostic une fois acquis et l'indication thérapeutique portée, le Médecin doit s'attacher à obtenir l'exécution correcte du traitement notamment si la vie du malade est en danger.

En cas de refus du malade, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 30.

**ARTICLE 26** : Les prescriptions et actes sont limités au nécessaire compatible avec la qualité et l'efficacité des soins, sans préjudice du devoir d'assistance morale envers le malade.

**ARTICLE 27** : Le Médecin ou Chirurgien-dentiste appelé à donner des soins dans une famille ou dans une collectivité quelconque, doit, après avoir dûment informé malades et entourage, s'efforcer d'imposer les règles d'hygiène et de prophylaxie requises. Il doit au besoin aviser les autorités compétentes des mesures prises ou à envisager.

**ARTICLE 28** : Devant le caractère d'urgence des soins que réclame l'état d'un mineur ou d'un handicapé, lorsqu'il est impossible d'avoir en temps utile, l'avis du représentant légal, le Médecin appelé doit donner les soins qui s'imposent.

**ARTICLE 29** : Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection mais il peut l'être généralement à sa famille ou à défaut un proche qualifié.

**ARTICLE 30** : Si pour des raisons majeures, le Médecin ou Chirurgien-dentiste est appelé à se dégager de sa mission il ne doit le faire que sous les conditions suivantes :

1°- Ne jamais nuire de ce à son malade.

2°- S'assurer de la continuité des soins et fournir à cet effet tous renseignements utiles.

**ARTICLES 31** : Le Médecin ou Chirurgien-dentiste ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

**ARTICLE 32** : Le Médecin ou Chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins, quant sa conscience le lui commande.

**ARTICLE 45** : Les rapports de bonne confraternité et d'assistance morale doivent être les principes qui régissent les relations entre Médecin. Les dissentiments professionnels entre confrères doivent être réglés par une tentative mutuelle et sincère de réconciliation. En cas d'échec, le Président du Conseil Régional de l'ordre doit être avisé. Les calomnies et les médisances sur un confrère sont interdites de même que la propagation de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de la profession. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué.

**ARTICLE 46** : Le détournement ou tentative de détournement de clientèle est interdit.

**ARTICLE 47** : Le Médecin ou chirurgien-dentiste appelé auprès d'un malade qui soigne un de ses confrères doit respecter les règles suivantes :

- Si le malade a simplement voulu demander un avis sans changer de Médecin traitant, proposer une consultation en commun et se retirer après avoir assuré les seuls soins d'urgence.

- Si le malade a appelé en raison de l'absence de son Médecin habituel un autre Médecin, celui-ci doit assurer les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour du confrère et donner toutes informations utiles.

**ARTICLE 48** : Le médecin ou le Chirurgien dentiste peut dans son Cabinet accueillir tous les malades quelque soit leur Médecin traitant, sous réserve de s'efforcer d'entrer en rapport avec ce dernier afin de lui faire part de ses conclusions.

**ARTICLE 49** : Chaque fois que les circonstances l'exigent le Médecin traitant d'un malade doit proposer une consultation ou accepter une consultation demandée par le malade ou son entourage.

Dans les deux cas, il a la charge d'organiser les modalités de la consultation. Il propose le consultant qu'il juge le plus qualifié mais il doit tenir compte des désirs du malade et accepter en principe, sauf raison sérieuse, de rencontrer en consultation tout médecin inscrit au tableau de l'ordre. Si le Médecin traitant ne croit pas devoir donner son agrément aux choix formulés, il a la liberté de se retirer et ne doit à personne l'exploitation de son refus.

**ARTICLE 50** : Les conclusions d'une consultation entre deux ou plusieurs Médecins doivent être

rédigées en commun, signées par le Médecin traitant et contresignées par les Médecins consultants.

S'il n'est pas rédigé de conclusion écrite, l'avis du Médecin traitant est censé être partagé entièrement par le consultant.

**ARTICLE 51** : Au cours d'une consultation entre Médecin, s'il apparaît une divergence notable entre l'avis du médecin traitant et celui du consultant et que prévaut l'avis de ce dernier, le Médecin traitant est libre de cesser ses soins.

**ARTICLE 52** : Un médecin qui a été appelé en consultation ne doit pas revenir auprès du malade examiné en commun, en l'absence du médecin traitant ou sans son approbation, au cours de l'affection ayant motivé la consultation.

#### **TITRES V : Devoirs des médecins envers les membres des professions médicales et paramédicales**

**ARTICLE 53** : Dans leurs rapports professionnels avec les membres des professions médicales et paramédicales, les Médecins ou chirurgiens-dentistes doivent se montrer courtois.

**ARTICLE 54** : Le Médecin ou chirurgien-dentiste a le devoir de se montrer courtois, bienveillant envers les auxiliaires médicaux et de s'attacher à ne pas leur nuire inconsidérément.

#### **TITRE VI : Dispositions diverses**

**ARTICLE 55** : Avant d'obtenir son inscription au tableau, le Médecin ou chirurgien-dentiste doit affirmer devant le Conseil Régional de l'ordre qu'il a eu connaissance du présent Code et s'engager par écrit à le respecter.

Koulouba, le 12 avril 1986

Le Président de la République

Général Moussa TRAORE

11 57  
2/2003

N°188.../JUGEMENT  
Du...../2003

TRIBUNAL DE PREMIERE INSTANCE DE SEGOU  
(REPUBLIQUE DU MALI)

AUDIENCE DU 05 JUIN.....2003

N°155.../R.G.

AFFAIRE

Madame Touré Marila Santara  
Ibrahima Touré

CONTRE

Manifa Coulibaly et  
l'hôpital Niakoro-Fomba

NATURE DE L'AFFAIRE

réparation de préjudice

DECISION

(voir dispositif)

( contradictoire)

A l'audience publique ordinaire du Tribunal de Première Instance de Ségou,  
(République du Mali) céans au Palais de Justice de la dite Ville.

Du ..... Cinq Juin..... Deux Mille Trois  
..... Tenue

pour les affaires civiles et commerciales par :

Monsieur..... Yacouba Koné..... Président

Assisté de maître..... Amadou Simpara..... Greffier

Assermenté avec le concours de Mr..... Diabado Diarra.....

préalablement prêtée, a été rendu le jugement ci-après ;

DANS LA CAUSE ENTRE

Madame Touré Marila Santara ménagère domiciliée  
à Ségou et Ibrahima Touré commerçant domicilié à Ségou

DEMANDEUR.....

Et..... Manifa Coulibaly et l'hôpital Niakoro-Fomba  
de Ségou..... D'UNE PART

DEFEND.eurs.....

D'autre PART ;

Sans que les présentes qualités puissent nuire ou préjudicier en rien aux  
droits et intérêts respectifs des parties en causes, mais au contraire sous les  
plus expresses réserves de fait et de droit :

L'affaire a été inscrite au rôle Général du Greffe du Tribunal Civil sous  
le numéro.....155.../ de l'année en cours ;

Le Ministère Public a qui le dossier avait été préalablement communiqué  
a déclaré s'en rapporter à justice ;

-Vu les pièces du dossier

-Oui Marila Santara et Ibrahima Touré en leurs demandes, fins et conclusions

- Oui le Manifa Coulibaly et l'hôpital de Ségou en leurs explications, moyens de de  
se et conclusions

Attendu que par requête introductive D'Instance en date du 25 Avril 2003

Madame Marila Santara, épouse de Ibrahima Touré ménagère domiciliée à Ségou assignait l  
Monsieur Manifa Coulibaly, Docteur en service à l'hôpital Niakoro-Fomba et ce dernier ét  
sagement devant le Tribunal civil de céans en réclamation de dommages-intérêts suite à  
des dommages..... subis par elle des suites d'une intervention chirurgicale ;

-Que Ibrahima Touré, époux de Marila, intervention volontaire dans l'Instance en qual  
de demandeur à l'action arguant du fait qu'il subissait lui aussi un préjudice ;

-Qu' à ce sujet, Maîtres Boubacar Toukara et Mahamadou Sylla tous conseils  
défenseurs soulevaient in limine litis une exception de fin non recevoir  
du fait que le demandeur en intervention volontaire n'avait aucune qualité  
intervenir dans l'Instance ;

Attendu qu'à l'appui de leur demande commune Mawila Santara et son époux  
Ibrahima Touré exposent qu'ils ont subi des préjudices tant financier que moral  
suite au comportement fautif du docteur Manifa Coulibaly qui a procédé à une  
Césarienne puis ensuite à une ablation de l'utérus de Mawila sans avoir obtenu  
au préalable le consentement de Ibrahima Touré, le mari d'une part et d'autre  
part en faisant rétention de l'information sur les conséquences de l'opération  
, les laissant déboursés de l'argent avec l'espoir que leur procréation pourra  
continuer ;

- Qu'ils concluent tous deux à ce qu'il plaise au Tribunal condamner Manifa  
Coulibaly à réparer le préjudice subi par eux par l'octroi de dommages-intérêts ;  
-Que Maître Mahamadou Toukara, Avocat à la Cour de Bamako, conseil des demandeurs  
Mawila Santara et Ibrahima Touré dans ses plaidoiries, affirme que ses clients  
ont subi des dommages tant financier que moral découlant du comportement fautif  
du docteur Manifa Coulibaly qui, selon lui, s'il n'a pas commis de faute professionnelle  
technique a cependant commis deux fautes d'ordre déontologique en ne  
assurant pas du consentement du mari de Mawila présent sur les lieux avant de  
céder à l'ablation de l'utérus de cette dernière et en n'informant pas le couple  
des conséquences exactes de son opération laissant celui-ci exposer d'autres  
frais médicaux dans l'espoir de pouvoir continuer sa procréation ;  
-Que Maître Mahamadou Toukara d'ajouter que c'est ce défaut d'information qui  
titule la faute dommageable reprochée au docteur Manifa Coulibaly et subséquemment  
à l'hôpital de Segou où il a pratiqué l'opération ;  
-Qu'il conclut qu'il plaise au Tribunal recevoir la demande en intervention  
volontaire de Ibrahima Touré dans l'Instance en qualité de demandeur en rejetant  
l'exception de fin non recevoir des défendeurs d'une part et d'autre part  
en recevant dans la forme la demande commune de Mawila Santara et de Ibrahima  
Touré et en déclarant ladite demande bien-fondée au fond et d'y faire entièrement  
droit en condamnant docteur Manifa Coulibaly à payer la somme de 80.000.000 F  
au couple à titre de dommages-intérêts et, en déclarant l'hôpital de Segou  
l'opération a eu lieu et avec le matériel duquel elle a été effectuée garantir  
docteur Manifa Coulibaly et d'ordonner, compte tenu de l'urgence l'exécution  
visière de la décision tout en mettant les dépens à la charge des défendeurs ;

Attendu qu'en réplique, Docteur Manifa Coulibaly ainsi que l'hôpital  
de Segou représentés par Docteur Zoumana Traoré a comparu et a conclu personnellement  
à l'audience ;  
-Que Docteur Manifa Coulibaly d'affirmer qu'il n'a commis aucune faute à l'origine  
des préjudices dont Mawila Santara et Ibrahima Touré demandent réparation ;  
-Qu'il expose qu'il a reçu en urgence, alors qu'il était médecin de garde à l'hôpital  
le 01/ 2002 dans Mawila qui n'arrivait pas à accoucher normalement  
-qu'il décida de procéder à une césarienne avec le consentement de cette dernière  
et découvrirait un enfant de sexe masculin-mort-né et un utérus perforé laissant  
écouler beaucoup ainsi qu'une baisse de la tension nécessitant une intervention  
rapide afin d'éviter la mort certaine de la patiente ;  
-Qu'il affirme n'avoir commis aucune faute dans le cadre de cette intervention  
chirurgicale qui, si elle prive Mawila de continuer à procréer naturellement, est  
cependant permis de continuer à vivre; le dommage évité étant en son sens plus  
grave que celui causé à la patiente ;  
-Qu'il conclut qu'il plaise au Tribunal, débouter Mawila et Ibrahima de leur demande  
de réparation de préjudice ;

Attendu que pour sa part l'hôpital régionale de Segou représentée par  
le Docteur Zoumana Traoré conclut également à ce qu'il plaise au Tribunal débouter  
tous les demandeurs de leur demande au motif qu'aussi bien techniquement que  
professionnellement leur agent le docteur Manifa Coulibaly n'a commis aucune faute ;  
Attendu que dans leurs plaidoiries respectives, les conseils des défendeurs  
à savoir Maître Boubacar Toukara et Maître Mahamadou Sylla tous avocats  
à la Cour ont exposé que le docteur Manifa Coulibaly n'a commis aucune faute  
dommageable susceptible d'engager sa responsabilité civile même si il est vrai  
que l'ablation de l'utérus a causé un dommage à Mawila et à son époux

- Qu'ils affirment que la faute tirée du défaut d'information et du défaut de consentement de l'époux n'est pas établie contre Manifa Coulibaly qui a obtenu le consentement de la patiente elle-même avant de procéder à la Césarienne et celui de la mère de cette dernière avant l'ablation de l'utérus ;
  - Que la dénégation de ce consentement donné par la mère est dictée par la menace de divorce que l'époux de Mawila avait laissé planer au cas où il s'averait que sa belle-mère avait consenti à l'opération ;
  - Que toujours selon les conseils des défendeurs, la profession médicale étant difficile, le praticien est souvent confronté au choix entre la violation de l'obligation de prendre le consentement qui lui impose de mettre son savoir en œuvre pour sauver ou tenter de sauver la vie humaine dès lors que celle-ci est en danger ;
  - Que selon les conseils, docteur Manifa aurait pu laisser mourir la patiente Mawila en s'abstenant de l'ablation de l'utérus mais en risquant des sanctions disciplinaires devant le conseil de l'ordre de Médecin ou des sanctions administratives de la part de son service employeur ou même des sanctions pénales pour assistance à personne en péril ;
  - Que Maître Mahemadou d'affirmer que son client est victime de sa compétence professionnelle qui lui vaut des jalousies ;
  - Que les conseils des défendeurs concluent quant à eux qu'il plaise au Tribunal debouter Mawila et Ibrahim de leur demande en réparation et compensation du préjudice que ce procès cause à Manifa Coulibaly et à l'hôpital de Segou (préjudice moral) ils demandent reconventionnellement des dommages-intérêts 80.000.000 F cfa de francs cfa et demande l'exécution provisoire de la condamnation pécuniaire et la mise des dépens à la charge de Mawila et de Ibrahim ;
- Attendu cependant que la demande en intervention volontaire de Ibrahim Touré est régulière dans la forme, sa qualité d'époux de la demanderesse Mawila Santara ainsi que les préjudices allégués dont réparation est demandée (le préjudice moral de voir subitement arrêté la procréation du couple) donne à ce dernier qualité pour intervenir aux côtés de sa femme, l'intérêt à agir étant manifeste ; qu'il s'agit de recevoir Ibrahim Touré en sa demande ;
- Attendu par ailleurs qu'il est constant tel que cela est établi par les débats que dame Mawila Santara a été amputée de son utérus par le docteur Manifa Coulibaly de l'hôpital de Segou lors d'une opération chirurgicale dite Césarienne et cela avec le consentement manifeste de la patiente ;
- Que ladite Césarienne suivie de l'ablation de l'utérus est intervenue dans les conditions d'urgence et de nécessité absolue pour sauver la vie de Mawila Santara ;
  - Que l'ablation a eu pour conséquence l'arrêt prématuré de la procréation de cette dernière qui n'était âgée que de 32 années ;
  - Que la perte d'un organe aussi important pour une femme cause, à n'en pas douter un préjudice réel, sérieux et certain à Mawila et par ricochet à son époux Ibrahim Touré ;
  - Que cependant les préjudices dont se prévaut le couple n'a pas le caractère d'un dommage réparable, aucune faute technique ou professionnelle n'étant imputable au docteur Manifa Coulibaly qui a agi dans les conditions d'extrême urgence et de nécessité en prenant soin d'avoir le consentement préalable de la mère, la patiente Mawila, le mari de cette dernière étant absent de l'hôpital pour se de recherche de sang ;
  - Que la dénégation faite par la mère semble provenir de la crainte à elle inspirée par la menace de divorce proférée par son gendre Ibrahim Touré au cas où il était établi qu'un tel consentement émanerait d'elle ;
  - Qu'en égard à la spécificité de l'action médicale et de ses contraintes le consentement du mari de Mawila n'est pas constitutif d'aucune faute dans la mesure où le seul consentement donné par cette dernière au praticien et relatif à la Césarienne suffit à lui seul au docteur Manifa Coulibaly pour procéder tous autres actes médicaux subséquents à la condition qu'il y ait urgence et nécessité d'agir pour éviter une mort certaine ;
  - Que cela ressort d'une jurisprudence bien établie au terme de laquelle l'acte donné par le malade comporte celui de modifier au cours d'une intervention, le déroulement de l'opération dictée par la découverte de l'état exact des organes à condition qu'il y ait eu urgence ou nécessité ; (Rouen 17 Dec 1970, D-71, 152 ; Paris

- Qu'en l'espèce l'ablation de l'utérus est intervenue dans l'urgence suite à son consentement personnel donné au docteur Manifa Coulibaly et suite à la découverte par ce dernier de l'état exact de ses organes;
- Que toute autre attitude passive du docteur entraînant le décès de Mawila serait en une violation grave de son serment et l'exposerait éventuellement à des poursuites pénales du chef de la non assistance à personne en péril ou en danger;
- Qu'en outre la faute du défaut d'information dont se prévaut le couple ne renvoie pas à l'analyse, l'obligation d'information du patient imposée au praticien est à l'instar de l'obligation de provoquer le consentement doit être observée par le dernier avant de procéder à l'acte médical chirurgical;
- Qu'en l'espèce, le consentement préalable de Mawila Santara autorisant Manifa Coulibaly à opérer écarte du coup le défaut d'information allégué;
- Que le défaut d'information tenant à la non révélation à la patiente des conséquences après l'opération ne saurait constituer une faute, une telle information post-opératoire n'étant pas une obligation professionnelle ou déontologique;
- Qu'en regard à ce qui précède, il y a lieu pour le Tribunal de recevoir la demande en réparation de préjudice de Manifa Coulibaly et de l'hôpital et au fond, de déclarer leur demande mal-fondée et de les en débouter;

Attendu par ailleurs que la demande reconventionnelle de Manifa Coulibaly et de l'hôpital, si elle doit être reçue dans la forme légal, demandeurs ayant été déboutés de leur demande doit être déclarée mal-fondée au fond. L'action intentée par Mawila et Ibrahima Touré n'ayant aucun caractère abusif comme le prétend Maître Mahamadou Sylla et ladite action n'est inspirée par aucune intention de nuire du moins une telle intention n'est pas établie, la bonne foi du couple étant pas en cause;

Attendu que Mawila Santara et Ibrahima Touré ont perdu leur procès, il y a lieu de mettre les dépens solidairement à leur charge

PAR CES MOTIFS

- Vidant son délibéré;
  - Statuant publiquement, contradictoirement à l'égard des parties en matière civile et en premier ressort;
  - Reçoit dans la forme la demande en réparation de préjudice de Mawila Santara et Ibrahima Touré;
  - Au fond, déclare leur demande mal-fondée et les en déboute en conséquence;
  - Reçoit par ailleurs la demande reconventionnelle en réclamation de dommages-intérêts de Manifa Coulibaly et de l'hôpital dans la forme;
  - Au fond, déclare leur demande mal-fondée et les en déboute;
  - Met les dépens à la charge de Mawila Santara et de Ibrahima Touré
- Ainsi fait jugé et prononcé publiquement par le Tribunal civil de Sékou dans les jours et en que dessus

ET ONT SIGNÉ LE PRÉSIDENT ET LE GREFFIER

*Suivent les signatures.*

*Enregistré à Sékou*

*le 18/06/03*

*Vol VI. Pol 59*

*N° 373 Boudreau 183*

*Réception - mille Pefa*

*Si inspecteur de l'Enregistrement.*  
*Signé all'Abd.*



*Président de l'Enregistrement, confirmé sur l'acte de Sékou, le 18 juin 2003*  
*Le greffier en chef*

*Z. Zou*