

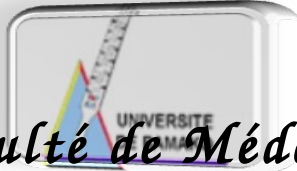
Ministère de l'Enseignement
Mali
Supérieur et de la Recherche
Une Foi

Scientifique



République du

Un Peuple – Un But –



*Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie*

Année Universitaire 2010/2011

N°

THESE

**LA PROBLEMATIQUE DE LA
RESPONSABILITE MEDICALE EN
COMMUNE iv ET DANS LES SIX TRIBUNAUX
DE PREMIERE INSTANCE DU DISTRICT DE
BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le 02 / 07 / 2011
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie
du Mali**

Par: **Mr Daouda Amara TRAORE**

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président : Pr. Soukalo DAO

Membre : Me Michel DIASSANA

Co-Directeur : Dr Oumar GUINDO

Directeur de thèse : Dr Japhet Pobanou THERA

DEDICACES



DEDICACES

Je rends grâce à **DIEU** le Tout Puissant, le Tout et très Miséricordieux, Seigneur des hommes, l'Absolu, le Roi du jour dernier, le Sauveur, l'Unique; c'est Toi que nous implorons pardon, guide nous vers le droit chemin.

Je dédie ce travail :

♣ - Au prophète **Mohamed** (PSL) prions **DIEU** qu'il nous donne la foi et votre amour afin que nous soyons à côté de vous à tout moment de la vie.

♣- A mon Père **Amara TRAORE** : cher Papa, toi qui as su créer en nous l'amour du prochain et la franchise. Grâce à toi, nous n'avons manqué de rien dans notre éducation, toi qui as utilisé toute ta force à t'occuper de nous pour que nous soyons ce que nous sommes aujourd'hui. Père tu peux être fier de cette éducation.

Que Dieu t'accorde longue vie pleine de santé; et sa grâce ici et dans l'autre monde afin que tu récoltes le fruit de tes efforts.

♣- A ma Mère **Fanta TRAORE** : chère Maman, toi qui es toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage nous avons rien envié aux autres. Ton sens élevé de l'honneur, ton amour pour le prochain, ton courage, ta générosité, ton affection pour les enfants d'autrui, tes sacrifices consentis, ont été le secret de notre réussite; Maman, nous te demandons de persévérer dans cette démarche afin que nous continuions à bénéficier de cette immunité. Longue vie et santé à toi pour qu'on te serve et te satisfasse.

♣- A ma Belle-mère **Mariam SOUNTRA**, j'ai été très content de l'indifférence que tu m'as toujours enseignée, qu'Allah le Tout Puissant t'accorde longue vie et santé, merci Maman.

Je vous dis merci !!!

♣- A ma grande sœur **Feue Djéneba TRAORE**, seul DIEU sait ce qui est mieux pour l'homme ; que la terre te soit légère.

♣- A mon grand frère **Feu Adama TRAORE**, tes sens de responsabilité, d'éducation ont marqué à jamais tes jeunes frères; dors en paix.

Vous m'avez aimé et inculqué en moi le courage, le pardon, l'amour et le respect de la vie humaine.

Votre touche éducative a été ressentie partout où je suis passé.

Qu'Allah le Tout Puissant, le Tout et le Très Miséricordieux vous accepte dans le paradis et que votre âme repose en paix.

Amen!!!

♣- A mes grands frères **Yaya, Salifou, Madou, Yacouba, Zoumana, Seydou, Karim, Sériba et Bourama TRAORE** ainsi que leurs épouses,

Vous avez été à mes côtés dans les différents moments de ma vie, c'est à vous que je dois cette réussite.

Merci pour votre amour sans faille, retrouvez toute ma gratitude car vous avez été pour moi, un père, un frère et tout pour moi, je ne vous oublierai jamais.

♣- A mes grandes sœurs : **Sali, Kadidia, Fatoumata et Mariam TRAORE** ainsi que leurs époux.

Vous avez contribué d'une manière ou d'une autre à cette réussite.

♣- A mes oncles **Kadiana Issa, Bahara, Adama TRAORE et Gaoussou DEMBELE** ainsi que leurs épouses, soyez rassurés de ma gratitude.

♣- A mon frère et mes sœurs **Youssouf, Korotoumou, Achata et Habiba TRAORE**, merci pour les liens de fraternité.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au **Dr TOURE M.** médecin Chef du C S Ref de la CIV.

Aux **Dr KEITA M. et COULIBALY Y.** du service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE, chers maîtres les mots me manquent pour magnifier vos attitudes à mon égard; vous m'avez rendu confiant et courageux par la confiance que vous m'avez toujours portée. Vous avez été plus qu'un guide.

Qu'ALLAH LE TOUT PUISSANT vous accorde longue vie.

A tous les médecins de la Commune IV.

A tous les magistrats des Tribunaux de Première Instance du District de Bamako.

Aux aînés Médecins et Pharmaciens **Dr KABA M K., Dr DJEITE A., Dr KONATE M., Dr KAREMBE B., Dr DEMBELE J P., Dr SISSOKO A., Dr COULIBALY S., Dr KELLY B., Dr BERTHE D., Dr DIARRA S., Dr DRAGO S., Dr SANGARE A., Dr TRAORE T., Dr COULIBALY B.,**

Merci pour l'encadrement.

A tous mes camarades de service **Dr TOURE M L., Dr SOUARE M., Dr TRAORE D., BAGAYOKO H., DAO D., COULIBALY C A T., OUOLOGUEM H., DEMBELE M., DENA S., SAMAKE A., TOURE N., SAKO M., SANOGO L., TRAORE A., DIAKITE D., SANOU A.**

Les cadets de service **COULIBALY Y., FAROTA S., GORRY M., DIABY S., PLACA A., DIARRA N.**

Tout le personnel infirmier de l'unité d'ophtalmologie du C S Ref de la CIV et du service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE

Aux **Dr DIAWARA F., TRAORE MS., SAMAKE AD., TRAORE RP.,** et tout le personnel du Centre Médical Mafoud.

A mes camarades de promotion **Dr TRAORE H., Dr DJIRE A., Dr TRAORE B., Dr SACKO M., Dr SANOU C K., Dr SIDIBE K., Dr SIDIBE A T., Dr GUINDO A A., Dr DARA C., Dr DEMBELE G., Dr BERTHE Y DIABATE M., DOUMBIA S., TOURE A., MARIKO S., DEMBELE S.**

Je vous dis merci pour la bonne collaboration !!!!!

Mes amis **Dr MAIGA A A A., Dr DEMBELE O N., Dr KAMATE B., KONE A A., SANOGO H., COULIBALY T., BICABA C., SANOGO A., BALLO S., BATHILY S., DANTE H., SIDIBE Y., SIDIBE D.**

Nous avons été ensemble, nous sommes et s'il plait à DIEU nous y serons toujours pour l'atteinte de nos objectifs.

A mes cousins et cousines **TRAORE S., DEMBELE A., TRAORE A., TRAORE K., TRAORE D., TRAORE M., TRAORE A.**

Les familles : **TRAORE** à Faladiè –Bamako,

TRAORE et **DEMBELE** à Koutiala,

TRAORE à Abidjan et Dimbokro (RCI),

KONE à Sikasso et Bamako,

SAGARA au Point G – Bamako

L'Amicale des Etudiants Ressortissants de la troisième Région et Sympathisants (**ADERS**).

L'Association des Etudiants en Santé du Cercle de Koutiala et Sympathisants (**AESACKS**).

Le Comité Universitaire pour la Coordination des Arts Martiaux (**CUCAM**), **Maître COULIBALY L., DIALLO I., KONARE M., MOHAMED A., OUATTARA F. / L., KONATE C., DIALLO C.**, et tous les pratiquants d'arts martiaux à la FMPOS.

Merci pour les conseils et soutien !!!!!

La fédération malienne de **Wushu**.

Tout le corps professoral de la FMPOS.

Merci pour l'encadrement !!!!!

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury,

Professeur Soukalo DAO

- ❑ Maître de conférence en maladies infectieuses et tropicales;**
- ❑ Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS**
- ❑ Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose : SEREFO/FMPOS/NIAID.**
- ❑ Président de la SOMAPIT (Société Malienne de Pathologie infectieuse et Tropicale)**

Cher Maître,

Nous sommes honorés d'être parmi vos élèves.

Nous avons vite admiré vos qualités scientifiques et humaines en tant que chercheur dévoué ; votre amour du travail bien fait et votre capacité d'écoute sont à imiter.

Nous avons été émerveillés par l'intérêt que vous accordez à la recherche scientifique.

Vos immenses connaissances intellectuelles dans une simplicité sans égale et votre rigueur dans le travail ont forcé l'admiration de tous et ont fait de vous un encadreur souhaité par tant d'étudiants.

Que DIEU le Tout Puissant vous accorde longue vie pour que la population et l'école malienne puissent continuer de bénéficier de votre expérience.

A notre maître et juge,

Maître Michel DIASSANA

- ☐ Magistrat de profession,**
- ☐ Juge d’instruction durant 03 ans (2005-2008)
au Tribunal de Sikasso,**
- ☐ Présentement Juge au Siège au Tribunal de la Commune II
du District de Bamako.**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile et votre positivité dans les actions font de vous un maître exemplaire et un modèle à suivre.

Trouvez ici cher maître l’expression de notre profonde gratitude et notre respect.

**A notre maître et co-directeur de thèse,
Docteur Oumar GUINDO**

- ❑ Diplômé de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali (FMPOS).**
- ❑ Diplômé de la 3^{ème} promotion Epivac au Bénin.**
- ❑ Médecin chef adjoint du centre de santé de référence de la commune IV.**
- ❑ Attaché de recherche auprès du Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche Scientifique (MESRS).**

Cher Maître,

La spontanéité par laquelle vous avez accepté de codiriger ce travail ne nous a guère surpris.

Votre simplicité, votre calme, vos qualités d'homme de science et de culture et votre respect pour l'autre forcent l'admiration.

Nous vous avons observé dans la prise en charge des patients et votre ardeur au travail.

Votre dévouement a forcé notre admiration et nous servira de modèle.

Nous vous prions cher Maître, d'accepter l'expression de nos sentiments les plus distingués.

A notre maître et directeur de thèse,

Docteur Japhet Pobanou THERA

- ❑ Diplômé d’ophtalmologie ;**
- ❑ Diplômé de médecine légale et d’Expertise ;**
- ❑ Chef de service d’ophtalmologie du C S Réf
de la Commune IV du District de Bamako ;**
- ❑ Maître-assistant de Médecine Légale et d’Ophtalmologie à
la FMPOS.**

Cher Maître,

Merci de nous avoir accepté dans votre service et de diriger cette thèse.

Vos qualités humaines et intellectuelles,

Votre générosité, votre amabilité,

Votre disponibilité à nos multiples sollicitations,

Votre collaboration et la qualité des conseils donnés ont été d’un intérêt particulier.

Recevez notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION.....	1
II - OBJECTIFS.....	4
III - GENERALITES	5
IV - METHODOLOGIE	21
V - RESULTATS	28
VI- COMMENTAIRES – DISCUSSION	45
VII – CONCLUSION - RECOMMANDATIONS.....	52
VIII – REFERENCES.....	54
IX – ANNEXES.....	57

INTRODUCTION

Le médecin est un citoyen qui exerce une activité à risque au sein d'une profession organisée. En tant que citoyen, il répond de ses actes devant la société.

En tant que praticien, il en répond:

- devant ses pairs,

- devant ses malades.

Qu'il commette une faute dans l'exercice de son art et il peut:

- être sanctionné par les juridictions professionnelles ou celle du droit commun (Civile et Pénale),
- être contraint à verser à sa victime des dommages et intérêts.

La mise en cause de la responsabilité médicale peut donc prendre deux aspects:

- un aspect de sanction,
- un aspect d'indemnisation [1].

Le droit de la responsabilité en France est traditionnellement fondé sur la notion de faute : c'est l'article 1382 du code civil qui dispose que « *tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* » [2].

Depuis la deuxième moitié du XXe siècle, le contentieux de la responsabilité médicale a pris une part grandissante dans l'activité judiciaire. Tout d'abord construit autour de l'exigence de faute du médecin, son domaine s'est ensuite élargi à d'autres fondements, afin de favoriser l'indemnisation [3].

Ainsi en France, en 2008 le Sou Médical (société d'assurance du corps médical) a publié qu'elle a enregistré 3595 déclarations dont 3434 pour des dommages corporels qui ont été à l'origine de 97 plaintes pénales. Un taux qui maintient à 1,18 % le nombre de déclarations légèrement moins qu'en 2007 (1,23%).

Une condamnation d'un professionnel de santé survenait dans 66% des dossiers examinés au fond par une juridiction [4].

Aux Etats Unis d'Amérique, il a été rapporté en 2000 qu'entre 44000 et 98000 américains décèdent des suites médicales (décès qui auraient pu être évités) entraînant une augmentation du taux de poursuite, 52% des chirurgiens et 68% des obstétriciens sont poursuivis au moins une fois durant leur carrière [5,6].

Au Québec, entre 2001-2002 il y aurait eu 656 plaintes concernant la qualité de l'exercice médical et 26 d'entre elles auraient conduit à des citations disciplinaires. En 2005, 190 poursuites ont été intentées contre des médecins et seulement 10% de ces poursuites ont été rendues devant les tribunaux [7,8].

Au Maroc, chaque année une dizaine d'affaires pour erreur médicale sont traitées au pénal. Au moins une cinquantaine au civil et 90% des plaintes traitées concernent des complications survenues suites à des actes chirurgicaux [9].

En Algérie, environs 500 plaintes émanent des citoyens par an contre des médecins au motif qu'ils ont été victimes d'erreurs médicales [10].

Au Mali, aucune étude n'a été menée par rapport à ce sujet. Cependant, durant ces dernières années la notion de responsabilité médicale est devenue une question d'actualité dans les différents Centres Hospitalo-universitaires de Bamako, aussi bien au sein du ministère de la santé que dans les institutions judiciaires [11,12].

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons décidé de mener cette étude : « *la problématique de la responsabilité médicale en Commune IV et dans les six tribunaux de première instance du District de Bamako* ».

Pour y parvenir, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier la problématique de la responsabilité médicale,

Objectifs spécifiques :

- ◆ Déterminer le niveau de connaissance de la responsabilité médicale par les médecins.
- ◆ Déterminer le niveau de connaissance de la déontologie médicale par les médecins.
- ◆ Déterminer les fautes médicales pour lesquelles la responsabilité du médecin est engagée.
- ◆ Analyser l'avis des magistrats par rapport à la poursuite judiciaire des médecins.

GENERALITES

HISTORIQUE DE LA RESPONSABILITE MEDICALE [13]

L'évocation de la responsabilité médicale ne peut se soustraire à un rappel de l'évolution historique. Par ailleurs le caractère essentiellement jurisprudentiel pour une certaine part du droit français concourt à évoquer certaines décisions qui ont été des dates marquantes.

Enfin le secteur du droit de la santé ne connaîtra pas une harmonisation européenne en raison du principe de subsidiarité, c'est alors rappeler la nécessaire adaptation de solutions en rapport avec les réponses données aux difficultés rencontrées dans les autres pays étrangers et notamment européens.

La conception française de la séparation des pouvoirs à partir de faits historiques qui ont légitimé cette scission, impose une organisation structurelle avec la répartition des compétences pour la réparation d'un fait dommageable.

Les premières dispositions relatives à la réparation d'un fait dommageable à la suite d'un acte médical sont rapportées dans le Code d'Hammourabi où des sanctions pouvant aller jusqu'à l'amputation de la main de l'auteur étaient prévues 2000 ans avant notre ère.

En Egypte, la conduite du médecin relevait d'un code en raison de son caractère sacré; le respect de celui-ci amenait à une irresponsabilité et tout écart devenait sacrilège.

Chez les Grecs, une certaine irresponsabilité était admise si le caractère involontaire du dommage était retenu, mais les auteurs rapportent le débat que connaissait alors la société grecque sur le choix de la personne apte à déterminer le bien fondé de l'action.

La notion de faute grave sera admise dans la législation romaine pour reconnaître l'imputabilité de l'acte dommageable témoignant donc d'une certaine impunité.

La première période du Moyen Age connaîtra elle un statut particulier du médecin relevant du clergé; les manifestations de la volonté divine ne pouvaient connaître une quelconque contestation.

Après un retour entre les mains des laïques, la médecine connaîtra durant la renaissance une volonté de conformité avec les règles applicables d'autant que la diffusion des textes écrits concourrait à une certaine uniformisation des pratiques (que ce soit dans l'art de soigner... ou dans l'application de la justice).

Il importe cependant de rappeler que le ton adopté par Molière dans son théâtre était là pour rappeler la consécration d'une certaine irresponsabilité du corps médical admise et défendue par les auteurs du XVIIIème siècle en raison de son caractère d'art conjoncturel.

L'application du Code Napoléonien permettra à partir des années 1820, d'évoquer la responsabilité médicale sur des bases clairement définies, même ou peut être notamment si la médecine connaît alors une mutation certaine reposant essentiellement sur l'observation de faits.

Ainsi trois affaires mettent-elles au début du XIXème siècle en exergue les différents éléments communs à toute procédure de mise en cause de la responsabilité et les réponses que tente d'apporter la société aux questions soulevées (affaire HELIE, affaire THOURET-NAUROY, affaire LAPORTE).

Ainsi le Docteur HELIE a-t-il été condamné même si une première commission de l'Académie de médecine reconnaissait une faute contre les règles de l'art et une seconde (ne comportant pas d'accoucheur) imposait le principe de l'irresponsabilité du médecin.

Dans l'affaire THOURET-NAUROY bien que condamné en première instance et confirmé en appel, la Cour de Cassation admettra que les "questions scientifiques ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile".

Enfin si le Docteur LAPORTE connu une relaxe en appel bien que condamné initialement sur le rapport des experts qui établissaient son " impéritie notoire " et son absence de recours à un confrère plus compétent.

Les suites judiciaires furent marquées par la création d'une société d'Assurances du corps médical (Sou médical en 1897), suivie secondairement de la MACSF (société mutuelle d'assurance pour professionnel de santé) en 1935.

Il faudra attendre à peu près un siècle pour que le domaine de la responsabilité médicale connaisse un nouveau développement clos par l'arrêt du 20 mai 1936 de la Cour de Cassation: arrêt Mercier, établissant le caractère contractuel de la relation médecin malade.

Progressivement, la notion de responsabilité connaissant des principes de droit déterminé (sanction/réparation; pénal et disciplinaire/civil ou administratif) a vu son champ d'application s'étendre dans le sens du devoir de réponse que ce soit de sa compétence à l'attente du patient en passant par les différentes instances (sociales, judiciaires) car "être responsable c'est bien devoir répondre".

Le médecin comme tout citoyen est responsable de ses actes mais selon qu'il exerce en secteur libéral ou dans un établissement public, on observera des particularités :

En terme de droit, la responsabilité concerne deux fonctions bien distinctes :

- la première consiste à sanctionner des comportements que la société réproouve et qui a donc une fonction répressive le but recherché étant la sanction; il s'agit de la responsabilité pénale. De plus une sanction peut être envisagée pour les médecins comme pour d'autres professions qui seraient en infraction avec leur Code de Déontologie (architectes, chirurgiens-dentistes), il s'agit de la responsabilité disciplinaire.

- la seconde fonction consiste à faire indemniser la victime d'un dommage causé par un tiers; le seul but recherché ici étant l'indemnisation de la victime en réparation d'un dommage; il s'agit de la responsabilité civile ou administrative.

Les responsabilités sanctionnables (pénale et disciplinaire) peuvent être invoquées contre tout médecin.

Les responsabilités entraînant une indemnisation (civile ou administrative) seront invoquées selon l'exercice du médecin et le contrat qui le lie à celui-ci (public ou privé): on ne peut à la fois saisir une juridiction administrative et une juridiction civile car le médecin, pour le même acte ne peut avoir un exercice libéral et un statut de droit public (administratif ou hospitalier).

On voit donc qu'en droit civil, être responsable c'est être tenu de réparer le dommage que l'on a causé à autrui en raison d'une faute et que le but en matière civile c'est l'indemnisation de la victime. Par contre, en droit pénal, être responsable c'est répondre d'une infraction dont on s'est rendu coupable et le but recherché étant la répression du coupable.

Le nombre des procès en responsabilité médicale va croissant, ce qui n'est pas sans inquiéter les médecins mais aussi leurs assureurs.

Cependant, la nécessité d'établir l'existence d'une faute et sa difficulté ont conduit à la mise en place d'un dispositif qui envisage une indemnisation des conséquences dommageables d'actes médicaux non fautifs s'intégrant dans le cadre plus général d'une réparation des risques liés à l'activité de soins.

LES BASES DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE [14]

Les fondements sur lesquels ont été édifiée la responsabilité médicale sont à la fois des textes législatifs, réglementaires et jurisprudentiels.

En France, comme dans tous les pays européens, la mise en jeu de la responsabilité médicale n'a aucune spécificité propre. Elle obéit aux principes généraux de la responsabilité de chaque individu dans le cadre du droit civil, du droit pénal ou du droit administratif.

Mais l'acte médical n'est pas un acte ordinaire pour deux raisons principales: d'une part il existe un monopole de l'exercice médical, ce qui implique une obligation de prise en charge des patients à titre collectif et individuel; d'autre part, l'acte médical associe en règle générale une agression corporelle librement consentie dans une optique diagnostique et/ou thérapeutique, l'objectif recherché étant l'amélioration de l'état de santé du patient. Le problème se situe alors dans le rapport entre bénéfice et risque d'un acte médical.

Ce rapport est parfois très favorable mais dans d'autres domaines, beaucoup plus discutable et notamment la chirurgie esthétique. Ainsi, la plupart des actes médicaux ou chirurgicaux peuvent être évalués en fonction des données actuelles de la science et l'évaluation théorique du rapport bénéfice risque permet d'apprécier la qualité intrinsèque de chaque acte médical. En somme le caractère agressif de l'acte médical doit être proportionné aux bénéfices escomptés en tenant compte des conséquences graves, rares, voire imprévisibles mais statistiquement quantifiées de tel ou tel type de traitement.

Le pivot juridique de la responsabilité médicale est la faute qui dans un cadre médical sera soit une faute par négligence, soit une faute par mauvaise évaluation du rapport bénéfice risque de la part du médecin. Enfin, une information incomplète d'un malade qui ne sera donc pas à même de donner un consentement éclairé pour «l'agression» dont il va faire l'objet peut être à l'origine d'une faute.

Mais la faute doit être distinguée de l'erreur. L'erreur devient fautive seulement si le médecin n'emploie pas les moyens d'investigation à sa disposition et considérés comme conformes aux données actuelles de la médecine.

En pratique les magistrats demanderont avis aux experts afin d'évaluer la qualité de l'exercice médical effectué dans le contexte précis de telle ou telle affaire.

La responsabilité médicale n'étant pas régie par des textes spécifiques, elle doit être intégrée dans des règles qui régissent l'organisation sociale, c'est-à-dire par les codes reconnus par la République française et appliqués par les magistrats.

Il s'agit toujours de textes ayant une portée générale et leur interprétation dans le cadre de la responsabilité médicale constitue la jurisprudence en la matière.

Ces textes écrits correspondent au Code pénal qui définit les infractions contre l'ordre public, au Code civil qui organise les relations entre les citoyens et notamment les engagements contractuels qu'ils prennent entre eux, enfin des codes annexes comme le Code de la santé publique et la législation administrative qui s'applique lorsque le malade est un usager d'un service hospitalier public.

Chaque code est utilisé dans un cadre particulier (tribunal pénal, civil, administratif ou section disciplinaire de l'Ordre) et selon une procédure bien déterminée.

1- Selon le code de santé publique français : [15]

Article L1110-1

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.

Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Article L1111-2

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du Ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Article L1111-4

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L1111-5

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Article L1111-7

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L.1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L.1110-4. La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Article L1142-1

I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

Article L1142-4

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Article L1142-28

Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé (publics ou privés) à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage. Ces actions ne sont pas soumises au délai mentionné à l'article 2232 du code civil.

En filigrane du concept de responsabilité apparaît la notion de risque. Tout acte médical comporte un risque. Mais la responsabilité n'est pas l'aboutissement inéluctable du risque. Le concept de risque, dans ses acceptations sémantiques, juridiques ou philosophiques, fait toujours apparaître la probabilité, l'incertitude, l'impondérable, l'aléatoire, voire le hasard.

La notion de risque reste donc une réalité incontournable. Pour le juriste, la notion de risque n'a pas de signification véritable car elle engendre le doute, contraire à la preuve.

Enfin, pour l'assureur le risque est sa raison d'être. Il le prévoit, en calcule les probabilités et le ressent comme indissociable de la notion d'accident, dans sa double acceptation d'événements fortuits survenus par hasard mais aussi d'événements fâcheux ou malheureux. Mais les insuffisances des conditions d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux non fautifs ont conduit le législateur à proposer un nouveau dispositif (**loi du 4 mars 2002**).

Il faut noter que c'est le plus souvent la victime ou ses ayants droit qui choisissent le cadre judiciaire selon qu'ils souhaitent une condamnation personnelle du médecin (pénal), une réparation financière (civil) ou les deux (pénal avec partie civile) [13].

Au Mali :

1- Selon la constitution de la République [16]

Article 1er : la personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne.

Article 2 : Tous les Maliens naissent et demeurent libres et égaux en droits et en devoirs. Toute discrimination fondée sur l'origine sociale, la couleur, la langue, la race, le sexe, la religion et l'opinion politique est prohibée.

2- Selon le code de déontologie [17]

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.

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 14 : Le médecin ou chirurgien dentiste doit exercer sa profession dans un cabinet approprié où existent les moyens techniques nécessaires et adéquats.

Article 25 : Le médecin ou chirurgien-dentiste doit toujours apporter la plus grande attention et usera 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 prévues à l'article 30.

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 à un proche qualifié.

Article 33 : Le forfait pour la durée d'un traitement est interdit sauf pour un accouchement, une 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.

3- Selon le code pénal [18]

Article 130 : Tous ceux qui, étant dépositaires, par état ou profession des secrets qu'on leur confie, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de six mois à deux ans et facultativement d'une amende de 20 000 à 150 000 francs.

Les mêmes peines seront applicables, notamment, aux membres de toutes juridictions coupables d'avoir violé le secret des délibérations.

Si le coupable est un fonctionnaire ou un agent de l'administration, il sera puni de trois mois à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 20 000 à 240 000 francs.

Le coupable sera de plus interdit de toute fonction ou emploi public pendant cinq ans au moins et dix ans au plus.

En dehors des cas prévus ci-dessus, toute suppression, toute ouverture de correspondance adressée à des tiers, faite de mauvaise foi, sera punie des mêmes peines.

Article : 170 L'avortement consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, quel que soit le moment de la grossesse où cette expulsion est pratiquée.

Il se distingue de l'infanticide, en ce sens qu'il concerne un enfant qui n'a pas encore vu le jour et est caractérisé même si le fœtus naît vivant ou survit aux manoeuvres abortives, tandis que l'infanticide consiste dans le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né.

L'avortement volontaire tenté ou obtenu de quelque manière que ce soit, soit par la femme, soit même avec son consentement, par un tiers, sera puni de un à cinq ans d'emprisonnement et facultativement de 20.000 à 1.000.000 de francs d'amende et de un à dix ans d'interdiction de séjour.

Article : 171 Quiconque, sans intention de donner la mort, aura administré volontairement à une personne des substances ou se sera livré sur elle, même avec son consentement, à des pratiques ou manoeuvres qui auront déterminé ou auraient pu déterminer une maladie ou une incapacité de travail, sera puni de six mois à trois ans d'emprisonnement et facultativement de 20.000 à 200.000 francs d'amende et de un à dix ans d'interdiction de séjour.

S'il en résulte une maladie ou une incapacité permanente, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés. L'interdiction de séjour de cinq à dix ans pourra être prononcée.

Si la mort s'en est suivie, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés et facultativement, de un à vingt ans d'interdiction de séjour.

METHODOLOGIE

1- CADRE ET LIEU D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans les structures sanitaires de la commune IV et dans les six (6) Tribunaux de Première Instance du District de Bamako.

Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la République du Mali, est composée de six (6) communes dotées chacune d'un centre de santé de référence de deuxième niveau et d'un Tribunal de Première Instance.

Le Mali est un pays continental situé en Afrique de l'Ouest, limité au Sud-Est par le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée Conakry, à l'Est par le Niger, par l'Algérie au Nord-Est, à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie.

1-1- Histoire de la commune IV (source : Mairie de la commune)

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le XVIIème siècle par les NIAKATE sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre le cour d'eau « WOYOWAYANKO » et BANKONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34 /CMLN du 18Août 1978 et régie par les textes officiels.

- L'ordonnance numéro 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les nombres et limites des communes.
- La loi numéro 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.

- La loi numéro 95-034/AN-RM du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

1-2- Données géographiques (source: Mairie de la CIV)

La commune IV couvre une superficie de 37,68 Km² soit 14,11% de la superficie du district.

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III (CIII);
- Au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la CIII.

1-3- Données sociodémographiques (source : Mairie de la CIV)

La majorité des ethnies du Mali est représentée en commune IV.

La commune représente 17% de la population totale de Bamako et 2% de la population totale du Mali. La population totale de la CIV en 2008 était estimée à 245425 habitants dont 51% sont des hommes et 49% des femmes.

1-4- Structures Sanitaires

1- 4-1-Structures sanitaires communautaires et confessionnels :

Il y a neuf (9) centres de santé communautaires et un dispensaire catholique

1-4-2-Structures sanitaires privées :

Sont au nombre de vingt-trois (23) dont treize (13) cliniques et neuf (9) cabinets.

1-4-3- Structures sanitaires publiques :

IL s'agit de la maternité d'Hamdalaye et du centre de santé de référence de la commune IV (C S Ref de la CIV).

2- MATERIELS ET METHODE:

2-1- Population d'étude :

Il s'agissait :

- Des médecins travaillant dans les structures sanitaires de la Commune IV;
- Des magistrats travaillant dans les six (6) Tribunaux de Première Instance du District de Bamako.

2-2- Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective de type transversal qui s'est déroulée d'Octobre 2009 à Septembre 2010 dans la Commune IV et les six (6) Tribunaux de Première Instance du District de Bamako.

2-3- Echantillonnage :

Nous avons procédé par un sondage exhaustif vu le nombre limité de la population d'étude.

-Taille de l'échantillon

Le nombre de médecins et de magistrats interrogés durant notre période d'étude était respectivement de 61 et 20 soit un total de 81 personnes.

2-4- Les critères d'inclusion:

Ont fait l'objet de cette étude:

- Les médecins travaillant en commune IV et ayant accepté de participer à l'étude.
- Les magistrats travaillant dans les six (6) Tribunaux de Première Instance du District de Bamako ayant accepté de participer à l'étude.

2-5- Les critères de non inclusion:

N'étaient pas inclus dans cette étude :

- Les médecins travaillant en Commune IV non-inscrits à l'ordre des médecins ou qui n'ont pas voulu participer à l'étude.
- Les magistrats travaillant dans les différents Tribunaux de Première Instance et qui n'ont pas voulu participer à l'étude.

3 - COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES :

Pour la collecte des données, deux (2) questionnaires individuels ont été utilisés (un questionnaire individuel pour les médecins, et un autre pour les magistrats). Chaque questionnaire était muni d'une fiche de consentement éclairé.

Les données ont été saisies grâce aux logiciels **World, Excel** et analysées avec le logiciel **SPSS 10.0**

4 – TABLEAU I : *Variables étudiées*

Variable	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Interrogatoire
Sexe	Qualitative		
Qualification	Qualitative		
Expérience			
professionnelle	Qualitative		
Statut professionnel	Qualitative		
Plateau technique	Qualitative		
Code de déontologie			
médicale	Qualitative		
Responsabilité			
médicale	Qualitative		
Conséquences			
juridiques	Qualitative		
Qualité de			
l'information	Qualitative		
Consentement éclairé	Qualitative		
Expertise médicale	Qualitative		
Poursuite judiciaire	Quantitative		

5 – ASPECTS ETHIQUES:

- *Valeur scientifique de l'étude* : cette étude servira de base de donnée pour les chercheurs dans le futur.
- *Avantages liés à l'étude* : cette étude permettra une sensibilisation du personnel soignant sur les textes législatifs et réglementaires pour la bonne pratique de l'exercice médical ainsi que l'amélioration de la qualité des soins médicaux.
- *Procédures administratives* : nous avons adressé une correspondance au Médecin Chef du C S Ref CIV pour l'obtention de son accord ensuite une copie de cet accord a été déposée dans chaque structure sanitaire de la Commune IV.
- *L'anonymat* : aucun nom ne figurait sur les questionnaires.

6 – REFERENCES :

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation order system, Vancouver system) qui est le plus utilisé dans les disciplines scientifiques biomédicales et est préconisé par les règles de Vancouver. [19]

7 -Tableau II : Chronogramme de la thèse

Diagramme de GANTT

Période d'examen	Octobre 2009 à Décembre 2009	Janvier 2010 à Mars 2010	Avril 2010 à Août 2010	Septembre 2010 à Décembre 2010
Activités				
Recherche bibliographique	+			
Elaboration du protocole	+			
Collecte des données		+	+	
Rédaction du draft			+	+
Correction Dr THERA	+	+	+	+
Correction Dr GUINDO				+
Correction Me DIASSANA				+
Correction Pr. DAO				+

RESULTATS

L'étude a porté sur **61 médecins** et **20 magistrats** soit un total de **81 personnes**.

Tableau III : Répartition des médecins selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
25-34 ans	40	65,5
35-44 ans	12	19,7
45-54 ans	9	14,8
Total	61	100,0

La tranche d'âge de **25-34 ans** était la plus fréquente avec **65,5%** et une moyenne d'âge de **39,5 ans** dont les extrêmes de **25** et **54 ans**.

Tableau IV : Répartition des magistrats selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
30-40 ans	13	65,0
41-50 ans	5	25,0
51-60 ans	2	10,0
Total	20	100,0

La tranche d'âge de **30-40 ans** était la plus représentée avec **65%** et une moyenne d'âge de **45 ans** dont les extrêmes de **30** et **60 ans**.

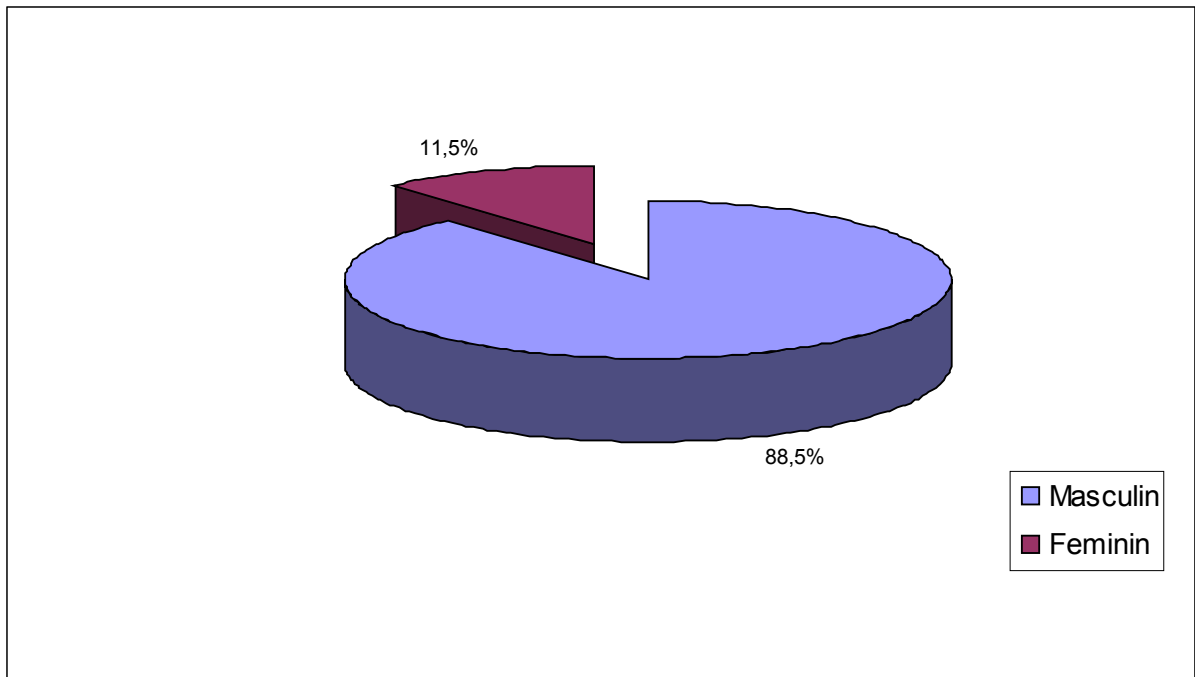


Figure 1 : Répartition des médecins selon le sexe

Le sexe masculin était prédominant avec **88,5%**.

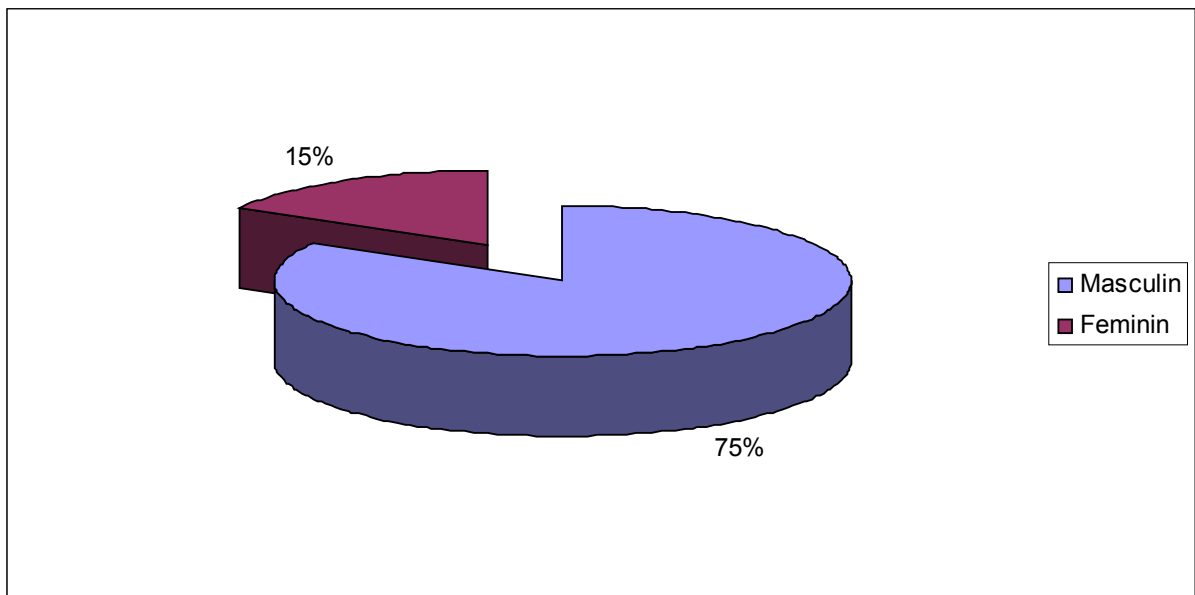


Figure 2 : Répartition des magistrats selon le sexe

Le sexe masculin était prédominant avec **75%**

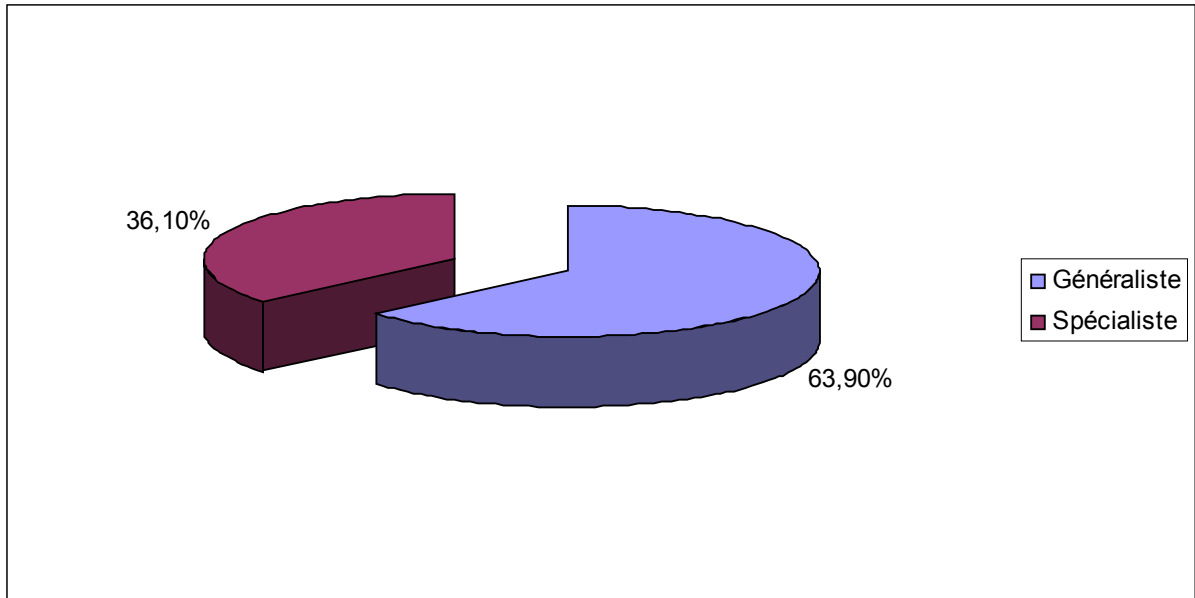


Figure 3 : Répartition des médecins selon leurs qualifications

Les médecins généralistes étaient les plus nombreux avec **63,9%**.

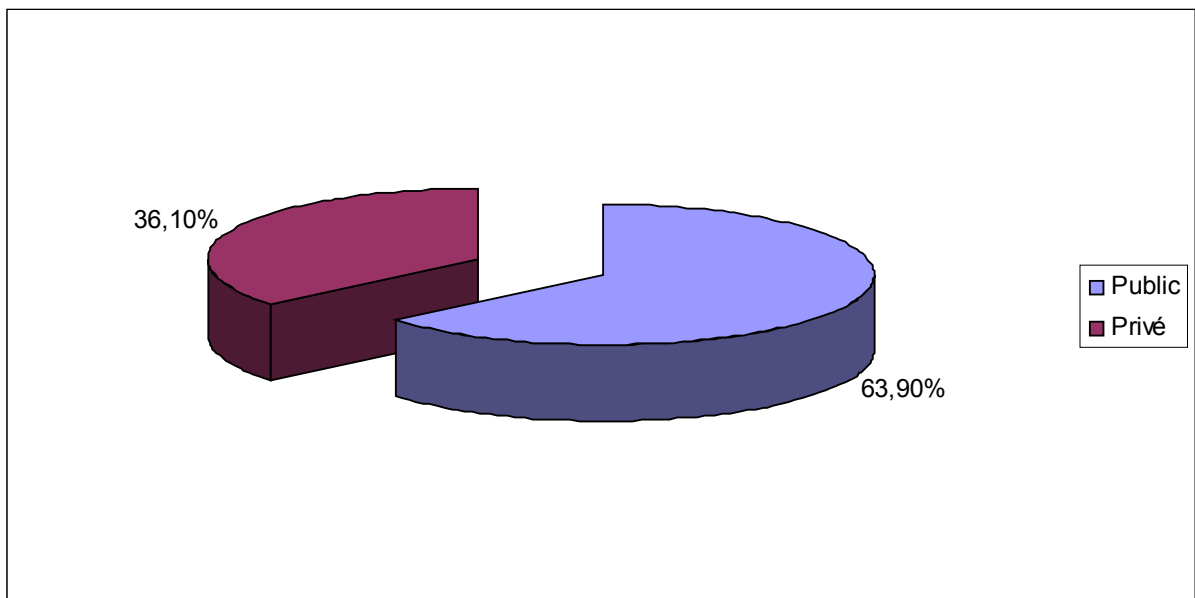


Figure 4 : Répartition des médecins selon le statut professionnel

Les médecins exerçant dans le secteur public étaient les plus nombreux avec **63,9%**.

Tableau V : Répartition des médecins selon l'expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Effectif	Pourcentage
Inférieure à 5 ans	43	70,5
5-10 ans	13	21,3
11-15 ans	5	8,2
Total	61	100,0

Les médecins qui avaient une expérience professionnelle **inférieure à 5 ans** étaient majoritaires avec **70,5%**.

Tableau VI : Répartition des magistrats selon l'expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Effectif	Pourcentage
Inférieure à 5 ans	13	65,0
5-10 ans	4	20,0
11-15ans	3	15,0
Total	20	100,0

Les magistrats qui avaient une expérience professionnelle **inférieure à 5 ans** étaient les plus représentés avec **65%**.

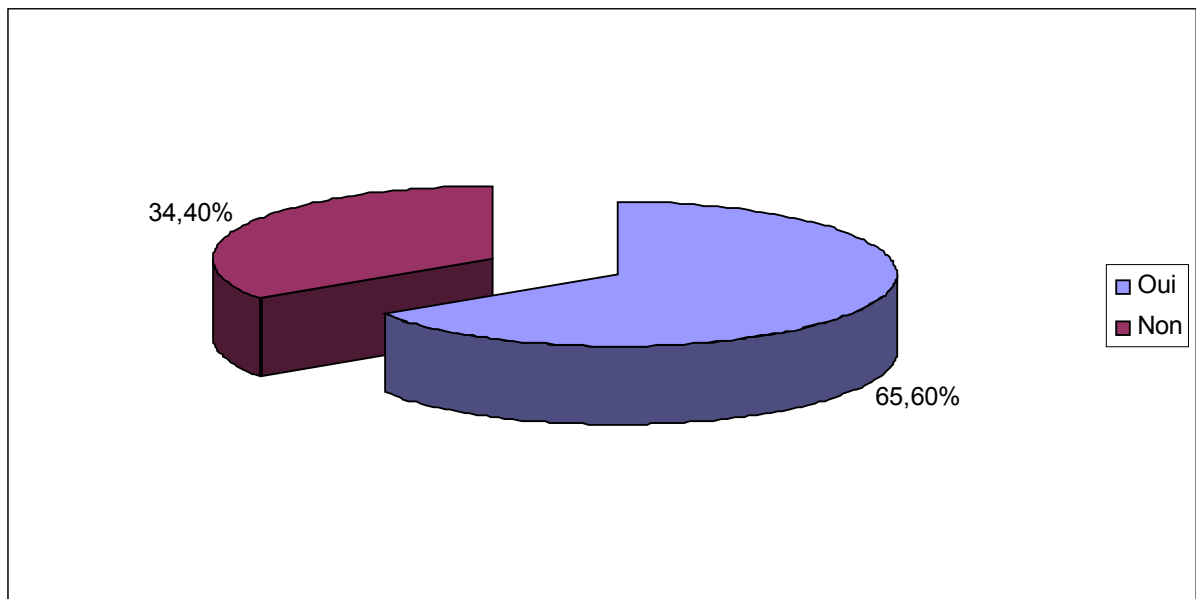


Figure 5 : Répartition des médecins selon la connaissance des conséquences juridiques en cas de faute médicale

Les médecins qui ignoraient les conséquences juridiques en cas de faute médicale représentaient **34,4%**.

Tableau VII : Répartition des médecins selon l'élaboration d'un dossier médical pour les patients

Elaboration d'un dossier médical	Effectif	Pourcentage
Toujours	30	49,2
Souvent	21	34,4
Non	10	16,4
Total	61	100,0

Les médecins qui élaboraient toujours un dossier médical ne représentaient que **49,2%** et dans **16,4%** des cas le dossier médical n'était pas élaboré.

Tableau VIII : Répartition des médecins selon l'état du plateau technique

Etat du plateau technique	Effectif	Pourcentage
Suffisant	1	1,6
Acceptable	39	63,9
Insuffisant	21	34,5
Total	61	100,0

Dans **34,4%** des cas le plateau technique était insuffisant.

Tableau IX : Répartition des médecins selon la connaissance du code de déontologie médicale

Connaissance du code de déontologie médicale	Effectif	Pourcentage
En entier	12	19,7
En partie	42	68,8
Aucune réponse	7	11,5
Total	61	100,0

Les médecins qui connaissaient le code de déontologie médicale en entier ne représentaient que **19,7%** et **68,8%** des médecins ne connaissaient ce code qu'en partie.

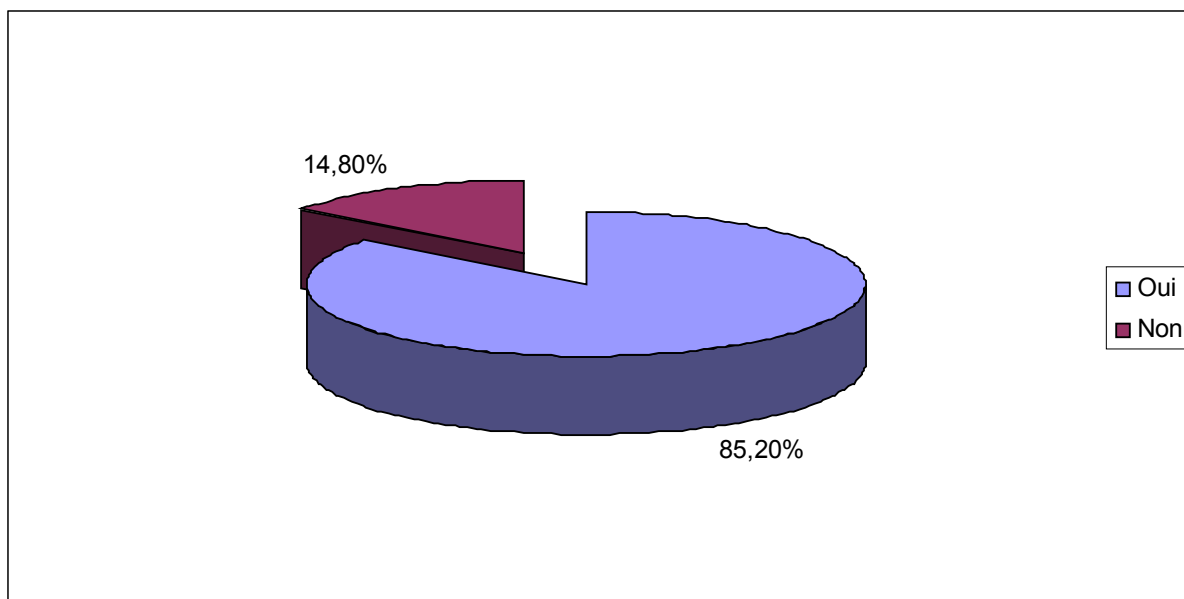


Figure 6 : Répartition des médecins selon la connaissance de la responsabilité médicale

Les médecins qui connaissaient la responsabilité médicale étaient de **85,2%**

Tableau X : Répartition des médecins selon l'information du patient au diagnostic

Information du patient au diagnostic	Effectif	Pourcentage
Oui si la maladie est curable	29	47,5
Oui si la maladie est incurable	6	9,8
Oui quelque'en soit le pronostic de la maladie	26	42,7
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient leurs patients du diagnostic quelque'en soit le pronostic de la maladie représentaient **42,7%**.

Tableau XI : Répartition des médecins selon l'information des patients sur l'intérêt des examens paracliniques

Information des patients sur l'intérêt des examens paracliniques	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	38	62,3
Oui souvent	19	31,1
Non pas du tout	4	6,6
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient leurs patients de l'intérêt des examens paracliniques étaient de **62,3%**.

Tableau XII : Répartition des médecins selon l'information du patient sur le choix du schéma thérapeutique

Information du patient sur le choix thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	30	49,2
Oui souvent	29	47,5
Non pas du tout	2	3,3
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient leurs patients sur le choix du schéma thérapeutique étaient de **49,2%**.

Tableau XIII : Répartition des médecins selon l'obtention du consentement éclairé des patients avant la prise en charge

Obtention du consentement éclairé des patients	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	35	57,4
Oui souvent	21	34,4
Non pas du tout	5	8,2
Total	61	100,0

Les médecins qui obtenaient le consentement éclairé de leurs patients avant la prise en charge étaient de **57,4%**.

Tableau XIV: Répartition des médecins selon l'information des patients sur les effets secondaires du traitement

Information des patients aux effets secondaires du traitement	Effectifs	Pourcentage
Oui toujours	22	36,1
Oui souvent	34	55,7
Non pas du tout	5	8,2
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient leurs patients sur les effets secondaires liés au traitement représentaient **36,1%**.

Tableau XV: Répartition des médecins selon l'information des patients sur le pronostic de la maladie

Information des patients au pronostic de la maladie	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	29	47,6
Oui souvent	26	42,6
Non pas du tout	6	9,8
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur le pronostic de la maladie étaient de **47,6%**.

Tableau XVI : Répartition des médecins selon l'information des patients sur les modalités de surveillance du traitement

Information des patients aux modalités de surveillance du Traitement	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	30	49,2
Oui souvent	26	42,6
Non pas du tout	5	8,2
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur les modalités de surveillance du traitement étaient de **49,2%**.

Tableau XVII : Répartition des médecins selon l'information des patients sur les risques liés à l'acte médical

Information des patients sur les risques liés à l'acte médical	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	24	39,3
Oui souvent	16	26,2
Non pas du tout	9	14,8
Aucune réponse	12	19,7
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur les risques liés à l'acte médical étaient de **39,3%**

Tableau XVIII : Répartition des médecins selon l'information des patients sur les risques post opératoires (immédiats et lointains)

Information des patients aux risques post opérations	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	14	23,0
Oui souvent	23	37,6
Non pas du tout	12	19,7
Aucune réponse	12	19,7
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur les risques post opératoires étaient de **23%** alors que **19,7%** des médecins ne le faisaient pas.

Tableau XIX : Répartition des médecins selon l'information des patients sur les risques de rechute

Information des patients aux risques de rechute	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	26	42,6
Oui Souvent	20	32,7
Non pas du tout	12	19,7
Aucune réponse	3	4,0
Total	61	100,0

Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur les risques de rechute étaient de **42,6%** alors que **19,7%** des médecins ne le faisaient pas.

Tableau XX : Répartition des médecins selon la connaissance des différentes responsabilités médicales

Connaissance des responsabilités médicales	Effectif	Pourcentage
Responsabilité disciplinaire	2	3,3
Responsabilité administrative	1	1,6
Responsabilité civile	12	19,7
Responsabilité pénale	24	39,3
Aucune réponse	22	36,1
Total	61	100,0

La responsabilité pénale était la plus connue par la majorité des médecins soit **39,3%** et dans **36,1%** des cas aucune réponse n'avait été obtenue.

Tableau XXI : Répartition des médecins selon leur opinion sur la responsabilité engagée en cas de décès suite à une faute médicale

Opinion des médecins	Effectif	Pourcentage
Responsabilité disciplinaire	6	9,8
Responsabilité administration	3	4,9
Responsabilité civile	10	16,4
Responsabilité pénale	38	62,3
Aucune réponse	4	6,6
Total	61	100,0

Dans **62,3%** des cas, les médecins pensaient que la responsabilité pénale serait engagée en cas de décès suite à une faute médicale.

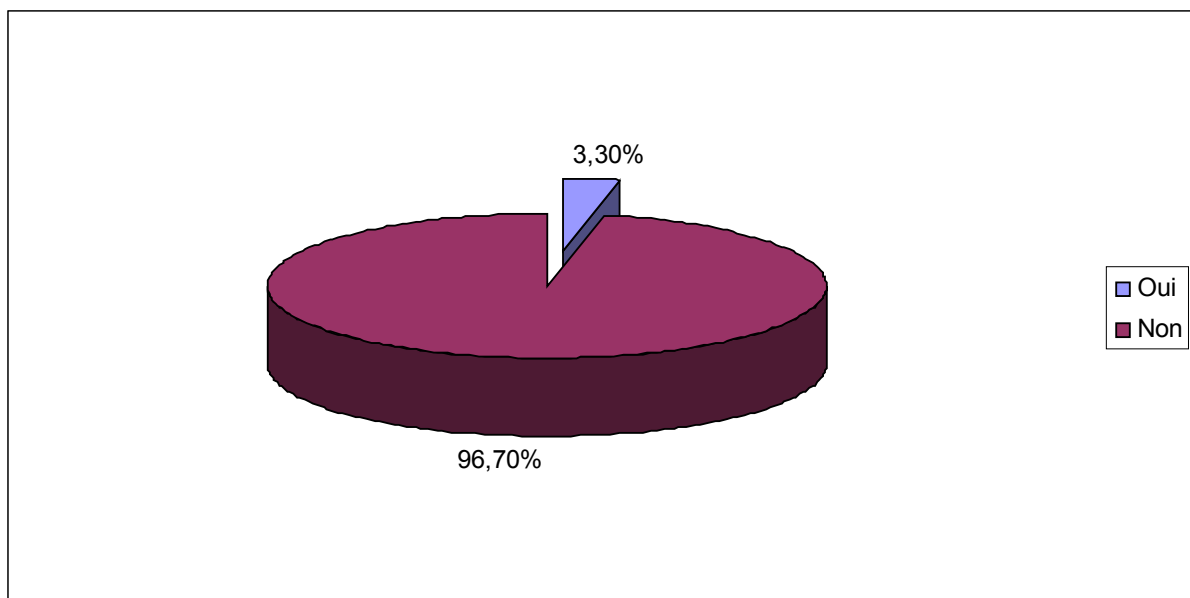


Figure 7 : Répartition des médecins selon les cas de poursuite judiciaire

Les médecins qui ont été poursuivis en justice représentaient **3,3%**

Tableau XXII : Répartition des médecins selon leur opinion sur la poursuite judiciaire en cas de faute médicale

Opinion des médecins par rapport à la poursuite judiciaire	Effectif	Pourcentage
Non quelque'en soit la faute	10	16,4
Oui en cas de faute grave	41	67,2
Oui quelque'en soit la faute	9	14,8
Aucune réponse	1	1,6
Total	61	100,0

Les médecins qui étaient pour la poursuite judiciaire en cas de faute grave représentaient **67,2%**.

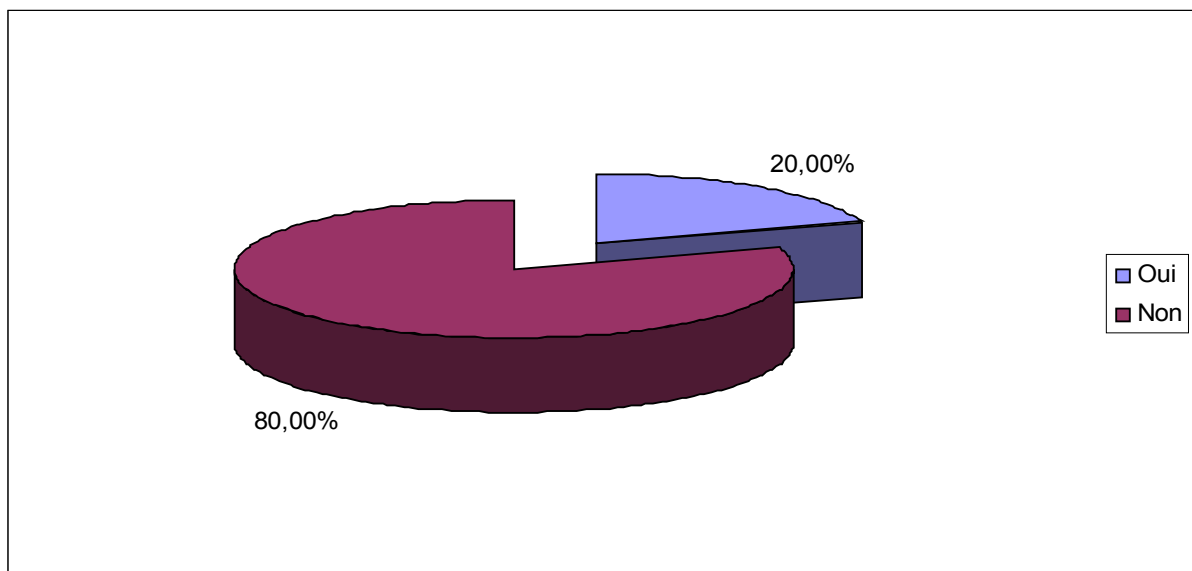


Figure 8 : Répartition des magistrats selon leur participation au procès d'un médecin

Les magistrats qui avaient déjà participé au procès d'un médecin représentaient **20%**.

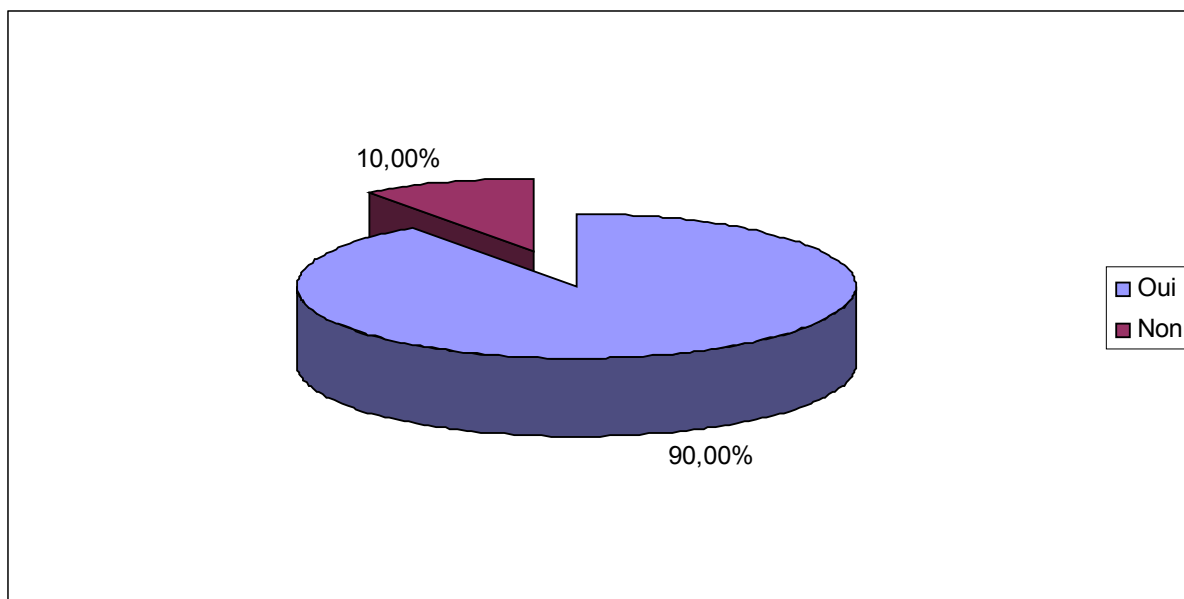


Figure 9 : Répartition des magistrats selon leur opinion sur la poursuite judiciaire des médecins

Les magistrats qui étaient pour la poursuite judiciaire des médecins en cas de faute médicale représentaient **90%**.

Tableau XXIII : Répartition des magistrats selon la faisabilité de l'expertise médicale en cas de poursuite judiciaire du médecin

Faisabilité de l'expertise médicale	Effectif	Pourcentage
Oui toujours	4	20,0
Oui souvent	5	25,0
Non	9	45,0
Aucune réponse	2	10,0
Total	20	100,0

Les magistrats qui pensaient que l'expertise médicale ne devrait pas être faite en cas de poursuite judiciaire du médecin représentaient **45%**.

Tableau XXIV : Répartition des magistrats selon la justification de la faisabilité de l'expertise médicale

Justification de la faisabilité de l'expertise médicale	Effectif	Pourcentage
Lorsqu'il s'agit d'un crime	8	40,0
N'est pas obligatoire	2	10,0
Aucune réponse	10	50,0
Total	20	100,0

Dans **40%** des cas les magistrats pensaient que l'expertise médicale ne devrait être faite que lorsqu'il s'agissait d'un crime.

Tableau XXV : Répartition des magistrats selon leur opinion sur la différence entre un médecin du secteur public et celui du secteur privé en cas de poursuite judiciaire

Opinion des magistrats	Effectif	Pourcentage
Existe sur le plan pénal	1	5,0
Existe sur le plan civil	4	20,0
Existe dans les deux cas	1	5,0
Pas de différence	6	30,0
Aucune réponse	8	40,0
Total	20	100,0

Dans **40%** des cas les magistrats ne connaissaient pas la différence en cas de poursuite judiciaire entre le médecin du secteur public et celui du secteur privé.

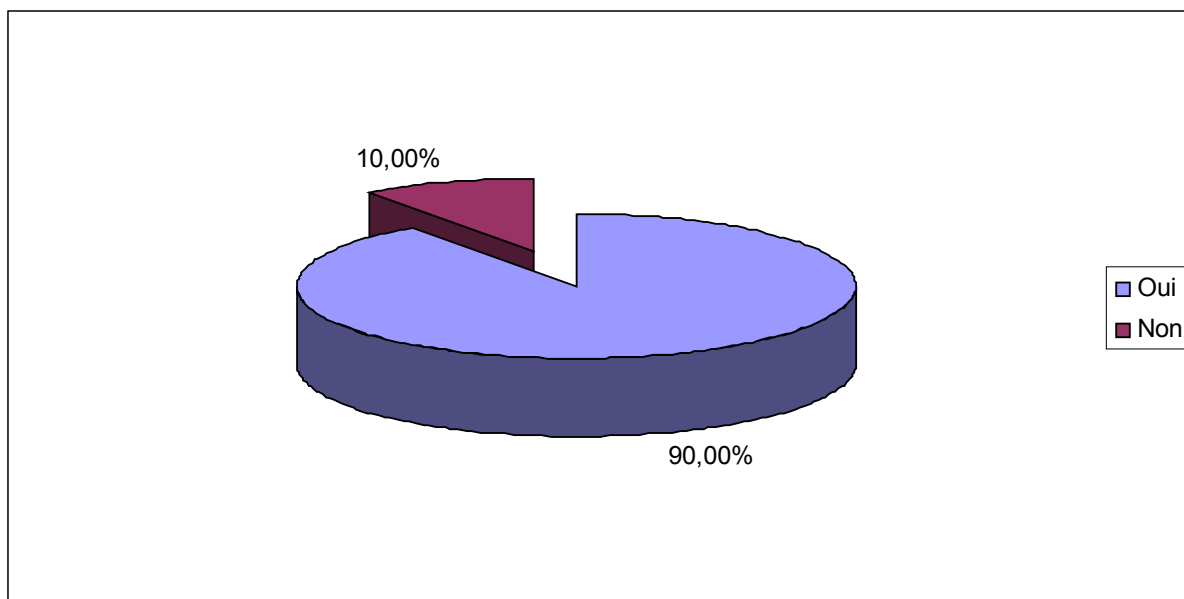


Figure 10 : Répartition des magistrats selon leur opinion sur la nécessité du code de déontologie médicale dans le procès des médecins

Dans **90%** des cas, les magistrats pensaient que le code de déontologie médicale était nécessaire dans le procès des médecins.

Tableau XXVI : Répartition des magistrats selon les circonstances de poursuite judiciaire des médecins.

Circonstances de poursuite judiciaire des médecins	Effectif	pourcentage
Faute pénale et/ou civile	15	75,0
Quelqu'en soit la faute	2	10,0
Aucune réponse	3	15,0
Total	20	100,0

Dans **75%** des cas, les magistrats pensaient que la poursuite judiciaire devrait être faite en cas de faute pénale et/ou civile.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les limites de l'étude :

Notre étude a porté sur **61 médecins** exerçant en commune IV et **20 magistrats** exerçant dans les six (6) Tribunaux de Première Instance du District de Bamako soit un total de **81 personnes**.

Nous avons souhaité étendre cette étude au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les juridictions de deuxième degré mais certaines difficultés (la non obtention de l'accord des autorités administratives des CHU et la non disponibilité des magistrats) ont fait que nous n'avons pas pu.

1- Caractéristiques sociodémographiques :

◆ Sexe et âge :

Le sexe masculin était plus prédominant avec **88,5%** (n=54) pour les médecins et **75%** (n=15) pour les magistrats que le sexe féminin soit respectivement **11,5%** (n=7) et **25%** (n=5).

Les tranches d'âge de **25 à 34 ans** pour les médecins et de **30 à 40 ans** pour les magistrats étaient les plus fréquentes. Les âges moyens sont respectivement de **39,5 ans** (avec les extrêmes de 25 et 54 ans) et de **45 ans** (avec les extrêmes de 30 et 60 ans).

Au Mali, on note un faible taux de scolarisation de la jeune fille soit un taux brut de 70,7% contre 89,5% pour les garçons au cours de l'année académique 2008-2009 [20].

Cela pourrait expliquer la prédominance du sexe masculin dans ces différentes professions.

2- Statut professionnel et qualification :

Les médecins exerçant dans le secteur public étaient les plus nombreux avec **63,9%** et les médecins généralistes étaient également les plus nombreux avec **63,9%**.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de KIEFFER qui lors de son étude avait trouvé 75,7% de médecins exerçant dans le secteur public et parmi lesquels les médecins généralistes étaient les plus nombreux soit 97,4%.

Pour KIEFFER, les médecins généralistes sont les personnes de premier recours donc leur rôle apparaît majeur au sein du système de santé et du réseau de soin dont ils sont probablement l'un des piliers les plus importants [21].

Notre cadre et lieu d'étude pourraient influencer nos résultats car la majorité des spécialistes exerce dans les Centres Hospitalo-universitaires qui n'étaient pas inclus dans notre étude.

3- Expérience professionnelle :

La majorité des médecins avait une expérience professionnelle **inférieure à 5 ans** soit **70,5%**.

Quand aux magistrats, ceux qui avaient une expérience professionnelle **inférieure à 5 ans** étaient également les plus nombreux soit **65,5%**.

Cela pourrait s'expliquer par le nombre élevé de jeunes médecins et magistrats dans notre étude. Ceux-ci occupent majoritairement et de façon respective les structures sanitaires communautaires et les juridictions de premier degré. Par contre dans les centres hospitalo-universitaires et les juridictions du deuxième degré, on note une forte présence des médecins et magistrats les plus anciens.

4- Elaboration d'un dossier médical :

Les médecins qui n'élaboraient pas un dossier médical représentaient **16,4%**. Certaines études ont mis en évidence une corrélation entre la qualité des dossiers et certains aspects de la qualité des soins, mais elles ne permettent pas d'établir un rapport de cause à effet. Ces études permettent tout au plus de considérer le dossier comme un indicateur de la qualité des soins. La démarche médicale matérialisée dans le dossier médical consiste à la fois dans le déroulement d'une consultation et dans la prise en charge au long cours de la santé, en tenant compte des diverses missions du praticien. Bien sûr on peut tenir de magnifiques dossiers et faire une mauvaise médecine. A l'inverse il devient actuellement difficile de gérer la santé d'un patient sans que toutes les informations concernant sa santé ne soient consignées avec ordre et rigueur [22].

5- Etat du plateau technique :

Les médecins qui exerçaient avec un plateau technique insuffisant représentaient **34,4%**. Ce résultat est inférieur à celui de ASSINA qui dans son étude à propos des services de réanimation de vingt et quatre (24) hôpitaux avait trouvé un plateau technique insuffisant dans 50% [23].

Selon l'article 14 du code de déontologie malien:« le médecin ou chirurgien dentiste doit exercer sa profession dans un cabinet approprié où existent les moyens techniques nécessaires et adéquats » [17].

Ainsi nous pouvons retenir qu'un plateau technique insuffisant pourrait contribuer à l'engagement de la responsabilité du médecin et/ou de la structure sanitaire, mais notre cadre et lieu d'étude pourraient expliquer notre résultat.

6- La connaissance :

◆ Des conséquences juridiques en cas de faute médicale :

Les médecins qui ignoraient ces conséquences juridiques représentaient **34,4%**.

◆ De la responsabilité médicale :

La majorité des médecins connaissait la responsabilité médicale soit **85,2%**.

Le type de responsabilité le plus connu était la responsabilité pénale soit **39,3%** car la majorité des médecins soit **62,3%** pensait que c'est cette responsabilité qui serait engagée en cas de décès suite à une faute médicale.

◆ du code de déontologie médicale :

La majorité des médecins ne connaissait ce code qu'en partie soit **68,9%**.

Nos résultats montrent que les médecins ne maîtrisent pas les différents textes législatifs et réglementaires régissant la profession médicale.

7- Information du patient :

◆ Sur le diagnostic et le pronostic de la maladie :

La majorité des médecins informait leurs patients du diagnostic lorsque la maladie était curable soit **47,6%**.

Les médecins qui donnaient cette information quelqu'en soit le pronostic de la maladie étaient de **42,6%**. Ceux qui informaient toujours leurs patients sur le pronostic de la maladie étaient de **47,6%**.

◆ Sur l'intérêt des examens paracliniques et l'obtention du consentement éclairé :

Les médecins qui informaient toujours leurs patients de l'intérêt des examens paracliniques étaient de **62,3%**.

Les médecins qui obtenaient toujours le consentement éclairé de leurs patients avant la prise en charge étaient de **57,4%**.

Selon l'article 16-3, alinéa 2 du code civil français: « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » [24].

Ainsi nous pouvons dire que le consentement éclairé du patient ou de ses représentants légaux doit être obtenu dans toutes les étapes du contrat médical. Le défaut d'obtention de ce consentement éclairé pourrait entraîner une poursuite judiciaire à l'encontre du médecin.

◆ *Sur les choix thérapeutiques, les effets secondaires et les modalités de surveillance du traitement :*

Les médecins qui informaient toujours leurs patients des choix thérapeutiques étaient de **49,2%**.

Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur les effets secondaires liés au traitement étaient de **36,1%** et ceux qui informaient toujours leurs patients des modalités de surveillance du traitement étaient de **49,2%**.

◆ *Sur les risques :*

Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur les risques liés à l'acte médical étaient de **39,3%**.

Dans **23%** des cas les médecins informaient toujours leurs patients des risques post opératoires (immédiats et lointains) et ceux qui informaient toujours leurs patients des risques de rechute étaient de **42,6%**.

ESPER en 2002 a rapporté qu'en France plusieurs cas de dommages graves sans information suffisante sur les risques pourtant réels ont modifié la jurisprudence. Désormais le patient « doit être informé de tous les risques » sauf urgence ou refus du patient lui-même ou encore impossibilité [25].

Selon l'article 35, alinéa 1° du code de déontologie français: «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 sur leur compréhension » [26].

8- Poursuite judiciaire des médecins :

◆ Cas de poursuite judiciaire et les circonstances:

Dans notre étude seulement **3,3%** des médecins avaient déjà été poursuivis en justice. Ce résultat est largement inférieur à ceux de STARKEY et al. au Japon en 2008 et de CONKLIN et al. aux Etats Unis d'Amérique en 2005 qui avaient respectivement trouvé 61% et 66% [27, 28].

Dans **30%** des cas les magistrats pensaient qu'il n'y avait pas de différence entre le médecin exerçant dans le secteur public et celui du secteur privé en matière de poursuite judiciaire.

En revanche en France, la responsabilité médicale est traitée par deux systèmes judiciaires:

- ordre judiciaire avec le tribunal correctionnel et le tribunal de grande instance; la cour d'appel et la cour de cassation en dernier recours. Cet ordre traite les affaires pénales et les affaires en responsabilité civile des structures privées et semi-privées.

- ordre administratif traite les affaires concernant l'hôpital public au seul plan indemnitaire. Les organes de recours sont la Cour d'Appel administrative puis le Conseil d'état [25].

◆ *l'expertise médicale et procès du médecin :*

Les magistrats qui pensaient que l'expertise médicale n'était pas nécessaire représentaient **45%** et **40%** d'entre eux pensaient qu'elle serait nécessaire en cas de crime.

En matière de responsabilité médicale, l'expertise médicale doit être de règle. Vu la complexité des sciences médicales, seul un médecin expert serait habilité à juger le travail de ses pairs.

Par rapport au code de déontologie médicale, **90%** des magistrats pensaient qu'il était nécessaire dans le procès des médecins.

Selon l'article premier du dit code: «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 » [17].

Nous pouvons retenir que ce code serait utile lors du procès des médecins.

Dans notre étude, seulement **20%** des magistrats avaient déjà participé au procès d'un médecin. Cela pourrait s'expliquer par le faible taux de poursuite judiciaire des médecins dans notre pays.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion :

Au terme de notre étude qui a porté sur 61 médecins et 20 magistrats soit un total de 81 personnes ayant répondu à nos critères d'inclusions nous pouvons retenir que:

◆ Le sexe masculin était plus prédominant avec 88,5% pour les médecins et 75% pour les magistrats que le sexe féminin soit respectivement 11,5% et 25,0%.

◆ Les médecins qui exerçaient avec un plateau technique insuffisant représentaient 34,4%.

◆ Les médecins qui ignoraient les conséquences juridiques en cas de faute médicale représentaient 34,4%.

◆ La majorité des médecins ne connaissait le code de déontologie médicale qu'en partie soit 68,9%.

◆ Les médecins qui informaient toujours leurs patients sur les risques liés à l'acte médical étaient de 39,3%.

◆ Les médecins qui obtenaient toujours le consentement éclairé de leurs patients avant la prise en charge étaient de 57,4%.

◆ Dans notre étude seulement 3,3% des médecins avaient déjà été poursuivis en justice.

2- Recommandations :

Au ministère de la santé et à l'Ordre des médecins

- ◆ Equiper les structures sanitaires de matériels adéquats pour la bonne pratique des actes et soins médicaux.
- ◆ Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur les droits des patients.
- ◆ Organiser des séances de formation des médecins sur les textes législatifs et réglementaires régissant la profession médicale.
- ◆ Former des médecins légistes.
- ◆ Créer un institut de médecine légale.
- ◆ Elaborer un code de santé publique.
- ◆ Créer une société d'assurance du corps médical.

Au personnel sanitaire

- ◆ Veiller à la bonne pratique des actes et soins médicaux par le respect du code de déontologie médicale.
- ◆ Obtenir toujours le consentement éclairé du patient ou de ses représentants légaux avant la prise en charge.
- ◆ Donner des informations claires et précises aux patients avant et au cours de leur prise en charge.

Au ministère de la justice

- ◆ Former les magistrats en responsabilité médicale.

REFERENCES

1. LE GUEUT-DEVELAY M.

Responsabilité source de sanction CHU de Rennes, service de Médecine
Légale.

http://www.med.univrennes1.fr/etud/medecine_legale/responsabilite_medicale.htm [consulté le 04/06/2009 à 21h]

2. MEYER E.

La responsabilité médicale. Paris: Option 377-8, 1999 : 22-23.

3. CHAKER A.

La responsabilité médicale à travers l'histoire de la médecine arabo-
musulmane. Aramco : Bulletin 2008 ; 12-13.

4. Réseau CHU

Erreurs médicales : une baisse légère en 2008. Toulouse : Rapport du Sou
médical 2008 ; 2327 : 2-5.

<http://www.macsf.fr/vous-informer/assurance-responsabilite-hopital.html>
[Consulté le 05/01/2010 à 10h45mn]

5. Institute of medicine, USA

To Error is Human

<http://www.iom.edu/Activities/Research/USHealthIndicators.aspx>
[Consulté le 25/06/2010 à 19h00mn]

6. DURRIEU D.

Le risque médical ou l'aléa médical

<http://www.legislation.gov.uk/uksi/2010/2389/regulation/2/made>
[Consulté le 25/08/2010 à 16h30mn]

7. SUZANNE.

Statistique, erreurs médicales. Québec 2008; 6 : 25-9.

<http://www.answer-my-health-question.info/medical-error-statistics.html>
[consulté le 28/10/2010 à 20h45mn]

8. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :

Erreurs médicales, une réalité inquiétante. Québec 2006; 46 : 4-6

http://en.wikipedia.org/wiki/Canadian_Institute_for_Health_Information

[consulté le 20/08/2010 à 17h15mn]

9. KOHEN M, Dr AKRAM M.

Erreur médicale, médecin et si on arrêta de trembler. Rabat: Forum info du bled, 2008.

10. BEKKAT.

L'erreur médicale cherche législation. Alger : monde actu 2010; 14.

11. <http://www.cefib.com/actu17.html> [consulté. le 12/01/2010 à 14h]

Etablissements sanitaires au Mali, enquête de la responsabilité médicale.

12. http://www.malijet.com/la_societe_malienne_aujourd'hui/responsabilite_medicale_objectif_zero_defaut.html [consulté. Le 26/02/2010 à 20h]

Responsabilité médicale: objectif zéro défaut.

13. PETON P.

Responsabilité médicale. Paris: Revue de formation sur le risque médical 2001;3: 25-9.

<http://sciencestage.com/d/587856/-medical-historiography-at-the-time-of-the-revolution-the-french-and-italian-experience-.html>

[Consulté le 02/04/2010 à 20h45mn]

14. MALICIER D.

Responsabilité médicale pénale; civile; administrative et disciplinaire. Paris: Revue du praticien, 2001: 51, 1001-1006.

15. Code de santé publique de la République de France

16. Décret N°-92-0731P-CTSP portant promulgation de la Constitution de la République du Mali.

17. Annexé à la loi n°86-35/AN-RM du 12 Avril 1986 portant institution de l'ordre national des médecins: Code de déontologie de la République du Mali

18. Loi N°01-079 du 20 Août 2001 portant Code pénal de la République du Mali.

19. MOUILLET E.

Système de référence /4 centre de documentation, ISPED 12/200

20. Centre National de documentation et d'information sur la femme et l'enfant (CNDIFE). Mali, Spécial 08 Mars, 2010.

<http://www.primature.gov.ml> [consulté le 07 Décembre 2010 à 23h].

21. KIEFFER VS.

Quelle formation pour le médecin généraliste, psychothérapeute de fait ?

Thèse med. Nancy 2010.

22. Dr GERARD B.

Recommandation de bonne pratique (**RBP**). Paris : Dossier médical, 2001: 4.

23. ASSINA GS.

Pratique de l'anesthésie au Tchad en 2001, situation actuelle et perspective d'amélioration. Thèse med. Abomey-Calavi 2001.

24. Code civil de la république de France.

25. ESPER C.

La responsabilité juridique du médecin. Paris: 2002

26. Code de déontologie de la république de France.

27. STARKEY JL, MAEDA S.

La déclaration des décès des patients à la police et la poursuite pénale des prestataires de soins de santé. Docteur en infraction pénale 2008; 4: 25-6.

28. CONKLIN LS, BERNSTEIN C, BARTHELEMY L, HENKER MO.

Faute médicale en gastro-entérologie. USA 2005

ANNEXES

Fiche de consentement N°

Bonjour Docteur,

Dans le cadre d'une étude que nous menons au niveau de la commune IV, nous aimerions recueillir auprès de vous certaines informations.

Ces informations sont anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de l'étude et dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux malades.

Etes-vous d'accord de répondre à nos questions?

OUI /...../

NON /...../

MERCI

Questionnaire pour les médecins (cette enquête est volontaire)

1) Numéro : _____ \

2) Qualification :

3) Expérience professionnelle: _____ \

A : inférieur à 5ans B : 5- 10 ans C : 11- 15 ans

D : 16-25 ans E : supérieur à 25 ans

4) âge : _____ \

A : 25-34 B : 35-44

C : 45-54 D : 55 et plus

5) sexe : _____ \

1 - masculin

2 – féminin

6) Statuts professionnel _____ \

1-Public

2-Privé

7) Connaissez-vous les conséquences juridiques en cas de faute médicale?

_____ \

1-Oui

2 - Non

8) est-ce que vos malades ont un dossier médical ?

_____ \

1- toujours

2- souvent

3- non

9) votre plateau technique est-il ? _____ \

1- suffisant

2 - acceptable

3 - insuffisant

10) connaissez-vous le code de déontologie médical ? ____\

1 - en entier

2 -en partie

3 - non

11) connaissez-vous la responsabilité médicale ? ____\

1 - oui

2 - non

12) vos patients sont-ils informés du diagnostic ? ____\

1 - oui si la maladie est curable

2 - oui si la maladie est incurable

3 - non

13) vos patients sont-ils informés des choix thérapeutiques possibles ?

____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

14) vos patients sont-ils informés de la nature et de l'intérêt des examens para cliniques ? ____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

15) obtenez-vous le consentement des patients avant le traitement

____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

16) vos patients sont-ils informés des effets secondaires ? ____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

17) vos patients sont-ils informés du pronostic ? ____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

18) vos patients sont-ils informés des modalités de surveillance ?

____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

19) en cas de chirurgie:

-a le patient est-il informé des risques liés à l'acte ? ____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

-b le patient est il informé des risques immédiats ? ____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

-c le patient est il informé des risques lointains ? ____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

20) vos patients sont-ils informés du risque de rechute ? ____\

1 - oui toujours

2 - oui souvent

3 - non

21) savez-vous les conséquences juridiques en cas de non obtention du consentement éclairé ? ____\

1 - oui

2 - non

-si oui lesquelles?

* responsabilité disciplinaire ____\

* responsabilité administrative ____\

* responsabilité civile ____\

* responsabilité pénale ____\

22) En cas de décès suite à une méthode de diagnostique ou thérapeutique quel

type de responsabilité médicale peut-être engagée ?

* responsabilité disciplinaire ____\

* responsabilité administrative ____\

* responsabilité civile ____\

* responsabilité pénale ____\

23) avez-vous été poursuivi à la justice par un patient ____\

1 - oui

2 - non

24) êtes-vous d'accord qu'on poursuit les médecins ____\

1- non quelque soit la faute

2 -oui en cas de faute grave

3 - oui quelque soit la faute

Fiche de consentement N°

Bonjour Maître,

Dans le cadre d'une étude que nous menons au niveau des six (6) Tribunaux de Première Instance du District, nous aimerions recueillir auprès de vous certaines informations.

Ces informations sont anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de l'étude et dans le but d'améliorer la qualité de la pratique de l'exercice médical.

Etes-vous d'accord de répondre à nos questions?

OUI /...../

NON /...../

MERCI

Questionnaire pour les magistrats (cette enquête est volontaire)

1- Numéro: /...../

2- Sexe: /...../

A : Masculin

B : Féminin

3- Age : /...../

A : 30-40 ans B : 41-50 ans C : 51-60 ans Supérieur à 61 ans

4- Expérience professionnelle: /...../

A : Inférieure à 5 ans, B : 5-10 ans, C : 11- 15 ans,

5- Avez-vous déjà participé au procès d'un médecin? /...../

A : Oui

B : Non

6- Combien de procès ont lieu dans votre structure en 2009 ? /...../

7- Combien de cas concernait le corps médical ? /...../

8- Etes-vous d'accord qu'un médecin soit poursuivi ? /...../

A : Oui

B : Non

9-Quelles sont les circonstances de poursuite d'un médecin ?

.....
.....
.....
.....

10- Est-ce que l'expertise médicale est toujours faite en cas de poursuite d'un médecin ? /...../

A : Oui

B : Non

11- Si oui, comment ?

.....
.....
.....

12- Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

13-Quelle est la différence entre un médecin du secteur publique et celui du secteur privé en matière de poursuite judiciaire ?

.....
.....
.....

15- Le code de déontologie est t'-il utile dans le procès d'un médecin ?

/...../

A : Oui

B : Non

16- Quelles sont les sanctions prévues pour un médecin en république du Mali ?

.....
.....
.....

17-Quelles sont les bases légales de la responsabilité médicale en république du Mali (les textes utilisés en cas de responsabilité d'un médecin)

.....
.....
.....
.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Daouda Amara

E-mail : dionina05@yahoo.fr

Titre : La problématique de la responsabilité médicale en Commune IV et dans les six (6) Tribunaux de Première Instance du District de Bamako.

Année de soutenance: 2010-2011

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêts : Médecine légale, Santé publique.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective de type transversal effectué au niveau de la commune IV et des six Tribunaux de Première Instance du District de Bamako. Notre étude avait pour but d'étudier la problématique de la responsabilité médicale.

Nous avons interrogé 61 médecins en Commune IV et 20 magistrats dans les différents Tribunaux de Première Instance.

La majorité des médecins exerçaient dans le secteur public (63,9%) avec un plateau technique insuffisant (34,4%).

Les médecins qui connaissaient les conséquences juridiques en cas de faute médicale étaient de 34,4%.

Les médecins qui obtenaient toujours le consentement éclairé des patients avant la prise en charge représentaient 57,4%.

Les médecins qui donnaient toujours les informations aux patients sur les risques liés à l'acte médical étaient de 39,3%.

Les médecins qui avaient déjà été poursuivie en justice étaient de 3,3%.

Mots clés: responsabilité médicale, consentement, poursuite judiciaire, Commune IV, tribunal de première instance.

FICHE SIGNALITIQUE

Name: TRAORE

Surname: Daouda Amara

E-mail: dionina05@yahoo.fr

Title: The issue of medical liability in Commune IV and six (6) trial courts of the District of Bamako.

Defense year: 2010-2011

Instead of filing: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odonto-Stomatology.

City of defense: Bamako

Country of Origin: Mali

Area of Interest: Forensic Medicine, Public Health.

Abstract:

This is a prospective study conducted cross-sectional level IV of the town and six trial courts of the District of Bamako.

Our study aimed to examine the issue of medical liability.

We interviewed 61médecins in Commune IV and 20 judges in various courts of first instance.

The majority of physicians practiced in the public sector (63.9%) with a technical insufficient (34.4%).

The doctors who knew the legal consequences in case of medical malpractice were 34.4%.

Doctors who always the patients' consent before treatment represented 57.4%.

Physicians who always gave information to patients about the risks of treatment were 39.3%.

Physicians who had been prosecuted were 3.3%.

Keywords: medical malpractice, consent, legal action, Commune IV, Court of First Instance.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure !!!