

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

**Université des Sciences, des Techniques
Et des Technologies de Bamako**

Faculté de Pharmacie



Année Universitaire 2013/2014

Thèse N°...../2014

THESE

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRATIQUE MEDICALE PAR LA REDUCTION DU CONTENTIEUX EN MATIERE MEDICALE

Présentée et soutenue publiquement le ----/----/2014

Devant la Faculté de Pharmacie

Par NGASSOP TCHOUGON Cédric Carel

Pour l'obtention du grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat).

JURY :

Président :

Pr Amadou DOLO

Membres :

Dr Lasseni KONATE

Maitre Mamadou SAMAKE

Codirecteur :

Dr Moussa SANOGO

Directeur de thèse :

Pr Saibou MAÏGA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail:

A DIEU TOUT PUISSANT,

Sans lui rien n'est possible !

*Chez qui j'ai puisé toute l'énergie, l'inspiration et surtout la base spirituelle nécessaire pour
pouvoir passer toutes ces années loin de ma famille et surmonter les obstacles de la vie !*

A Mlle NGASSOP NOULEKA Millie Nævia

Tu as toujours été ma source primordiale de motivation, Dieu seul peut témoigner des émotions qui m'envahissent quand je tape ces mots...Puisse-t-il me donner la force de discernement afin que je puisse t'éduquer dans ce qui est vrai. Je t'aime ma fille.

A MON PAPA TCHOUGON LOWE ROGER,

« Les génies nourris de l'humanité sont grands. »

A ce moment où je remplis la première partie de notre contrat, je me joins en cœur avec mes frères, hier comme aujourd'hui, aujourd'hui plus qu'hier, et nous te disons une fois de plus :
MERCI.

A MA MAMAN WETE HORTENSE JOSEE,

Je t'aime très fort, il n'existe pas de mots pour dire jusqu'à quel point ! Tu as été toujours près de nous tes enfants, toujours attentionnée, prévenante et soucieuse de notre avenir.

Merci maman pour tout l'amour et pour tous les sacrifices consentis pour l'éducation de tes enfants !

Merci maman pour avoir supporté toutes mes caprices à la maison!!!

Que DIEU TOUT PUISSANT te prête longue vie, pleine de santé et de bonheur afin que nous tes enfants puissions continuer à profiter de ta sagesse et de ton affection.

A MES FRERES NGOPDOP TCHOUGON ALEX ET WETE TCHOUGON STEVE JOHAN,

Vous êtes toujours pour moi une source de responsabilité et de joie qui j'espère, ne tarira jamais. Je suis fier d'être votre grand-frère et j'espère toujours être à la hauteur. En témoignage de l'amour fraternel, ce travail est aussi le vôtre. Je vous souhaite plein succès dans vos études.

A MLLE DJOUBI KENMOE NANCY SONIA,

Chérie, tu me rends meilleur, avec toi j'ai le courage et la conviction de surmonter les obstacles de la vie. Je sais que je n'ai pas toujours été présent comme il le fallait, mais sache que je prie DIEU pour qu'il puisse m'accorder le temps de te rendre heureuse.

Je te demande PARDON pour mes manquements et pour les blessures infligées. Ce travail est le fruit de ta patience, et de tes encouragements.

Je n'oublierai jamais ce que tu as fait pour moi durant ces années d'études générales. Comme je vous aime Mademoiselle.

A LA FAMILLE LOWE,

L'opportunité m'est donnée en cette occasion pour vous adresser mes sincères remerciements, vos conseils et votre soutien m'ont été d'un grand intérêt durant tout mon cursus ; Que cette thèse soit pour vous un gage de ma reconnaissance.

A MES ONCLES ET TANTES,

Merci d'avoir veiller sur moi, et mes frères comme des anges gardien. En plus des rôles d'oncle et de tante ; vous avez été comme de père et mère dans notre vie. Je ne pourrais jamais oublier. Merci !

REMERCIEMENTS

AU Dr. ALHOUSSEINI FATOUMATA MAIGA et à tout le personnel de la pharmacie KENEYA auprès de qui j'ai effectué mes stages officinaux.

A MON GRAND-PERE, PAPA NGOPDOP MANFRED, et MA TANTE ADELE (in memorium)...

Que la terre de nos ancêtres vous soit légère.

AUX FAMILLES NIASAN, NGUITH, BANENI,

De mes premiers cris à ce jour, vous avez toujours été présent à mes yeux, dans les moments de joie comme dans la détresse. Vous avez contribué à forger la personne que je suis. Derrière ces quelques mots, recevez toute ma reconnaissance, ma gratitude et mon vœu ardent de voir votre progéniture suivre le chemin de l'excellence.

A SEUMO KUITCHA CEDRIC, ABDEL HABIB ADAMOU, KAMBI ARMELLE STEPHANIE,

Tel un enfant marque ses premiers pas, vous avez été présent quand je faisais les miens au Mali, aujourd'hui l'on a grandi, et l'on n'oublie pas combien vous comptez, puisse l'éternel nous donner l'occasion de se rencontrer à nouveau. Je vous souhaite une belle carrière de Médecin.

AU Dr TASSENG KUI TE YANNICK,

Merci pour ta disponibilité et ton amitié. Que Dieu te bénisse.

A GAPINGSI SADO CHRISTIAN,

Le hasard nous fait rencontrer des personnes, mais c'est nous qui décidons de les garder dans nos vies. Tu fais partie de ces personnes-là que je veux garder. Merci pour ton amitié inconditionnelle.

A NIASAN NOGMIS KEVIN JUNIOR,

Tes oreilles ont toujours prêté attention quand mes lèvres s'agitaient. Sache que je suis hyper heureux de te connaître. Ce travail est le tien, je te prie de t'en vanter. Je te souhaite tout le meilleur du monde mon petit-frère, mon ami.

A MES COLLEGUES SANDRINE OMOCK MOUDJONGUE, JEAN CLAUDE EWANE EPOTE, TONY ZITTI, SERGE AHANOGBE, GUILLAUME AMES, KADER TOURE, YOUSOUF DIARRA

La science nous a permis de nous rencontrer, je vous remercie énormément pour ce que j'ai appris à vos côtés. Je vous souhaite une belle carrière de pharmacien (e)

A MES AMIS, GNAMSI GNAMSI EMMANUEL L, TOCHAP KAMPTCHOUM ROLAND, SOH NTSO VICKY GHISLAIN, DJIEPENG BOUJEKA FLORA, GNIENG BOUJEKA ALINE SANDRA, METEING RAOUL, WANDJI YANNICK ROUSSEL, NSOA NYOGA PAUL, NKAMTCHE DIANE, NOPA FRANCK, ESTELLE NTOUKO, NGO NYOGA SOPHIE, MADJOUKO KAMDEM LAURE, ET A TOUS LES HOMMES GENEREUX

Ceci est le fruit des moments que j'ai passé avec vous. Que le seigneur vous prête longue vie.

A l'AEESCM : Merci pour être une véritable école de la vie et pour l'ambiance de la communauté camerounaise au Mali!

A la Promotion SPARTE, ma promotion

Soyons Prêt A Réussir Tous Ensembles

Pour ce temps passé ensemble, nous avons été plus que des camarades. Préservons ce qu'il y a de précieux. Bon vent à nous tous !

A MA FAMILLE DE BAMAKO, Pamela Christelle SAMIZA AZANGUE, NOUNGA NYANKEE ROMUALD, JOVIE, NIASAN KEVIN, SEUMO Cédric,

Vous avez été pour moi vraiment une famille, ensemble on a vécu des bons et des mauvais moments. Rien à dire, beaucoup à raconter...

A la famille des pharmaciens, « LES GALIENS »

Pour tout le temps passé ensemble dans une atmosphère de fraternité et de convivialité, gardons ce lien précieux dans la vie future.

A MES AMIS, MARTIAL MFASSEU, HERMAN NGALEU, SIMPLICE DJOMZO, THIERRY NGAKO, YANNICK JAMES LANGOUO, FRANCK MERLIN OMAM, ZIBI ONANA FRANKY LEONEL, ERNEST FOGUE, TAFOGOUM ANICET...

La science nous a permis de nous rencontrer, l'amitié nous a permis de nous rendre compte que nous avons la même vision du futur et beaucoup de grandes ambitions !

Au Dr THIERRY TAKAM et Mlle NATACHA KAMDEM

Pour tout le soutien, et les beaux moments passés avec vous.

J'oublie certainement beaucoup de tantes, oncles, cousins, amis de la famille et amis personnels. Cela n'est que pure omission. Veuillez accepter mes excuses !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury:

Professeur Amadou DOLO

Professeur en Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odontomatologie

Chef du département de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Membre fondateur de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)

Coordinateur du DES de gynécologie Obstétrique

Président de la cellule Malienne du réseau africain de prévention de la mortalité maternelle.

Point focal de la vision 2010+ 5 au Mali.

Chevalier de l'ordre national du Mali

Cher maitre,

C'est un honneur pour nous de vous avoir comme président du jury.

La notoriété dont vous bénéficiez au sein du monde médical et de la faculté atteste que pendant de nombreuses années, vous avez toujours accompli votre devoir avec dévouement et amour pour le bien-être et l'épanouissement de vos étudiants.

Cher maitre, nous vous prions d'accepter le témoignage de nos sentiments distingués et respectueux.

A notre Maitre et membre de Jury :

Docteur Lasseni KONATE,

Chevalier de l'ordre national du Mali

Médecin spécialiste en gestion des soins de santé

Expert en droit de la société

Chargé de cours de responsabilité médicale au master de santé publique du DER (FMOS)

Ancien secrétaire général du ministère de la santé

Ancien directeur national de la santé

Ancien inspecteur en chef de la santé

Ancien directeur d'hôpital

Membre de la commission d'éthique pour la santé

Honorable maitre,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples obligations.

Nous avons été séduits par la spontanéité avec laquelle vous nous avez acceptés. Votre disponibilité permanente et votre simplicité font de vous un maitre exemplaire.

Recevez cher maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A notre Maitre et membre de Jury :

Maitre Mamadou SAMAKE

Avocat à la cour

Titulaire du cabinet de conseil Portalis

Avocat conseil de plusieurs établissements hospitaliers au Mali

Chargé de cours au Master en santé publique du DER (FMOS)

Honorable maitre,

Nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans ce jury malgré vos nombreuses occupations professionnelles.

Trouver ici le témoignage sincère de notre profonde reconnaissance et de toute notre gratitude.

A notre Maitre et Co-directeur.

Dr Moussa SANOGO

Pharmacien spécialiste en gestion hospitalière, PhD en santé publique

(Faculté de médecine de l'université de Montréal)

Membre du conseil d'administration du réseau des hôpitaux d'Afrique, de l'océan indien et des caraïbes (RESHAOC)

Consultant expert de l'organisation Ouest africaine de la santé (OOAS)

Chargé de cours de méthodologie de la recherche au DER de santé publique de la FMOS.

Directeur général adjoint de l'hôpital Gabriel TOURE

Cher maitre,

Vous nous avez acceptés auprès de vous pour nous former sans ménager votre peine.

Votre assiduité dans le travail, votre disponibilité et vos conseils nous ont très favorablement marqués.

Permettez-moi, cher maitre de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration.

A notre Maitre et Directeur de thèse.

Professeur SAIBOU MAIGA

Maitre de conférence en législation à la faculté de pharmacie

Membre du conseil national de l'ordre des pharmaciens du Mali

Membre du comité d'éthique à la Faculté de pharmacie

Membre du comité national d'éthique

Membre du comité de pharmacovigilance à la faculté de pharmacie

Chef du DER des sciences pharmaceutiques à la faculté de pharmacie

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant, malgré vos multiples occupations, de diriger ce travail de thèse.

Vos qualités humaines et intellectuelles, mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionné.

En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes.

Veillez recevoir cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

CHU PT G : Centre hospitalo-universitaire du Point G

CHU GT : Centre hospitalo-universitaire de Gabriel Touré

ANEH : Agence nationale d'évaluation des hôpitaux.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INDEX DES TABLEAUX

<u>TABLEAU 1</u> : Répartition des années d'expérience selon le type de personnel et l'établissement hospitalier.....	25
<u>TABLEAU 2</u> : Survenue des situations conflictuelles selon le type de personnel et l'établissement hospitalier.....	25
<u>TABLEAU 3</u> : Motifs d'absence des situations conflictuelles selon le type de personnel et l'établissement hospitalier.....	26
<u>TABLEAU 4</u> : Existence d'un mécanisme interne de gestion des cas conflictuels selon le type de personnel et l'établissement hospitalier.....	27
<u>TABLEAU 5</u> : Appréciation du personnel à la nécessité d'un mécanisme de gestion interne des conflits selon l'établissement hospitalier.....	28
<u>TABLEAU 6</u> : Importance de la formation continue comme facteur de promotion de la responsabilité médicale selon le type de personnel et l'établissement hospitalier.....	29
<u>TABLEAU 7</u> : Impact de la formation continue sur les relations soignants-soignés selon le type de personnel et l'établissement hospitalier.....	30
<u>TABLEAU 8</u> : Connaissance de l'existence de la charte des malades selon le type de personnel et l'établissement hospitalier.....	31

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. OBJECTIFS.....	3
✓ Objectifs Généraux	
✓ Objectifs Spécifiques	

GENERALITES

1. RAPPELS DE QUELQUES EVENEMENTS INDESIRABLES	6
1.1 Cas du CHU Gabriel TOURE.....	6
1.1.1 Fonctionnement de la commission de médiation.....	6
1.2 Cas du CHU de POINT G.....	8
2. LE CADRE JURIDIQUE DE LA PRESTATION DES SOINS.....	9
2.1 La charte du malade.....	9
2.2 La loi hospitalière.....	7
2.3 Le code de déontologie des médecins.....	10
3. RAPPEL SUR L'ORGANISATION DE L'HOPITAL.....	11
3.1 Les principes de base de fonctionnement de l'hôpital.....	11
3.2 Organisation administrative et organes de gestion de l'hôpital.....	12
3.3 Les Organes consultatifs de gestion.....	13
3.4 Les Services hospitaliers.....	14
4. ELEMENTS DE RESPONSABILITE DU PROFESIONNEL DE SANTE DANS LE CADRE DE SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	14
4.1 Les responsabilités sources de sanctions.....	14
4.1.1 La responsabilité disciplinaire.....	14
4.1.2 La responsabilité pénale.....	16

4.2 Les responsabilités sources d'indemnisation.....	17
4.2.1 Les conditions des responsabilités réparatrices.....	17
4.2.2 Nature des responsabilités réparatrices.....	18
4.2.2.1 La responsabilité contractuelle.....	18
4.2.2.2 La responsabilité délictuelle.....	19
4.3 Formes des responsabilités réparatrices.....	20
4.4 Responsabilité selon l'auteur du fait.....	21

TRAVAUX PERSONNELS

1. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	23
1.1 Lieu d'étude.....	23
1.2 Type d'étude.....	23
1.3 Période d'étude.....	23
1.4 Population d'étude.....	23
1.5 Outils et méthode de collecte des données.....	23
1.6 Analyse et Interprétation des Résultats.....	24
2. RESULTATS ET ANALYSES.....	26
3. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	34
3.1 Limites de l'étude.....	34
3.2 Difficultés rencontrées durant l'étude.....	34
4.3 Problèmes énoncés	34
4.4 Résultats essentiels.....	34

4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....39

5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....42

ANNEXES :

- 1. Questionnaire pour les médecins**
- 2. Questionnaire pour les infirmiers et sages-femmes**
- 3. Questionnaire pour le personnel administratif**
- 4. Serment de GALIEN**
- 5. Décision N° 0092/DG-HGT portant création d'une commission de médiation à l'Hôpital Gabriel TOURE**

INTRODUCTION

1. Introduction

De nos jours un établissement hospitalier est considéré comme une organisation complexe. Cette complexité découle inéluctablement de la multiplicité des rôles, des acteurs, et des techniques, des attentes des usagers et celles des pouvoirs publics. Chacun, d'une manière ou d'une autre a un rôle à jouer dans la prise en charge médicale. Il incombe donc à chaque intervenant de cette chaîne une responsabilité vis-à-vis de la tâche à laquelle il est assigné.

Selon le lexique des termes juridiques, par définition la « responsabilité est l'obligation de répondre d'un dommage devant la justice et d'en assumer les conséquences civiles, pénales et disciplinaires (soit envers la victime, soit envers la société) ». [1]

Conséquemment, la responsabilité médicale peut se définir comme une obligation, pour un professionnel de santé ou un établissement de soins, de répondre du dommage causé à l'occasion d'un acte médical et d'en assumer les conséquences civiles, pénales et disciplinaires.

La responsabilité médicale se traduit donc par la nécessité cumulative d'une faute, d'un préjudice causé au patient et du lien de causalité entre la faute et le préjudice. Le patient et/ou ses ayants droit peut alors obtenir une indemnisation et la condamnation du professionnel de santé.

Selon l'arrêt Mercier, le professionnel de santé doit fournir tous les moyens nécessaires, au regard des données acquises de la science, pour guérir ou soulager la douleur du patient, ce qui recouvre une obligation de moyens. Il découle de l'obligation de moyens du médecin que la responsabilité médicale est une responsabilité pour faute, le médecin sera condamné que si la victime rapporte la preuve d'une faute en son contre. Il peut s'agir d'une faute médicale ou d'une faute dans l'organisation du service, d'une faute contre la science médicale notamment faute de diagnostic, faute thérapeutique, faute technique, faute de surveillance ou d'une faute contre la conscience médicale, entre autres, faute contre l'éthique et la déontologie.

En Italie, dans un journal intitulé « Italie terrorisée par les erreurs médicales », les données d'un sondage à l'eurobaromètre dans lequel montrait que 97% des italiens (le plus haut pourcentage européen, qui est sur une moyenne de 78%) considèrent les erreurs médicales comme une question cruciale, bien que seulement 18% d'entre eux (sur une moyenne européenne de 18%) déclare avoir été victime d'une erreur hospitalière directement ou indirectement. Des données diffusées par l'Ania en 2010 font ressortir qu'entre 1994 et 2007 les cas judiciaires en Italie ont augmenté de presque 300% : ils sont passés de 9.567 en 1994 à 29.543 en 2007. [2]

En France, selon un rapport du SOU MEDICAL paru en 2004, les professionnels de santé jugés à 'risque' au regard de leurs taux de condamnation sont les chirurgiens, les obstétriciens et les médecins généralistes. [3]

En effet, parmi les 78 médecins généralistes qui se sont trouvés à la barre d'un tribunal en 2010, 46 ont été condamnés. Au civil, 6 fois/10 un procès tourne désormais en défaveur du

médecin généraliste, alors que ce n'était le cas qu'une fois sur deux en 2009. Le taux de condamnation des généralistes à la barre des tribunaux a tout simplement augmenté de 10 points en un an. Et au pénal, c'est encore pire, 75%. En 2010, 78 médecins généralistes ont été amenés à s'expliquer devant un prétoire contre 100 l'année précédente. Et ce sont donc presque autant de médecins généralistes qui ont été condamnés, au civil en 2010 (46) qu'en 2009 (49). [3]

En 2011, le SOU MEDICAL révèle que, en ce qui concerne les condamnations des médecins généralistes, il s'agit souvent d'une question de prescriptions médicamenteuses, comme dans le cas du MEDIATOR. [4]

Ces publications ont généré des preuves irréfutables de l'urgence de l'action. C'est pourquoi, la Tunisie a instauré des formations en responsabilité médicale dès les années 1980.

Au Sénégal, la responsabilité médicale fait partie intégrante du système juridique, vu que le droit médical représente un module de formation dans leur faculté de sciences juridiques et politiques et cela depuis 2008. La Guinée-Conakry ne fait pas exception, vu que cet enseignement y existe depuis des décennies.

En Algérie depuis 2005, l'amélioration de la qualité des soins constitue une priorité. Les actions se sont fait ressentir par les patients et le personnel soignant de façon subjective dans le centre hospitalier universitaire de TIZI-OUZOU particulièrement.

Au Mali, sauf erreur ou omission, les textes et les règles d'éthique et de déontologie semblent être méconnus et/ou négligés par le personnel de santé. C'est la raison pour laquelle en 2008, 10 personnes ont été formées dans la discipline. Par la suite, plusieurs séminaires sur la responsabilité médicale ont été développés à Bamako et à Mopti et ont concerné environ 250 personnes. L'objectif était d'appréhender la notion de responsabilité médicale afin de les amener à prendre conscience des enjeux de la pratique médicale à travers la connaissance des textes de bases et les principes de mise en œuvre de la responsabilité médicale avec leurs sanctions. [5]

La responsabilité médicale à laquelle donne naissance la pratique médicale s'est développée au Mali dans le cadre général de la responsabilité civile à travers le régime général des obligations, le régime de droit administratif et le régime de sanction à travers le code pénal et les différents codes de déontologie. Le présent travail ambitionne de comprendre le processus d'appropriation des différentes dimensions de la loi, ce qui constitue les enjeux majeurs dans le cadre de la pratique médicale.

II. OBJECTIFS

1) Objectif général

Contribuer à améliorer la pratique médicale par la promotion de la formation en responsabilité médicale.

2) **Objectifs spécifiques**

1. Identifier les cas d'incidents critiques survenus dans les Hôpitaux du Point G et de Gabriel Touré.
2. Evaluer le niveau de connaissance du personnel par rapport aux notions de responsabilité médicale.
3. Proposer des solutions en vue d'une meilleure appropriation du concept de responsabilité médicale dans les établissements hospitaliers.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. RAPPELS DE QUELQUES EVENEMENTS INDESIRABLES SURVENUS AU CHU GABRIEL TOURE ET DU POINT G.

Les entretiens avec le personnel administratif et les professionnels de santé sur la question de responsabilité médicale ont permis de recueillir les informations suivantes :

1.1 CAS DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE

Au vue des multiples plaintes enregistrées par l'Administration de l'Hôpital GABRIEL TOURE, il a été créé une commission de médiation entre l'hôpital et les usagers. Ceci pour trouver une solution à l'amiable aux nombreux cas de plaintes.

Elle a vu le jour le 17 juillet 2013 par la décision n°092/DG-HGT en application de l'article 27 de l'arrêté 08-2716 du 16 octobre 2008 portant charte du malade.

Elle est présidée par un professeur titulaire et composée de 6 autres personnes dont le représentant des consommateurs au conseil d'administration de l'hôpital.

1.1.1 FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE MEDIATION.

La commission a tenu sa première réunion ordinaire le 26 Aout 2013. Les plaintes, reçues par le Directeur général, sont imputées et enregistrées par la secrétaire du président de la commission, qui se chargera ensuite de la copie et de l'envoi des correspondances à chaque membre.

Pour la tenue de la réunion, le quorum est atteint chaque fois que quatre (4) membres sont présents. Elle est tenue le dernier jeudi du mois et dure deux heures pour plus d'efficacité. Les dossiers sont envoyés au moins une semaine avant la tenue de la réunion. Tous les dossiers reçus après cette période ou dans l'intervalle ne sont pas examinés lors de la réunion programmée.

Cependant le président pourra juger de l'opportunité de l'examen des dossiers reçus après la période sus indiquée compte tenu de leur sensibilité. Ainsi, une fois la plainte transmise à la commission, l'Administration se fera le devoir d'informer le plaignant par écrit en lui indiquant que sa plainte a été transmise à la commission de médiation qui devrait le contacter incessamment.

Il est important de noter que depuis la mise sur pied de la commission de médiation, il a été enregistré 4 cas de plaintes selon le rapport d'activité de cette commission, depuis Aout jusqu'en décembre 2013. Il s'agit entre autre de :

- a) Lettre de monsieur X adressée au directeur de l'hôpital, l'informant d'un incident qui s'est produit au service d'obstétrique.

La commission de médiation a mené une enquête et il en ressort que : il s'agit d'un étudiant en 2^{ème} année CES qui a pris de l'argent à un usager contre un geste médical que l'on devait réaliser sur un patient interné. Des sanctions pédagogiques ont été prises, consistant à invalider son stage dans le service et la non validation de l'année d'études, la restitution des 2000 FCFA empochés et la présentation d'excuses au plaignant (qui se fera le devoir de régulariser au bureau des entrées).

Ainsi, la direction se fera le devoir d'inviter Monsieur X à s'adresser à la commission de médiation pour la notification de la décision prise à l'encontre de l'étudiant indélicat.

- b) Plainte de Dr AB contre Monsieur TA, caissier au CHU Gabriel TOURE pour agression.

A l'analyse de ce dossier, après une discussion fructueuse, il a été décidé d'entendre Monsieur TA et le régisseur des recettes aux fins d'éclairer la lanterne de la commission.

A la lumière de tout ce qui précède, la commission de médiation décide de ne pas infliger de sanction à Monsieur TA.

La commission de médiation recommande que Monsieur TA change de comportement vis-à-vis des usagers en se débarrassant de son tic (juron) sous peine de se voir relever de ses fonctions de caissier en cas de récidive.

- c) Plainte de Madame UV, pour manque de respect de la part de deux agents du service des urgences.

A la lumière des débats autour de ce dossier, il a été retenu d'adresser une correspondance à la direction de l'hôpital, l'invitant à faire parvenir à la commission la version écrite des faits de l'équipe de garde du 16 novembre 2013 du SAU et leur identité après enquête du chef de service.

Par la suite, madame UV sera conviée pour lui donner les explications sur les difficultés que traverse le SAU, afin qu'elle puisse servir de relais entre l'hôpital et les usagers.

- d) Correspondance du Ministre de la santé adressée au directeur général de l'hôpital pour rendre compte de la prise en charge de Feu D, 21 ans admis au SAU le 27octobre 2013.

Ce dossier est sous la gestion directe du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, pour

lequel il demande le rapport de tous les intervenants dans la prise en charge du dossier.

1.2 CAS DU CHU DE POINT G

En ce qui concerne le CHU de POINT G, une structure interne de gestion des cas conflictuels reste encore informelle. En cas de litiges, il est rapidement mis sur pieds une commission composée du :

- Directeur général
- Directeur général adjoint
- Surveillant général
- Le chef du personnel
- Le chef du service concerné par le litige.

Rappelons qu'au cours de l'année 2013, ils ont eu à gérer plusieurs cas de plaintes des usagers. Il s'agit de :

- a) Cas de monsieur ID, âgé de 53ans, de nationalité guinéenne qui a été admis dans le service d'urologie le 07 juillet 2009 pour lithiase rénale droite.

Dans son histoire, sa maladie remonterait à 7 mois environ marquée par des lombalgies droites, à type de colique néphrétique, calmées par des antalgiques usuels et la position couchée. Il avait consulté dans le centre de santé de Siguiri, où il lui a été conseillé une consultation spécialisée. Malheureusement suite à des erreurs de traitement, il subit huit (8) interventions chirurgicales. L'on a extrait volontairement son rein droit qui ne présentait aucune anomalie. Il a ensuite subit une éventration et l'extension de son genou droit qui ne se plie plus après 17 mois d'immobilisation.

Monsieur ID, après avoir adressé une plainte à Monsieur le Ministre malien de la santé S/C du Directeur du Point G, l'Hôpital du Point G a accepté de l'évacuer sur la Tunisie en prenant l'engagement de gérer tous les problèmes liés à son traitement. Malheureusement, quand il a été en Tunisie, il a été renvoyé du centre hospitalier qui l'avait accueilli vers le Mali, sans avoir terminé ses soins par manque de financement du second volet de son traitement, qui concernait son genou droit. Ceci nécessitait une opération avec prothèse et l'éventration à son retour de la Tunisie, il ne fut écouté d'aucune autorité administrative de l'Hôpital du Point G.

- b) Cas de Monsieur HD âgé de 63 ans a été admis dans le service d'urologie le 02 Aout 2010 pour dysurie et pollakiurie.

Il en est ressortit avec une sténose urétrale, défaillance mictionnelle et impuissance sexuelle.

La sténose urétrale résulte de la mise à l'urètre d'une sonde non appropriée, c'est-à-dire beaucoup plus grosse de calibre que celle qui a été prescrite, achetée par ses soins et présentée au prescripteur interne ST pour parer à toutes éventualités. La sonde prescrite était le numéro 20 tandis que celle qui a été utilisée était le numéro 24.

La négligence professionnelle est aussi à souligner dans les plaintes de Monsieur HD, car le docteur CC, en qui la confiance a été placée pour l'opération, après le geste a fait trois jours

d'absence, sans venir voir les résultats de l'acte qu'il a posé, en même temps que son assistant MD qui avait placé la sonde.

Lors de la visite du Professeur T, monsieur HD s'est plaint de douleurs, de saignement sous la pression de la sonde et d'insomnie, mais malheureusement on lui a répondu qu'on ne soigne pas des cas d'insomnies. Le patient a même dû subir une intervention chirurgicale dans des conditions pas appropriées.

La défaillance mictionnelle a été causée par l'éclatement de l'urètre, et l'impuissance sexuelle résulte d'une ablation du muscle qui sert à la défécation anale d'une part et d'autre part, à relever le pénis.

2. LE CADRE JURIDIQUE DE LA PRESTATION DES SOINS

2.1 LA CHARTE DU MALADE

Ce chapitre traite des droits et devoirs du patient lorsque ce dernier est en milieu hospitalier. Ceux-ci sont régis par la charte du malade.

Les dispositions générales de la charte du malade définissent celle-ci comme étant l'expression des droits individuels fondamentaux de chaque patient au moment où il entre en contact avec un établissement hospitalier. L'accès à un établissement hospitalier est garanti à tout individu, quel que soit leurs origines, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé. Et le chapitre 2 de la charte du malade, traitant de l'accès à l'hôpital accorde un accent particulier aux plus démunis. [7]

Une fois en contact avec la structure sanitaire, le patient a des droits et obligations envers celle-ci et inversement.

On cite entre autres :

- Le droit d'accéder à un service convenable à son état ou à sa maladie
- Le droit d'être soigné dans le respect de sa dignité humaine
- Le droit d'accepter ou de refuser une hospitalisation
- Le droit à l'information de ce qui concerne son état de santé
- Le droit à la protection de sa vie privée
- Le droit au respect de ses convictions religieuses et philosophiques [7]

En revanche, le malade doit :

- respecter le règlement intérieur de l'hôpital
- se conformer aux normes de conduites requises pour sauvegarder la sécurité de l'hôpital et la salubrité de son environnement. [7]

Le chapitre 5 de la charte du malade traitant des voies de recours stipule que : si une personne hospitalisée estime avoir subi un préjudice, elle peut saisir le Directeur de l'établissement d'une réclamation préalable en vue d'obtenir réparation. Si le patient n'est pas satisfait, soit que la demande soit rejetée, ou que l'établissement garde le silence pendant plus de 30 jours, l'auteur de la réclamation dispose des droits de recours contentieux.

2.2 LA LOI HOSPITALIERE [8]

La loi 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière a été délibérée et adoptée par l'assemblée nationale en sa séance du 20 juin 2002. Elle a été promulguée par le président de la république par la suite.

Elle traite des droits et des devoirs du malade aussi (section 1, chapitre 1 des dispositions générales) et des missions et obligations des établissements hospitaliers (section 2) entre autres.

Il en ressort donc que le malade a le libre choix de son établissement hospitalier. Un choix qui peut être limité par les capacités techniques des établissements hospitaliers, leur mode de tarification, des modalités de prise en charge dans le cadre d'un système de tiers payant et des contraintes liées à l'accès géographique ainsi qu'aux moyens de transport.

L'article 2 de cette loi établit le principe de la charte du malade et il est dit que celle-ci est affichée dans tous les services de l'établissement hospitalier. Un malade hospitalisé a le droit d'obtenir des informations contenues dans son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin.

Aux termes de l'article 7, le service public hospitalier garantit l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins d'urgence ou à des soins de référence de qualité. A ce titre, chaque établissement hospitalier est tenu d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie.

Les articles 8 à 10 précisent que des cas d'urgence doivent être accueillis et doivent recevoir des soins dans l'établissement hospitalier public sans que des formalités administratives et financières ne soient exigées au préalable. Ils doivent être éventuellement transférés, sous la responsabilité de l'hôpital qui les reçoit, lorsque cet établissement ne dispose pas de place pour les héberger. Sont reconnus comme cas d'urgence, les malades, les femmes enceintes, ou les victimes d'accident dont la vie ou l'intégrité physique, y compris celle des enfants qu'elles portent peuvent être remises en cause à bref délai.

2.3 LE CODE DE DEONTOLOGIE DES MEDECINS [9]

La déontologie médicale est l'ensemble des devoirs spécifiques des médecins et des chirurgiens-dentistes inscrits à l'ordre national des médecins. Les règles déontologiques peuvent être d'ordre moral ou juridique. 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.

Ce code régit entre autres :

- Les devoirs des médecins
- Les devoirs des médecins envers les malades
- Les devoirs de médecins en matière de médecine sociale
- Les devoirs de la confraternité
- Les devoirs des médecins envers les membres des professions médicales et paramédicales
- Les dispositions finales qui régissent que tout médecin ou chirurgien-dentiste qui souhaite obtenir une inscription au tableau de l'ordre national des médecins, 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.

C'est la raison primordiale pour laquelle en cas de dénis de droits des malades, l'ordre national des médecins, dans ses prérogatives, a le pouvoir de sanctionner le médecin incriminé. Cette sanction peut aller d'une interdiction temporaire à une interdiction définitive d'exercer la profession.

3. RAPPEL SUR L'ORGANISATION DE L'HOPITAL [8]

La principale mission de l'hôpital est de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

A cet effet, il est chargé de :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

3.1 Les principes de base de fonctionnement de l'hôpital.

Tout établissement hospitalier est tenu d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie (loi 02-050 du 22 juillet 2002).

Un patient présentant une situation reconnue d'urgence doit bénéficier d'une prise en charge thérapeutique immédiate et appropriée (y compris les médicaments), sans que puisse être exigé de lui un financement préalable.

Un dossier médical doit être constitué pour chaque malade pris en charge.

Les praticiens des hôpitaux assurent l'information des personnes prises en charge dans le respect des règles de déontologie.

L'ensemble du personnel des hôpitaux est tenu au strict respect du secret professionnel.

3.2 Organisation administrative et organes de gestion de l'hôpital.

Selon l'article 56 de la loi 02-050 portant loi hospitalière, les organes d'administration et de gestion des établissements publics hospitaliers sont :

- Le conseil d'administration
- La direction générale
- Le comité de direction
- Les organes consultatifs

- Le conseil d'administration

Selon l'article 57 de la loi 02-050 portant sur la loi hospitalière, le conseil d'administration définit la politique générale de l'hôpital et délibère sur :

- Le projet d'établissement
- Les programmes d'investissements relatifs aux travaux et équipements lourds
- Les tarifs
- Le budget
- La création des postes et emplois
- Les conventions devant être passées par l'établissement
- Le rapport d'activités
- Le rapport de gestion
- Le rapport social
- Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation
- Les créations, suppressions et transformations des structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques et des autres services
- Les actions de coopération inter-hospitalière nationale ou internationale
- Les modalités de la politique d'intéressement
- Le tableau des emplois permanents
- Les acquisitions, aliénations, échanges et affectations d'immeubles et les clauses des baux
- Les emprunts
- Le règlement intérieur
- L'acceptation et le refus des dons et legs
- Les actions judiciaires
- Les hommages publics

Selon l'article 59 de la loi 02-050 portant loi hospitalière, le nombre des membres du conseil d'administration varie de 17 à 25 personnes.

Le nombre des membres de chaque catégorie du conseil d'administration et leurs modalités de nomination sont fixés par décret pris en conseil des Ministres.

- **Le Directeur Général**
C'est un agent de la catégorie A de la fonction publique ou d'une catégorie équivalente. Il est nommé par un décret pris en conseil de ministre sur proposition du ministère de la santé. Il est investi des pouvoirs les plus larges pour engager et représenter l'hôpital en justice et dans les actes de la vie civile. Il est assisté d'un Directeur Général Adjoint qui le remplace en cas de vacance, d'absence ou d'empêchement.
- **Le Comité de Direction**
Il assiste le Directeur Général dans les actes de gestion relatifs de la vie d'hôpital. Il comprend :
 - le Directeur Général,
 - le Directeur Général Adjoint,
 - le président de la commission médicale d'établissement,
 - le président de la commission des soins infirmiers et obstétricaux.
 - Un représentant du personnel désigné par le comité technique d'établissement

3.3 Les organes consultatifs.

Ceux-ci comprennent :

- **La commission médicale d'établissement (CME)**
Elle est composée de représentants de :
 - Médecins
 - Pharmaciens
 - Chirurgiens-dentistes
- **La commission de soins infirmiers et obstétricaux**
Elle est composée de :
 - Assistants médicaux
 - techniciens supérieurs de santé

Et la présidence y est assurée par le responsable des soins infirmiers et obstétricaux de l'établissement.

- **Le comité technique d'établissement**
Ce comité donne son avis sur les questions relatives aux conditions de travail. Il est présidé par le Directeur Général et est composé de représentants des personnes élues par collèges de listes par les organisations syndicales et/ou par le personnel non syndiqué.
- **Le comité technique d'hygiène et de sécurité**
Ce comité donne des avis sur la protection de l'hygiène, la sécurité des soins et celles des personnes et des biens au sein de l'hôpital. Il est composé de représentants élus de chaque catégorie de personnel.

3.4 Les services hospitaliers.

Les établissements publics hospitaliers sont organisés en services :

1. Administratifs
2. Médicaux
3. Chirurgicaux
4. Obstétricaux
5. Pharmaceutiques
6. Médico-techniques

La pharmacie hospitalière est souvent considérée comme un service médico-technique dans certains documents.

Les hôpitaux publics peuvent offrir plusieurs catégories d'hospitalisation aux malades. Les catégories d'hospitalisation correspondent à des tarifications différentes. La catégorisation ne doit pas avoir la moindre conséquence sur la qualité des soins. La qualité des soins doit rester similaire pour tous les usagers, quelle que soit leur catégorie d'hospitalisation.

Toute cette organisation devrait contribuer à la création de la valeur ajoutée dans la distribution des prestations de soins. Dans la réalité, sauf erreur ou omission, on n'a pas l'impression que cela sert à influencer de quelque manière sur la qualité des soins d'autant plus que l'absence de qualité des soins peut être source de responsabilités qui ne concernent du reste, pas seulement le secteur public de santé.

4. ELEMENTS DE RESPONSABILITE DU PROFESIONNEL DE SANTE DANS LE CADRE DE SA PRATIQUE PROFESIONNELLE.

Pour une meilleure clarté, les différentes responsabilités seront étudiées sous 2 rubriques :

- Les responsabilités sources de sanctions
- Les responsabilités sources d'indemnisation

4.1 Les responsabilités source de sanctions

Elles concernent les responsabilités disciplinaires et les responsabilités pénales parce que celles-ci comportent plus l'idée de sanction touchant à la personne du fautif que celle de réparation : il s'agit de :

4.1.1 La responsabilité disciplinaire

Elle est engagée toutes les fois qu'un médecin viole l'une des règles professionnelles notamment celles mentionnées dans les codes de déontologie dans 5 grands domaines entre autres :

- Devoirs généraux
- Devoirs liés à l'exercice de la profession
- Devoirs en matière de recherche biomédicale

- Devoirs de confraternité
- Devoirs envers les patients.

Le règlement intérieur de l'ordre professionnel a établi la procédure disciplinaire, les sanctions ainsi que les recours judiciaires en 1986 pour la plupart des professions sanitaires.

Aux termes des lois 86-35, portant institution de l'ordre national des médecins, puis de la loi 96-032 régissant les établissements publics à caractère professionnel, la compétence en matière disciplinaire est attribuée au conseil de discipline formé par les membres du conseil national de l'ordre des médecins.

La responsabilité disciplinaire est fondée sur la faute prouvée. Elle se rapproche de la responsabilité pénale par l'exigence de la commission d'une faute par le praticien et une faute qui doit être prouvée mais elle s'en écarte par certaines spécificités de la procédure pénale.

La faute médicale peut être uniquement liée à la pratique professionnelle et ne pas intéresser par exemple le respect des règles de confraternité, l'utilisation abusive de titres ou de qualifications, les questions liées au cabinet secondaire etc...

Elle peut résulter également d'autres domaines comme :

- ✓ La révélation du secret professionnel (articles 7 et 42, code de déontologie médicale)
- ✓ La non-assistance à personne en danger (article 5, code de déontologie médicale)
- ✓ La délivrance de certificat médical de complaisance (article 23, code de déontologie médicale et articles 102-105, code pénal)
- ✓ Les Soins donnés sans prendre le consentement libre et éclairé (manquement à l'obligation d'information)
- ✓ L'utilisation de plaque publicitaire (publicité commerciale)
- ✓ L'usurpation de titre
- ✓ L'exercice illégal de la profession de médecin, pharmacien... sans être inscrit à l'ordre national des médecins, ou des pharmaciens.
- ✓ Le refus de s'acquitter de la cotisation annuelle avant le 31 mars.

Il n'existe pas de délais de délais pour saisir le conseil national de l'ordre des médecins, aucune prescription n'étant prévue. La saisine de la juridiction professionnelle ne fait pas obstacle à une action judiciaire de droit commun. Ainsi, un professionnel de santé (médecin, pharmacien ou sage-femme, infirmier et technicien de laboratoire) peut, pour les mêmes faits, être jugé par un tribunal judiciaire et devant l'Ordre professionnel.

La juridiction ordinale n'est alors liée par les décisions des juridictions de droit commun qu'en ce qui concerne la matérialité des faits.

En matière disciplinaire, seul le conseil de l'Ordre statue en ce qui concerne les professionnels du privé. Il prononce librement les sanctions, qui sont des peines professionnelles du premier degré (avertissement, blâme) et du second degré (suspension temporaire du droit d'exercer, radiation du tableau de l'Ordre).

Dans le secteur public, les sanctions sont du premier degré (avertissement, blague) et de second degré (abaissement d'échelon, exclusion temporaire, rétrogradation, révocation sans suppression des droits à pension, révocation avec suppression des droits à pension).

Il y'a ainsi deux procédures de développement de l'action disciplinaire :

- la procédure concernant le régime public (fonctionnaire)
- la procédure concernant le régime privé.

Dans les deux cas, la procédure peut être enclenchée par le président du conseil national de l'Ordre. En confiant aux professionnels eux-mêmes (des médecins) l'exercice du pouvoir disciplinaire, le législateur a entendu marquer à la fois une exigence et une confiance.

- ✓ Une exigence parce que, du fait des sanctions spécifiques qui peuvent les atteindre dans leur exercice professionnel, les médecins supportent des risques que ne connaissent pas la plupart des autres professionnels de santé.
- ✓ Une confiance parce que ce pouvoir de prononcer des sanctions et parfois des graves sanctions est confiée à des médecins élus.

Ce pouvoir juridictionnel confié à des médecins les engage profondément. C'est sur eux que les pouvoirs publics comptent pour éviter des abus préjudiciables aux malades et à la société. C'est sur eux, également que les médecins comptent pour que soit respectée, dans l'exercice d'une responsabilité tout personnel, leur liberté de décision vis-à-vis du patient.

4.1.2 La responsabilité pénale

Pour que la responsabilité pénale soit engagée, il faut que la faute soit constitutive d'une infraction dont la répression est prévue par le code pénal.

Une infraction est une action ou omission violant une norme de conduite strictement définie par un texte d'incrimination entraînant la responsabilité pénale de son auteur. Elle peut être constitutive d'un crime, d'un délit ou d'une contravention en fonction des peines prévues par les textes.

Il s'agit soit d'une action coupable ou d'une abstention coupable. Par cette faute le médecin trahit la confiance placée en lui par la société. Les fautes pénales sont nombreuses. On peut noter entre autres :

- La complicité d'infraction (article 24-25, code pénal)
- Les faux certificats, faux et usage de faux (article 102-105 du code pénal)
- L'infraction à la législation sur les stupéfiants
- La révélation et violation du secret professionnel (article 130 du code pénal)
- L'empoisonnement (article 199 du code pénal)
- L'homicide et blessures par imprudence (article 202,203 et 210, du code pénal)
- Les coups et blessures volontaires (articles 207-208 du code pénal)
- La mise en danger d'autrui (article 210 du code pénal)
- L'interruption illégale de grossesse (article 211 et 212 du code pénal)

- Le traitement d'épreuve et autres pratiques nuisibles à la santé (article 213 du code pénal)
- La non-assistance à personne en danger ou omission de porter secours (article 220-221 du code pénal)
- Le viol (article 226-227, code pénal), etc...

Les causes exonératoires de responsabilité sont la force majeure, la légitime défense, l'état de nécessité, l'ordre de la loi ou de l'autorité légitime à conditions que cet ordre ne soit pas (manifestement) une transgression de la loi.

La force majeure est au sens large, tout évènement imprévisible et insurmontable empêchant le débiteur d'exécuter son obligation ; la force majeure est exonératoire. Au sens étroit, la force majeure s'oppose au cas fortuit ; elle est un évènement non seulement imprévisible et insurmontable mais encore d'origine externe, absolument étranger à la personne du débiteur (force de la nature, fait du prince, fait d'un tiers).

La légitime défense est une cause d'irresponsabilité pénale par justification, bénéficiant à la personne qui, devant une atteinte injustifiée envers elle-même, autrui, ou un bien, accomplit, dans le même temps, un acte de défense, sauf s'il y'a disproportion entre les moyens employés et la gravité de l'atteinte. Cette disproportion est légalement présumée si, pour interrompre l'exécution d'un crime ou d'un délit contre un bien, l'auteur de l'acte de défense commet un homicide volontaire.

L'état de nécessité est une situation dans laquelle se trouve une personne qui, pour éviter un grave péril, cause à autrui un dommage de moindre importance. **La nécessité** est le caractère de ce dont on a absolument besoin.

Ordre de la loi est un fait justificatif qui exclut la responsabilité pénale de celui qui devient l'agent d'exécution de la loi.

4.2 Les responsabilités sources d'indemnisation

L'indemnisation est une réparation du préjudice subi par la victime. La responsabilité indemnitaire a uniquement une fonction de réparation totale. Elle sanctionne la déloyauté et l'incompétence ; elle est mise en jeu lorsque, de par son fait, une personne a entraîné un dommage. Le but d'une responsabilité indemnitaire n'est pas de punir un responsable mais d'indemniser la victime.

Il existe deux types de responsabilité d'indemnisation :

- La responsabilité médicale civile
- La responsabilité médicale administrative

4.2.1 Les conditions des responsabilités réparatrices

Elles exigent une faute, un préjudice et un lien entre les deux.

- a) **La notion juridique de faute** : le manquement à un devoir

Chaque individu, dans la société, a l'obligation de bien se comporter à l'égard d'autrui. La faute se définit précisément comme le manquement à cette obligation. Le bon citoyen honore les engagements qu'il a assumés par contrat : ne pas le faire constitue une faute contractuelle. Représente également une faute civile, extracontractuelle cette fois, le manquement à une obligation imposée à tous par le législateur (par exemple respecter une limite de vitesse, des normes de sécurité, etc) ou le manquement à une obligation générale indéterminée mais réelle, de respecter les règles de conduite, qui ; suivant les circonstances, les usages ou la loi s'imposent de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.

Ces responsabilités sont fondées en principe sur la faute c'est-à-dire que le médecin n'est tenu pour responsable que si la victime rapporte la preuve d'une faute à son encontre.

b) **Le préjudice ou dommage** : le dommage ou préjudice peut revêtir des formes diverses :

- Dommage/préjudice corporel entraînant une diminution des capacités physiques ou intellectuelles de la victime dont l'importance est exprimée en pourcentage d'incapacité² partielle permanente (IPP), par l'expertise : perte d'un membre, d'un organe, décès.
- Dommage/préjudice matériel : il peut s'agir de pertes de salaire, de frais de traitement, de couts de prothèse, etc.
- Sont également considérés dommage/préjudice, l'ensemble des troubles et inconvénients subis par la victime et même par sa famille ce qu'on peut appeler préjudice moral
- La responsabilité peut engendrer un dommage matériel et un dommage moral comme elle peut engendrer un dommage moral seulement.

c) **Un lien de causalité** prouvé entre la faute et le préjudice.

Pour engager la responsabilité d'un médecin, il faut non seulement prouver une faute et un dommage mais un lien entre les deux ; ce qu'on appelle causalité. Donc la causalité est le lien entre la faute et le dommage. La preuve doit être prépondérante, c'est-à-dire qu'elle doit démontrer qu'il s'agit plus que de simples possibilités.

En somme, le malade qui tente une action en justice doit démontrer au juge qu'il a été victime d'une faute, qu'il a subi des dommages et qu'il y'a un lien de causalité entre la faute et les dommages. L'expertise médicale a une place prépondérante dans cette démarche.

4.2.2 Nature des responsabilités réparatrices

La responsabilité réparatrice est contractuelle ou délictuelle, l'une exclue l'autre.

4.2.2.1 Responsabilité contractuelle.

Le contrat qui se forme entre le médecin et son patient par lequel le médecin s'engage personnellement à mettre en œuvre tous les moyens possibles pour le soigner. On admet

donc qu'un véritable accord de volontés existe entre le médecin et son patient. Le contrat est en général civil (donc pas commercial), oral ou tacite, bilatéral et intuitu personae. Comme dans tout contrat, il y a des obligations réciproques. On distingue de ce fait :

a) Les obligations contractuelles du patient.

- Suivre les conseils et prescriptions du médecin
- Acquitter les honoraires
- Respecter les dispositions du règlement intérieur de l'établissement d'hospitalisation

b) Les obligations contractuelles du médecin

Outre l'obligation d'humanisme et de mise à jour des connaissances, on peut noter :

- L'obligation de moyens

L'obligation d'un médecin est de dispenser des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, réserve faite de circonstances exceptionnelles.

Le médecin ne peut pas et ne doit pas garantir directement ou indirectement la guérison d'une maladie. Il n'y a pas d'obligation de résultat, à moins qu'il ne s'y engage lui-même.

On condamnera le médecin si l'on peut retenir contre lui une faute dans les moyens employés pour soigner : négligence, imprudence, une faute technique, ou de jugement, ou de surveillance, manque de consentement libre et éclairé (consentement informé).

- L'obligation de sécurité

L'obligation d'un médecin est d'assurer les mesures de sécurité nécessaires pour l'exécution des soins entrepris, exemple : disposer de matériel de réanimation avec source d'oxygène.

- L'obligation de résultat

Il y a obligation de résultat pour certains actes sans aléa comme en biologie ou en radiologie, et pour certains contrats comme les contrats de recherche consentie par la volonté des parties ; mais aussi pour la préservation du secret médical (secret professionnel), garantie du consentement libre et éclairé (obligation d'information).

4.2.2.2 Responsabilité délictuelle

C'est le cas où les relations praticiens/victimes ne sont pas le résultat d'un contrat. Cette responsabilité englobe en général tout le contentieux administratif de la responsabilité. C'est le cas où le patient est victime d'une faute du médecin lors de son exercice au sein d'un établissement sanitaire (public ou privé), ou d'un mauvais entretien ou une mauvaise gestion de l'entreprise hospitalière (publique ou privée).

Ainsi, le patient victime de la faute, demande réparation au responsable de l'institution en sa qualité de Directeur du service où l'acte médical préjudiciable s'est déroulé.

En principe, la responsabilité délictuelle couvre un large pan du contentieux administratif de la responsabilité et une partie moins importante du contentieux de la responsabilité civile.

En un mot, la responsabilité contractuelle touche une large partie du contentieux civil, alors que la responsabilité délictuelle couvre l'essentiel du contentieux administratif de la responsabilité.

Il s'agit le plus souvent d'une responsabilité sans faute distincte de la responsabilité pour faute prouvée dans les domaines qui n'intéressent ni le risque social, ni l'aléa, ni même la mauvaise organisation ou le fonctionnement défectueux du service.

4.3 Les Formes des responsabilités réparatrices

a) Responsabilité civile

Le principe de la responsabilité civile prévoit 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.

La responsabilité civile du praticien est engagée par le non-respect des obligations contractuelles et parfois en dehors d'un contrat. L'indemnisation accordée au patient par le tribunal couvrira les dommages :

- Matériel : il s'agit de remboursements des frais de soins de manque à gagner ou de la perte de salaire
- Moral : les souffrances et les troubles dans la vie inhérents aux dommages causés exemple : perte d'un être cher
- Corporel : perte d'un organe ou d'un membre ou bien dommage de nature esthétique.

Il est indispensable que les médecins contractent une assurance contre les risques inhérents à l'exercice de la profession. Ainsi, il a été fait obligation aux établissements hospitaliers publics de conclure des contrats avec les compagnies d'assurance. Quant aux privés, chacun devra conclure individuellement une police d'assurance.

On peut noter ici que certains organismes à caractère professionnel (ordre des avocats, des huissiers de justice, etc..) ont des dispositions dans leurs textes fondamentaux qui instituent une telle assurance pour couvrir les risques professionnels.

b) Responsabilité administrative (celle de l'administration)

Elle couvre les dommages causés par les médecins et auxiliaires médicaux qui travaillent dans le secteur public. Elle couvre les préjudices causés par ces institutions soit en raison d'un mauvais fonctionnement soit en raison du manque de contrôle de la marche de ces dernières.

Le contentieux de cette responsabilité est de la compétence des juridictions administratives.

La responsabilité administrative est à la fois une responsabilité pour faute et une responsabilité sans faute liée au service. La victime, en attaquant l'administration est certaine d'obtenir le montant de la réparation, objet de la condamnation puisque l'administration est toujours solvable ce qui n'est pas vrai pour l'agent fautif qui est dans la plupart des cas insolvable.

Il est à signaler que les cas de retour de l'administration contre ses agents pécuniairement sont pratiquement rares sinon inexistantes ceci s'explique par la raison essentielle que le retour contre l'agent peut provoquer une paralysie des initiatives des agents et même un ralenti de l'action administrative.

4.4 La Responsabilité selon l'auteur du fait

Le fondement de la responsabilité civile est le code civil ou régime général des obligations (Articles 125, 140, 149). Ainsi, on peut distinguer 3 types de responsabilités civiles d'autant plus applicables aux professionnels de santé que l'article 1^{er} de ce texte dispose que sauf dispositions particulières, la présente loi s'applique sans distinction aux obligations civiles et commerciales. Entre autres dispositions, on peut citer :

a) La responsabilité du fait personnel.

Toute personne qui, par sa faute, même d'imprudence, de maladresse ou de négligence cause à autrui un dommage est obligée de le réparer (article 125 du régime général des obligations).

b) La responsabilité du fait d'autrui

On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre (article 140 du régime général des obligations).

c) La responsabilité du fait des choses

Toute personne est responsable du dommage causé par le fait des choses ou des animaux dont elle a la garde. (Article 149 du régime général des obligations).

METHODOLOGIE

I. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. LIEU D'ETUDE.

Notre étude s'est déroulée dans les CHU GABRIEL TOURE et du POINT G. Ces 2 établissements publics hospitaliers sont situés dans le district de Bamako.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale descriptive. Les données ont été collectées auprès du personnel soignant : médecins, techniciens supérieurs de santé et du personnel administratif.

3. PERIODE D'ETUDE

L'étude a débuté en octobre 2012 et s'est terminée en Avril 2014.

4. POPULATION D'ETUDE

La population d'étude est composée des professionnels de santé : médecins, techniciens supérieurs de santé, du personnel administratif.

Critères d'inclusion

Sont inclus dans notre étude le personnel médical exerçant aux CHU GABRIEL TOURE et du POINT G, consentant à participer à l'étude.

Il s'agit des :

- ✓ Médecins
- ✓ Techniciens supérieurs de santé
- ✓ Du Personnel administratif

Critères de non inclusion

Ne sont pas inclus dans notre étude le personnel para médical exerçant aux CHU GABRIEL TOURE et du POINT G et le personnel médical non consentant à participer à l'étude.

Il s'agit des :

- ✓ Médecins
- ✓ Techniciens supérieurs de santé
- ✓ Du Personnel administratif

Considération éthique :

Toutes les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude ont été informées des objectifs de l'étude. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été respectés.

5. OUTILS ET METHODES DE COLLECTE DES DONNEES.

La collecte des données est réalisée à l'aide de fiches d'entrevue individuelles adaptées au profil de chaque acteur intervenant dans notre étude. Ces entrevues ont porté sur des questions à réponses ouvertes.

Les personnes interviewées ont été sélectionnées par sondage à partir d'une liste de personnel fournie par le chef du personnel et selon leur niveau d'implication dans les activités de soins.

6. ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES.

La saisie des données a été faite sur Microsoft office Word 2012. L'analyse et l'interprétation des données se sont faites à l'aide du logiciel CSPRO.

RESULTATS

1. RESULTATS ET ANALYSES.

1.1 CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES.

TABLEAU 1 : REPARTITION DES ANNEES D'EXPERIENCE SELON LE TYPE DE PERSONNEL ET L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATION	ANNEES D'EXPERIENCE				TOTAL
		MOINS DE 10 ANS	ENTRE 11 A 20 ANS	ENTRE 21 A 30 ANS	PLUS DE 30 ANS	
CHU PT G	Médecins	13	1	0	0	14
	Techniciens supérieurs de santé	17	2	3	0	22
	Administration	3	2	0	0	5
CHU GT	Médecins	25	7	5	0	37
	Techniciens supérieurs de santé	27	8	9	2	46
	Administration	4	1	0	0	5
TOTAL		89	21	17	2	129

Plus de la moitié des prestataires de soins avait moins de 10 années d'expérience professionnelle, soit 89 sur 129 (68,9 %).

TABLEAU 2 : SURVENUE DES SITUATIONS CONFLICTUELLES SELON LE TYPE DE PERSONNEL ET L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATIONS	AVEZ-VOUS DEJA RENCONTRE DES SITUATIONS CONFLICTUELLES LIEES A L'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITE MEDICALE ?		
		OUI	NON	TOTAL
CHU PT G	Médecins	7	7	14
	Techniciens supérieurs de santé	18	4	22
	Administration	4	1	5
CHU GT	Médecins	18	19	37
	Techniciens supérieurs de santé	24	22	46
	Administration	5	0	5
TOTAL		76	53	129

Au total, 76 prestataires sur 129 soit 58,9% ont déjà rencontré des situations conflictuelles liées à l'exercice de leur profession.

Il s'agit principalement d'évènements indésirables dont les plus courants sont entre autres :

- Situations de conflits entre collègues c'est-à-dire entre personnel soignant.
- Situations de conflits entre l'administration et le personnel soignant comme par exemple lors des mouvements de grève organisés par les divers syndicats de travailleurs des hôpitaux.
- Situations de conflits entre l'établissement hospitalier et les usagers, tels que des cas de négligence, de vol, de viol de la confidentialité lors des consultations.

On enregistre aussi 53 sur 129 prestataires soit 41,08% qui n'ont pas encore rencontré des situations conflictuelles liées à l'exercice de leur profession. Les raisons sont données dans le tableau suivant.

TABLEAU 3 : MOTIFS D'ABSENCE DES SITUATIONS CONFLICTUELLES SELON LE TYPE DE PERSONNEL ET L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATIONS	MOTIFS D'ABSENCE DE SITUATIONS CONFLICTUELLES			TOTAL
		PAS DE PLAINTES	PLAINTES FORMULEES PAR PATIENTS	PAS DE REPROCH E SUR LA QUALITE DES SOINS	
CHU PT G	Médecins	5	0	2	7
	Techniciens supérieurs de santé	3	1	0	4
	Administration	1	0	0	1
CHU GT	Médecins	7	6	6	19
	Techniciens supérieurs de santé	6	10	6	22
TOTAL		22	17	14	53

Au total, 22 sur 53 prestataires, soit 41,50% affirment ne pas avoir rencontré des situations conflictuelles liées à l'exercice de leur profession parce que les patients ne se plaignent pas.

Par contre 17 sur 53 prestataires, soit 32,07% pensent que les patients veulent bien se plaindre mais ne savent pas à qui s'adresser. Ces derniers souhaitent se plaindre de la qualité de l'accueil, la qualité de prise en charge, l'escroquerie (détournement, arnaque...) et l'insécurité.

14 sur 53 prestataires, soit 26,41% disent qu'ils n'ont pas connaissance de situations conflictuelles parce que la qualité des soins qu'ils prodiguent n'est pas à reprocher.

1.2 GESTIONS DES EVENEMENTS INDESIRABLES

TABLEAU 4 : EXISTENCE D'UN MECANISME INTERNE DE GESTION DES CAS CONFLICTUELS SELON LE TYPE DE PERSONNEL ET L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATIONS	EXISTE-IL UN MECANISME INTERNE DE GESTION DES CAS CONFLICTUELS DANS VOTRE HOPITAL ?		TOTAL
		OUI	NON	
CHU PT G	Médecins	5	9	14
	Techniciens supérieurs de santé	19	3	22
	Administration	4	1	5
CHU GT	Médecins	18	19	37
	Techniciens supérieurs de santé	34	12	46
	Administration	4	1	5
TOTAL		84	45	129

Plus de la moitié des prestataires de soins soit 65,1% pensent qu'il existe un mécanisme interne de gestion des cas conflictuels. Ce mécanisme existe de manière officielle au CHU GT depuis le 17 juillet 2013. Au CHU PT G, un tel mécanisme existe également, mais de façon informelle.

Cependant, 34,88% des prestataires disent qu'un tel mécanisme de gestion des cas conflictuels est inexistant dans leur structure hospitalière. Ceci peut être du:

- Au caractère informel de la structure au CHU PT G
- Au fait que celle qui existe au CHU GT vient d'être créée.

TABLEAU 5 : APPRECIATION DU PERSONNEL A LA NECESSITE D'UN MECANISME DE GESTION INTERNE DES CONFLITS SELON L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATIONS	SI NON, PENSEZ-VOUS QU'UN TEL MECANISME EST INDISPENSABLE AU SEIN D'UNE STRUCTURE HOSPITALIERE ?		TOTAL
		OUI	NON	
CHU PT G	Médecins	7	2	9
	Techniciens supérieurs de santé	3	0	3
	Administration	1	0	1
CHU GT	Médecins	14	5	19
	Techniciens supérieurs de santé	10	2	12
	Administration	1	0	1
TOTAL		36	9	45

Au total 36 sur 45 prestataires soit 80% disent qu'un mécanisme de gestion des cas conflictuels est indispensable au sein d'un établissement hospitalier parce que elle pourrait jouer un rôle majeur dans les rapports soignant-soignés.

Par contre, 20% des prestataires pensent qu'un tel mécanisme n'est pas indispensable au sein d'un établissement hospitalier, parce que selon eux, le problème ne réside pas au niveau de l'administration, mais au niveau de l'éducation des usagers et de la formation du personnel soignant en responsabilité médicale.

1.3 IMPACT DE LA FORMATION CONTINUE

TABLEAU 6: IMPORTANCE DE LA FORMATION CONTINUE COMME FACTEUR DE PROMOTION DE LA RESPONSABILITE MEDICALE SELON LE TYPE DE PERSONNEL ET L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATIONS	LA FORMATION CONTINUE PEUT-ELLE ETRE UN FACTEUR DE PROMOTION DE LA RESPONSABILITE MEDICALE ?		TOTAL
		Oui	Non	
CHU PT G	Médecins	12	2	14
	Techniciens supérieurs de santé	19	3	22
	Administration	4	1	5
CHU GT	Médecins	37	0	37
	Techniciens supérieurs de santé	45	1	46
	Administration	5	0	5
TOTAL		122	7	129

On constate que presque la totalité des prestataires de soins, 122 sur 129 soit 94,57% pensent que la formation continue peut être un facteur de promotion de la responsabilité médicale, parce qu'elle permettra de former le personnel déjà existant en milieu hospitalier. 5,42% des prestataires pensent que la formation continue ne peut pas être un facteur de promotion de la responsabilité médicale, parce que, jusqu'ici, elle a seulement concerné le personnel soignant fonctionnaire. Or, le milieu hospitalier est aussi fréquenté par des étudiants de la faculté de médecine qui sont aussi en contact avec les patients. Bien qu'ils soient sous la responsabilité des chefs de services.

TABLEAU 7 : IMPACT DE LA FORMATION CONTINUE SUR LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNES SELON LE TYPE DE PERSONNEL ET L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATIONS	CETTE FORMATION PEUT-ELLE AVOIR UN IMPACT POSITIF SUR LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNES ?		TOTAL
		OUI	NON	
CHU PT G	Médecins	12	2	14
	Techniciens supérieurs de santé	17	5	22
	Administration	4	1	5
CHU GT	Médecins	35	2	37
	Techniciens supérieurs de santé	36	10	46
	Administration	5	0	5
TOTAL		109	20	129

Presque la totalité des prestataires de soins, c'est-à-dire 109 sur 129, soit 84,49% pensent que la formation continue peut avoir un impact positif sur les relations soignants-soignés. Au regard de la dernière formation qu'il y'a eu en 2008, le personnel soignant (qui a participé à cette formation) a pris connaissance de la charte du malade dans les établissements hospitaliers. Donc, la formation continue pourrait servir comme moyens d'information et de sensibilisation du personnel soignant.

Par contre, 20 sur 129 prestataires, soit 15,50% pensent que cette formation ne va pas avoir un impact positif sur les relations soignants-soignés. Les relations soignants-soignés ne dépendent pas du personnel soignant seulement, elles dépendent aussi des soignés, des usagers de l'hôpital. Une formation pour le personnel soignant, et une éducation des usagers, de la population générale, pourrait améliorer de façon efficace les relations soignants-soignés.

TABLEAU 8: CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DE LA CHARTE DU MALADE SELON LE TYPE DE PERSONNEL ET L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.

LIEU D'ETUDE	QUALIFICATIONS	Connaissez-vous l'existence de la charte des malades ?		Total
		Oui	Non	
CHU PT G	Médecins	6	8	14
	Techniciens supérieurs de santé	15	7	22
	Administration	5	0	5
CHU GT	Médecins	23	14	37
	Techniciens supérieurs de santé	33	13	46
	Administration	5	0	5
Total		87	42	129

On constate que 87 prestataires sur 129, soit 67,44% connaissent la charte du malade. Parmi eux, la majorité a appris la charte de bouche à oreille. En effet, selon le rapport de cette formation sur la responsabilité médicale en 2008, aucun personnel n'avait lu les textes régissant la charte des malades, 2 seulement savaient l'existence de la dite charte mais ne connaissaient pas sa substance.

Par contre, 42 sur 129 prestataires, soit 32,55% ne connaissent pas la charte du malade, parce qu'ils n'ont pas reçu d'enseignement à propos pendant leurs études.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Du 12 novembre 2012 jusqu'au 28 Avril 2014, nous avons effectué une étude portant sur la pratique médicale et les situations de contentieux à l'hôpital.

Cette étude avait pour objectif général d'évaluer les nouvelles alternatives à la réduction du contentieux en matière de pratique médicale.

Le choix du district de Bamako comme lieu d'étude a été motivé par le fait qu'il abrite les deux plus grands centres hospitalo-universitaires du Mali. Il s'agit du CHU GABRIEL TOURE et du CHU DU POINT G. Ces établissements accueillent les malades de Bamako et ceux référés des régions.

Les données de cette étude ont été recueillies par le biais de plusieurs questionnaires spécifiques adressés aux médecins, infirmiers/sages-femmes, juristes et le personnel administratif pour évaluer leur niveau de connaissance sur la responsabilité médicale.

I. LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE.

1. LES LIMITES DE L'ETUDE

Au cours de notre enquête, nous avons par endroit été confronté à la réticence de certains médecins lorsqu'on s'intéressait à la qualité des soins prodigués et des situations conflictuelles y afférentes. Ils percevaient cela comme une inspection bien que l'anonymat soit préservé pendant la collecte des données.

2. LES DIFFICULTES RENCONTRES DURANT L'ETUDE.

Elles se résument essentiellement au non-respect par les intérimaires, des jours et des heures de rendez-vous fixés. On note aussi le manque de volonté de participer, de certains agents, à la collecte des données, et des difficultés au niveau de la revue bibliographique car, sauf erreur ou omission, il n'y'a pas de thèse à la faculté de médecine qui traite de ce sujet.

3. LES PROBLEMES ENONCES.

Les problèmes essentiels évoqués par les médecins sont :

- Le manque d'information et de sensibilisation des usagers de l'hôpital
- Le manque de civisme des usagers de l'hôpital
- Le manque de communication entre les praticiens hospitaliers et les patients
- L'absence de liens entre les études menées sur le terrain et les décisions politiques.

II. RESULTATS ESSENTIELS

2.1 CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES.

68,9% des prestataires de soins avaient moins de 10 années d'expérience professionnelle.

58,9% des prestataires ont déjà rencontré des situations conflictuelles liées à l'exercice de leur profession. Ceci montre que la survenue d'évènements indésirables est fréquente dans nos établissements hospitaliers. Ces résultats sont superposables à ceux obtenus en 2013 par **DHIBO H, DIAKITE O, ADAMOU M**, qui ont trouvé que 60% des agents de santé ont été victimes d'évènements indésirables. [10]

Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus en 2013 par **F. TOUDEFT-A, et AL** où 87,96% des agents de santé ont été victimes d'évènements indésirables en Algérie. [11]

En dehors des cas d'évènements indésirables, les prestataires de soin que nous avons interviewés parlent aussi des situations conflictuelles comme:

- des conflits entre collègues c'est-à-dire entre personnel soignant
- des conflits entre l'administration et le personnel soignant comme par exemple lors des mouvements de grève organisés par les divers syndicats de travailleurs de l'hôpital
- des conflits entre l'établissement hospitalier et les usagers tels que des cas de négligence, de vol, de viol de confidentialité pendant les consultations.

41,50% des prestataires de soins affirment ne pas avoir rencontré des situations conflictuelles liées à l'exercice de leur profession parce que les patients ne se plaignent pas. Ces derniers rapportent tout ce qui arrive à la volonté divine. Les croyances religieuses font que ceux-ci ne cherchent pas d'explications aux évènements indésirables dont leurs malades sont victimes.

32,07% pensent que les patients veulent se plaindre mais ne savent pas à qui s'adresser. Les informations recueillies auprès de quelques-uns indiquent que l'analphabétisation est un grand obstacle. Il en ressort qu'ils aimeraient se plaindre de la qualité de l'accueil, la qualité de prise en charge, l'escroquerie surtout, et l'insécurité. La nature des plaintes souhaitées est identique au rapport de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH) paru en 2001. [12]

2.2 GESTION D'EVENEMENTS INDESIRABLES.

On constate que 34,9% des prestataires de soins pensent qu'un tel dispositif peut aider à améliorer la pratique médicale à travers l'information et la sensibilisation des professionnels de santé aux enjeux liés à la sécurité des patients.

Les problèmes observés dans la gestion des évènements indésirables sont multiples :

- Commission de médiation informelle (cas du CHU PT G)
- Problèmes de fonctionnement de celle, formelle, existant au CHU GT

Du caractère informel de la commission de médiation au CHU PT G, aux problèmes de dysfonctionnement de la commission à l'hôpital GABRIEL TOURE, la responsabilité de l'établissement reste fondamentalement engagée en cas de faute de service. Il est important d'insister sur le rôle de ces commissions comme cela a été indiqué en France à travers la loi du 13 juillet 1983 qui fixe les principes généraux de la responsabilité du directeur d'hôpital. [13]

Mais aussi par la charte du malade dont l'article 27 en pose le principe comme étant le premier recours (obligation) avant toute action en justice, article 27 qui se lit ainsi qu'il suit : si la personne hospitalisée ou ses ayant-droit estiment avoir subi un préjudice, lors du séjour dans l'établissement, ils peuvent saisir le Directeur de l'établissement d'une réclamation préalable en vue d'obtenir réparation. Le Directeur mettra en place une fonction de médiation entre l'établissement et les patients afin d'instruire dans les meilleurs délais les demandes de réparation pour préjudice et donner à leurs auteurs les explications nécessaires. Si celles-ci n'aboutit pas comme il le souhaite, soit que la demande soit rejetée, soit que l'hôpital garde le silence pendant plus de 30 (trente) jours, l'auteur de la réclamation dispose de droits de recours contentieux (article 27, arrêté 08-2716).

En effet, sauf erreur ou omission, le patient qui s'adresserait directement à un tribunal pourrait se voir de commencer par le commencement, le Directeur de l'établissement.

En ce qui concerne le fonctionnement de la médiation médicale, une comparaison a été faite avec la France et la Belgique. Il y'a similitude entre le rôle que joue la médiation médicale de part et d'autre. Il s'agit notamment de rétablir le lien fragilisé entre un patient et un professionnel de santé ou son équipe. Par contre les procédures de saisine du médecin médiateur ne sont pas entièrement les mêmes.

En France, la saisine du médecin médiateur se fait :

- Soit par le représentant légal de l'établissement
- Soit par l'auteur de la réclamation.

Tout ceci après vérification de l'existence ou de l'éventualité de griefs médicaux et de la qualité de l'auteur de la plainte et de la réclamation. Aussi, le médecin médiateur ne doit pas prendre à sa charge la médiation lorsque son service ou lui-même est concerné. [14]

Par contre, au CHU GT, la saisine du médecin médiateur se fait par une lettre du plaignant adressée directement au Directeur général charge à lui de la transmettre au médecin médiateur. Et il apparait clairement le rôle qu'a joué le médecin médiateur dans un cas ou monsieur X a adressé une lettre au Directeur Général de l'hôpital, l'informant d'un incident qui s'est produit dans le service dirigé par ce dernier.

En Belgique, les plaintes sont introduites par écrit (courrier, fax, e-mail) ou de façon orale (par téléphone ou sur rendez-vous) auprès du service compétent.

Avant d'entamer le processus de médiation, le médiateur chargé du dossier invite le patient à prendre directement contact avec le praticien. Si le patient ne le souhaite pas, la procédure de médiation est entamée. Cependant, en 2007, le service de médiation en Belgique, a reçu 530 plaintes, soit une augmentation de 64% par rapport à 2006. [15]

Au CHU GT, le président de la commission de médiation fait état de 04 cas de plaintes dans son rapport d'activité annuelle de 2013. Au CHU PT G, la commission de médiation a enregistré 05 cas de plaintes pendant la même année. Ceci est une preuve, que les patients ne se plaignent pas, ou que les patients veulent se plaindre mais ne savent pas à qui s'adresser.

En fait au CHU GT, de nombreuses plaintes (au moins une quinzaine) ont été traitées à l'informelle avant la mise en place effective de la fonction médiation telle qu'instruite par l'article 27 de la charte du malade. Dans tous ces cas, les plaignants n'ont pas souhaité le faire par écrit telle que le principe en est énoncé par la loi 98-012 qui traite des relations entre l'Administration et les usagers des services publics.

Cependant, 34,88% des prestataires pensent qu'un tel mécanisme interne de gestion des cas conflictuels est inexistant dans leurs structures hospitalières. Ceci peut être dû au fait que celle du CHU GT soit nouvellement créée, et par le caractère informel de celle du CHU PT G. mais il n'en demeure pas moins que la raison fondamentale soit certainement la méconnaissance, inimaginable et incroyable, de la loi et des enjeux des questions de responsabilité par les Directeurs des hôpitaux et ce, d'autant que nul n'est sensé ignorer la loi surtout à ce poste et dans ce rôle.

On fait face à un problème d'information, tant pour le personnel soignant que pour l'Administration hospitalière.

2.3 IMPACT DE LA FORMATION CONTINUE SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.

94,57% des prestataires de soins pensent que la formation continue peut être un facteur de promotion de la responsabilité médicale. Ceci pourrait contribuer à l'information et à la sensibilisation des agents de santé sur la sécurité des soins d'une part, et permettre d'éviter des éventuels procès ou de contribuer à s'en sortir honorablement dans les cas où. C'est dans cette optique que **SAMAKE M, SANOGO M, MAIGA S, KONATE L**, ont promu les formations en responsabilité médicale. [6]

Ceci est en adéquation avec les décisions prises en adéquation avec les décisions prises en Algérie, au Sénégal, en Guinée, en Tunisie, etc. de l'enseignement de la responsabilité médicale pendant le cursus initial du médecin.

K. MRABET, et ALL. Ont également instauré des sessions de formation pour le personnel paramédical en Tunisie. [16,17]

Seulement 5,42% des prestataires de soins pensent que la formation continue ne peut pas être un facteur de promotion de la responsabilité médicale. Ceci pourrait être un handicap dans le processus d'assurer une meilleure qualité des soins. Cette assertion est une raison supplémentaire de procéder à cette formation.

En effet, nos milieux hospitaliers sont tout aussi fréquentés par des étudiants en médecine. Et ces derniers assurent la majorité des consultations et des soins. Tout comme à l'hôpital de LA MORDE au Niger où 72% des consultations sont assurées par les étudiants. [18]

Or jusque-là, la formation continue a seulement concerné le personnel soignant fonctionnaire.

84,49% des prestataires de soins pensent que la formation continue peut avoir un impact positif sur les relations soignants-soignés.

Seulement 15,50% pensent que la formation continue seule, ne peut pas avoir un impact sur les relations soignant-soignés. L'éducation des usagers, de la population générale, pourrait y avoir un impact considérable.

67,44% connaissent la charte du malade. Beaucoup d'entre eux l'ont su de bouche à oreille. Ce résultat (66,44%) aurait été satisfaisant si ces professionnels de santé connaissaient la substance des textes. Selon l'article 2 de la loi 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière, la charte du malade est affichée dans tous les services de l'établissement hospitalier. Cependant, au cours de notre étude, il n'a été vu nulle part une charte du malade affichée dans aucun service. Peut-être c'est la raison pour laquelle 32,55% ne connaissent pas l'existence de la charte du malade. Ceci est un réel problème d'information tant du personnel soignant que de l'administration hospitalière. La charte du malade a été promulguée par l'arrêté 08-2716/ Ms-sg le 06 octobre 2008 par le ministre de la santé. Cependant, le principe en a été établi par l'assemblée nationale du Mali dans l'article 2 de la loi 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière.

C'est inquiétant de constater que 12 ans après la promulgation de cette loi, et 6 ans après celle de la charte du malade, il y'a encore des professionnels de santé qui ne connaissent pas son existence, alors que nul n'est censé ignorer la loi.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

3.1 CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous avons pu décrire les différentes situations dans lesquelles la responsabilité d'un professionnel de santé peut être engagée. En effet, il s'agit de situation avec manquement à l'obligation médicale, donc faute. Sur la base des incidents critiques rapportés, il est clair que de nombreuses fautes sont commises et constatées chaque jour par rapport aux droits des patients dans l'accomplissement de l'obligation médicale.

Rappelons que tel que cernée par les auteurs et la jurisprudence, l'obligation médicale comporte traditionnellement quatre volets, découlant de la nature même de l'activité professionnelle : l'obligation de renseigner le patient et d'obtenir son consentement, l'obligation de soigner, l'obligation de suivre et l'obligation au secret professionnel.

Ainsi, l'article 126 de la loi 87-31 énonce que : la faute est un manquement à une obligation préexistante de quelque nature qu'elle soit.

Ce à quoi il y'a lieu d'ajouter que : «c'est une faute de ne pas exécuter les obligations auxquelles on est tenu par contrat et c'est une faute que d'omettre ce qu'un devoir légal nous ordonne ou de commettre ce qu'il défend».

Il en ressort donc que :

- ✓ 68,9 % a moins de 10 années d'expérience professionnelle
- ✓ 58,9% du personnel (soignant et administratif) ont déjà rencontré des situations conflictuelles liées à l'exercice de leur profession.
- ✓ 98% des prestataires de soins retenus dans le cadre de notre étude pensent qu'il existe un lien entre la santé et le droit.
- ✓ 65,1% du personnel pensent qu'il existe un mécanisme interne de gestion des cas conflictuels.
- ✓ 34,88% du personnel pensent qu'un tel mécanisme est inexistant au sein de leurs structures hospitalières
- ✓ 94,57% pensent que la formation continue peut être un facteur de promotion de la responsabilité médicale
- ✓ 5,42% pensent que la formation continue ne peut pas être un facteur de promotion de la responsabilité médicale
- ✓ 67,44% du personnel connaissent la charte des malades.
- ✓ Par contre, 32,55% ne connaissent pas la charte des malades

On constate que le patient qui rencontre des problèmes à la suite d'une intervention d'un praticien professionnel ignore souvent à qui les soumettre et quelle action entreprendre. De nombreux problèmes restent donc sans solution, et un sentiment de malaise et de frustration profonde s'installe chez le patient. Si le patient entreprend, malgré tout, des démarches, il est rare qu'il bénéficie de toute l'écoute souhaitée. De plus, il faut se rendre à l'évidence : en justice, les procédures sont souvent très longues et onéreuses, et ne débouchent que rarement sur une solution. De plus l'administration de la preuve pose problème.

3.2 RECOMMANDATIONS

A partir de nos résultats, nous formulerons les recommandations suivantes :

- ✓ **A l'endroit des conseils nationaux des ordres professionnels de santé**
Influencer l'administration des facultés de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) et de pharmacie dans le but d'introduire l'enseignement en responsabilité médicale dans le cursus initial de l'étudiant.
- ✓ **A l'endroit de la faculté de médecine et des écoles de santé**
Introduire l'enseignement en droit médical.
- ✓ **A l'endroit de l'administration des hôpitaux**
 - ❖ Appliquer la charte du malade.
 - ❖ Améliorer le système d'information à l'intérieur des hôpitaux.
 - ❖ Multiplier les séances de formation continue en responsabilité médicale afin de mettre à jour le personnel soignant déjà existant
 - ❖ Assurer la rigueur sur le suivi des étudiants en stage
 - ❖ Instaurer tous les 6 mois, une session organisée en 'panel' d'enseignants, associant le médecin médiateur, le chargé de relations avec les usagers, un représentant des associations d'usagers, le directeur adjoint et un juriste, en vue de permettre aux professionnels de santé de se familiariser avec les droits des patients, mais aussi avec l'expression éventuelle de leur insatisfaction, et ses conséquences judiciaires potentielles.
 - ❖ Former le personnel en responsabilité médicale.
 - ❖ Elaborer un guide de médiation.
 - ❖ Afficher la charte du malade dans tous les services des hôpitaux conformément à l'article 2 de la loi 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière.
- ✓ **A l'endroit des masses médias**
Assurer l'information des populations sur l'existence de la charte des malades.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VI - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. **NDIAYE M, (2008)**. Cours de médecine du travail. Université CHEICK ANTA DIOP. Dakar, (Sénégal)
- [2]. **Alain-Michel CERETTI, (2010)**. Quelles informations médicales donner en cas d'évènements indésirables, pp 1- 5.
- [3]. **Giula GANDOFFI, (2004)**. Les généralistes de plus en plus souvent condamnés, tiré du site : [www.medecinrecrutement.com/doc/presse spécialisée/2011-12-2004 condamnation medecins.pdf](http://www.medecinrecrutement.com/doc/presse_spezialisee/2011-12-2004_condamnation_medecins.pdf) visité le lundi 5 Aout 2013
- [4]. **Sévérine SOLLIER, (2012)**. Responsabilité médicale, les médecins condamnés en justice dans 2 cas sur 3, www.latribune.fr/entreprises-finance/banquesfinance/industriefinanciere/20121203trib000734830/responsabilite-medicale-les-medecins-condamnes-en-justice-dans-2-cas-sur-3.html visité le 03/12/2012
- [5]. **MINISTERE DE LA SANTE DU MALI, (2008)**. La responsabilité médicale, l'éthique et la déontologie.
- [6]. **Samaké M, Sanogo M, Maiga S, Konaté L, (2013)**. Formation des professionnels de santé sur la responsabilité médicale et la sécurité des patients: Cas du centre hospitalier universitaire du Point G au Mali. TCPIC. Genève, (Suisse)
- [7]. **SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT DU MALI, (2008)**. Arrêté N° 08-2716 / Ms-Sg du 6 octobre 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers, Bamako.
- [8]. **SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT DU MALI, (2002)**. Loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière.
- [9]. **SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT DU MALI, (2002)**. Loi N° 86-35 / AN-RM du 12 Avril 1986 portant institution de l'ordre national des médecins.
- [10]. **DJIBO H, DIAKITE O, ADAMOU M, (2013)**. Sécurité des patients en gestion des risques en milieu de soins. Genève (Suisse).

[11]. **TOUDEFT-A F, et AL, (2013)**. Evaluation des pratiques professionnelles en milieu hospitalier: mise en place d'indicateurs de qualité de soins et de sécurité du patient. Alger (Algérie).

[12]. **AGENCE NATIONALE D'EVALUATION DES HOPITAUX, (2007)**. Rapport sur la situation des Hôpitaux du Mali.

[13]. **FAUGEROLAS P, (1998)**. Les professions de la santé face à la justice : le directeur d'hôpital face aux juges. ELLIPSES/ Edition MARKETING SA. Paris, p17.

[14]. **ROCHAND H, CHEVALLIER P, (2008)**. Les guides de l'AP-HP : la médiation médicale à l'hôpital. Edition LAMARRE. Paris pp 29-33.

[15]. **FONDATION ROI BAUDOIN, (2009)**. Gestion des plaintes et médiation en soins de santé. Bruxelles (Belgique).

[16]. **MRABET K, et AL (2002-2011)**. Bilan du premier cours régional d'hygiène et de sécurité des soins de Bizerte destiné au personnel paramédical et perspectives. TCPIC, 2002-2011. Bizerte (Tunisie).

[17]. **DHAOUADI M, ARFAOUI C, KAMMOUN H, MRABEL K, (2002/2011)**. Eléments d'évaluation du cours du Nord d'hygiène et de sécurité des soins. TCPIC. Bizerte (Tunisie).

[18]. **DJIBO H, ISSA KK, ARZIZA M, TOURE A, (2013)**. Les urgences médicales à l'hôpital national de LAMORDE. Niamey (Niger).

VII. ANNEXES

1. QUESTIONNAIRE POUR LES MEDECINS

1) OU AVEZ-VOUS SUIVI VOTRE FORMATION ?

Mali 2. Ailleurs

○ SI AILLEURS, VEUILLEZ PRECISER LE PAYS ET LE NOM DE LA FACULTE.....

2) COMBIEN D'ANNEES D'EXPERIENCE AVEZ-VOUS ?.....

3) PENSEZ-VOUS QU'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA SANTE ET LE DROIT ?

1. oui 2. non

4) QUE VOUS DIT L'EXPRESSION RESPONSABILITE MEDICALE ?

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

5) AVEZ-VOUS DEJA RENCONTRE DES SITUATIONS CONFLICTUELLES LIEES A L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION ?

1. oui 2. non

6) EXISTE-T-IL UN MECANISME INTERNE DE GESTION DES CAS CONFLICTUELS DANS VOTRE HOPITAL ?

1. oui 2.non

○ SI NON, PENSEZ-VOUS QU'UN TEL MECANISME EST OPPORTUN AU SEIN D'UNE STRUCTURE HOSPITALIERE ? 1. oui 2.non

7) SELON VOUS, QUE PEUT-ON FAIRE POUR MIEUX FAIRE CONNAITRE LA RESPONSABILITE MEDICALE ?

.....
.....

8) LA FORMATION CONTINUE PEUT-ELLE ETRE UN FACTEUR DE PROMOTION DE LA RESPONSABILITE MEDICALE ?

1. oui 2. non

9) CETTE FORMATION PEUT-ELLE AVOIR UN IMPACT SUR LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNES ?

1. oui

2. non

10) CONNAISSEZ- VOUS L'EXISTE DE LA CHARTE DES MALADES ?

1. oui

2. non

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOMS: NGASSOP TCHOUGON

PRENOMS: CEDRIC CAREL

TITRE : CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA PRATIQUE MEDICALE
PAR LA REDUCTION DU CONTENTIEUX EN MATIERE MEDICALE

ANNEE ACADEMIQUE : 2013 - 2014

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Cameroun

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET: Hôpitaux, la population.

OBJECTIF : Contribuer à améliorer la pratique médicale par la promotion de la formation en responsabilité médicale.

METHODOLOGIE : Du 22 octobre 2012 au 20 avril 2014, nous avons mené une étude transversale descriptive dans les centres hospitaliers universitaires Gabriel TOURE et du POINT G.

RESUME : l'observation quotidienne du développement dans les établissements de santé publics et privés montre de nombreux dysfonctionnements pour influencer la qualité des soins et la sécurité des conditions de travail des professionnels de santé.

Il s'agissait pour nous dans cette étude de comprendre de plus près le degré d'appropriation de la notion de responsabilité médicale par le personnel soignant et de proposer des stratégies dans le but de réduire au maximum le taux de contentieux en pratique médicale, et par la même occasion, améliorer la qualité des soins prodigués.

CONCLUSION : la pratique médicale en milieu hospitalier reste assez problématique. Pour éviter de se retrouver en situation de conflits avec les usagers, le personnel soignant et les usagers des hôpitaux devront accorder un intérêt particulier à la charte des malades et effectuer une formation continue du personnel en responsabilité médicale.

MOTS CLES : Responsabilité médicale, usagers, hôpital, soins.

SERMENT DE GALIEN



Je jure, en présence des Maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique, ma

profession avec conscience et de respecter non

seulement la législation en vigueur mais aussi les

règles de l'honneur, de la probité et du

désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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 le jure !