



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 250

La responsabilité médicale de l'interne et du résident

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/07/2024

PAR

Mlle. Omayma BOUTAFSOUTE

Née le 21 juin 1998 à Demnate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Responsabilité médicale - Faute médicale - Défis - Interne - Résident.

JURY

M.	S. AIT BEN ALI Professeur de Neurochirurgie	PRESIDENT
M.	A. DAMI Professeur de Médecine légale	RAPPORTEUR
M.	M. BOURROUS Professeur de Pédiatrie	} JUGES
M.	A. AIT ERRAMI Professeur de Gastro-entérologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿فَتَحْمَدُ اللَّهَ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَخْتَرِي لَوْلَا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ﴾

(سورة الاعراف الآية: 43)

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de
l'humanité.

**Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur
sont dus.**

**Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de
mes malades sera mon premier but.**

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

**Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les
nobles traditions de la profession médicale.**

Les médecins seront mes frères.

**Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune
Considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et
mon patient.**

**Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa
conception.**

**Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Hanane RAISS

Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie

			maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie

47	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie–virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie–chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie–réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie–virologie
54	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie–réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro–entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato–orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato–orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato–orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato–orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie

78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUCAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique

139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie–embyologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie–virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie–réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie–orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie

166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie–patologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo–phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique E]
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174E]	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio–organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie–virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro–entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d’urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL– AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie–réanimation

194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Raby	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie

225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale

257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophthalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie

290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUZ Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique

323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DÉDICACES



*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements
et ma reconnaissance et de dédier cette thèse*



Je dédie cette Thèse

اللَّهُ

اللَّهُمَّ لَكَ الْحَمْدُ حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، اللَّهُمَّ لَكَ الْحَمْدُ كما ينبغي لجلال
وجهمك وعظيم سلطانك، اللَّهُمَّ لَكَ الْحَمْدُ حمد خلقك ورضى نفسك ووزنة عرشك
ومداد كلماتك، اللَّهُمَّ لَكَ الْحَمْدُ حتى ترضى ولك الحمد على الرضى

A moi-même,

Je dédie cette thèse à la personne que je suis. Pour chaque épreuve surmontée, chaque larme séchée, chaque nuit blanche endurée. Pour avoir dépassé tes limites, surmonté les moments de fatigue, de surmenage, de stress et de dépression, pour avoir fait preuve de patience, pour avoir maintenu ton endurance et refusé d'abandonner. Je suis extrêmement fière de toi, de la femme que j'ai été dans ces moments difficiles. Devant toi, je me tiens reconnaissante pour l'incroyable journée que tu as accomplie, avec tes cicatrices comme des trophées et ta détermination comme une flamme inextinguible. Alors que le chemin s'étend encore devant nous, je te promets de ne jamais cesser de croire en ta capacité à surmonter, à grandir, à aimer. Je célèbre la petite moi qui a enduré tout cela. Je t'aime.

À ma chère Grand-mère, Hajiba SAHRAOUI

À toi, qui as été ma première source d'amour et de réconfort dans ce monde, je veux adresser mes plus sincères remerciements. Ta présence bienveillante a illuminé chacun de mes jours d'enfance, et tes mots empreints de sagesse ont guidé mes pas sur le chemin de la vie. Je te suis profondément reconnaissante pour chaque moment de tendresse que tu m'as offert, pour chaque sourire que tu as fait naître sur mon visage. Tu es une source infinie d'inspiration et d'amour. Merci du fond du cœur pour tout ce que tu as fait pour moi, pour chaque sacrifice que tu as consenti, et pour l'amour inconditionnel que tu m'as toujours témoigné. Je t'aime.

À ma très chère Maman : Naïma HIMER

À toi, qui es plus précieuse pour moi que jamais, je veux exprimer toute ma gratitude et tout mon amour. Je te suis reconnaissante pour chaque instant de soutien, d'affection et de dévouement que tu m'as offert. Tu es la personne qui m'a guidée à travers les hauts et les bas de la vie, et ton amour inconditionnel a été ma force motrice. Je te remercie pour chaque sacrifice que tu as fait pour moi et ma sœur, pour avoir créé un environnement familial empreint de chaleur et de bienveillance. Ta présence est une bénédiction dont je ne prendrai jamais assez conscience.

À mon père Abdennabi BOUTAFSOUTÉ :

Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et Bonheur. Je t'aime.

À mon oncle bien-aimé, Hamza HIMER

Tu as été bien plus qu'un oncle pour moi. Tu as été un modèle, un mentor et un père. Je te remercie pour toutes les leçons de vie que tu m'as enseignées, pour les bonnes habitudes que tu m'as inculquées et les précieux conseils qui ont façonné la personne que je suis aujourd'hui. Tu as façonné mon caractère et ma vision du monde, et pour cela, je te serai éternellement reconnaissante.

À Ma chère sœur : Wical BOUTAFSOUTÉ

Aujourd'hui, alors que je prends un moment pour exprimer ma gratitude, je veux que tu saches à quel point tu es spéciale pour moi. Ta gentillesse et ta douceur ont été comme un phare dans ma vie, m'apportant réconfort dans les moments sombres. Je me souviens de chaque instant où tu m'as encouragée à avancer, même lorsque les défis semblaient insurmontables. Ta capacité à partager ma joie pour chaque petit succès a rendu chaque victoire encore plus précieuse. Je veux te dire que je t'aime de tout mon cœur et je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi. Je suis reconnaissante de t'avoir comme sœur.

À mon cher cousin, Hatim LAMTI

Je tiens à te remercier du fond de mon cœur pour ton soutien indéfectible et ta présence constante, peu importe les circonstances. Les rires partagés, les échanges enrichissants, et les moments où nos pensées se sont entrelacées, chaque instant passé en ta compagnie est une véritable source de joie. Tu es bien plus qu'un simple cousin pour moi ; tu es une autre version de moi-même, un confident précieux, à la fois mon cousin, mon ami et mon frère. Notre lien est une rareté, un cadeau que je chéris plus que tout, et une grâce pour laquelle je suis reconnaissante

À ma sœur de cœur : Abir CHAHID,

Dans le livre de ma vie, tu es le chapitre le plus précieux : une résolution lumineuse, un rayon d'aube qui dissipe les ténèbres de mes nuits les plus sombres, répandant autour de toi la bonté, l'affection et l'amour. Nos chemins se sont croisés et entrelacés dans un poème harmonieux, où les rires et les larmes ont formé la rime d'une amitié à la fois unique et sublime. Tu m'acceptes telle que je suis, avec mes faiblesses et mes forces, et je t'aime de tout mon être pour ce que tu es, pour ce que tu représentes dans ma vie, et pour tout ce que nous sommes ensemble. Que notre amitié perdure et que notre histoire se clôture avec un épilogue de bonheur éternel

À ma chère amie Chaïma DOUALI,

En toi, j'ai trouvé bien plus qu'une amie : tu es mon acolyte, celle avec qui je forme une équipe solide. Je sais que je peux toujours compter sur toi, en toutes circonstances. Ensemble, nous naviguons à travers les défis de la vie, partageant nos peines, nos victoires et nos rêves les plus fous. À travers notre connexion profonde, tu es devenue ma première véritable amie, une amie pour la vie. Pour cela, je te serai éternellement reconnaissante. Je t'aime.

À ma chère amie Oumaima JADIOUI,

Ta force et ta bienveillance sont une source d'inspiration pour moi, et je suis fière de t'avoir à mes côtés. Ta gentillesse et ton soutien inconditionnel ont un impact énorme sur moi, et je t'aime énormément pour cela.

A ma chère amie Chaymae EL AMIRI,

Dès que je pense à toi, un fou rire incontrôlable me submerge. Merci pour tous ces moments où nos rires ont rempli l'air, pour toutes ces péripéties que nous avons vécues ensemble. Tu occupes une place spéciale dans mon cœur, celle où les rires et la joie résident en permanence. Je t'aime.

A mon amie Maha BENLAHSEB,

Je te remercie pour les bons moments que nous avons partagés, pour ton écoute bienveillante et pour m'avoir aidée à adopter une perspective plus inspirante dans la vie. Ton esprit est une source de richesse et de beauté. Je t'aime.

A mon amie Hajar OULADLEGRAGUI

Notre amitié est un trésor que j'apprécie profondément. Merci d'être toujours là. Je t'aime.

*À Chaïma, Nadia, Imane, Yassmine, Firdaous, Nouhaïla et
Sahar*

Je vous remercie pour les précieux souvenirs, et j'apprécie d'avoir eu l'occasion de partager ces moments avec vous.

*À mes professeurs de lycée,
Bahija KHALID YAHYA, Fatima KANDAR, Salah ALLAM
et Abdelwahed TALIBI*

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous avez été ma deuxième famille, me guidant avec bienveillance tout au long de mon parcours. Merci pour l'exemple que vous incarnez en tant que professeurs, pour votre gentillesse et votre douceur. Vos directives resteront gravées en moi pour toujours.

*À mes professeurs BEN DRISS Laïla, EL ADIB Ahmed
Rhassane, OULAD SAJAD Mohamed :*

Je vous adresse toute ma gratitude pour l'influence profonde que vous avez eue sur moi. Votre dévouement, votre expertise et votre soutien m'ont profondément marqué.

*À Dr. Kawkab, Dr. Dieudonné, Madame Hanane, ainsi qu'à
toute l'équipe de médecine légale,*

*Au Département de santé publique, médecine communautaire
et épidémiologie CHU Mohammed VI Marrakech*

*À tous nos maîtres, professeurs de la faculté de Médecine et de
Pharmacie de Marrakech,*

*À tous les médecins, infirmiers, secrétaires, femmes de ménage,
agents de sécurité et personnel du CHU Med VI qui ont été là
pour moi.*

À tous mes enseignants tout au long de mes études

À mes collègues,

À tous les patients, Je m'excuse pour tout manquement de ma part, que Dieu tout-puissant hâte votre guérison et apaise vos douleurs. Vous êtes une source d'inspiration et de force.

À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

À tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.

Que cette thèse, dédiée à vous tous, soit le reflet de mes profonds sentiments de respect et de gratitude.



REMERCIEMENTS



*À notre maître et président de thèse,
Monsieur Saïd AIT BEN ALI,
Professeur de Neurochirurgie et chef du service de
neurochirurgie de l'hôpital Ar- Razi,*

Je suis profondément touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider mon jury de thèse. Votre expertise, tant sur le plan scientifique que pédagogique, ainsi que vos qualités humaines exemplaires, sont pour moi une source d'inspiration et de motivation pour mon parcours professionnel. Je vous exprime ma sincère gratitude pour votre accueil bienveillant. Veuillez accepter l'expression de mon admiration et de mon plus profond respect.

*A Notre maître et rapporteur de thèse
Professeur Abdallah DAMI
Professeur de Médecine légale et chef du service de médecine
légale de l'hôpital Ar-razi*

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement. Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance et mon respect pour l'étendue de vos connaissances, la qualité de votre enseignement, ainsi que votre intégrité et votre disponibilité. C'est pour moi un privilège et un honneur de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Vous êtes un exemple à suivre et je vous suis reconnaissante de m'avoir confié la responsabilité de ce travail. J'espère ne pas vous décevoir. Je vous adresse mes sincères remerciements pour vos encouragements constants, votre amabilité et votre bienveillance. Cher Maître, je vous prie de recevoir l'expression de ma gratitude sincère, de mes sentiments respectueux et de ma plus haute considération.

A notre maître et juge de thèse

Professeur Mounir BOURROUS,

*Professeur de pédiatrie et chef de service des urgences
pédiatriques CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Je suis particulièrement touchée par la gentillesse et la
bienveillance avec lesquelles vous m'avez accueilli et avez bien
voulu juger mon modeste travail. Je vous remercie pour le
grand honneur que vous m'avez fait. Vos remarquables
qualités humaines et professionnelles sont reconnues de tous et
ont profondément marqué mon parcours. Professeur, veuillez
trouver ici l'expression de mon admiration et de mes sincères
remerciements.*

A notre maître et juge de thèse

Professeur AIT ERRAMI Adil,

*Professeur de l'enseignement supérieur de Gastro-entérologie
CHU Mohammed VI Marrakech*

*Vous m'avez fait l'honneur de vous intéresser à mon travail en
acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Votre savoir,
votre sagesse, votre compétence et votre sens de responsabilité
suscitent toute mon admiration. Veuillez accepter cher maître,
ce travail, en gage de mon grand respect et de ma profonde
reconnaissance*



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CPM	:	Code pénale marocain
CNOM	:	Conseil national de l'ordre des médecins
DOC	:	Dahir des obligations et des contrats
ONIAM	:	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
FMC	:	Formation médicale continue
GMC	:	General medical Council
FMPM	:	Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech



PLAN



INTRODUCTION	01
MATERIEL ET METHODE	04
I. Type d'étude	05
II. Population cible	05
1. Critères d'inclusion	05
2. Critères d'exclusion	05
III. Echantillonnage	05
IV.	
V. Questionnaire	06
VI. Recueil des données	06
VII. Analyses statistiques	08
VIII. Considération éthique	08
RESULTATS	09
I. Questionnaire	10
II. Analyse des données sociodémographiques	10
III. Connaissances des médecins en responsabilité médicale	14
IV. Données concernant la faute médicale	23
1. Circonstances de la faute	26
V. Analyses bivariées : comparatives des résultats selon le statut, le genre et le niveau de connaissances	34
VI. Résolution	37
DISCUSSION	40
I. Historique	41
II. Généralités sur la responsabilité médicale	43
1. La responsabilité médicale	43
1.1 La responsabilité pénale	44
1.2. La responsabilité ordinale	48
1.3. La responsabilité civile	50
1.4. La responsabilité administrative	51
2. La responsabilité hospitalière	53
2.1. La faute médicale	53
2.2. La présomption de faute	54
2.3. La responsabilité sans faute	55
3. Finalité de la responsabilité médicale	56
4. La notion de perte de chance	57

5. La responsabilité médicale de l'interne et du résident	58
5.1. Définitions	58
5.2. La responsabilité médicale de l'interne et du résident	58
6. contextes et enjeux de la médecine défensive pour les médecins internes et résidents	60
III. Analyse des résultats	61
1. Données socio-démographiques	61
2. Connaissances des médecins en responsabilité médicale	62
3. Données concernant la faute médicale	65
3.1. Expérience des Fautes Médicales chez les Médecins Internes et Résidents	65
3.2. Date de la faute	67
3.3. lieu et circonstances de la faute	69
4. Répercussions Personnelles	74
4.1. Admission de fautes et conséquences redoutables	74
4.2. Conséquences de la faute médicale sur l'interne et résident	77
5. Résolution	81
RECOMMANDATIONS	86
CONCLUSION	91
RESUMES	94
ANNEXES	101
BIBLIOGRAPHIE	113



INTRODUCTION



La pratique médicale transcende le simple exercice d'une profession. Son essence réside dans la préservation ou la restauration de la santé physique, mentale et sociale des individus, encadrée par des principes éthiques, déontologiques et juridiques. Le médecin est investi de devoirs qui s'ancrent dans la conscience et la confiance, érigeant ainsi la relation médecin-patient en pilier fondamental.[1]

Cependant, il est indéniable que cette confiance est aujourd'hui mise à l'épreuve. Si remettre en question la responsabilité médicale semble incongru, étant donné que les médecins acceptent pleinement cette responsabilité, il est tout aussi injuste de leur imputer toutes les conséquences de leurs actes sans discernement. Les procédures de médiation, bien qu'utiles pour leur rapidité et leur capacité à dissuader les poursuites judiciaires, ne sont pas exemptes de lacunes. L'avenir de la médecine se dessine davantage dans la prévention et la gestion des risques, mais les cadres juridiques actuels demeurent souvent axés sur la notion de faute médicale.[2]

Pour les nouvelles générations de médecins, la perspective de litiges médico-légaux est devenue une composante intégrante de leur formation. À travers des cours dédiés en médecine légale et des conseils avisés de praticiens expérimentés, les étudiants en médecine sont formés à anticiper et à atténuer les risques de contentieux. Ainsi chaque étudiant débute sa pratique médicale avec une nouvelle préoccupation : le risque judiciaire. [2]

Cependant, la faute médicale demeure encore un sujet tabou, avec peu d'attention portée à sa nature et ses conséquences. De ce fait, la faute médicale et ses retombées représentent aujourd'hui un défi majeur de santé publique, d'autant plus que la nature et la fréquence de ces fautes restent largement méconnues. La survenue d'une erreur est souvent associée à la notion de faute et au sentiment de culpabilité, avec la peur d'une sanction judiciaire qui l'emporte souvent sur la reconnaissance de l'erreur.[2]

Cette thèse vise donc à approfondir la compréhension de la responsabilité médicale, des différents types de fautes médicales, ainsi que des défis rencontrés par les médecins en formation. Elle cherche également à proposer des stratégies pour faire face à ces enjeux, avec pour objectif premier de sensibiliser les futurs médecins à leurs responsabilités professionnelles et de prévenir les fautes médicales.

❖ **Objectifs de l'étude :**

L'objectif principal de cette étude est de comprendre et d'évaluer le niveau de connaissances, la perception des fautes médicales, et l'expérience personnelle des internes et des résidents en médecine en matière de faute médicales.

En examinant les attitudes, les perceptions et les expériences vécues de ces futurs médecins, l'étude vise à identifier les défis auxquels ils sont confrontés dans leur formation. Cela inclut la mise en lumière des obstacles qui peuvent entraver leur capacité à adopter des conduites exemplaires et à prévenir les fautes médicales.

En fin de compte, cette recherche aspire à proposer des recommandations et des solutions pour améliorer la formation médicale, afin d'assurer une pratique plus sécurisée et efficace des soins de santé.



MATERIELS ET METHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective analytique menée à l'aide d'un questionnaire diffusé auprès des groupes de résidents et d'internes de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, via les réseaux sociaux ou auto-administré parmi les résidents et internes du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI de Marrakech. Cette étude s'est déroulée sur une période de cinq mois, du 7 octobre 2023 au 2 mars 2024.

II. Population cible :

Notre population cible est constituée de l'ensemble des médecins internes et résidents qui exercent dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohamed VI de Marrakech.

1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude les médecins internes et résidents du CHU Mohamed VI, tous services et années confondus

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de cette étude les FFI exerçant dans le réseau hospitalier périphérique et les médecins en formation exerçant au CHU Mohamed VI ayant exprimé leur refus de participer à ce travail.

III. Échantillonnage :

Il s'agit d'une étude exhaustive : tous les médecins résidents et internes exerçant au CHU Mohamed VI ont été inclus. Aucune méthode d'échantillonnage particulière n'a été utilisée pour définir l'échantillon de l'étude.

IV. Questionnaire (Voir Annexe 1) :

Ce questionnaire a été élaboré au décours de nombreuses discussions avec le Centre de Recherche et d'Épidémiologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, afin de déterminer les éléments essentiels à analyser dans le cadre de notre enquête. Il est entièrement anonyme et se compose de cinq parties distinctes : la première porte sur les données démographiques, la deuxième évalue le niveau de connaissances concernant la responsabilité médicale, la troisième explore les expériences de fautes médicales, la quatrième examine les répercussions personnelles, et enfin la dernière partie cherche à envisager des solutions potentielles pour y remédier.

V. Recueil des données :

Un questionnaire a été créé sur Google Forms et envoyé de cette manière à divers groupes WhatsApp et Facebook de résidents et d'internes. De plus, nous avons également contacté les présidents des associations Almoqim et Amima afin d'assurer une distribution maximale des questionnaires. Ensuite, nous avons choisi de distribuer directement le questionnaire en main propre aux internes et résidents du CHU Mohamed VI pour garantir sa réception et sa compréhension appropriées. Les secrétaires et les Majors des services ont également contribué à diffuser le questionnaire auprès des médecins.

Le questionnaire comporte 37 questions ouvertes et fermées sur les données sociodémographiques des médecins internes et résidents, ainsi que les aspects liés à la responsabilité et aux fautes médicales.

Pour éviter toute confusion, un court paragraphe exposant la nature des questions et l'objectif de l'étude est inclus dans la première partie. Dans le but de réduire au minimum le biais de mémorisation et de garantir une interprétation correcte des résultats, le questionnaire se focalise sur la dernière faute survenue au cours de l'exercice et identifiée par le médecin.

Les données collectées comprennent :

❖ **Données sociodémographiques :**

- Âge et sexe
- Service
- Statut (interne/résident)

❖ **Données concernant la responsabilité médicale :**

- Niveau des connaissances des médecins dans ce domaine
- Les fautes pouvant engager la responsabilité d'un médecin résident/interne

❖ **Données concernant la faute médicale :**

- Date de la faute
- Circonstances de la faute
- Problèmes rencontrés le plus fréquemment dans la pratique médicale
- Fautes identifiées
- Mode de révélation de la faute
- Conséquences de ces fautes sur le patient et le médecin
- Démarches entreprises par le praticien suite à la faute

❖ **Chapitre sur la résolution :**

- Conséquences redoutées lorsqu'on évoque la faute médicale
- Méthodes envisagées pour faire face à une éventuelle responsabilité médicale
- Opinion sur la mise en place de formations médicales continues
- Préférences en matière de format de formation
- Suggestions ou commentaires sur le contenu et les intervenants souhaités pour cette formation.

VI. Analyses statistiques :

Les données ont été exportées de Google Forms, préparées sur Excel et analysées avec le logiciel SPSS version 23. Une analyse descriptive a été effectuée.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyennes et d'écart-types.

Une analyse en sous-groupe a été réalisée selon le statut (interne/résident). Concernant l'analyse bivariée, une comparaison des pourcentages a été faite à l'aide du test exact de Fisher, avec un seuil de signification fixé à 0,05

VII. Considération éthique :

Les participants ont été pleinement informés des objectifs de l'étude ainsi que des procédures de collecte de données. Un consentement éclairé a été obtenu de chaque participant, mettant en avant leur liberté de participation volontaire et leur droit de se retirer de l'étude à tout moment. Pour garantir la confidentialité des données, toutes les informations personnelles ont été traitées de manière confidentielle et anonyme. Les réponses des participants ont été collectées de manière à ce qu'elles ne puissent pas être directement associées à une identité individuelle.

Les données de cette étude ont été recueillies à l'aide de Google Forms, sans nécessiter collecter d'adresse e-mail pour assurer l'anonymat des réponses et préserver la confidentialité des participants. Les réponses étaient accessibles uniquement aux membres autorisés de l'équipe de recherche.

Cette recherche a également respecté les principes d'équité et de diversité en assurant une représentation équilibrée des participants, sans aucune forme de discrimination basée sur l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la religion ou tout autre critère personnel. Les questions posées dans le questionnaire ont été formulées de manière à respecter la vie privée des participants et à éviter toute question intrusive.



RESULTATS



I. Questionnaire :

Entre la diffusion en ligne et la distribution de 200 copies de questionnaire en papier, un total de 223 questionnaires ont été recueillis. Parmi eux ;

- 63 questionnaires ont été remplis en ligne, avec 41 lors de la première relance, 17 lors de la deuxième relance et 5 lors de la troisième relance.
- 74 questionnaires ont été remplis sur place,
- 49 ont été récoltés le jour même
- 28 au deuxième retour
- 9 à la troisième récupération.

Sur les 223 questionnaires collectés, 11 ont été exclus en raison d'incomplétude, ce qui porte le total à 212 questionnaires complets.

II. Analyse des données sociodémographiques :

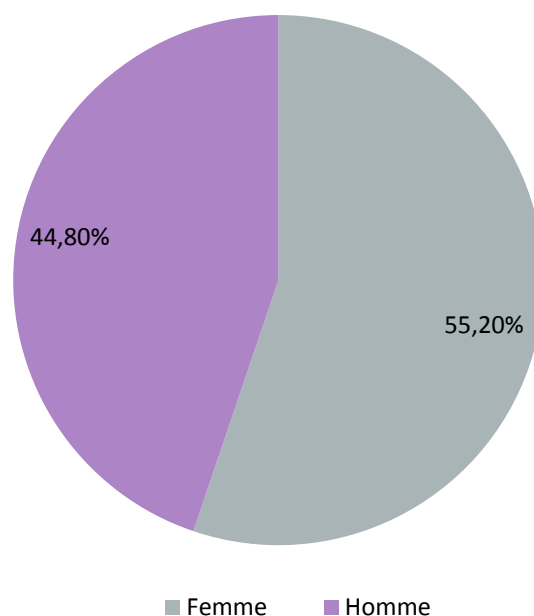


Figure 1 : La répartition des médecins internes et résidents selon le sexe

Une légère prédominance des femmes a été observée, avec un pourcentage de 55,2% (soit 117 femmes) contre 44,8% pour les hommes (soit 95 hommes), et une sex-ratio de 1,23 femmes/homme

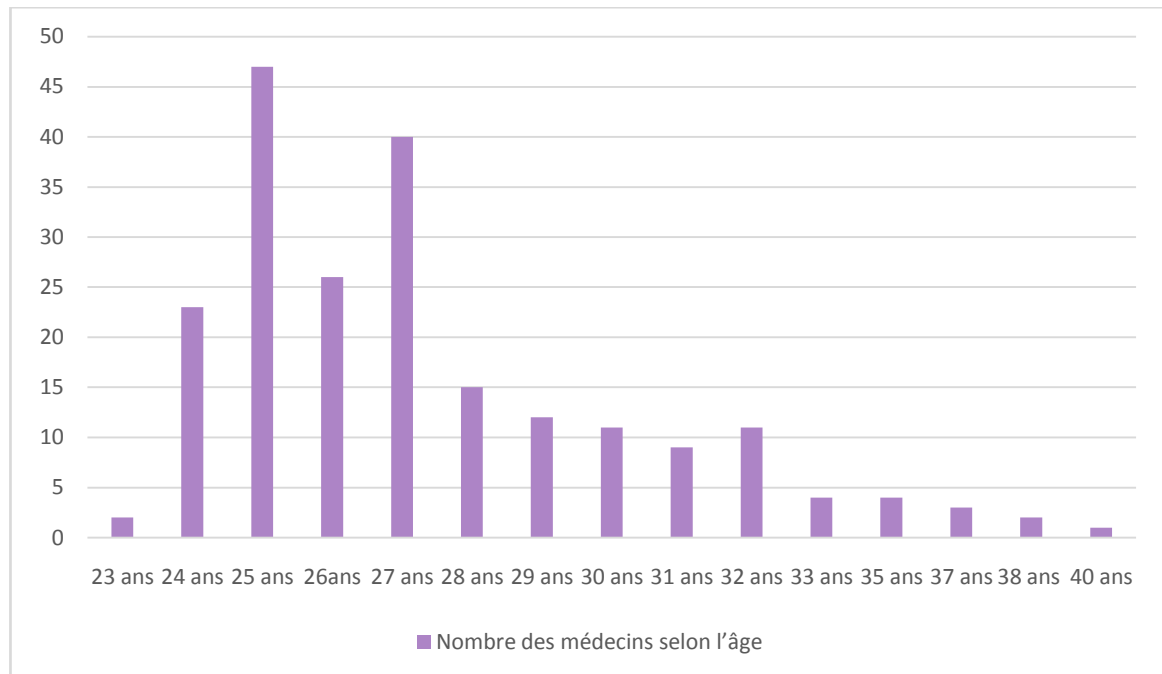


Figure 2 : La répartition des médecins internes et résidents selon l'âge

La moyenne d'âge des médecins interrogés s'est établie à 27.5 ans, avec un écart type de 3.35 ans. Le médecin le plus jeune avait 23 ans, tandis que le plus âgé en avait 46 ans.

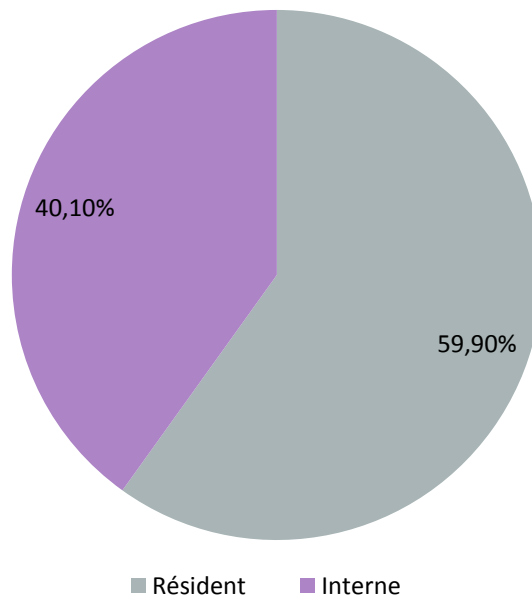


Figure 3 : La répartition des médecins internes et résidents par statut professionnel

40,1% des participants étaient des médecins internes, tandis que 59,9% étaient des résidents.

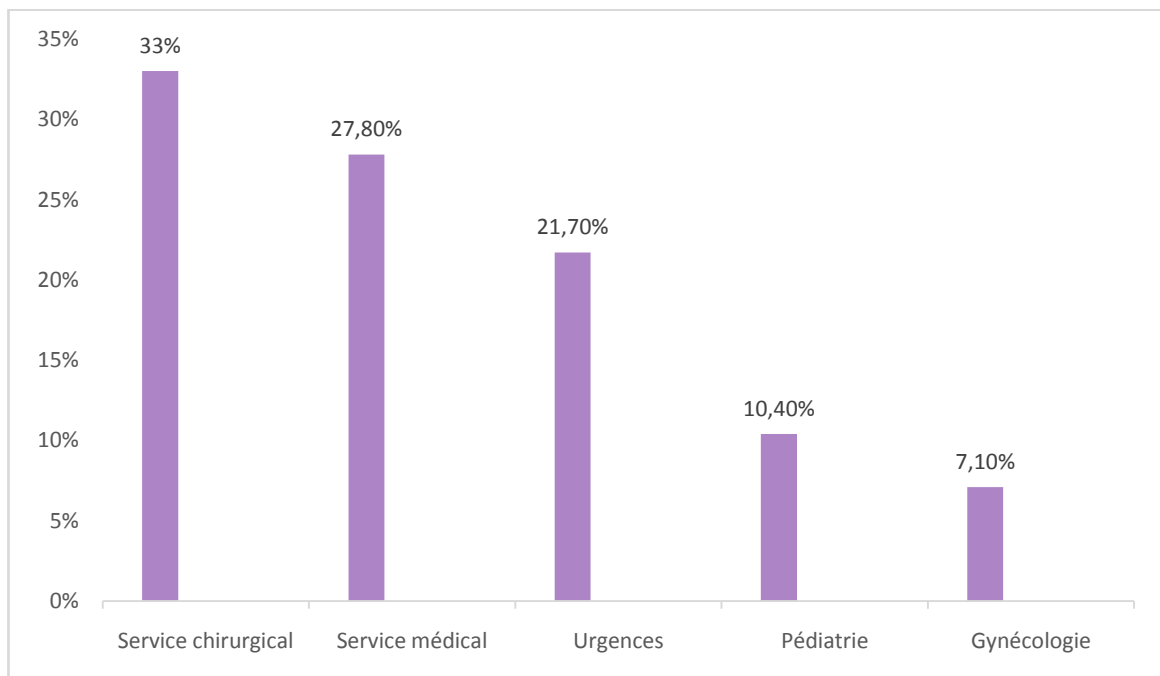


Figure 4 : Répartition des médecins internes et des résidents par service

La responsabilité médicale de l'interne et du résident

Parmi les médecins internes et résidents qui ont participé à notre étude, les services chirurgicaux et médicaux se sont distingués par leur nombre élevé de participants, représentant respectivement 33,0% (soit 70 médecins) et 27,8% (soit 59 médecins) de l'effectif total. Les urgences, avec 21,7% (soit 46 médecins), ont suivi de près en termes de représentation. Les services de Pédiatrie (22 médecins) et de Gynécologie (15 médecins) ont été moins représentés, avec respectivement 10,4% et 7,1% des participants.

III. Connaissances des médecins en responsabilité médicale

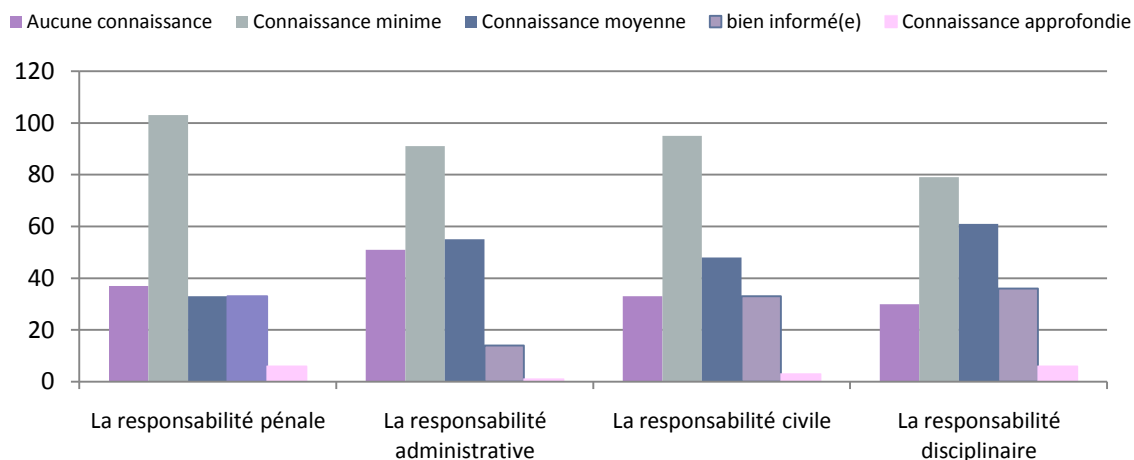


Figure 5 : Appréciation du niveau des connaissances des participants en responsabilité médicale

Tableau I : Niveau des connaissances des internes et résidents sur les différents types de responsabilité médicale

Niveau de connaissances	La responsabilité pénale	La responsabilité administrative	La responsabilité civile	La responsabilité disciplinaire
Aucune connaissance	36	51	33	30
Connaissance minimale	99	91	95	79
Connaissance moyenne	38	55	47	61
Bien informé (e)	33	14	34	36
Connaissance approfondie	6	1	3	6
Total	212	212	212	212

La majorité des participants ont déclaré leur niveau de connaissances concernant les responsabilités médicales comme suit :

- **Responsabilité pénale :**
 - 63.7% des internes et résidents avaient une connaissance nulle à minime.
 - 18% avaient une connaissance moyenne.
 - 18,3% se considéraient bien informés ou avaient une connaissance approfondie.

- **Responsabilité administrative :**
 - 67% des médecins avaient une connaissance nulle à minime
 - 26% avaient une connaissance moyenne.
 - 7% ont déclaré être bien informés ou avoir une connaissance approfondie.
- **Responsabilité civile :**
 - 60.4% des médecins avaient une connaissance nulle à minime
 - 22% avaient une connaissance moyenne.
 - 6.6% ont déclaré être bien informés
 - 1% avaient une connaissance approfondie.
- **Responsabilité disciplinaire :**
 - 51.4% avaient une connaissance nulle à minime.
 - 29% avaient une connaissance moyenne.
 - Seulement 3% avaient une connaissance approfondie.

Pour les quatre types de responsabilité médicale, la majorité des internes et résidents avaient une connaissance soit minime, soit moyenne. Très peu de participants avaient une connaissance approfondie, surtout en ce qui concerne la responsabilité administrative et civile.

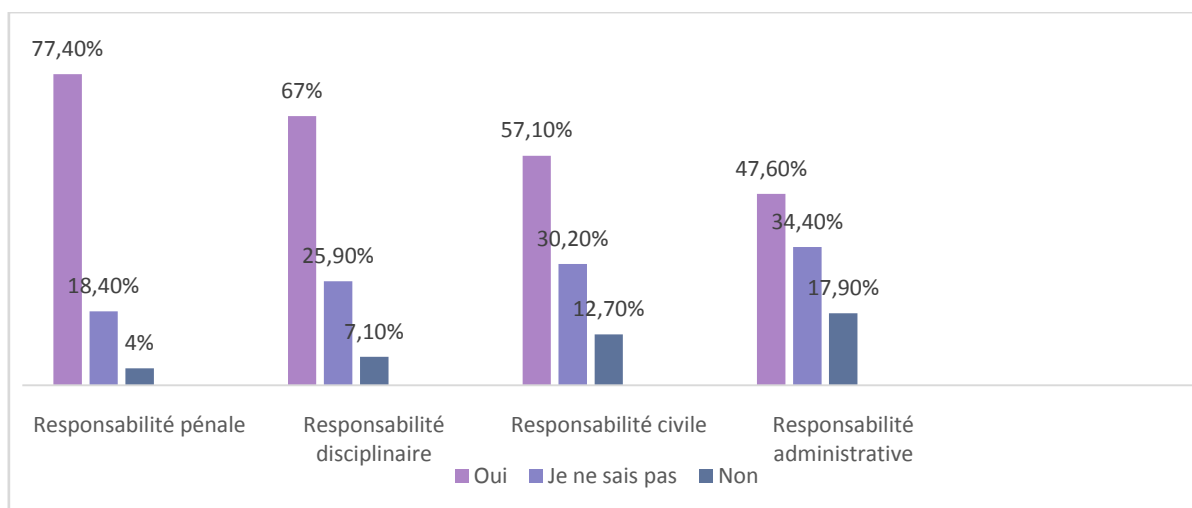


Figure 6 : Perception du risque de poursuite dans le cadre des différents types de responsabilité médicale

Les médecins en formation percevaient généralement un risque plus élevé de poursuite pour les responsabilités pénale (77,4%, soit 164 médecins) et disciplinaire (67%, soit 142 médecins), comparativement aux responsabilités civile (57,10%, soit 121 médecins) et administrative (47,6%, soit 101 médecins). Cependant, une proportion significative était incertaine, surtout pour la responsabilité administrative (34,4%, soit 73 médecins). Le pourcentage le plus faible de répondants considérant qu'il n'y avait pas de risque de poursuite concernait la responsabilité pénale (4%, soit 9 médecins), tandis que le pourcentage le plus élevé concernait la responsabilité administrative (17,9%, soit 38 médecins)

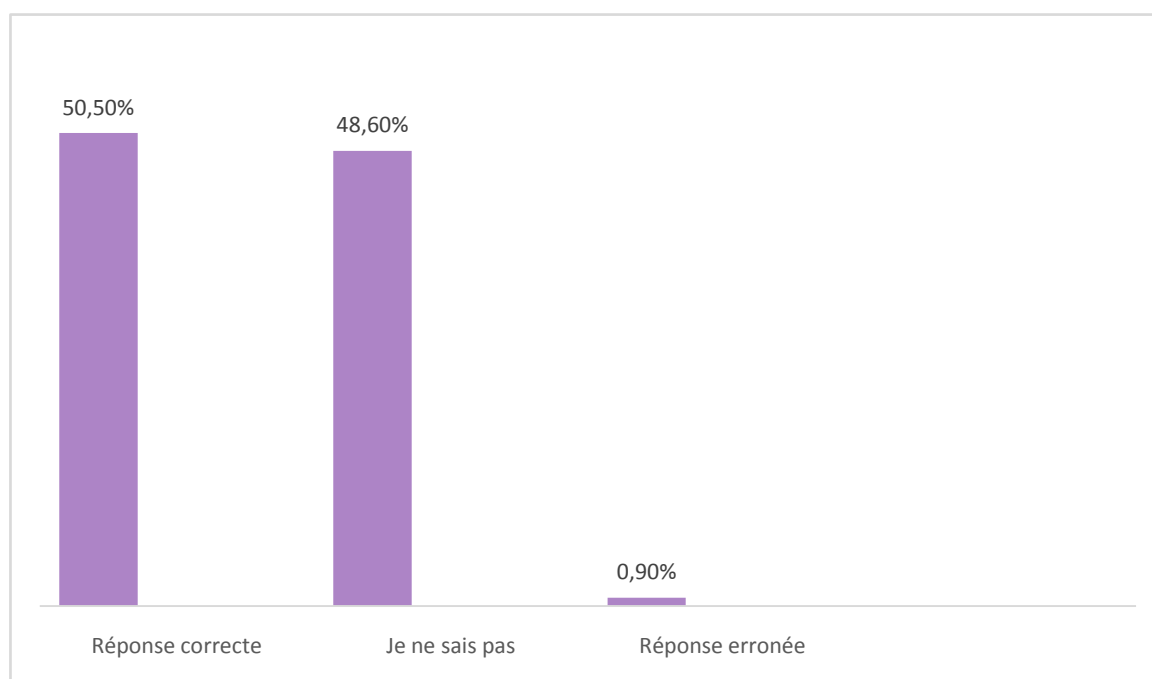


Figure 7 : Distribution des réponses sur les types de fautes pénales entraînant la responsabilité des internes et résidents

50,50% des médecins, soit 107 médecins avaient identifié correctement les types de fautes pénales pouvant engager leur responsabilité. Cependant, une proportion presque équivalente était incertaine (48,60%, soit 103 médecins).

La responsabilité médicale de l'interne et du résident

0,90%, soit 2 médecins avaient donné des réponses incorrectes. Ils avaient indiqué des fautes qui n'engageaient pas leur responsabilité et des fautes qui n'étaient pas pénales mais relevaient d'autres types de responsabilité

Tableau II : Les types de fautes pénales pouvant engager la responsabilité des médecins résidents et internes

Réponse correcte	Fréquence	Pourcentage%
La non-assistance	29	27,1
Faute diagnostique ou Thérapeutique	28	26,2
Homicide/infirmité permanente	12	11,2
Avortement	8	7,5
La négligence	8	7,5
Faux certificat ou antidatés	7	6,5
Falsification des dossiers et Résultats	4	3,7
Acte criminel avec préméditation, fraude, acte délictueux	3	2,8
Corruption	2	1,9
Défaut de consentement	2	1,9
Ordonnances abusées	1	0,9
Infractions aux règles encadrant les expérimentations sur la personne humaine	1	0,9
Euthanasie	1	0,9
Conflits d'intérêts	1	0,9
Total	107	100,0

Les médecins résidents et internes avaient une bonne connaissance des types de fautes pénales les plus courantes et graves. La non-assistance à personne en danger était la faute pénale la plus fréquemment citée, avec 29 réponses (27,1% des répondants). Les fautes diagnostiques et thérapeutiques étaient également mentionnées, avec 28 réponses (26,2%). Les actes entraînant des blessures graves, comme l'homicide ou l'infirmité permanente, étaient cités par 12 répondants (11,2%).

Cependant, il existait également une prise de conscience des fautes moins fréquentes mais significatives, telles que la falsification des dossiers et résultats, mentionnée par 4 répondants (3,7%). Les fautes d'éthique étaient également reconnues, avec des conflits d'intérêts mentionnés par 1 répondant (0,9%).

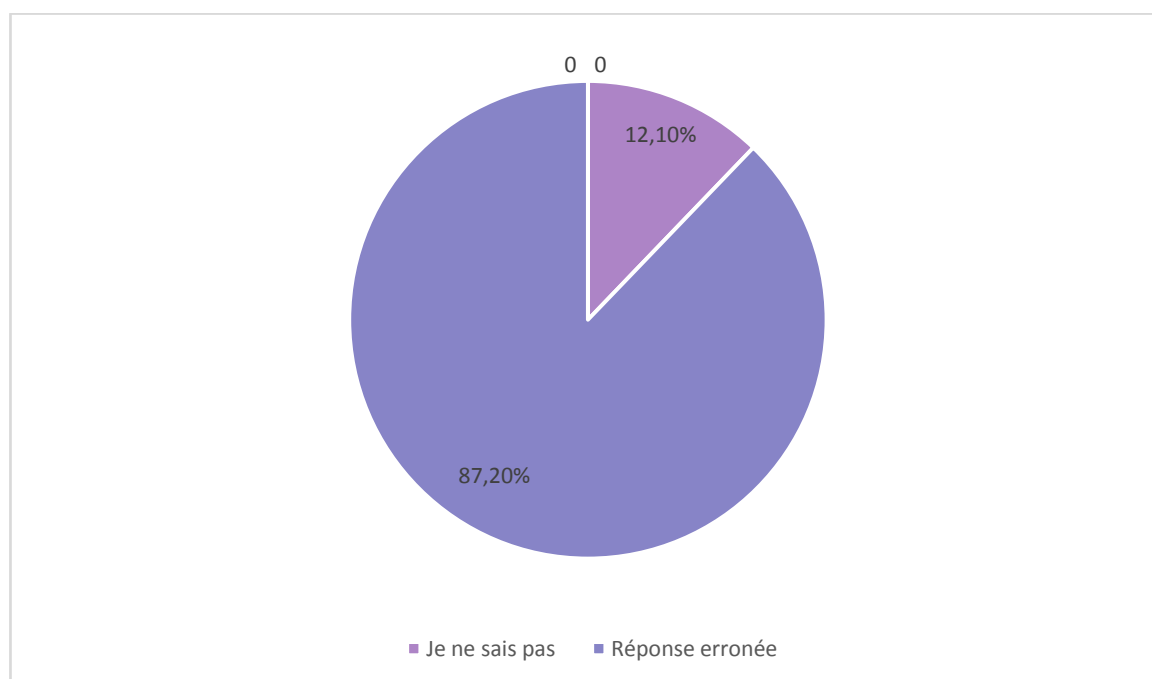


Figure 8 : Évaluation des réponses des internes et résidents sur la responsabilité civile

Les données ont révélé une importante lacune dans la connaissance des médecins résidents et internes concernant les types de fautes civiles pouvant engager leur responsabilité, avec 87,20% des réponses incorrectes et 12,10% des répondants déclarant ne pas savoir.

Tableau III : Types de réponses erronées sur la responsabilité civile des internes et résidents

La réponse erronée	Fréquence	Pourcentage%
Défaut de consentement	15	51,7
Faute de technique médicale	5	17,2
Faute d'information	2	6,9
Faute ne relevant pas de la responsabilité civile	7	24,1
Total	29	100,0

75,9% des internes et résidents (soit 22 répondants) avaient une compréhension limitée des responsabilités légales qui s'appliquaient spécifiquement à eux dans un hôpital public, notamment en ce qui concerne le défaut de consentement (51%), la faute de technique médicale (17,2%) et la faute d'information (6,9%). En revanche, 24,1% (soit 7 médecins) montraient une confusion généralisée sur les catégories de fautes.

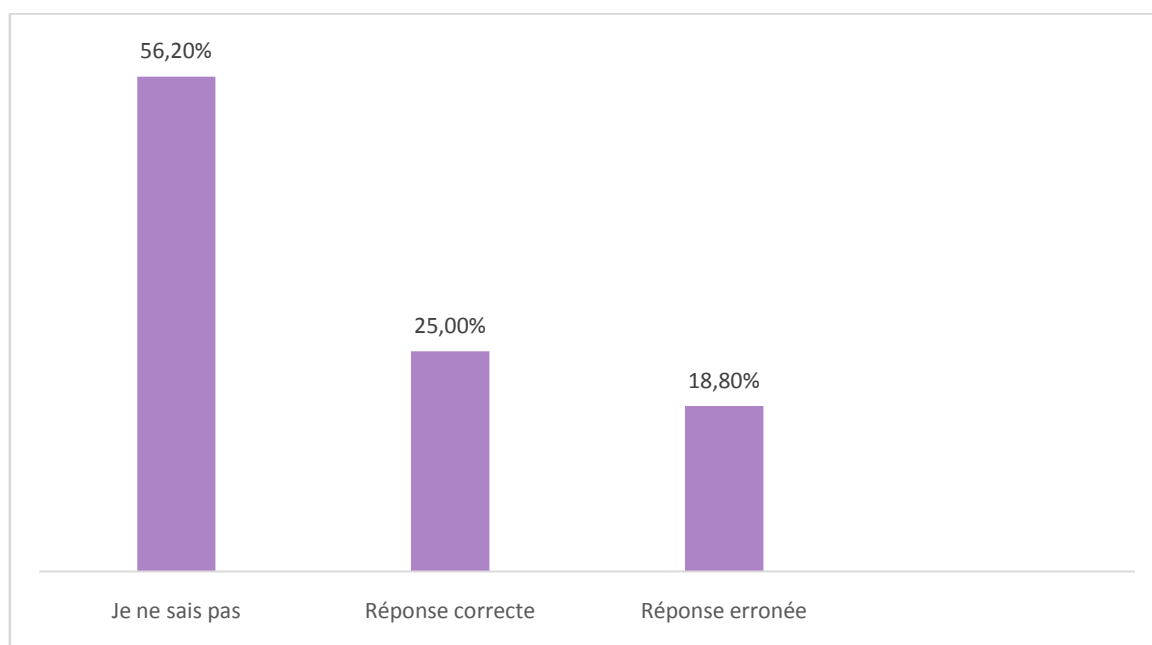


Figure 9 : Évaluation des réponses des internes et résidents sur la responsabilité disciplinaire

56,2% soit 119 des répondants étaient incertains quant aux types de fautes pouvant engager leur responsabilité disciplinaire.

La responsabilité médicale de l'interne et du résident

25% soit 53 médecins ont pu fournir correctement des exemples de fautes engageant leur responsabilité disciplinaire.

18.8% soit 40 répondants ont donné des exemples incorrects de fautes disciplinaires : 39 d'entre eux ont identifié à tort le non-respect de la hiérarchie comme étant une faute disciplinaire.

Tableau IV : Perception des internes et résidents sur les fautes disciplinaires engageant leur responsabilité

Réponse correcte	Fréquence	Pourcentage%
Violation du secret médical	23	43.4
Conflits	12	22.6
Violations des règles établies par L'ordre	12	22.6
Corruption	3	5,66
Omission	3	5,66
Total	53	100,0

- 25,0% des répondants ont cité la violation du secret médical comme une préoccupation disciplinaire.
- Les conflits et la violation des règles établies par l'Ordre professionnel ont été mentionnés par 22.6% des répondants chacun.
- La corruption et l'omission ont été moins fréquemment citées, avec 5.6% des répondants pour chaque type de faute disciplinaire.

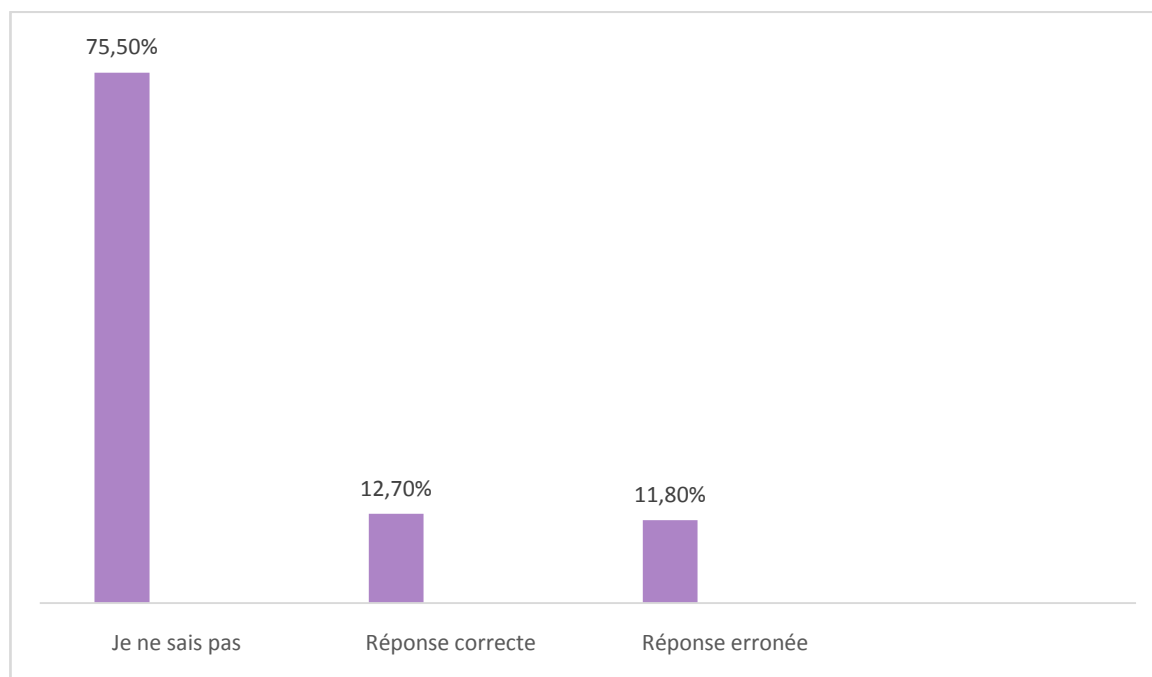


Figure 10 : Compréhension des internes et résidents sur la responsabilité administrative

75,50% des participants ont indiqué ne pas savoir citer des exemples de fautes administratives.

12,70% ont pu fournir des réponses correctes, tandis que 11,80% ont donné des réponses erronées.

Tableau V : Perception des internes et résidents sur les fautes administratives en milieu hospitalier

Réponse correcte	Fréquence	Pourcentage%
Erreurs dans la tenue des Dossiers médicaux	14	51.8
Manquements aux procédures Hospitalières	8	29,6
Absence de consentement	5	18.5
Total	27	100.0

La responsabilité médicale de l'interne et du résident

Les internes et résidents avaient une certaine conscience des possibles fautes administratives dans leur pratique clinique, notamment l'importance de la précision et de l'exactitude dans la documentation médicale (51.8%), ainsi que du respect des protocoles et règlements établis par l'hôpital (29.6%).

18,5% des répondants ont identifié l'absence de consentement comme une faute disciplinaire

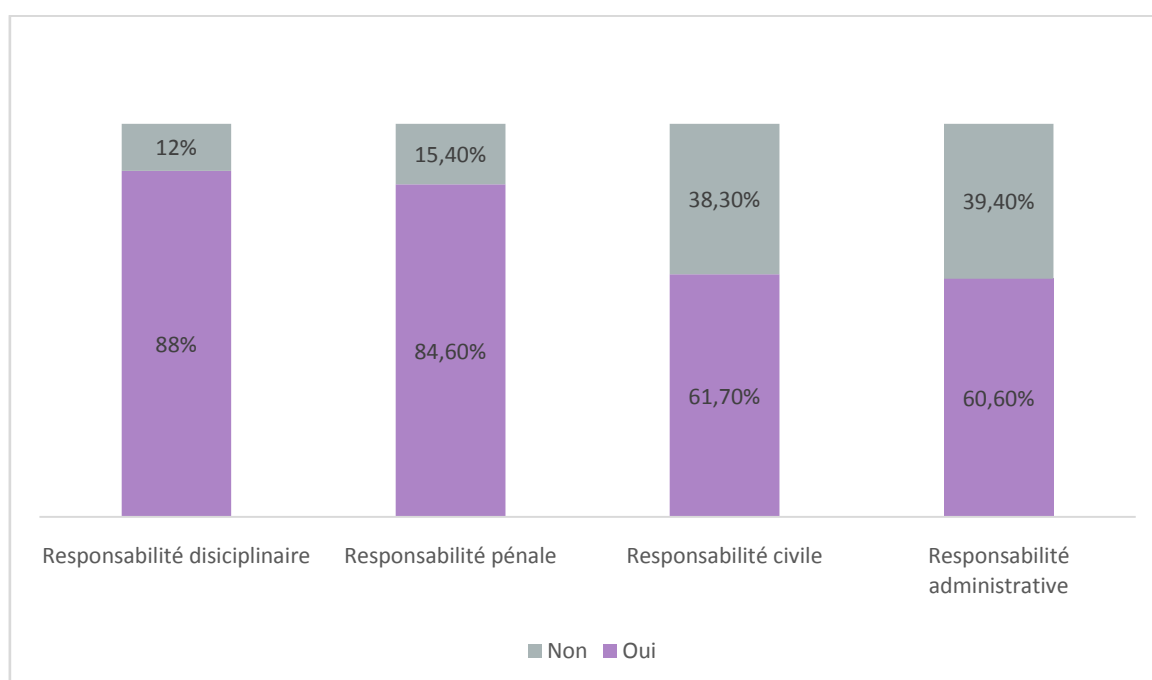


Figure 11 : Les responsabilités légales perçues par les internes et résidents en termes de risque de poursuite

Les médecins internes et résidents avaient une bonne compréhension des responsabilités médicales liées à leur pratique, notamment en ce qui concerne la responsabilité disciplinaire (88,00%) et la responsabilité pénale (84,60%). La responsabilité administrative était également assez bien comprise, avec un taux de 60,60%. En revanche, en ce qui concerne la responsabilité civile, 38,3% des répondants ont correctement indiqué qu'ils ne pouvaient pas être tenus civilement responsables, tandis que 61,7% ont pensé à tort qu'ils pouvaient être poursuivis dans le cadre de cette responsabilité.

IV. Données concernant la faute médicale :

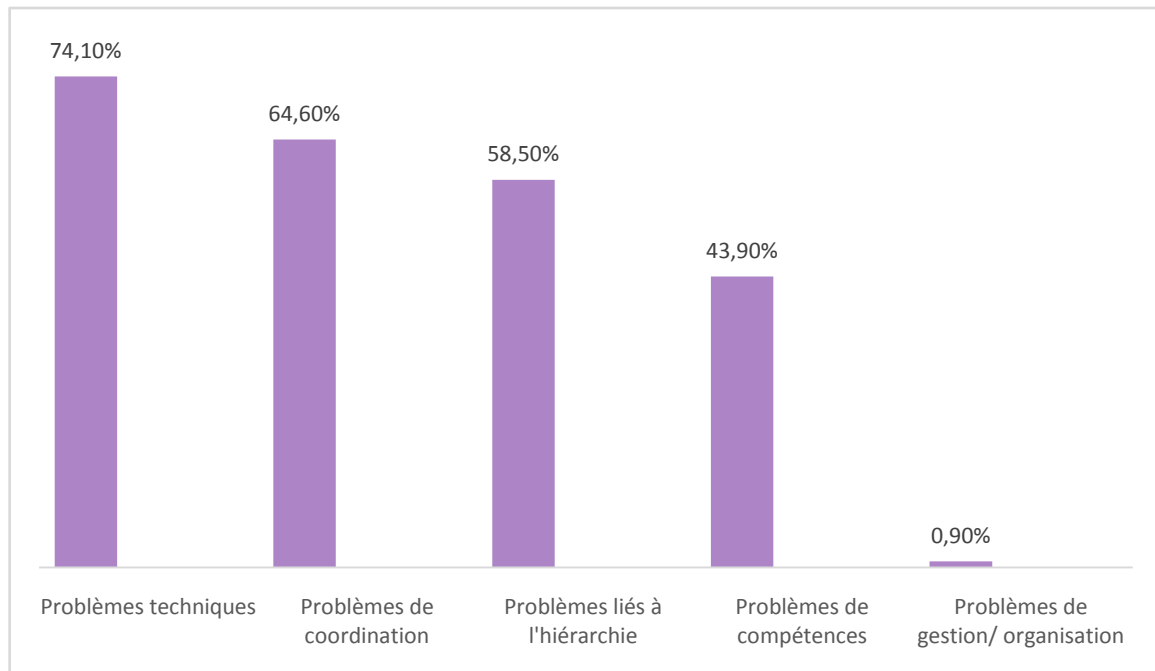


Figure 12 : Problèmes rencontrés le plus fréquemment dans la pratique médicale

L'enquête sur les problèmes les plus fréquemment rencontrés dans la pratique médicale a montré que :

- Les problèmes techniques étaient les plus courants, affectant près de trois quarts des médecins interrogés (74,10%, soit 157 répondants).
- La coordination des soins constituait un autre défi majeur, impactant environ deux tiers des répondants (64,60%, soit 137 personnes).
- 58,50% des médecins, soit 124 répondants avaient signalé des problèmes liés à la hiérarchie
- 43,90%, soit 93 médecins interrogés avaient rencontré des problèmes de compétences
- Les problèmes de gestion et d'organisation avaient été les moins fréquemment signalés, affectant moins de 1% des répondants.

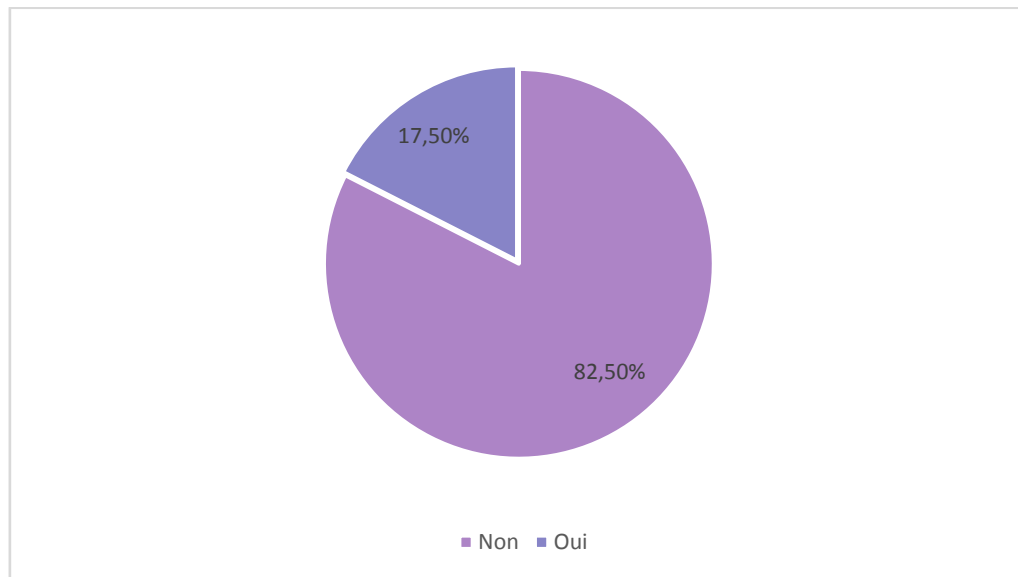


Figure 13 : Expérience des Fautes médicales chez les médecins internes et résidents

Parmi les 212 médecins internes et résidents interrogés, 175 médecins (82,5%) ont affirmé n'avoir jamais commis de faute médicale. En revanche, 37 répondants (17,5%) ont reconnu en avoir commis une : 13,4% (20 personnes) parmi les internes et 23,5% (17 personnes) parmi les résidents.

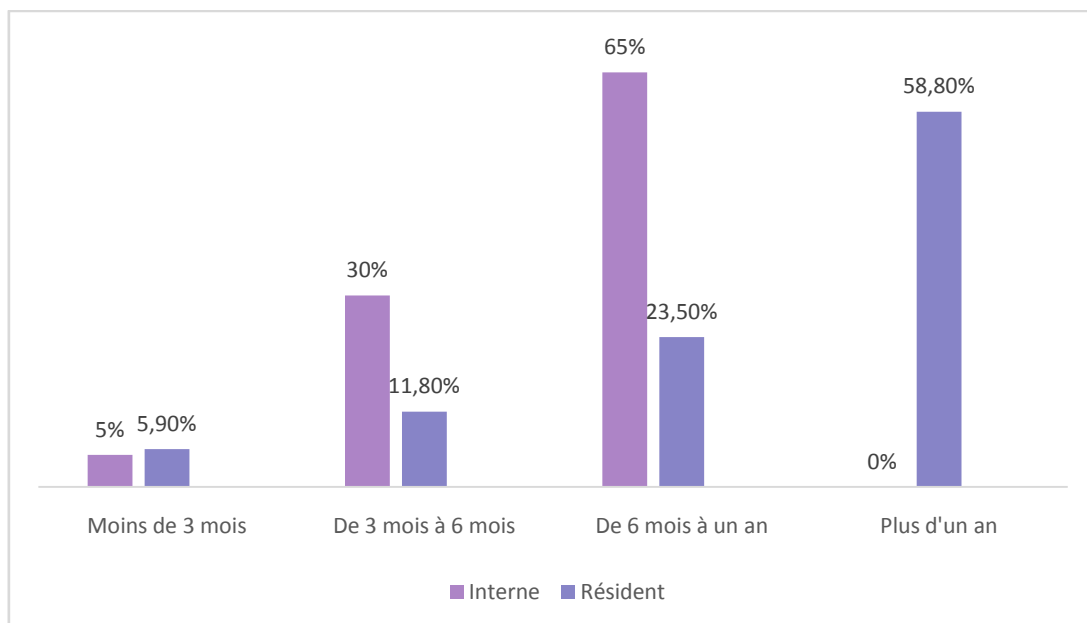


Figure 14 : Date de la faute

Les fautes médicales ont été reconnues à différents niveaux d'expérience, bien que leur fréquence semble être la plus élevée durant les 6 derniers mois à un an, avec 83,5% signalées la première année. Une tendance claire à la diminution de la survenue des fautes médicales avec le temps et en fonction du statut a été observée. Pour les internes :

- 65% des fautes médicales ont été commises au cours de la dernière année, avec une concentration notable au cours des derniers 6 mois à un an.
- 5% des fautes ont été commises au cours des derniers 3 mois

Pour les résidents :

- 58,80% des fautes médicales datent de plus d'un an
- Il y avait une tendance marquée vers une diminution de fautes : 23,50% au cours des derniers 6 mois et 5 au cours des derniers 3 mois.

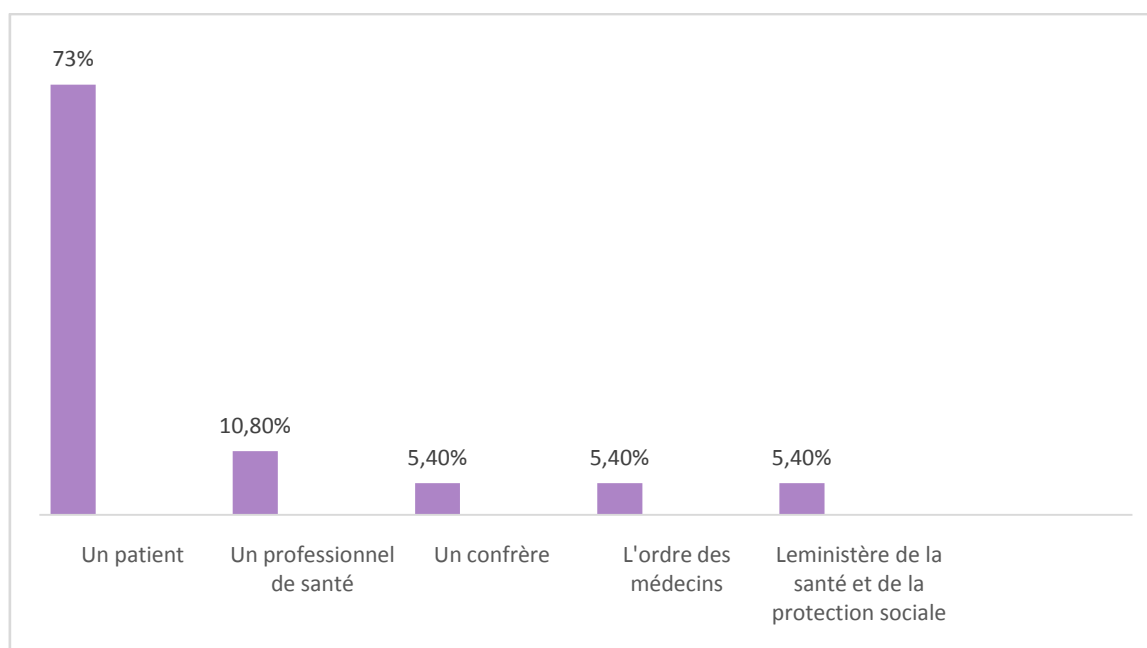


Figure 15 : Répartition des fautes médicales selon les personnes concernées

La majorité des fautes médicales avaient été commises envers les patients, représentant 73% des réponses. En revanche, les fautes envers d'autres professionnels de santé, les confrères, l'ordre des médecins et le ministère de la santé et de la protection sociale étaient moins fréquentes, chacune représentant une proportion inférieure à 6%.

1. Circonstances de survenue de la faute

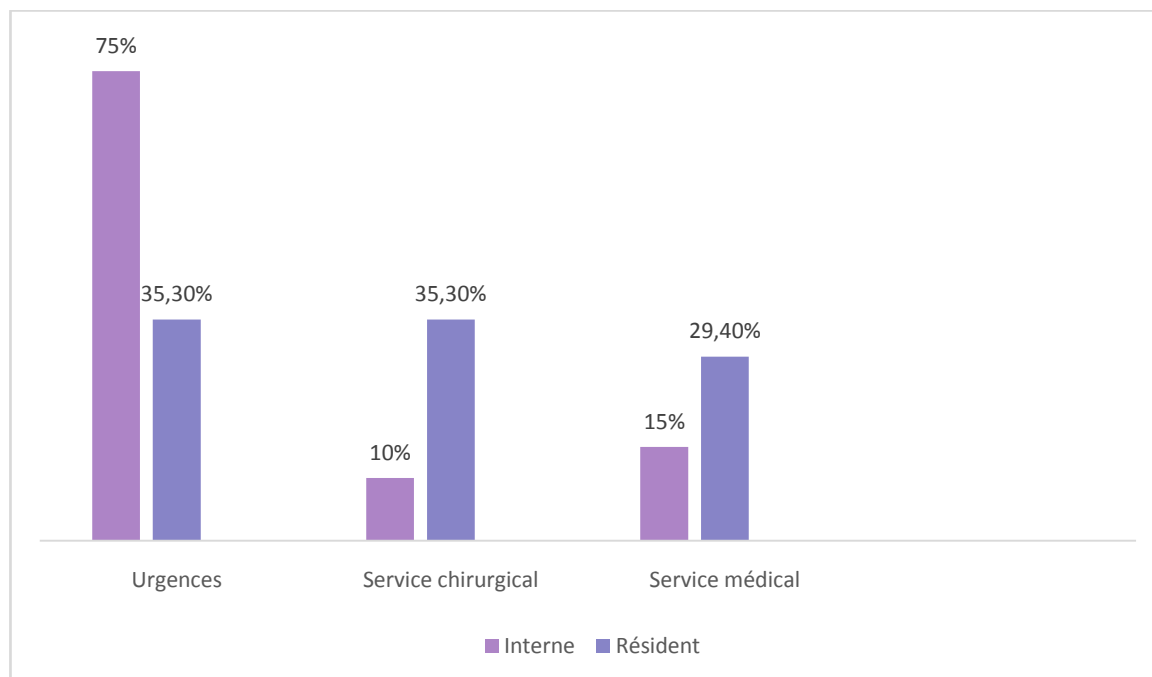


Figure 16 : Répartition des fautes médicales par service

Parmi les 37 médecins qui ont répondu, 8 (21,60%) ont admis avoir commis une faute médicale dans un service médical, 8 (21,60%) dans un service chirurgical, et 21 (56,80%) aux urgences.

En comparant ces chiffres avec la population totale étudiée de 212 médecins, on constate que le pourcentage de fautes médicales est plus élevé dans le service des urgences (45,65%) que dans le service chirurgical (11,43%) et le service médical (13,56%).

- Les internes ont commis 75% des fautes médicales dans les services d'urgences suivis du service médical (15%) et du service chirurgical (10%).

- Les résidents, quant à eux, ont commis des fautes médicales de manière plus répartie : 35,30% dans les urgences, 35,30% dans le service chirurgical et 29,40% dans le service médical.

Il est à noter qu'aucune faute n'a été signalée dans les services de gynécologie ni de pédiatrie.

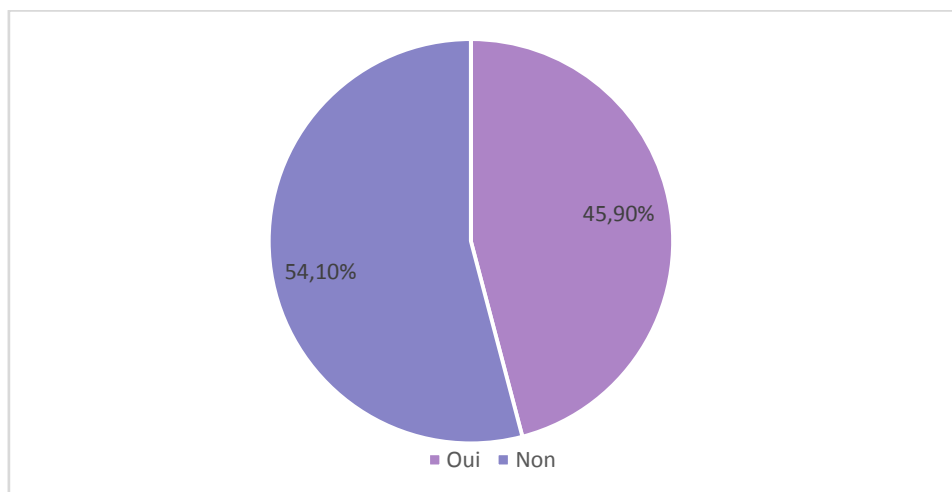


Figure 17 : Présence de conditions particulières au moment de la survenue de la faute

Les médecins ont déclaré que 45.9% des fautes médicales ont eu lieu dans des conditions particulières.

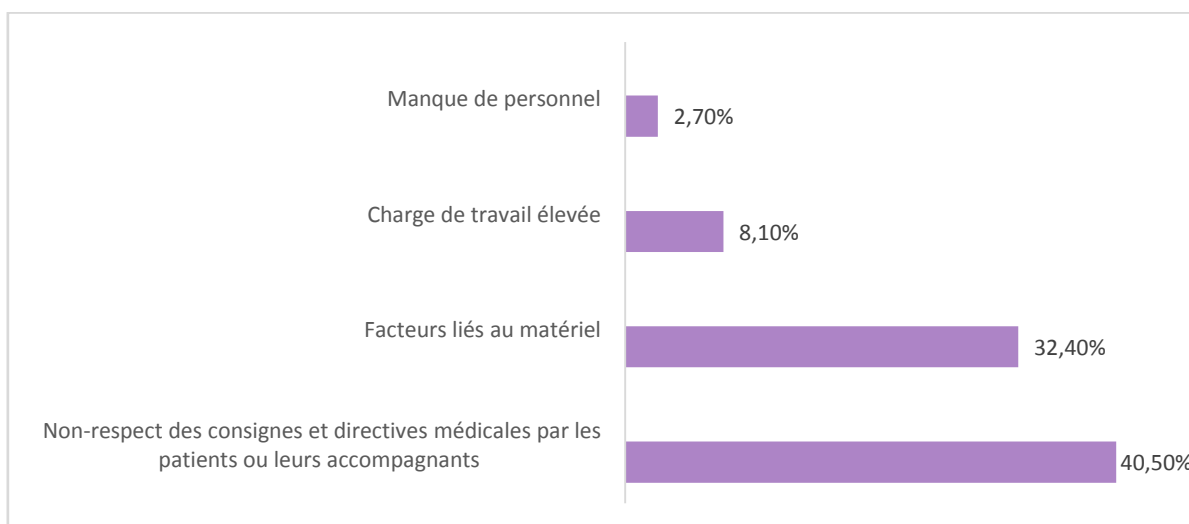


Figure 18 : Facteurs contributifs à la survenue de la faute

Les fautes médicales ont souvent été influencées par diverses conditions particulières. Les facteurs les plus couramment cités ont été liés au patient ou à son entourage (40,50%). Parmi ces facteurs, les défauts de communication représentaient 21,60% (soit 8 réponses), suivis par les obstacles administratifs (10,80% soit 4 réponses) et la non-coopération des patients (8,10% soit 3 réponses).

Les facteurs liés au matériel ont également été significatifs (32,40%). En particulier, le manque de dispositifs adaptés a été mentionné dans 18,90% des cas (7 réponses), suivi par l'absence de matériel adapté dans 8,10% des cas (3 réponses).

La charge de travail élevée a été citée dans 8,10% des cas (3 réponses) et le manque de personnel dans 2,70% des cas (1 réponse).

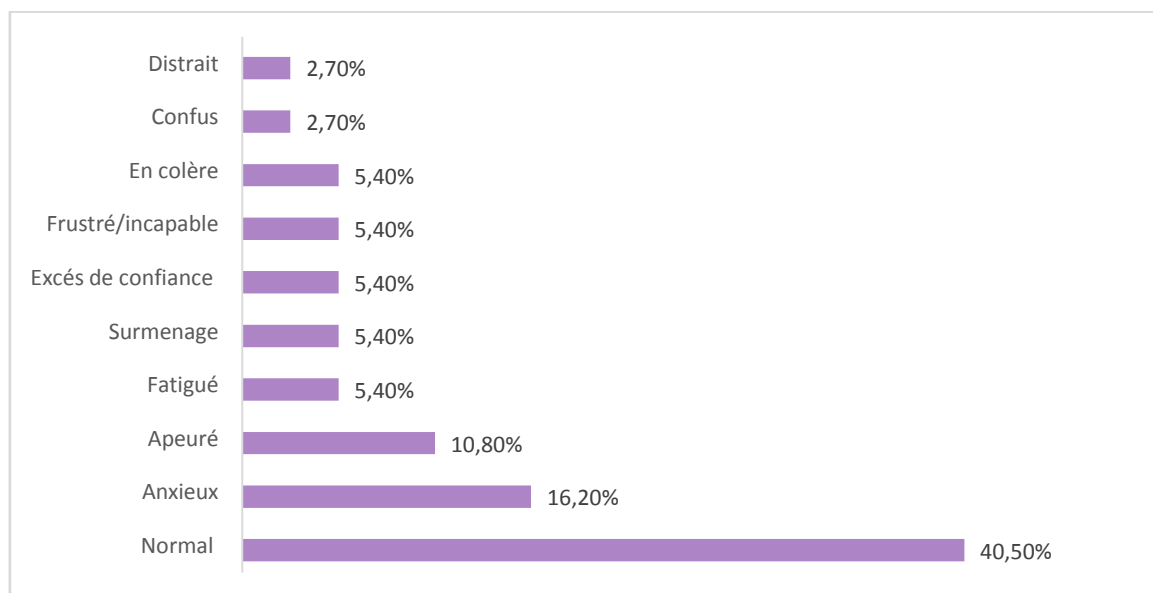


Figure 19 : Etat d'esprit des médecins au moment de la survenue de la faute

40,50% des médecins interrogés ont déclaré se trouver dans un état d'esprit normal au moment de la survenue de la faute.

Cependant, 64,80% des médecins ont déclaré avoir ressenti un sentiment négatif au moment de la faute. L'anxiété étant la plus couramment mentionnée par 16,20% des médecins, suivie de la peur à 10,80%.

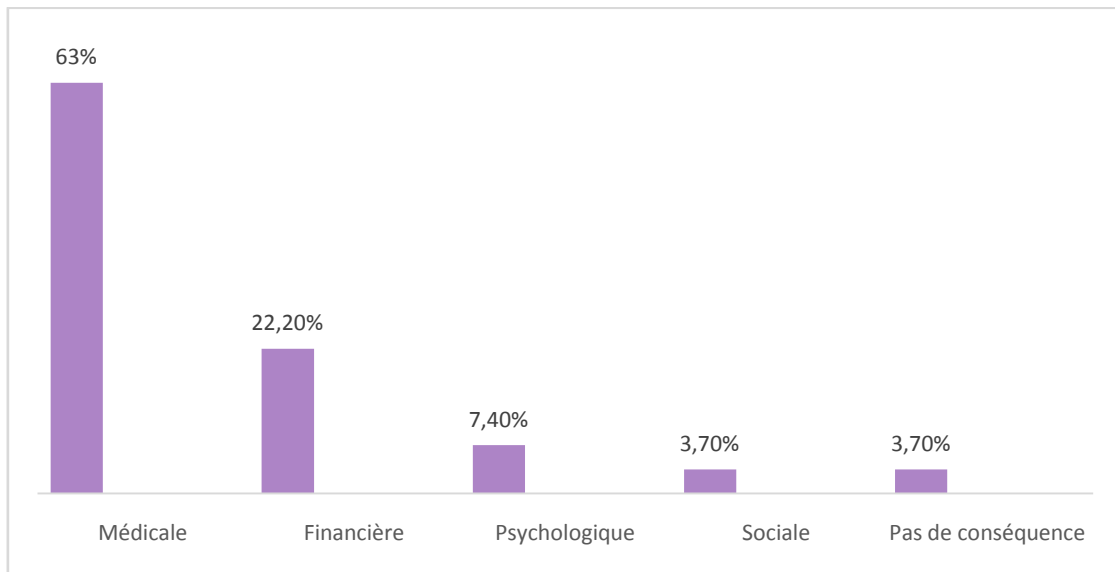


Figure 20 : Conséquences de la faute médicale sur le patient

63% des fautes médicales ont entraîné des conséquences médicales directes pour les patients. 22.2% des médecins interrogés ont également mentionné des conséquences financières importantes. Les conséquences psychologiques et sociales ont été moins fréquentes, respectivement 7,40% et 3,70%.

3,70% des fautes médicales n'ont entraîné aucune conséquence visible sur le patient.

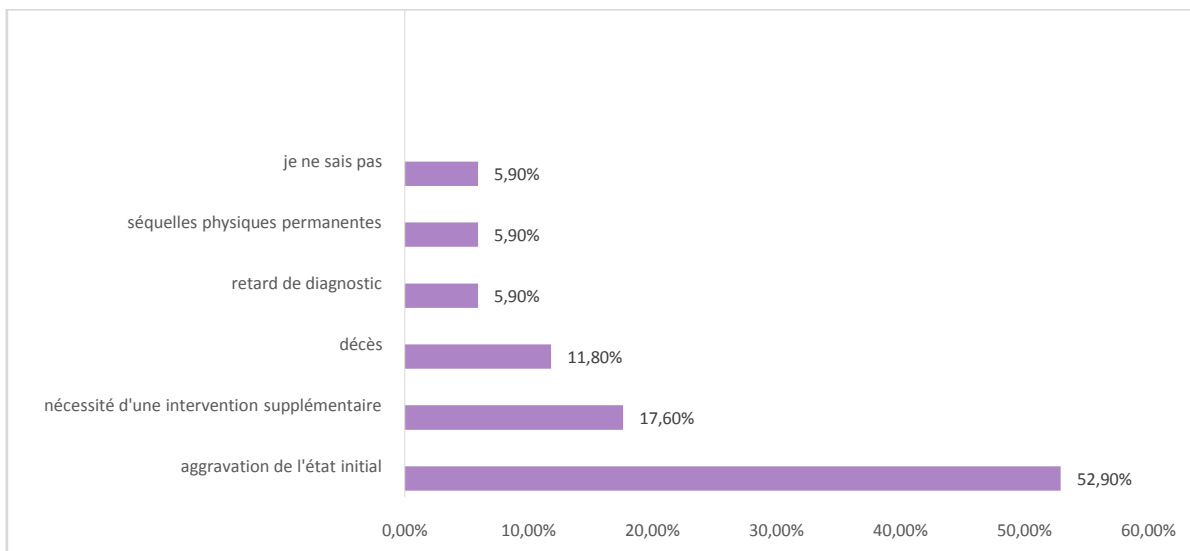


Figure 21 : Types de conséquences médicales subies par les patients

Les conséquences des fautes médicales incluaient une aggravation de l'état initial (52,90%) et la nécessité d'interventions supplémentaires (17,60%). Une proportion des fautes médicales avait également entraîné des décès (11,80%), des retards de diagnostic (5,90%), ainsi que des séquelles physiques permanentes (5,90%). Un pourcentage des médecins interrogés n'étaient pas certains des conséquences médicales subies par leurs patients (5,90%).

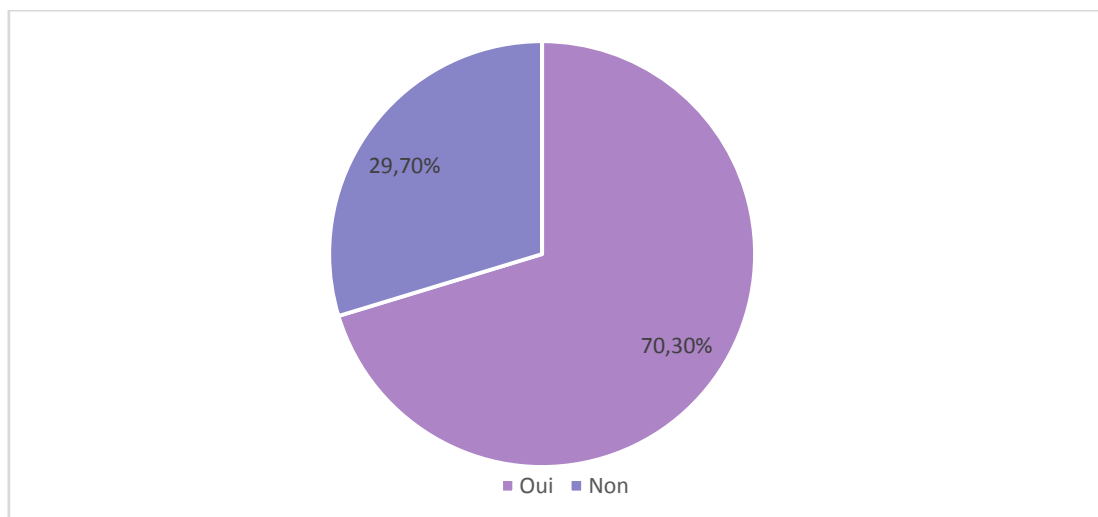


Figure 22 : Reconnaissance des fautes par les médecins

70,30% des médecins interrogés ont reconnu avoir commis une faute médicale, tandis que 29,70% (11 médecins) ont affirmé ne pas avoir admis leur faute.

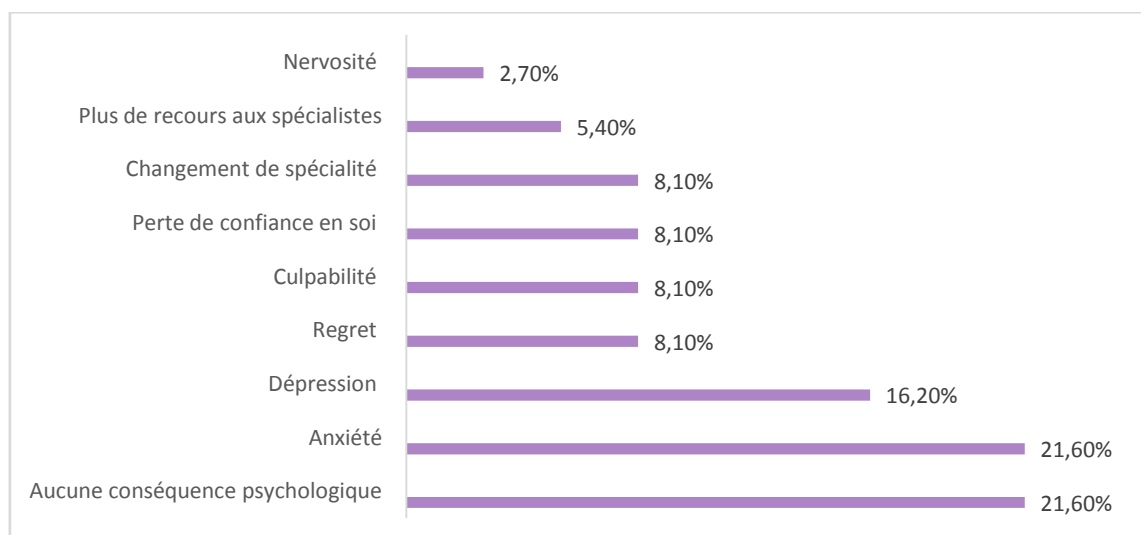


Figure 23 : conséquences psychologiques de la faute sur les médecins

Diverses réactions psychologiques ont été observées chez les médecins suite à leurs fautes médicales. L'anxiété (21,60%) et la dépression (16,20%) étaient les réponses les plus fréquentes.

En outre, 21,60% des médecins ont indiqué ne pas avoir éprouvé de conséquences psychologiques directes

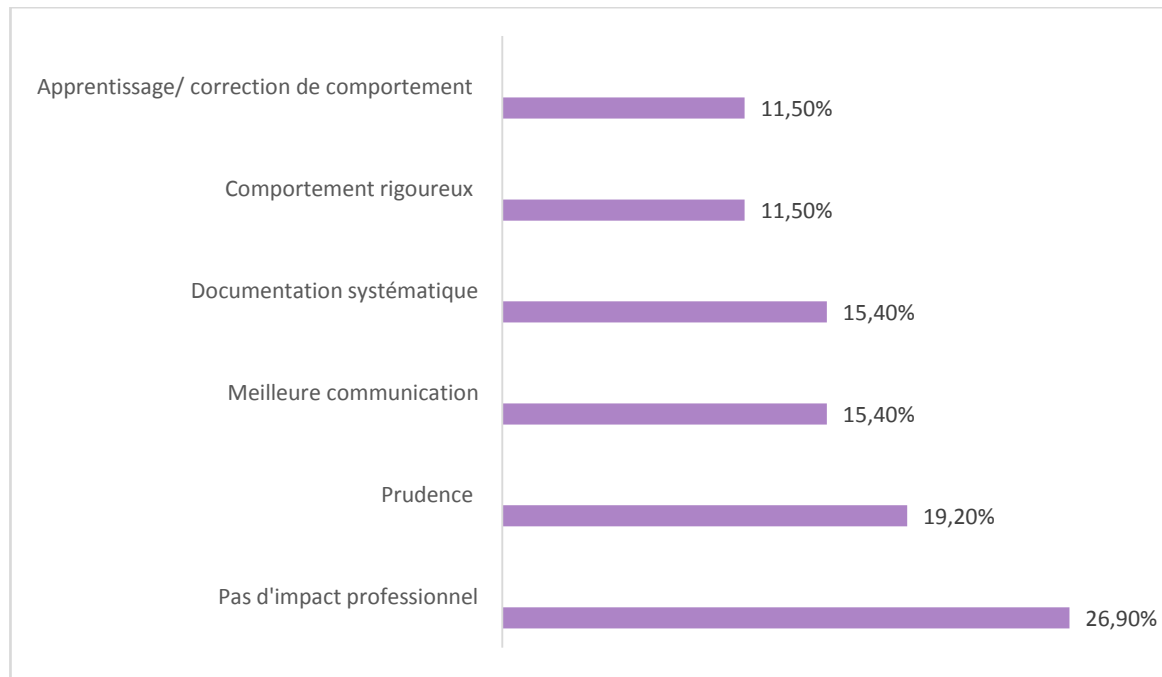


Figure 24 : Impact professionnel de la faute médicale sur les médecins internes et résidents.

Les médecins ont adopté diverses stratégies professionnelles après avoir commis une faute médicale, incluant une plus grande prudence (19,20%), une amélioration de la communication (15,40%), une documentation plus systématique (15,40%), ainsi qu'un comportement rigoureux (11,50%) et une correction de comportement (11,50%).

26,90% des médecins interrogés ont indiqué que la faute n'avait aucun impact professionnel sur eux.

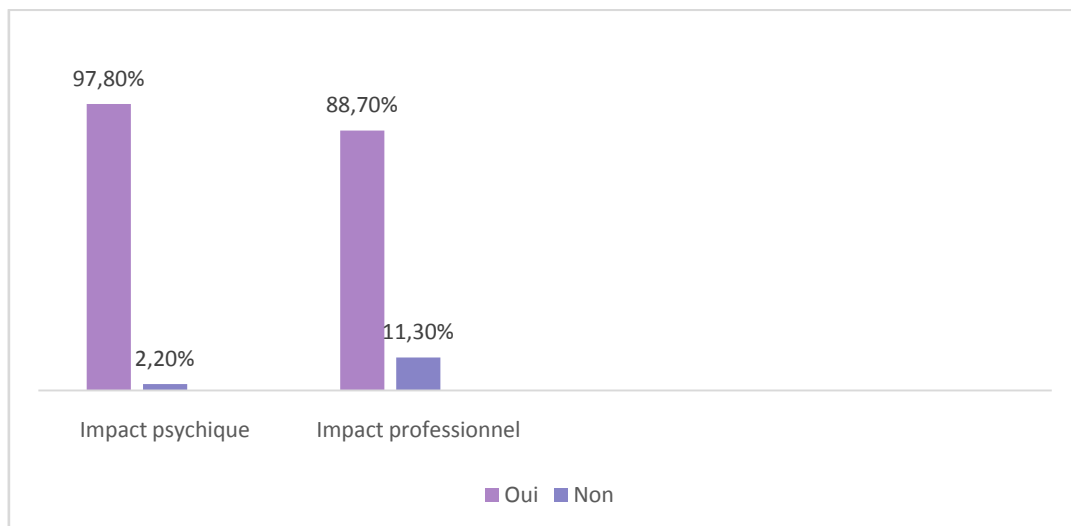


Figure 25 : Impact de l'expérience de faute médicale sur les médecins

97.8% des répondants ont signalé un impact psychique, soulignant ainsi la charge émotionnelle et psychologique associée à ces situations. De plus, 88.7% des médecins ont également fait état d'un impact professionnel.

Tableau VI : Appréhensions des médecins face aux conséquences des fautes médicales

	La conséquence	Fréquence de la réponse	Pourcentage	
Conséquences sur le patient	Décès du patient	86	40,6%	72,6%
	Handicap	68	32,1%	
Conséquences sur le médecin	L'emprisonnement	30	14,2%	26%
	Radiation temporaire ou permanente	8	3,8%	
	Stress émotionnel et impact psychique	13	6,1%	
	Mauvaise réputation	1	0,5%	
	Être mal jugé	3	1,4%	
	Je ne sais pas	3	1.4%	1.4%
	Total	212	100%	100%

Les médecins craignaient principalement les conséquences graves sur les patients en cas de faute médicale. 40,6% des répondants redoutaient particulièrement le décès du patient, tandis que 32,1% d'entre eux craignaient les séquelles handicapantes.

Par ailleurs, les médecins exprimaient également des inquiétudes quant aux répercussions personnelles et professionnelles de la commission d'une faute médicale : environ 14,2% des répondants redoutaient l'emprisonnement et une petite proportion, soit 3,8%, craignait d'être temporairement ou définitivement radiée de l'exercice médical. 6,1% des médecins mentionnaient également le stress émotionnel et l'impact psychologique comme une source d'appréhension. Une minorité, représentant 0,5% des répondants, craignait une mauvaise réputation professionnelle, tandis que 1,4% redoutaient d'être mal jugés par leurs pairs.

V. Analyses bivariées : comparatives des résultats selon le statut, le genre et le niveau de connaissances

Tableau VII : Analyse des résultats selon le statut (Interne vs Résident)

Statut	Expérience de mise en cause	Effectif	% dans le statut	% dans l'expérience de mise en cause	% du total
Interne	Non	65	76,5%	37,1%	30,7%
	Oui	20	23,5%	54,1%	9,4%
Résident	Non	110	86,6%	62,9%	51,9%
	Oui	17	13,4%	45,9%	8,0%

- **Khi-deux de Pearson** : La valeur du test est 3,052 avec une p-value de 0,081. Bien que proche, cette p-value n'est pas en dessous du seuil de signification conventionnel (0,05), suggérant qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les internes et les résidents quant à l'expérience de mise en cause de leur responsabilité.
- **Correction pour continuité (Yates)** : La p-value est de 0,116, confirmant également l'absence de signification statistique stricte.
- **Rapport de vraisemblance** : La valeur du test est 3,039 avec une p-value de 0,081, ce qui soutient les conclusions précédentes.
- **Test exact de Fisher** : Les p-values sont de 0,097 (bilatérale) et 0,059 (unilatérale), ce qui indique que, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, elle est suffisamment proche pour mériter une attention.
- **Association linéaire par linéaire** : La valeur est de 3,038 avec une p-value de 0,081, soutenant l'absence de relation significative.

Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le statut (interne vs résident) et la probabilité d'avoir vécu une situation où la responsabilité du médecin a été mise en cause. Cependant, les internes ont légèrement plus de probabilité de signaler une mise en cause (23,5%) comparé aux résidents (13,4%).

Tableau VIII : Analyse des résultats selon le genre

Sexe	Expérience de mise en cause	Effectif	% dans le sexe	% dans l'expérience de mise en cause	% du total
Hommes	Non	97	82,9%	55,4%	45,8%
	Oui	20	17,1%	54,1%	9,4%
Femmes	Non	78	82,1%	44,6%	36,8%
	Oui	17	17,9%	45,9%	8,0%

- **Khi-deux de Pearson** : Test : 0,016, p-value : 0,899.

Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre les sexes (hommes vs. femmes) concernant l'expérience de mise en cause de la responsabilité de médecin.

- **Correction pour continuité (Yates)** : la p value 1 confirme l'absence de signification statistique.
- **Rapport de vraisemblance** : Test : 0,016, p-value : 0,899.

Soutient les conclusions précédentes.

- **Test exact de Fisher** : les p-values : 1,000 (bilatérale), 0,543 (unilatérale) indiquent une absence de signification statistique.
- **Association linéaire par linéaire** : Valeur : 0,016, p-value : 0,899

Soutient l'absence de relation significative.

Les résultats ont montré l'absence de relation statistiquement significative entre le genre (hommes vs. Femmes) et la probabilité d'avoir vécu une situation où la responsabilité du médecin a été mise en cause

Tableau IX : Pourcentage de fautes médicales en fonction du niveau de connaissance en responsabilité médicale

Niveau de connaissances		Situation de faute médicale	
		Aucune à moyenne	Moyenne à approfondie
Responsabilité	Pénale	19.3%	14.3%
	Civile	21.1%	11.9%
	Disciplinaire	19.3%	15.5%
	Administrative	19.7%	12.2%

La proportion de fautes commises a été légèrement en relation avec le niveau de connaissance dans différents domaines de responsabilité :

- Pénale : 19.3% (faible à moyen), 14.3% (moyen à approfondi).
- Civile : 21.1% (faible à moyen), 11.9% (moyen à approfondi).
- Disciplinaire : 19.3% (faible à moyen), 15.5% (moyen à approfondi).
- Administrative : 19.7% (faible à moyen), 12.2% (moyen à approfondi)

Toutefois, il est important de noter que ces variations n'étaient pas statistiquement significatives selon les tests de khi-deux et de Fisher effectués.

VI. Résolution :

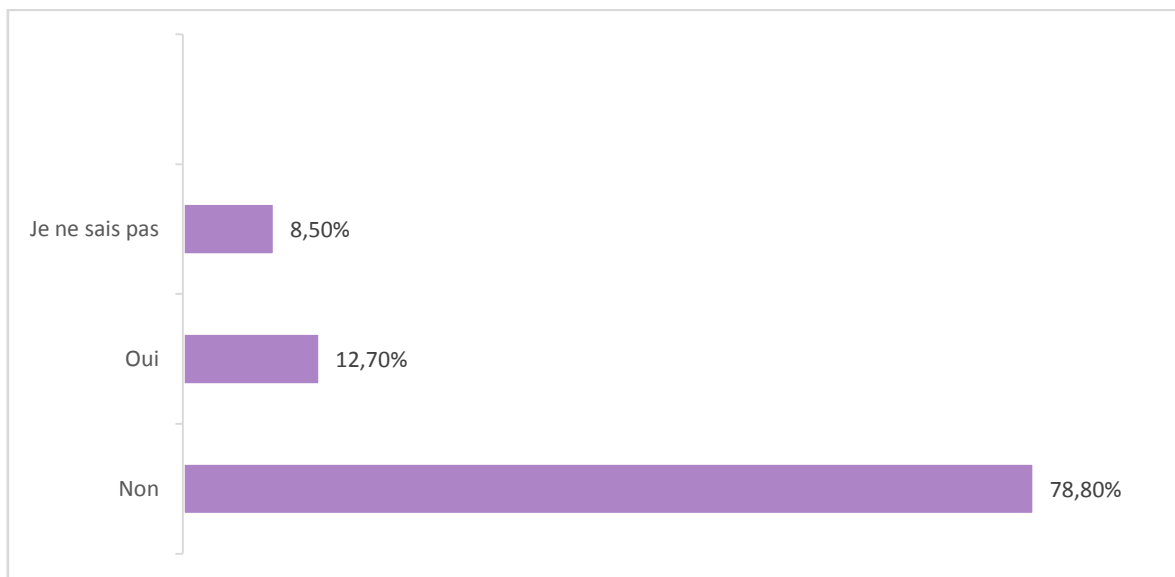


Figure 26 : Préparation des médecins face à une situation de faute médicale

78,80% des médecins ne se sentaient pas préparés pour faire face à une situation de faute médicale. En revanche, 12,70% se sentaient préparés pour gérer de telles situations.

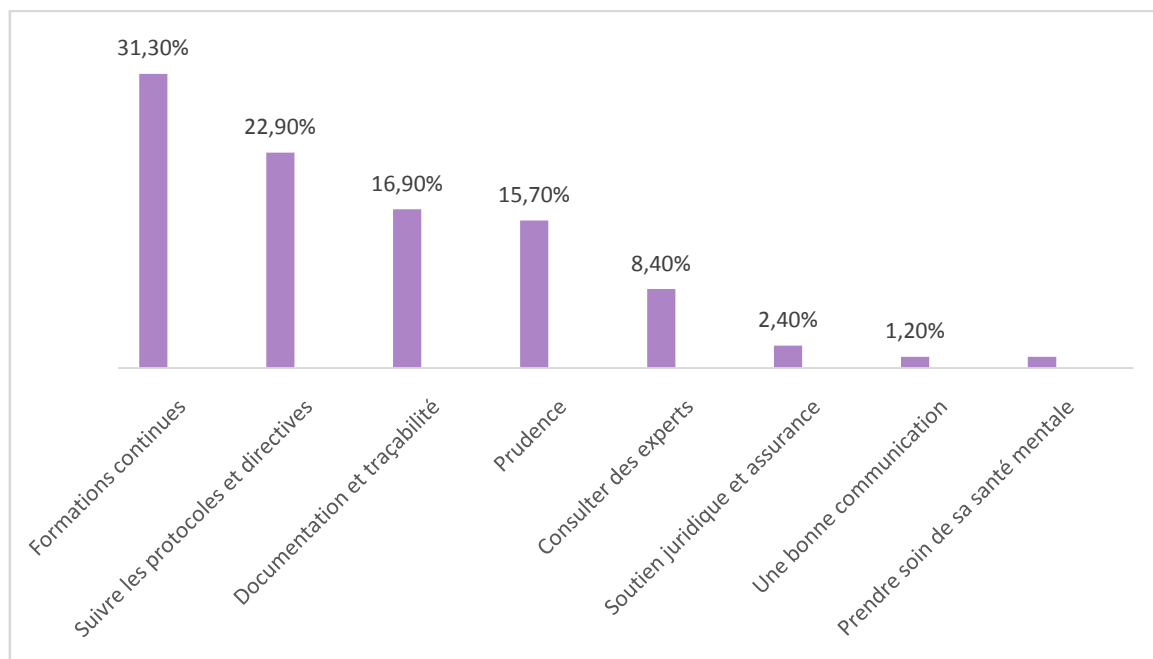


Figure 27 : Stratégies de prévention de la faute médicale proposées par les médecins internes et résidents

L'enquête a révélé un soutien significatif à la mise en place de formations continues (31,30%) et à l'application rigoureuse des protocoles médicaux (22,90%). Les aspects de documentation (16,90%), de prudence (15,70%) et de consultation d'experts (8,40%) ont également été valorisés. Bien que moins prioritaires, la nécessité d'un soutien juridique (2,40%), d'une communication efficace (1,20%) et de la prise en charge de la santé mentale des professionnels de santé (1,20%) a également été reconnue.

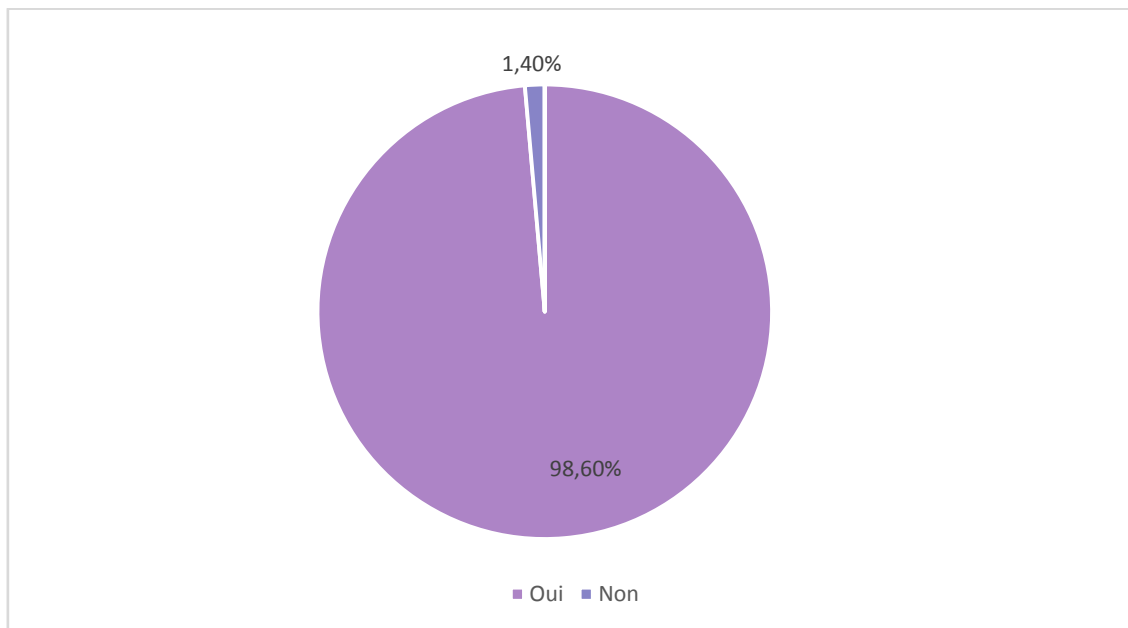


Figure 28 : Avis des médecins internes et résidents sur la formation continue concernant la faute médicale

98.60% des médecins ont soutenu la mise en place de formations continues sur la faute médicale, comme en témoigne la figure ci-dessus.

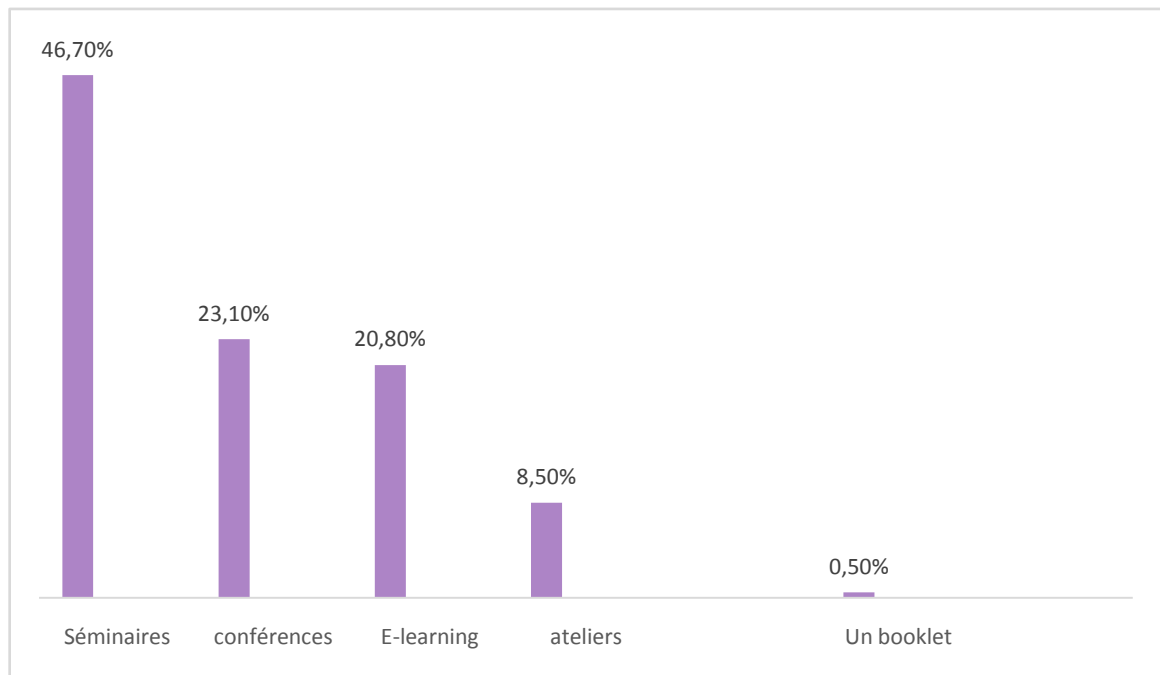


Figure 29 : Format de formation privilégié par les médecins internes et résidents

46,7% des répondants préféraient les séminaires comme mode d'apprentissage principal. Les conférences venaient en deuxième position, choisies par 23,1% des répondants. Le format d'apprentissage en ligne (e-learning) était privilégié par 20,8% des participants. Les ateliers étaient également une option appréciée par 8,5% des médecins. Enfin, le format de livret (booklet) était le moins populaire, choisi par seulement 0,5% des répondants



DISCUSSION

I. Historique :

La responsabilité médicale s'étend très loin dans l'histoire et notamment on peut la retrouver dans les premières inscriptions du Code de Hammurabi gravées sur des stèles qui datent de l'Antiquité. Cet ensemble législatif dont les dispositions évoquaient à la fois les fautes médicales et leurs peines, est attribué au roi Hammurabi. Par exemple, dans l'article 208 il était mentionné quelles conséquences pouvaient en résulter pour un médecin qui aurait fait périr son patient pendant une intervention chirurgicale.[2]

Avec le temps cependant, ce concept a changé parce qu'il était devenu impossible pour un médecin de se porter garant contre tous les risques et accidents médicaux. Dans la Grèce antique, la religion était étroitement liée à la médecine avec le dieu Asclépios, guérisseur des malades dont le temple était situé à Épidaure. Toutefois, dès le Ve siècle avant Jésus-Christ Hippocrate a remis en cause cette fatalité de la mort et a soutenu une approche clinique basée sur l'observation minutieuse des faits. Ses écrits ont constitué les fondements de l'éthique médicale étant ainsi tout autant prescripteurs que les impératifs moraux qui régissent cette profession. Il a aussi formulé un serment qui porte encore son nom et actuellement prêté par plusieurs docteurs.[2]

Dans l'ancienne Égypte, les médecins étaient assimilés à des hommes de culte et devaient pratiquer leur art selon des rituels précis, de peur d'être punis en cas de préjudice causé à leurs patients.

Dans les civilisations islamiques, certains érudits ont imposé aux médecins une obligation de garantie quant à l'issue favorable des actes médicaux, avec une responsabilité pénale engagée en cas de graves lacunes dans l'exercice de leur métier ou en cas de faute intentionnelle.[2]

En France, la notion de responsabilité médicale a émergé au début du XIXe siècle, tandis qu'au Maroc, la législation n'a pas spécifiquement réglementé cette question. Face à des textes généraux, les juges marocains ont dû interpréter et développer des règles régissant la responsabilité médicale lors de litiges.

Dans les dernières décennies, la jurisprudence a considérablement évolué. De nouvelles notions telles que la présomption de faute, la perte de chance ou même une quasi-obligation de résultats ont fait leur apparition dans certains domaines. Certains envisagent même une responsabilité sans faute, tandis que d'autres voient les procès comme un moteur du progrès médical.[1]

Cependant, la médecine future porte essentiellement sur la prévention et sur l'assurance liée au risque médical [1]

II. Généralités sur la responsabilité médicale :

1. La responsabilité médicale :

Les diverses définitions utilisées dans la littérature varient en fonction des objectifs de l'étude. Le choix de la définition revêt une importance capitale pour le fondement de notre étude. Il est crucial que la définition de la responsabilité médicale retenue soit pertinente, acceptée par les professionnels de santé et applicable à la pratique médicale ambulatoire.

Dans le cadre de notre étude, nous avons défini la responsabilité médicale comme le fait d'assumer les conséquences de ses actes médicaux tels que le décrit l'article 14 du code de déontologie des médecins: «Tout médecin est responsable de chacun de ses actes professionnels».

La responsabilité médicale en droit marocain repose essentiellement sur le concept de la faute. Au cours des dernières décennies, la mise en cause judiciaire d'un médecin dans l'exercice de sa profession est devenue de plus en plus fréquente et envisagée sous différents angles de responsabilité médicale.[1]

Les responsabilités peuvent être distinguées en deux catégories distinctes :

- **Les responsabilités sources de sanction** : elles impliquent des sanctions directes visant à punir le fautif plutôt qu'à réparer le préjudice causé. Elles comprennent :
 - o La responsabilité disciplinaire (ordinaire) : Le médecin est responsable de ses actions devant ses pairs, ce qui peut entraîner des mesures disciplinaires telles que des avertissements, des blâmes, des suspensions temporaires, voire la radiation de l'ordre professionnel.
 - o La responsabilité pénale : Le médecin est tenu responsable de ses actions devant la société et peut faire face à des sanctions pénales telles que la privation de liberté, des amendes, ou la suspension d'exercice.[3]

- **Les responsabilités sources d'indemnisation** : elles se concentrent principalement sur la réparation intégrale du préjudice subi par la victime. Elles visent à compenser la victime pour les dommages résultant de la faute ou de l'incompétence du médecin. Ces responsabilités comprennent :
 - o La responsabilité civile : Le médecin est responsable de ses actions devant son patient et peut être tenu de réparer les préjudices causés. L'obligation légale de réparer les dommages devant les tribunaux civils est régie par le Dahir des obligations et contrats (DOC) au Maroc.
 - o La responsabilité administrative : Il s'agit de la responsabilité du service public pour les fautes commises par ses agents ou pour une mauvaise organisation du service public.[3]

1.1. La responsabilité pénale :

L'auteur de la faute pénale est directement et personnellement responsable de la faute et doit répondre devant la société des conséquences de cette faute par l'emprisonnement et/ou l'amende.

Il est important de noter que la responsabilité pénale peut être engagée à tout moment, que ce soit dans un contexte public ou privé, quel que soit le grade du médecin. Cependant, il est impossible de souscrire une assurance pour cette responsabilité, et les amendes doivent être payées à partir du compte personnel du médecin. De plus, cette responsabilité pénale n'exclut pas d'autres responsabilités pénales ou disciplinaires

Trois éléments constitutifs sont essentiels pour engager la responsabilité pénale :

- Élément légal : comportement répréhensible par la loi
- Élément matériel : comportement matériellement adopté par l'individu dont on engage la responsabilité

- Élément moral : le comportement répréhensible doit avoir été adopté dans des conditions où l'on puisse le lui reprocher.[4]

a. Les infractions involontaires :

- **Coups, blessures entraînant une incapacité de travail de plus de six jours ou homicide involontaire** causés par maladresse, imprudence, négligence, inattention ou inobservation. Ces infractions sont réglementées par les articles 432 et 433 du Code pénal Marocain.[1]

b. Les infractions volontaires :

- **Homicide et blessures volontaires**

Article 392 : « Quiconque donne intentionnellement la mort à autrui est coupable de meurtre et puni de la réclusion perpétuelle. »

Article 400 : « Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à autrui ou commet toutes autres violences ou voies de fait, soit qu'ils n'ont causé ni maladie, ni incapacité, soit qu'ils ont entraîné une maladie ou une incapacité de travail personnel n'excédant pas vingt jours, est puni d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de 120 à 500 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement. »

Article 401 : « Lorsque les blessures ou les coups ou autres violences ou voies de fait ont entraîné une incapacité supérieure à vingt jours, la peine est l'emprisonnement d'un à trois ans et l'amende de 120 à 1 000 dirhams. »

Article 402 : « Lorsque les blessures ou les coups ou autres violences ou voies de fait ont entraîné une mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou toutes autres infirmités permanentes, la peine est la réclusion de cinq à dix ans. Lorsqu'il y a eu préméditation ou guet-apens, ou emploi d'une arme, la peine est la réclusion de dix à vingt ans. »[5]

- **Euthanasie active ou passive** : Assimilée à un meurtre punissable selon les articles 392, 393 et 398 du CPM, pouvant entraîner la réclusion perpétuelle ou la peine de mort.

Article 392 : « Quiconque donne intentionnellement la mort à autrui est coupable de meurtre et puni de la réclusion perpétuelle. »

Article 393 : « Le meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié assassinat et puni de la peine de mort. »

Article 398 : « Quiconque attente à la vie d'une personne par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites, est coupable d'empoisonnement et puni de mort. »[5]

- **Castration** : « Quiconque se rend coupable de ce crime est puni de réclusion perpétuelle. Si la mort en résulte, le coupable est puni de mort » (article 412 du CPM).
- **Interruption illégale de grossesse** : Réprimée par les articles 449 à 458 du CPM.

L'article 449 du Code pénal punit de 1 à 5 ans de prison et d'une amende de 200 à 500 Dirhams toute personne ayant provoqué, ou tenté de provoquer, un avortement avec ou sans l'accord de l'intéressée. La peine est portée à 20 ans de réclusion en cas de décès et est doublée si l'avorteur est récidiviste.

Article 458 : « Toute personne qui enfreint l'interdiction imposée conformément aux articles 456 ou 457 est passible d'une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 200 à 1 000 dirhams, ou de l'une de ces deux peines seulement. »[5]

- **Exercice illégal de la médecine** : Réprimé par l'article 108 de la loi

Article 108 : L'attribution des dommages-intérêts doit assurer à la victime la réparation intégrale du préjudice personnel, actuel et certain qui lui a été directement occasionné par l'infraction. »[5]

- **Non-assistance à personne en danger** : Sanctionnée par l'article 431 du CPM avec une peine d'emprisonnement de trois mois à cinq ans et une amende de 200 à 1000 dirhams, ou l'une de ces deux peines.
- **Violation du secret médical** : Punie d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 1200 à 2000 dirhams selon l'article 446 du CPM.
- **Faux certificats, corruption et faux témoignages**

En droit marocain, le corrompu et le corrupteur sont passibles de sanctions identiques (articles 248 et 251) : une peine d'emprisonnement de cinq à dix ans et une amende de 10 000 à 100 000 dirhams.

Article 364 : « Tout médecin, chirurgien, dentiste, officier de santé ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, certifie faussement ou dissimule l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou la cause d'un décès, est puni de l'emprisonnement d'un à trois ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 248 et suivants. »

Article 366 : « Est puni de l'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 120 à 1 000 dirhams, ou de l'une de ces deux peines seulement, à moins que le fait ne constitue une infraction plus grave, quiconque :

- Établit sciemment une attestation ou un certificat relatant des faits matériellement inexacts ;
 - Falsifie ou modifie d'une façon quelconque une attestation ou un certificat originellement sincère ;
 - Fait sciemment usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. »
- **Refus de répondre à une réquisition** : Contravention de deuxième classe réprimée par l'article 609 avec une amende de 10 à 120 dirhams.

- **Dichotomie** : Punie d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 500 à 5000 dirhams selon l'article 540 du CPM.[1]

1.2. La responsabilité ordinale :

La loi n° 08-12 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) établit les fondements de l'ordre national des médecins au Maroc en définissant ses responsabilités et objectifs.

Article 1 : « Un Ordre national des médecins est instauré, regroupant tous les médecins exerçant au Maroc. »[6]

Article 2 : « L'Ordre national des médecins est un organisme indépendant doté de la personnalité morale. Son objectif est de préserver les principes de moralité, dignité et abnégation qui caractérisent la profession médicale, en veillant à ce que ses membres respectent les lois et règlements régissant la pratique médicale, ainsi que les normes de probité et de compétence. Il promeut également la parité entre les sexes au sein de ses organes, avec un seuil minimal d'un tiers de représentation pour chaque sexe. »[6]

Article 3 : « L'Ordre national des médecins a le droit d'agir en justice pour défendre les intérêts moraux et professionnels de la profession médicale en cas d'infractions, notamment dans le cas d'exercice illégal de la médecine ». Il assure ainsi la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.[1]

Une faute disciplinaire se produit lorsqu'un praticien médical enfreint les principes de la déontologie, particulièrement les règles énoncées dans le code de déontologie médicale élaboré par l'ordre des médecins. Ces règles couvrent cinq grands domaines :

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

- **Devoirs envers les patients [7]**

L'élément matériel de cette faute consiste en l'action contraire aux règles déontologiques. L'élément moral implique que la responsabilité de cette faute incombe au praticien. Cependant, il n'y a pas d'aspect légal associé à cette faute disciplinaire. Cela peut inclure :

- **Irrespect des dispositions de la loi numéro 08-12, des loi et règlements applicables aux médecins dans l'exercice de leur profession**
- **La violation des règles professionnelles,**
- **Les manquements aux règles d'honneur, de probité et de dignité de la profession,**
- **Les atteintes aux règlements édictés par l'ordre professionnel, ainsi qu'aux égards et au respect dus aux institutions ordinaires [1]**

Les sanctions imposées aux médecins en cas de violation des règles déontologiques sont énumérées dans les textes constitutifs de l'Ordre des Médecins. Elles se divisent en deux catégories :

- **Les sanctions principales** : matérielles comme la suspension du droit d'exercer ou radiation du tableau de l'ordre et morale (avertissement ou blâme avec inscription au dossier administratif et professionnel).
- **Les sanctions complémentaires** : Interdiction de faire partie des conseils d'ordre pendant une durée n'excédant pas 10 ans[4]

1.3. La responsabilité civile (secteur privé) :

Art. 77 du DOC : « Tout fait quelconque de l'homme, qui sans l'autorisation de la loi, cause sciemment et volontairement à autrui un dommage matériel ou moral oblige son auteur à réparer le dit dommage s'il s'est établi que cette faute en est la cause, lorsque :

Le dommage est né en dehors de tout rapport contractuel préexistant.

Le contrat est nul.

L'action en réparation a été portée devant les juridictions répressive » art. 88 du DOC « Chacun doit répondre du dommage causé par les choses qu'il a sous sa garde, lorsqu'il est justifié que ces choses sont la cause directe du dommage ». art. 85 du DOC « 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 »

La responsabilité médicale civile peut se présenter sous deux formes :

- **Délictuelle** : Applicable lorsque les individus ne se connaissent pas et n'est pas spécifique aux médecins.
- **Contractuelle** : Dans ce cas, le contrat peut être conclu verbalement. Le médecin propose des soins que le patient accepte, ce qui engendre des obligations mutuelles : le médecin doit fournir les soins nécessaires et informer le patient, tandis que le patient s'engage à régler les honoraires convenus.

En général, la responsabilité civile est souvent contractuelle. Cependant, en pratique médicale, elle devient délictuelle lorsqu'un contrat n'a pu être établi entre le médecin et son client, par exemple, dans le cas d'un patient comateux ou d'un mineur. Dans d'autres circonstances, elle demeure contractuelle. Le médecin est tenu à une obligation de moyens, sauf dans des cas particuliers.[4]

Normalement, la responsabilité civile (qu'elle soit contractuelle ou délictuelle) repose sur la notion de faute.

Il existe trois types de fautes :

- **La faute contractuelle**, qui survient en cas d'inexécution ou de mauvaise exécution d'un contrat,
- **La faute délictuelle**, qui intervient en l'absence de contrat,
- **La faute quasi-délictuelle**, qui concerne la responsabilité du fait des choses ou la responsabilité du fait d'autrui

Des exemples de ces fautes incluent ;

Les négligences ordinaires telles que les fautes médicales professionnelles comme les fautes de diagnostic, de traitement ou de surveillance...

Les manquements à l'éthique médicale, tels que le défaut d'information ou l'absence de consentement éclairé.

1.4. La responsabilité administrative (secteur public) :

Article 79 du DOC : « L'état et les municipalités sont responsables des dommages causés directement par le fonctionnement de leurs administrations et par les fautes de service de leurs agents »

Art. 80 du DOC: « Les agents de l'état et des municipalités sont personnellement responsables des dommages causés par leur dol et par des fautes lourdes dans l'exercice de leur fonction. L'état et les municipalités ne peuvent être poursuivis à raison de ces dommages qu'en cas d'insolvabilité des fonctionnaires responsables »

Contrairement à la médecine libérale, la responsabilité médicale au sein de l'hôpital public n'est ni de nature contractuelle ni délictuelle, mais plutôt administrative. Cela signifie que les fautes commises surviennent dans le cadre du fonctionnement d'un service public et affectent un usager de ce service public. La responsabilité à l'hôpital bénéficie donc d'un régime juridique particulier : elle n'est pas strictement personnelle mais plutôt assumée par l'institution

hospitalière elle-même. Ce sont les tribunaux administratifs qui sont chargés de juger les litiges dans lesquels des particuliers portent plainte contre ces collectivités locales

En effet, la responsabilité médicale administrative est étroitement associée au droit à la santé et à d'autres facteurs de l'environnement social du droit, en particulier au droit médical. Les médecins fonctionnaires sont tenus responsables de leurs actions devant le conseil de discipline de l'administration, ainsi que devant les juridictions ordinaires en cas de faute détachable du service. Cette responsabilité est établie lorsque trois conditions classiques sont réunies :

La commission d'une faute : on distingue généralement :

- **La faute médicale, réservée aux médecins ou réalisés sous leur supervision directe ou selon un protocole d'urgence, ou de soins :**

L'absence d'information,

L'absence de consentement,

L'interruption abusive des soins,

Les fautes de technique médicale,

Le retard injustifié,

Les fautes en matière de diagnostic traitement ou surveillance

- **La faute d'organisation du service, qui relèvent de la gestion administrative hospitalière :**

Le retard anormal à procéder à un examen,

Le défaut d'isolement d'un malade contagieux,

L'erreur matérielle dans la transcription d'une fiche ...

Le préjudice subi par le patient : il doit être certain actuel et direct

Le lien de causalité entre la faute et le préjudice[4]

2. La responsabilité hospitalière :

2.1. la faute médicale :

La notion de faute médicale n'a pas été définie par le législateur marocain, Ce dernier s'est contenté d'énumérer les dispositions des articles 432 et 433 du code pénal qui incriminent « l'imprudence, l'inattention, la négligence ou l'inobservance des règlements dans les coups et blessures ou maladies comme conséquences ». Ces articles ne donnent pas une définition explicite de la faute médicale, mais établissent des bases générales pour sanctionner les comportements fautifs qui peuvent survenir dans la pratique médicale.

Dans le contexte médical, la faute fait référence à la violation par un médecin de ses devoirs contractuels envers son patient. Le médecin manque à ses obligations envers le patient, rentre dans un comportement contraire aux règles de l'art et à un comportement qui ne se conforme pas aux règles d'une organisation rigoureuse et vigilante.

Pour qu'on puisse parler de "faute", il faut qu'une norme de pratique médicale ait été violée et qu'il y ait eu négligence de la part du médecin dans la relation de soins. Juridiquement, la faute doit être prouvée. Si elle est prouvée, on peut envisager une sanction judiciaire s'il y a eu préjudice important découlant de la faute ou si un lien de causalité unit la faute au préjudice.

Le concept de faute médicale est également influencé par l'évolution des connaissances médicales et des technologies. Ce qui était considéré comme une pratique acceptable il y a quelques décennies peut aujourd'hui être jugé comme fautif en raison de l'évolution des standards de soins.

Ainsi, la notion de faute médicale au Maroc, bien qu'encore imprécise dans sa définition législative, reste un concept crucial pour la protection des patients et la régulation de la pratique médicale. Elle nécessite une compréhension fine et une application rigoureuse pour équilibrer les droits et les devoirs des professionnels de santé et de leurs patients.

2.2. La présomption de faute :

L'article 77 du Dahir des obligations et contrats (D.O.C) stipule les conditions sous lesquelles une personne peut être tenue responsable de dommages causés à autrui :

Article 77 : « Tout fait quelconque de l'homme qui, sans l'autorité de la loi, cause sciemment et volontairement à autrui un dommage matériel ou moral, oblige son auteur à réparer ledit dommage, lorsqu'il est établi que ce fait en est la cause directe. Toute stipulation contraire est sans effet. »

Les tribunaux de l'ordre judiciaire ne peuvent présumer une faute qu'à la condition expresse qu'une loi spécifique les y autorise. Cependant, le Conseil d'État adopte une approche différente : il tient compte de la normalité du dommage. Ainsi, lorsqu'un acte de soin courant et bénin entraîne des troubles graves, il y a présomption de faute de fonctionnement du service. Par exemple : Une injection intraveineuse causant une thrombophlébite nécessitant une amputation ou encore, un exercice de rééducation entraînant une fracture du fémur.[2]

Cette jurisprudence facilite l'indemnisation des victimes en les dispensant de prouver la faute. Toutefois, elle comporte deux réserves :

- **Limitation aux actes paramédicaux :** Les tribunaux administratifs restreignent l'application de la présomption de faute aux dommages imputables à des actes paramédicaux, excluant les actes médicaux. Par exemple : Une gastroscopie, où les statistiques révèlent une perforation de l'estomac dans un cas sur 1000.[2]
- **Possibilité de réfutation par l'administration :** En présence d'une présomption de faute, l'administration peut tenter de prouver le contraire, bien que cela soit souvent difficile. Elle ne peut pas simplement invoquer une conduite prudente et conforme aux règles scientifiques ; elle doit établir la véritable cause du sinistre. Par exemple, une expertise peut montrer qu'une paralysie radiale due à une injection est en réalité causée par une compression nerveuse pendant une immobilisation prolongée de 18 heures lors d'un coma, ce qui peut entraîner le rejet de la demande d'indemnisation.[2]

La présomption de faute est un concept juridique qui vise à équilibrer les droits des victimes avec la responsabilité des professionnels de santé. Cette balance entre protection des victimes et défense des praticiens est essentielle pour maintenir l'équité dans le système judiciaire.

2.3. La responsabilité sans faute :

Au Maroc, la responsabilité administrative des établissements de santé publique peut être engagée soit pour faute, soit sans faute. Cette dualité vise principalement à protéger l'intérêt du patient, même en l'absence de faute matérielle constatée.[8]

a. Responsabilité pour Faute :

En principe, la responsabilité médicale au Maroc est fondée sur la faute. Cela signifie que pour qu'un établissement de santé ou un professionnel médical soit tenu responsable, il doit être prouvé qu'il y a eu une faute ou une négligence dans l'exercice de ses fonctions. Ce type de responsabilité est majoritairement appliqué dans le cadre de la responsabilité délictuelle, qui couvre une large partie du contentieux administratif et une partie moins importante du contentieux de la responsabilité civile.[8]

b. Responsabilité Sans Faute :

Cependant, il existe des situations où la responsabilité sans faute peut s'appliquer. Cette forme de responsabilité est distincte de la responsabilité pour faute prouvée et intervient dans des domaines tels que les infections nosocomiales, l'aléa thérapeutique et le défaut des produits de santé.

En France, Le Code de la santé publique (article L 1142-1) prévoit deux régimes de responsabilité en droit médical : un régime de responsabilité pour faute et un régime de responsabilité sans faute. Concernant ce dernier, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) peut indemniser le patient au titre de la solidarité nationale dès lors que ce dernier est victime de conséquences anormales de son état de santé en lien direct avec l'acte médical.[8]

Le droit à indemnisation du patient sans faute médicale repose sur le critère d'anormalité. Ce critère permet au patient de recevoir une indemnisation lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement n'est pas engagée, mais que le patient a subi un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins. Ces incidents doivent avoir des conséquences anormales par rapport à l'état de santé du patient et à l'évolution prévisible de celui-ci, et présenter un caractère de gravité fixé par décret.[8]

Cette approche permet de garantir que les patients reçoivent une indemnisation adéquate, même en l'absence de faute prouvée, tout en assurant la solvabilité de l'administration. En engageant la responsabilité sans faute, l'objectif est de préserver l'intérêt du patient, surtout dans des situations où les conséquences des actes médicaux dépassent les prévisions normales et causent des préjudices graves.

3. Finalité de la responsabilité médicale :

La responsabilité médicale cherche à établir un équilibre délicat entre deux besoins essentiels de sécurité, souvent difficiles à concilier. D'une part, il y a le besoin de sécurité pour le médecin. Ce dernier doit pouvoir exercer son métier et faire avancer la science médicale sans être constamment paralysé par la peur et l'anxiété liées à d'éventuelles poursuites judiciaires ou sanctions professionnelles. Cette sécurité permet aux médecins d'innover, de prendre des décisions cliniques fondées sur leur expertise et leur jugement, et de se consacrer pleinement à leurs patients sans crainte excessive des répercussions légales.

D'autre part, il y a le besoin de sécurité pour le patient. Ce besoin englobe le désir de garanties et de protections accrues contre tout ce qui pourrait menacer son intégrité physique ou morale, y compris les actes médicaux nécessaires. Les patients souhaitent que les médecins respectent des normes élevées de compétence et de soin, et qu'ils soient tenus responsables en cas de faute professionnelle.

Cette dimension de la sécurité vise à instaurer un climat de confiance entre le patient et le professionnel de santé, et à assurer que les erreurs médicales, lorsqu'elles surviennent, soient reconnues et corrigées de manière appropriée.

L'enjeu de la responsabilité médicale devient alors de trouver un juste milieu où les médecins sont suffisamment protégés pour exercer sereinement, tout en garantissant que les patients reçoivent des soins de qualité et sont protégés contre les erreurs médicales. La question se pose alors de savoir comment concilier ces deux impératifs sans favoriser l'un au détriment de l'autre.

4. La notion de perte de chance :

En matière de responsabilité médicale, il est souvent difficile de prouver le lien direct entre la faute et le préjudice subi. Pour remédier à cette difficulté, la jurisprudence a développé la théorie de la perte de chance, permettant d'indemniser les victimes même en l'absence d'un lien de causalité certain.[9]

Cette théorie a ouvert la voie à l'indemnisation des patients pour la perte de leurs chances d'éviter un préjudice, même si l'amélioration de leur état de santé n'était pas garantie. Plusieurs cas ont été reconnus, comme la persistance dans un diagnostic erroné ou un retard fautif dans la prescription d'examens.[9]

Pour que la perte de chance soit indemnisable, un lien direct entre la faute et la perte de chance doit être établi. De plus, la perte de chance doit être réelle et sérieuse, et non purement hypothétique. La victime doit démontrer qu'elle a effectivement perdu des chances significatives d'être mieux soignée en raison de la faute du professionnel de santé.[9]

Considérée comme un préjudice autonome, la perte de chance est indemnisable indépendamment du préjudice final, assurant ainsi une juste compensation pour la perte de chance subie.

5. La responsabilité médicale de l'Interne et du résident :

5.1. Définitions :

L'interne : Les internes valident deux années d'internat au CHU à l'issue desquelles ils sont nommés résidents sur titre et ont par la suite la priorité dans le choix de la spécialité.

Le résident : Les docteurs en médecine, eux, passent le concours de résidanat et sont nommés résidents sur concours. [10]

L'interne et le résident sont des professionnels qui détiennent le titre de docteur en médecine et, l'un comme l'autre, ils participent aux soins des malades en milieu hospitalier en tant qu'étudiants. Leurs statuts professionnels ne sont pas entièrement équivalents. En effet, l'interne, bien qu'étant médecin, n'est pas autorisé à pratiquer de manière indépendante. En revanche, le résident pourrait choisir de s'engager dans la pratique de la médecine générale, mais il préfère continuer ses études pour obtenir un certificat dans une discipline médicale donnée. Aussi peut-on dire qu'il est alors en stage de spécialisation.

Les internes et les résidents « sont, en ce qui concerne l'exercice de leurs activités professionnelles, sous la responsabilité du médecin traitant. Ils demeurent néanmoins sous l'autorité de leur chef de service et, par son intermédiaire, sous l'autorité du bureau médical». [10]

5.2. La responsabilité médicale de l'interne et du résident :

Au titre d'agents du service public, les internes et les résidents sont responsables devant l'administration hospitalière en cas de faute liée à leur service ou à leur propre responsabilité en cas de faute personnelle. Ils exécutent leurs tâches sous la supervision du chef de service, notamment en effectuant des contre-visites médicales, en participant aux gardes et en fournissant des soins d'urgence. En dehors de ces situations urgentes, les internes et les résidents ne peuvent réaliser des interventions qu'avec la supervision directe du chef de service, d'un de ses collaborateurs ou du médecin de garde. Cependant, le chef de service peut déléguer certaines opérations ou interventions aux internes et résidents, à condition que cela ne

compromette pas la qualité des soins attendus dans un établissement hospitalier et que cela soit adapté à leur niveau de compétence. Pour les médecins seniors, le défi est de permettre une prise de responsabilité progressive en fonction des capacités de chaque interne ou résident. [1]

Il s'agit donc d'une responsabilité partagée, qui s'applique à toutes les situations d'encadrement d'étudiants en médecine. À mesure que l'interne ou le résident gagne en autonomie, il prend davantage de décisions de soins, tout en veillant à ne pas exposer le patient à un risque excessif.[1] Pour les médecins seniors, le défi consiste à permettre cette progression graduelle de responsabilité en fonction des capacités de chaque interne, tout en assurant la sécurité du patient.

En cas où le médecin senior n'est pas informé des actions de l'interne, il demeure toutefois responsable des conséquences potentielles pour le patient. Les décisions judiciaires concernant la négligence médicale des internes cherchent à concilier l'intérêt des patients avec la nécessité de former les futurs médecins. Les tribunaux évaluent la représentation des médecins, la nature de leur conduite et le niveau de supervision pour déterminer la responsabilité.

L'objectif de l'internat est de former les jeunes médecins sans les exposer prématurément à des poursuites judiciaires en cas de faute médicale. Ces responsabilités sont similaires au Maroc, comme décrites dans le livre du Dr Ahmed Belhouss, "Le droit médical".[1]

6. Contexte et enjeux de la médecine défensive pour les médecins internes et résidents :

La notion de médecine défensive, bien qu'ancienne, est essentielle à considérer dans le cadre de la responsabilité médicale. La médecine défensive consiste à prescrire des actes médicaux non nécessaires pour se protéger contre d'éventuelles plaintes des patients, évitant ainsi des actes à forte probabilité d'échec ou d'inefficacité. Ce phénomène affecte l'ensemble du corps médical, y compris les médecins généralistes et les spécialistes.

Même si la judiciarisation de la médecine n'est pas aussi prononcée Au Maroc, les médecins se sentent de plus en plus exposés au risque judiciaire. Plusieurs études ont montré que les médecins, y compris les généralistes,[3] tendent à modifier leurs pratiques vers une médecine défensive, adoptant ainsi des comportements censés les protéger face au risque médico-légal.

Il est crucial de se demander comment cette tendance influence les nouvelles générations de médecins. Les pratiques défensives semblent inversement corrélées à l'âge, les jeunes médecins étant plus enclins à adopter des comportements défensifs [11]. Cela est renforcé par l'importance croissante des cours de médecine légale dans les facultés de médecine.

Dans ce contexte, notre étude vise à explorer les connaissances des médecins internes et résidents sur la responsabilité médicale, les défis auxquels ils sont confrontés dans leur pratique quotidienne, leurs expériences de fautes médicales, ainsi que les moyens de protection qu'ils préconisent. Nous examinerons si les fautes vécues ou la peur d'en commettre influencent les décisions des médecins en formation, et s'ils adoptent la médecine défensive dès le début de leur formation ou s'il s'agit d'une adaptation progressive au fil des années.

III. Analyse des résultats :

1. Données socio-démographiques :

Les résultats sociodémographiques de notre étude ont révélé des tendances intéressantes concernant le profil des médecins internes et résidents interrogés.

- Une légère prédominance des femmes a été observée, représentant 55,2% de l'échantillon (117 femmes) contre 44,8% d'hommes (95 hommes). Cette répartition pourrait refléter la tendance générale observée dans notre faculté de médecine, où le nombre de femmes dépasse souvent celui des hommes.
- La moyenne d'âge des médecins interrogés s'est établie à 27,5 ans, avec un écart type de 3,35 ans. L'âge des participants a varié de 23 à 46 ans, ce qui indique une diversité d'expérience parmi les internes et résidents. Ce laps de temps supplémentaire peut être attribué à des parcours de formation plus longs ou à des reconversions professionnelles : certains médecins plus âgés ont pris un certain temps après avoir obtenu leur diplôme de médecine générale et avoir travaillé en tant que généralistes, avant de passer le concours de résidanat.
- Notre échantillon était composé de 40,1% d'internes et de 59,9% de résidents, ce qui suggère une représentation majoritaire des résidents dans notre étude. Cette distribution est importante car elle peut influencer les types de connaissances et les problèmes rapportés, les résidents ayant généralement plus d'expérience clinique que les internes.
- Les services chirurgicaux (33,0%, soit 70 médecins) et médicaux (27,8%, soit 59 médecins) étaient les mieux représentés dans notre échantillon. Cette forte représentation pourrait s'expliquer par la prédominance de ces services au sein des hôpitaux. Les urgences étaient également bien représentées, avec 21,7% (soit 46 médecins). Cependant, il est important de noter que le taux de participation des médecins travaillant dans les services d'urgences était relativement plus faible. Ce phénomène pourrait être attribué au fait que ces professionnels étaient souvent très occupés et n'avaient pas tous eu le temps de remplir le questionnaire, ce qui pourrait entraîner une sous-représentation des données relatives à ce service dans notre étude.

2. Connaissances des médecins en responsabilité médicale :

Les connaissances générales des médecins internes et résidents interrogés sur la responsabilité médicale étaient très limitées. Sur une population de 212 médecins interrogés, 63% (135 médecins) avaient des connaissances nulles à moyennes en matière de responsabilité pénale, 67% (142 médecins) en responsabilité administrative, 60% (128 médecins) en responsabilité civile, et 51% (109 médecins) en responsabilité disciplinaire. En revanche, 36,3% avaient des connaissances moyennes à approfondies en matière de responsabilité pénale, 33% en responsabilité administrative, 40% en responsabilité civile, et 49% en responsabilité disciplinaire.

En comparaison avec d'autres études, nos résultats soulignent des déficiences similaires dans la compréhension du droit médical et des responsabilités médicales. Par exemple, une étude menée par Dr Rizqi Chadil à Skhirat Tmara a révélé que parmi les médecins généralistes interrogés, seulement 28% pensaient connaître la définition du droit médical, tandis que 72% ne pouvaient pas la définir correctement. Cette étude a également montré des confusions fréquentes entre le droit médical et d'autres concepts tels que le droit à la santé et la médecine légale.[3]

De même, une étude canadienne rapportée par Scot P. Saltstone a identifié des confusions similaires parmi les résidents en médecine de famille concernant les connaissances médico-légales[6]. En Lituanie, l'étude de Jeffrey V a montré que seulement 49,3% des médecins interrogés étaient bien informés sur les questions juridiques en général. [12]

La majorité des résidents et internes étaient conscients des différentes responsabilités pouvant être engagées dans leur pratique. La responsabilité disciplinaire (88,00%) et la responsabilité pénale (84,60%) étaient les plus reconnues. La responsabilité administrative (60,60%) était également bien comprise, bien que dans une moindre mesure. En ce qui concerne la responsabilité civile, 38,3% des répondants ont correctement indiqué qu'ils ne pouvaient pas être tenus civilement responsables, contrairement à 61,7% qui ont erronément cru qu'ils pouvaient l'être.

En comparant notre étude aux autres recherches disponibles, plusieurs similarités et différences émergent concernant la compréhension des responsabilités médicales par les médecins résidents et internes.

Notre étude a révélé que les médecins résidents et internes avaient une connaissance relativement bonne des types de fautes pénales les plus courantes et graves. La non-assistance à personne en danger était la faute pénale la plus fréquemment citée, avec 27,1% des répondants. Les fautes diagnostiques et thérapeutiques étaient également perçues comme importantes, avec 26,2% des réponses.

Cependant, il existait une prise de conscience des fautes moins fréquentes mais significatives, telles que la falsification des dossiers, mentionnée par 3,7% des répondants, et les fautes d'éthique, avec les conflits d'intérêts mentionnés par 0,9%.

En revanche, en matière de responsabilité civile, notre étude a révélé une lacune importante dans la connaissance des médecins résidents et internes. Environ 87,2% des réponses étaient incorrectes et 12,1% des répondants ont déclaré ne pas savoir. Concernant la responsabilité disciplinaire, 56,2% des répondants étaient incertains quant aux types de fautes pouvant engager leur responsabilité disciplinaire. 25%, soit 53 médecins, ont pu fournir correctement des exemples de fautes engageant leur responsabilité disciplinaire. En revanche, 18,8%, soit 40 répondants, ont donné des exemples incorrects de fautes disciplinaires : 39 d'entre eux ont identifié à tort le non-respect de la hiérarchie comme une faute disciplinaire, alors qu'il s'agit plutôt d'une faute disciplinaire interne régie par les règlements internes de l'hôpital et sanctionnée par l'administration de l'institution elle-même.

Il y avait aussi une conscience de la responsabilité administrative, incluant la précision et l'exactitude dans la documentation médicale, la ponctualité et le respect des protocoles et règlements hospitaliers.

Ces résultats contrastent avec ceux présentés dans l'ouvrage d'Alain Bernardot et Robert P. Kouri, "La responsabilité civile médicale". Bernardot et Kouri discutent en détail du contrat hospitalier et de la responsabilité personnelle des étudiants en médecine, internes et résidents. Leur analyse indique que, lorsque le patient ne choisit pas son médecin, cela crée un contrat hospitalier en l'absence de contrat médical, ce qui implique une responsabilité administrative plutôt que civile dans ce contexte. L'hôpital peut poursuivre les étudiants en cas de faute. Pour les internes, un recours basé sur l'article 1065 du Code civil français est possible, surtout si la faute est grave. Ils peuvent être poursuivis par les autorités hospitalières en cas de faute, en vertu de l'article 1065 du Code civil. Ils soulignent également l'importance de la supervision des soins prodigués par les étudiants en médecine, ce qui pourrait atténuer leur responsabilité en cas de faute.[13]

Une autre étude, celle de G. Le Gall et C. Clément, examine la responsabilité médico-légale des internes. Selon cette recherche, les internes, en tant qu'agents publics en formation spécialisée, exercent sous la responsabilité des praticiens dont ils relèvent. L'étude précise que l'hôpital assume généralement la responsabilité des fautes commises par les internes, sauf en cas de faute qualifiée de "détachable du service". Cette perspective met en lumière une approche différente de la responsabilité civile, où l'institution hospitalière joue un rôle central dans l'indemnisation des victimes, à moins que la faute soit exceptionnellement grave.[14]

3. Données concernant la faute médicale :

3.1. Expérience des fautes médicales chez les médecins internes et résidents :

Tableau X : Comparaison des pourcentages de médecins ayant commis une faute et répartition par sexe dans différentes études

Série	Pays	Période d'étude	Année d'apparition	Pourcentage des médecins ayant commis une faute	Répartition par sexe	
					Femmes	Hommes
Notre étude	Maroc	Octobre 2023– Mars2024	2024	17%	17.9%	17.1%
Étude d'Olivia Martin	France	Mars 2020– Mai 2020	2021	88%	91%	87%
Étude d'Emily VENUS	France	Juillet 2010– Octobre 2010	2011	97%	–	–

Dans notre étude, sur 212 médecins internes et résidents interrogés, 175 (82,5%) ont affirmé n'avoir jamais commis de faute médicale, tandis que 37 (17,5%) ont reconnu en avoir commis une, avec 13,4% parmi les internes et 23,5% parmi les résidents. En comparaison, une étude réalisée à l'Université de Nantes en 2020 sur 124 internes a révélé que 109 d'entre eux (88%) avaient commis une erreur médicale[15]. Une autre étude de l'Université Paris Diderot – Paris 7, effectuée en 2010, a montré que sur 70 répondants, 97% ont indiqué avoir déjà commis une erreur médicale, tandis que seulement 3% ont déclaré n'avoir jamais eu cette impression.[16]

Les médecins internes et résidents dans notre étude étaient moins nombreux à admettre des fautes médicales par rapport aux erreurs médicales rapportées dans les études à Nantes et Paris. Il est aussi possible que la différence observée dans les résultats des études soit due à la distinction entre 'faute médicale' et 'erreur médicale'. Cette distinction peut influencer la perception et la déclaration des incidents médicaux. Dans notre étude, nous avons parlé principalement de fautes médicales, tandis que les études réalisées à Nantes et à Paris ont peut-être abordé le concept plus large d'erreurs médicales

Ainsi, nous avons observé que 17,9% des femmes ont déclaré avoir commis une faute médicale, contre 17,1% des hommes, indiquant une légère tendance des femmes à déclarer plus de fautes, bien qu'il n'y ait pas de relation statistiquement significative entre le genre et la probabilité d'avoir vécu une situation mettant en cause la responsabilité du médecin.

L'étude de l'Université de Nantes montre que 87% des hommes et 91% des femmes ont déclaré avoir déjà participé à une faute[15]. De plus, l'étude de Susanna Kijjarvi en 2006 a révélé une différence encore plus marquée entre les femmes et les hommes à considérer les erreurs médicales comme un sujet important (81% contre 75%)[17]. Renforçant l'idée que les femmes sont légèrement plus ouvertes à discuter des erreurs médicales. Ce qui suggère que, bien que le genre ne soit pas un facteur significatif dans la probabilité de commettre une faute médicale, les femmes peuvent être plus susceptibles de reconnaître et de déclarer ces fautes. Cela pourrait être dû à une plus grande sensibilisation ou à une perception différente des erreurs et fautes médicales entre les deux sexes.

Dans un deuxième temps, notre étude visait à évaluer l'impact du niveau de connaissance en matière de responsabilité sur la survenue de fautes médicales. Les résultats ont montré des proportions légèrement différentes de fautes commises selon le niveau de connaissance dans différents domaines de responsabilité :

En responsabilité pénale : 19,3% pour ceux ayant une connaissance faible à moyenne, contre 14,3% pour ceux ayant une connaissance moyenne à approfondie.

La responsabilité médicale de l'interne et du résident

En responsabilité civile : 21,1% pour une connaissance faible à moyenne, et 11,9% pour une connaissance moyenne à approfondie.

En responsabilité disciplinaire : 19,3% pour une connaissance faible à moyenne, et 15,5% pour une connaissance moyenne à approfondie.

En responsabilité administrative : 19,7% pour une connaissance faible à moyenne, et 12,2% pour une connaissance moyenne à approfondie.

Cependant, ces différences n'ont pas atteint de signification statistique selon les tests de khi-deux et de Fisher effectués. Cela suggère que les différences observées pourraient être attribuées au hasard plutôt qu'à une relation réelle entre le niveau de connaissance en responsabilité médicale et la fréquence des fautes commises. Il est possible que des échantillons plus larges pourraient les résultats plus représentatifs et permettraient une analyse plus robuste de cette relation.

3.2. Date de la faute :

Tableau XI : Comparaison des études selon: la période la plus impactée par les fautes médicales et leur pourcentage

Auteur	Pays	Période d'étude	Année	La période la plus impactée	Pourcentage de fautes commises
Olivia Martin	France (Nantes)	Mars 2020- Mai 2020	2021	1ère et 2ème années	90%
Teurnier Elise	France (Paris)	Décembre 2013 et janvier 2015.	2016	1ère année	81%
Laura Cerland	France (Martinique)	Janvier 2014- février 2014	2014	1ère année	44%
Notre étude	Maroc (Marrakech)	Octobre 2023- Mars2024	2024	1ère année	65%

L'étude menée à Nantes a révélé que 90% des erreurs médicales les plus marquantes surviennent pendant les deux premières années d'internat, dont 78% la première année[15]. De même, l'étude de Teurnier Elise à l'Université Paris Diderot – Paris 7 a trouvé que 81,25% des erreurs se sont produites au cours des premier et second semestres d'internat[16]. L'étude de Laura Cerland à la Faculté de Médecine des Antilles et de la Guyane a montré que 39% des erreurs datent de moins d'un an et 44% de plus d'un an.[18]

Dans notre enquête, concordant avec les autres études, pour les internes, la majorité des fautes médicales (65%) ont été commises au cours de la première année d'internat, avec une concentration notable au cours du 2ème semestre où les internes gagnent une certaine autonomie. Seulement 5% des fautes ont été commises au cours des trois derniers mois. Pour les résidents, une proportion significative des fautes médicales (58,80%) date de plus d'un an.

Il y avait une tendance marquée vers une diminution des fautes, avec 23,50% au cours des six derniers mois et 5% au cours des trois derniers mois.

De plus, les résultats de nos analyses bivariées ont indiqué que 54,1% des fautes ont été rapportées par des internes, ce qui représente 23% d'entre eux, contre 45,9% par des résidents, soit 13,4% d'entre eux.

Les fautes médicales sont donc particulièrement fréquentes au début de la formation médicale, surtout au cours des premières années d'internat. Cependant, notre étude indique également une diminution progressive des fautes commises par les résidents au fil du temps, ce qui pourrait refléter une amélioration de leurs compétences et une meilleure adaptation aux responsabilités cliniques.

3.3. Lieu et circonstances de la faute :

Tableau XII : Comparaison des pourcentages de survenue de fautes médicales par service

Lieu	Notre étude	Étude de Venus Emily	Étude d'Elise Teurnier
Urgences	56.80%	26%	46,67%
Service médical	21.60%	24%	35,56%
Service chirurgical	21.60%	10%	-
Gynécologie	0%	9%	2,13%
Pédiatrie	0%	9%	4,26%
Autres lieux	-	31%	-

En comparant notre étude à celles d'Elise Teurnier et de Venus Emily, plusieurs similitudes et différences ont été observées :

Nos résultats ont montré que la majorité des fautes médicales commises par les internes avaient eu lieu aux urgences (75%), suivies du service médical (15%) et du service chirurgical (10%). Pour les résidents, les fautes étaient plus réparties : 35,30% aux urgences, 35,30% en chirurgie et 29,40% en médecine.

L'étude d'Elise Teurnier avait révélé que la majorité des erreurs signalées par les internes avaient eu lieu aux urgences (46,67%), suivies du service médical (35,56%). Des erreurs avaient également été rapportées dans les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, mais à un pourcentage très faible (2 erreurs en pédiatrie et 1 en gynécologie).[16]

Venus Emily avait rapporté que 60% des erreurs aux urgences avaient été commises par des internes en premier ou second semestre. Les principaux facteurs causaux identifiés étaient les multiples intervenants, la pression temporelle pour prendre des décisions et le stress généré par ces situations.[19]

En ce qui concerne les facteurs influençant les fautes, notre étude avait montré que près de la moitié des fautes médicales s'étaient produites dans des conditions particulières, principalement liées aux patients ou à leur entourage (40,50%), aux facteurs matériels (32,40%), à la charge de travail élevée (8,10%) et au manque de personnel (2,70%).

Elise Teurnier avait également identifié la charge de travail importante, les outils et conditions de travail inadaptés, ainsi que le manque d'expérience comme principaux facteurs contributifs aux erreurs. Ces résultats étaient en accord avec les conclusions de Croskerry et Sinclair en 2001 concernant la médecine d'urgence, soulignant que l'afflux élevé de patients, le nombre important de décisions à prendre et la lourdeur de la tâche créaient un environnement propice aux erreurs.[16]

Les conclusions communes des quatre études avaient mis en évidence une concentration élevée d'erreurs aux urgences. Ainsi, Notre étude a confirmé certains des résultats précédemment observés dans d'autres recherches, tout en apportant des détails supplémentaires sur la répartition des fautes médicales et les conditions particulières dans lesquelles elles se produisent. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte les facteurs environnementaux et les conditions de travail lors de la planification de stratégies de prévention des erreurs médicales dans les environnements hospitaliers.

Tableau XIII : État d'esprit des médecins au moment de la faute

État d'Esprit	Laura CERLAND et Al	Notre Étude
Normal	82,50%	40,50%
Fatigue	16,67%	5,40%
Surmenage	11,67%	5,40%
Tension psychique (anxiété)	8,33%	16,20%
En colère	2,50%	5,40%
Distrait	2,50%	2,70%
Excès de confiance	0,83%	5,40%
Incertain	1,67%	-
Mauvais réflexe	0,83%	-
Non renseigné	2,50%	-
Obstination	0,83%	-
Apeuré	-	10,80%
Frustré/Incapable	-	5,40%
Confus	-	2,70%

L'étude de Laura et al.[18], une majorité écrasante de 82,50% des médecins généralistes avaient considéré l'état observé comme normal. En revanche, seulement 40,50% des médecins internes et résidents avaient partagé cette opinion. Cette divergence pourrait s'expliquer par une plus grande vigilance ou une perception différente des situations médicales chez les médecins en formation, qui étaient peut-être plus enclins à identifier des anomalies ou des préoccupations en raison de leur apprentissage intensif.

Concernant la fatigue, 16,67% des médecins généralistes l'avaient mentionnée, contre seulement 5,40% des internes et résidents. Cette différence pourrait indiquer que les internes et résidents, habitués à des horaires de travail intenses et à une formation rigoureuse, étaient moins susceptibles de percevoir ou de signaler la fatigue comme un facteur important.

Le surmenage avait été signalé par 11,67% des médecins généralistes, alors que 5,40% des internes et résidents l'avaient mentionné. Cela pourrait refléter une meilleure gestion du surmenage par les médecins en formation, ou une moindre propension à l'identifier en raison de leur adaptation à des charges de travail élevées.

L'anxiété avait été évoquée par 8,33% des médecins généralistes, contre 16,20% des médecins en formation. Ce chiffre plus élevé chez les internes et résidents suggérait une plus grande sensibilité aux pressions psychologiques et aux défis émotionnels associés à leur environnement de travail et à leur apprentissage.

Les états émotionnels tels que la colère et l'agacement avaient été signalés par 2,50% des médecins généralistes, alors que 5,40% des internes et résidents avaient ressenti ces émotions. Cela pourrait indiquer une frustration accrue chez les médecins en formation, due aux défis et aux exigences de leur formation clinique.

La distraction (incluant l'étourderie) avait été mentionnée de manière comparable dans les deux groupes, avec 2,50% pour les médecins généralistes et 2,70% pour les internes et résidents.

L'excès de confiance avait été identifié par 0,83% des médecins généralistes, contre 5,40% des internes et résidents. D'autres états d'esprit tels que la peur, la frustration/incapacité, et la confusion avaient été signalés exclusivement par les médecins en formation, respectivement à 10,80%, 5,40%, et 2,70%.

Ces résultats reflétaient les défis et les incertitudes spécifiques à la période de formation, où les médecins internes et résidents étaient confrontés à de nombreuses nouvelles situations cliniques et devaient constamment s'adapter et apprendre.

Globalement, les médecins en formation semblaient plus enclins à ressentir des émotions négatives et des états d'esprit liés au stress et à l'incertitude, par rapport à leurs collègues plus expérimentés. Ces différences pouvaient être attribuées à l'expérience, à la confiance en soi acquise avec le temps, et aux différentes pressions spécifiques à la formation médicale.

Tableau XIV : les conséquences médicales des fautes sur les patients

Conséquence		Notre étude	Laura CERLAND et AI	Emily Venus et AL
Conséquence +/- bénigne	Retard de diagnostic/prise en charge	5.9%	14%	16%
	Nécessité d'avis spécialisé	-	23%	-
Total		5.9%	37%	16%
Conséquence moyenne	Nécessité d'une intervention supplémentaire	17.6%	-	22%
	Hospitalisation	-	28%	-
	Aggravation de l'état initiale	52.9%	-	-
Total		70.5%	28%	22%
Conséquence grave	Séquelles physiques permanentes	5.9%	-	33%
	Décès	11.8%	3%	-
Total		17.7%	3%	33%
Aucune conséquence		3.7%	42%	25%
Je ne sais pas		5.9%	0%	4%

Dans notre étude, 63% des fautes médicales ont entraîné des conséquences médicales directes pour les patients. Cela incluait principalement une aggravation de l'état initial dans 52,90% des cas, la nécessité d'interventions supplémentaires dans 17,60% des cas, des décès dans 11,80% des cas, des retards de diagnostic dans 5,90% des cas, et des séquelles physiques permanentes également dans 5,90% des cas. De plus, 5,90% des médecins interrogés n'étaient pas certains des conséquences subies par leurs patients.

Des conséquences financières importantes avaient été mentionnées par environ un quart des médecins interrogés, représentant 22,20% des réponses. Les conséquences psychologiques et sociales étaient moins fréquentes, respectivement à 7,40% et 3,70%. Une minorité des fautes médicales, soit 3,70%, n'avaient entraîné aucune conséquence visible pour le patient.

En comparaison, l'étude de Laura Cerland et al[18] avait rapporté différentes réponses pour les conséquences des fautes médicales. Notamment, un retard de prise en charge avait été observé dans 14% des cas, la nécessité d'un avis spécialisé dans 23% des cas, et la nécessité d'hospitalisation dans 28% des cas. Les décès étaient survenus dans 3% des cas.

L'étude de Venus Emily[19] avait également identifié divers niveaux de gravité des conséquences, avec 16% de conséquences bénignes, 22% de conséquences moyennes, et 33% de conséquences graves. Dans 25% des cas, aucune conséquence n'avait été signalée, et 4% des médecins interrogés n'étaient pas certains des conséquences observées.

Bien que les trois études aient rapporté des conséquences médicales différentes, elles présentent également des similitudes significatives. Par exemple, notre étude a identifié des retards de diagnostic, tandis que l'étude de Laura a mis en évidence des retards de prise en charge, ce qui indique des préoccupations similaires concernant le timing crucial des soins. De même, notre étude a signalé des séquelles physiques permanentes, un aspect également abordé par l'étude de Venus Emily, soulignant une préoccupation partagée quant aux impacts durables sur la santé des patients.

Les deux études ont également observé une minorité de fautes médicales avec des conséquences perçues comme bénignes, mettant en lumière une reconnaissance commune des variations de gravité des incidents médicaux. De plus, la présence de décès dans les trois études souligne l'impact tragique et universel des erreurs médicales sur les résultats des patients.

Les différences restantes entre les études peuvent être attribuées à la diversité des contextes et des situations de fautes médicales examinées, ainsi qu'aux nuances dans la manière dont les médecins perçoivent et rapportent les conséquences.

4. Répercussions Personnelles :

4.1. Admission de fautes et conséquences redoutables :

Tableau XV : Comparaison de l'admission des fautes médicales parmi les médecins

Étude	Catégorie	Ont admis leur faute (%)	N'ont pas admis leur faute (%)
Votre étude	Médecins internes et résidents	70,30%	29,70%
Laura Cerland et al.	Médecins généralistes	93%	7%
Emily Venus	Médecins internes	57%	43%
Olivia Martin	Médecins internes	47%	53%

Les données recueillies à partir des différentes études ont montré des variations significatives dans la proportion de médecins admettant leurs fautes médicales. Dans notre étude, 70,30% des médecins interrogés ont reconnu avoir commis une faute médicale, tandis que 29,70% ne l'ont pas admis. Ces résultats indiquent qu'une majorité substantielle des internes/ résidents a reconnu ses fautes, ce qui pourrait refléter une culture d'ouverture et de transparence parmi les médecins en formation.

L'étude de Laura Cerland et al[18]. avait révélé un taux encore plus élevé de reconnaissance des fautes parmi les médecins généralistes, avec 93% admettant leurs erreurs et seulement 7% ne le faisant pas. Cette différence pouvait être due à l'expérience et à la position des médecins généralistes, qui pouvaient se sentir plus responsables et être plus enclins à admettre leurs fautes pour améliorer la pratique clinique et la relation avec les patients.

L'étude d'Emily Venus et Al[19].montrait une situation plus mitigée chez les médecins internes, avec 57% admettant leurs fautes et 43% ne le faisant pas. Ceux qui n'avaient pas admis leurs erreurs avaient souvent justifié leur comportement par la perception que les conséquences de leurs fautes étaient bénignes ou inexistantes

Enfin, l'étude menée par Olivia Martin[15] à l'Université de Nantes indiquait que seulement 47% des internes avaient révélé leurs fautes aux patients, ce qui était le taux le plus bas parmi les études comparées. Cette réticence pouvait être attribuée à divers facteurs, tels que la peur des répercussions professionnelles ou légales, ou un manque de formation sur la communication des erreurs médicales.

Dans notre étude, les médecins internes et résidents redoutaient principalement les conséquences graves sur les patients en cas de faute médicale. Une grande proportion, soit 40,6% des répondants, craignaient particulièrement le décès du patient, tandis que 32,1% d'entre eux redoutaient les séquelles handicapantes. Par ailleurs, les médecins exprimaient également des inquiétudes quant aux répercussions personnelles et professionnelles de la commission d'une faute médicale. Environ 14,2% des répondants redoutaient l'emprisonnement et une petite proportion, soit 3,8%, craignaient d'être temporairement ou définitivement radiés de l'exercice médical. Une minorité de 0,5% craignait une mauvaise réputation professionnelle, tandis que 1,4% redoutaient d'être mal jugés par leurs pairs.

En comparaison, l'étude de Teurnier Elise [12] a révélé que les internes n'admettaient généralement leurs erreurs que lorsqu'ils avaient besoin de l'aide ou du soutien de leurs seniors, par exemple pour la suite de la prise en charge médicale ou pour l'annonce de l'erreur au patient. Parmi les récits recueillis, aucune erreur dénuée de conséquences n'a été volontairement révélée aux seniors. Les internes qui n'avaient pas révélé leurs erreurs ont souvent avancé l'absence de conséquences comme argument. Bien que la crainte des poursuites judiciaires ait été présente chez certains internes, elle n'a pas été spécifiquement identifiée comme un frein à l'admission des erreurs.

L'étude d'Emily Venus[19] a également révélé que 60% des internes interrogés craignaient des répercussions juridiques. Pour la moitié des internes, les conséquences pour les patients ont été décrites comme l'aspect le plus difficile de leur expérience. Seul un interne (soit 1,6%) a estimé que les conséquences pour le patient étaient minimales ; il a trouvé que le plus difficile était la remise en question de ses compétences et la modification de son image en tant que médecin.

L'étude de Savage C [12], qui a interrogé des médecins généralistes, corrobore ces notions. Selon cette étude, la communication permettrait une meilleure analyse de l'erreur, tout en offrant aux médecins un moyen de se déculpabiliser, de se rassurer et de diminuer la solitude. Les répercussions personnelles et professionnelles dissuadent certains médecins de reconnaître leurs erreurs. Cependant, lorsque les conséquences sont jugées moins sévères, comme observé dans l'étude de Teurnier Elise [12], les erreurs sont moins souvent admises.

En résumé, il apparaît que la gravité perçue des conséquences joue un rôle crucial dans la décision d'admettre ou non une faute médicale. Dans notre étude, la crainte des conséquences graves pour les patients ainsi que les répercussions personnelles et professionnelles dissuadent certains médecins de reconnaître leurs fautes. Cependant, lorsque les conséquences sont jugées moins sévères, comme observé dans l'étude de Teurnier Elise, les erreurs sont moins souvent admises. Cette réticence peut être atténuée par un environnement de soutien, comme le suggère l'étude de Savage C., où une communication ouverte sur les erreurs et les fautes médicales peut aider les médecins à mieux comprendre et à gérer leurs fautes.

4.2. Conséquences de la faute médicale sur l'interne et le résident :

Tableau XVI : Impact professionnel et psychique des fautes médicales : Comparaison entre différentes études.

Etude	Pays	Période d'étude	Année	Retentissement impact professionnel	Impact Psychique
Notre Étude	Maroc	Octobre2023– Mars 2024	2024	73.1%	97.8%
Laura CERLAND	France	Janvier 2014– Février 2014	2014	63%	55%
Hélène Lorphelin– Martel	France (Rouen)	Mars2020– Mai 2020	2014	64.9%	Important (non spécifié)

La majorité des médecins avaient ressenti un retentissement sur leur pratique professionnelle après des situations de faute médicale. Dans l'étude de Laura[19], 63% des médecins avaient déclaré un retentissement, contre 73.1% dans notre étude et 64.9% dans l'étude de Hélène Lorphelin–Martel[11]. En 2005, Chanelière M[20] avait réalisé une thèse d'exercice auprès des médecins généralistes de la faculté de Lyon et avait montré que 92% d'entre eux avaient été impactés suite à une erreur, ce qui indique un pourcentage d'impact professionnel très élevé comparé aux autres études.

Concernant l'impact psychologique, notre étude avait révélé que 97.8% des médecins avaient ressenti un impact psychique, alors que cette proportion était de 55% dans l'étude de Laura. Seulement 2.2% des médecins dans notre étude n'avaient pas ressenti d'impact psychique, comparé à 42% dans l'étude de Laura CERLAND[18].

Notre étude avait montré un impact psychologique plus marqué que les autres études tandis que, L'étude de Chanelière M.[20] avait quant à elle souligné un impact professionnel particulièrement élevé, avec 92% des médecins généralistes de Lyon se déclarant affectés par des erreurs.

Tableau XVII : Impact psychique des fautes médicales sur les médecins

Impact Personnel	Laura CERLAND	Teurnier	Notre étude
Sentiment de culpabilité	23,7	4,3%	8,1%
Stress et anxiété	18,6	19,1	21,6%
Répercussions physiques (troubles du sommeil)	3.2%	10.6%	2,7%
Peur pour le patient	7,7%	-	-
Tristesse	3,9%	-	-
Sentiment de colère	9,0%	21.3%	-
Peur pour les conséquences juridiques	7,0%	19.9%	-
Incompréhension	5,1%	-	-
Regret	5,8%	-	8,1%
Sentiment d'échec	12.8%	6.4%	8,1%
Solitude et isolement	-	10,6%	-
Autocritique	-	10.6%	-
Perte d'estime de soi	-	10.6%	-
Confiance en soi	-	2.1%	-
Doute	10,3%	12.8%	-
Panique et angoisse	-	-	-
Aucune conséquence psychologique	42%	-	21,6%
Dépression	-	-	16,2%
Nervosité	-	-	2,7%

Malgré des pourcentages d'impact variables, nous avons constaté des réactions communes parmi les médecins suite à la faute médicale. L'impact psychique était une constante à travers toutes les études examinées, soulignant que la majorité des médecins avaient ressenti des conséquences émotionnelles suite à ces événements. Des sentiments tels que le stress, l'anxiété et le sentiment de culpabilité étaient rapportés à différents niveaux dans chaque étude, indiquant une réponse émotionnelle universelle mais variable. Notre étude a montré un impact psychologique particulièrement marqué, avec 97.8% des médecins signalant une quelconque répercussion émotionnelle, un chiffre plus élevé que celui rapporté dans d'autres études. Bien que les réponses émotionnelles aient varié en intensité et en nature selon les études et les populations étudiées, l'impact psychique demeurait un aspect commun à toutes, distinguant notre étude par son exploration plus approfondie et son identification d'un impact significatif sur la pratique professionnelle des médecins.

Les fautes médicales, ainsi que la simple possibilité d'en commettre, exercent une pression considérable sur les médecins, affectant à la fois leur bien-être émotionnel et leur pratique professionnelle. D'ailleurs, notre étude a révélé que 97.8% des médecins en formation, qui n'ont jamais commis de fautes, ont déclaré qu'une telle situation pourrait les affecter psychologiquement. De plus, 88.7% ont estimé que cela pourrait également avoir des répercussions professionnelles.

Tableau XVIII : Impact professionnel des fautes médicales sur les médecins

Impact Professionnel	Notre étude	Emily Venus	Teurnier	Laura Cerland
Plus grande prudence / Vérifications supplémentaires	19,20%	23,30%	6,40%	-
Amélioration de la communication / Modification de l'interrogatoire	15,40%	-	-	11.5%
Documentation plus systématique	15,40%	-	-	-
Comportement rigoureux	11,50%	-	-	-
Correction de comportement	11,50%	-	-	-
Vigilance accrue	-	20,00%	-	-
Appel au senior/ recours au spécialistes	5.8%%	10,00%		
Allocation de plus de temps	-	5,00%	-	-
Excès d'examens complémentaires	-	3,30%	-	6.4%
Remontrances	-	-	25,50%	-
Échec	-	-	6,40%	-
Dégradation des relations entre soignants	-	-	2,10%	-
Modification de la démarche diagnostique	-	-	-	50,00%
Modification de l'examen clinique	-	-	-	15,40%
Modification du déroulement global de la consultation	-	-	-	10,90%

Les études examinées ont révélé des réponses diversifiées des professionnels de santé suite à des incidents médicaux. Les internes et les généralistes ont adopté des stratégies similaires telles que la prudence accrue, l'amélioration de la communication, une documentation plus systématique, ainsi que le recours à des seniors ou à des spécialistes en réponse aux incidents médicaux.

Notre étude a également exploré d'autres aspects comme la correction de comportement (11,50%) et l'adoption d'un comportement rigoureux (1,50%). L'étude d'Emily Venus a souligné une augmentation de la vigilance post-incidente (20,00%). En revanche, l'étude de Teurnier a mis en évidence des répercussions plus sévères, avec 25,50% des internes confrontés à des remontrances après des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques, ce qui pourrait expliquer leurs réponses en changements constructifs (comme l'amélioration de la communication) et défensifs (comme les vérifications supplémentaires excessives). Du côté des généralistes étudiés par Laura Cerland, une adaptation significative de la démarche diagnostique (50,00%) a été observée, illustrant une réponse proactive des médecins généralistes face aux défis posés par les incidents médicaux. Ces résultats soulignent l'importance d'une adaptation clinique et professionnelle post-incident, avec des variations dans les stratégies adoptées par les internes et les généralistes pour renforcer la sécurité des soins et améliorer les pratiques médicales.

5. Résolution :

Tableau XIX : Niveau de préparation des médecins face aux situations de faute médicale

Etude	Notre étude	Etude de Martin	Etude Orphelin
Préparation face à une situation de faute médicale	12.7%	66.0%	81,3%

Les résultats des études menées par Orphelin [8], Martin [6], et notre équipe ont révélé des perceptions variées parmi les médecins en formation concernant leur préparation à affronter le risque judiciaire et à gérer les erreurs médicales.

Notre étude a mis en lumière une constatation préoccupante : près de 79% des médecins internes et résidents interrogés ne se sentaient pas préparés à gérer une situation de faute médicale, tandis que seulement 12,7% se sentaient prêts à le faire. Dans l'étude d'Orphelin [8], une grande majorité des internes (81,3%) estimaient ne pas avoir été suffisamment formés pour faire face au risque judiciaire, soulignant ainsi un besoin critique d'améliorer la préparation juridique durant leur formation médicale.

En contraste, l'étude de Martin [6] a indiqué que 66% des internes se sentaient bien préparés à gérer les erreurs médicales. Cette préparation était largement attribuée aux formations reçues avant et pendant l'internat, couvrant divers aspects de la gestion des erreurs et de la communication médicale.

Tableau XX : Stratégies proposées par les médecins pour se préparer aux situations de faute médicale

	Notre étude	Étude d'Orphelin
Formations continues	31.30%	16.95%
Suivre les protocoles et directives	22.90%	10.17%
Documentation et traçabilité	16.90%	10.17%
Prudence	15.70%	-
Consulter des experts/Avoir des interlocuteurs, contact avec médecins légistes ou centre référent	8.40%	5.08%
Meilleur soutien des autorités judiciaires, du conseil de l'ordre, entre confrères et assurance	2.40%	11.86%
Une bonne communication	1.20%	32.20%
Prendre soin de sa santé mentale	1.20%	1.69%
Éduquer et responsabiliser les patients	-	20.34%
Rôle des médias pour sensibiliser la population sur le travail de médecin	-	11.86%
Avoir des connaissances solides et mises à jour par la FMC	-	10.17%
Réduire les consultations abusives	-	2.39%
Sanctionner les plaintes abusives	-	1.69%
Savoir faire respecter ses opinions	-	1.69%
Choisir ses patients (mais ce n'est pas éthique)	-	1.69%

Les deux études ont révélé des similitudes et des différences importantes. Les deux ont mis en avant l'importance de la formation continue (31.30% dans notre étude contre 16.95% dans l'étude d'Orphelin[11]), le respect des protocoles (22.90% contre 10.17%), la documentation et la traçabilité (16.90% contre 10.17%), la consultation d'experts (8.40% contre 5.08%), ainsi que la prise en compte de la santé mentale (1.20% contre 1.69%).

Toutefois, des différences notables ont existé. L'étude d'Orphelin[11] avait accordé beaucoup plus d'importance à la communication avec les patients (32.20% contre 1.20%), tandis que notre étude avait mentionné la prudence (15.70%) comme un facteur clé. L'étude d'Orphelin[12] avait également mis en avant l'éducation et la responsabilisation des patients (20.34%) et le rôle des médias (11.86%), des aspects absents de notre étude. De plus, elle avait inclus des facteurs comme la réduction des consultations abusives et les sanctions pour plaintes abusives.

Notre étude s'est concentrée davantage sur les aspects techniques et formels de la pratique médicale, tandis que l'étude d'Orphelin avait principalement abordé les situations de litige et de plaintes, avec une population pratiquant surtout la médecine défensive. Ces différences peuvent être attribuées à des contextes de travail différents ou à des expériences variées des professionnels de santé.

Tableau XXI : Attitudes des internes envers la formation médicale continue

Étude	Etude d'Orphelin	Notre étude
Pourcentage d'internes incités à faire d'une formation médicale continue	81,9%	98.6%

Tableau XXII : Comparaison des préférences en méthodes de formation entre notre étude et l'étude de Martin

Méthode de formation	Notre étude	Étude de Martin
Séminaires	46.7%	67%
Jeux de rôles	-	43%
Groupe de Balint	-	24%
Conférences	23.1%	Non spécifié
E-learning	20.8%	Non spécifié
Ateliers	8.5%	-
Livret	0.5%	-

Dans l'étude d'Orphelin, 81,9% des internes ont indiqué que leur manque de préparation pour faire face à une faute médicale pourrait les inciter à suivre une Formation Médicale Continue (FMC). Ce chiffre atteignait 98,6% dans notre étude, soulignant que la formation était la solution privilégiée, indiquant ainsi un besoin urgent d'améliorer la formation des internes dans la reconnaissance, la gestion et la prévention des fautes médicales.

Malgré l'enseignement de cours de médecine légale durant le deuxième cycle des études médicales, qui initient les étudiants aux lois, à leurs responsabilités en tant que médecin, ainsi qu'aux différentes procédures et responsabilités médicales, une appréhension persiste parmi les médecins en formation. Cette appréhension se manifeste par une crainte anticipée de devoir faire face à une plainte seule dans leur futur cabinet, sans savoir comment gérer cette épreuve. En complément des cours existants, il serait donc bénéfique d'instaurer une formation pratique spécifique à la gestion des fautes et des litiges médicaux.

En ce qui concerne les formats d'apprentissage, les études de Martin et la nôtre ont révélé des préférences claires parmi les internes en formation médicale. Dans l'étude de Martin, 67% des internes ont préféré les séminaires, tandis que dans notre étude, 46,7% des répondants optaient pour cette option.

Les conférences et l'e-learning étaient également populaires, bien que les pourcentages aient légèrement varié entre les deux études. En revanche, les ateliers pratiques et les livrets étaient moins appréciés. Ces résultats indiquent une tendance commune vers des formats d'apprentissage interactifs, pratiques et flexibles, adaptés aux emplois du temps chargés des internes. Cela souligne l'importance de concevoir des programmes de formation continue répondant à ces attentes, en favorisant l'engagement actif et l'interactivité dans l'apprentissage médical.

Cette formation pourrait être préventive, visant à éviter la survenue de litiges, et pourrait aider les médecins à apprendre à gérer au mieux de telles situations lorsqu'elles se présentent. La gestion des fautes médicales doit être considérée comme une compétence essentielle à acquérir pour les nouveaux médecins, garantissant ainsi des soins de santé de qualité et la sécurité tant des patients que des médecins



RECOMMANDATIONS

Les connaissances des médecins internes et résidents sur la responsabilité médicale sont essentiels pour leur permettre de remplir correctement leur devoir envers leurs patients. Ces connaissances sont généralement acquises lors de leur formation initiale en faculté de médecine et doivent être ensuite renforcées par une formation continue régulière, qui est maintenant indispensable pour assurer une certaine qualité de soins et est devenue obligatoire dans plusieurs pays pour maintenir la compétence des médecins en exercice.

La compréhension des fondements éthiques et juridiques de la médecine est aussi importante pour la pratique clinique que la maîtrise des sciences médicales fondamentales. Par exemple, au Royaume-Uni, le General Medical Council (GMC) exige que les diplômés en médecine respectent les principes éthiques et juridiques, ainsi que les directives et normes éthiques du GMC.

Il est essentiel que l'enseignement de l'éthique médicale, du droit et du professionnalisme soit intégré de manière approfondie dans les programmes de toutes les facultés de médecine. Le GMC impose également que chaque faculté consacre suffisamment de temps et de ressources à cet enseignement. À cet égard, il est recommandé qu'une coordination efficace et une prestation adéquate de l'enseignement de l'éthique et du droit nécessitent au moins la présence d'un universitaire à plein temps spécialisé en éthique et en droit, avec une expertise professionnelle et universitaire pertinente.[3]

Ce travail a révélé le niveau modeste des connaissances des médecins internes et résidents en matière de faute et de responsabilité médicale. Pour améliorer cette situation, après une revue de la littérature, nous proposons plusieurs recommandations :

Intégration du droit médical dans la formation initiale et continue : C'est une approche essentielle pour sensibiliser les futurs médecins à leurs responsabilités légales et éthiques dès le début de leur carrière. La formation continue permet également aux médecins en exercice de rester à jour avec les évolutions juridiques.

Enseignement spécialisé pour les internes et résidents : Il est crucial que les médecins en formation reçoivent une éducation spécifique en droit médical adaptée à leur spécialité. Cela leur permettra de mieux comprendre les implications légales de leurs décisions cliniques.

Développement du e-Learning : La mise en place de formations à distance peut surmonter les barrières géographiques et temporelles, et favoriser la flexibilité pour les professionnels de santé déjà en poste. Cela contribue à assurer une continuité dans l'apprentissage malgré les contraintes de temps.

Mettre en place une coordination réelle entre le service juridique du CHU et le service de médecine légale pour l'accompagnement de tous les professionnels de santé notamment les résidents et les internes.

Promotion de la culture de sécurité et de la gestion des risques : Intégrer des formations sur la gestion des risques et la culture de sécurité dans les programmes éducatifs et de formation continue.

Évaluation régulière des compétences en droit médical : Mettre en place des mécanismes d'évaluation périodique des compétences des médecins en matière de droit médical. Cela peut se faire à travers des examens de certification spécifiques, des évaluations par les pairs ou des simulations de cas pratiques.

Encouragement à l'adhésion à des sociétés professionnelles spécialisées : Inciter les médecins à rejoindre des associations ou des sociétés professionnelles spécialisées en droit médical. Ces organisations offrent souvent des ressources supplémentaires, des réseaux de soutien et des opportunités de formation continue dans le domaine.

Promotion de la recherche et de la publication dans le domaine du droit médical : Encourager les médecins à participer à des recherches sur les aspects juridiques de la pratique médicale et à publier leurs résultats. Cela contribue à l'avancement des connaissances et à la diffusion des bonnes pratiques dans le domaine.

Évaluation continue des programmes de formation : Mettre en place des mécanismes d'évaluation régulière des programmes de formation en droit médical pour assurer leur efficacité et leur pertinence. Les retours des participants peuvent aider à ajuster les contenus et les méthodes pédagogiques pour répondre aux besoins changeants du secteur médical.

Ainsi, Pour répondre aux défis rencontrés par les médecins en formation dans leur pratique quotidienne au sein du CHU, plusieurs recommandations peuvent être envisagées :

Renforcement de la Formation : organiser des sessions de formation régulières et approfondies sur les responsabilités médicales, adaptées spécifiquement aux internes et résidents.

Intégrer des enseignements sur les éthiques professionnelles et les normes de conduite médicale dans le curriculum de formation continue.

Ressources Éducatives Accessibles : mettre à disposition des documents clairs et accessibles en ligne qui détaillent les types de fautes médicales courantes et leurs conséquences.

Développer des modules d'apprentissage en ligne interactifs pour faciliter l'accès aux informations essentielles sur la responsabilité médicale.

Suivi et Évaluation : Évaluer régulièrement la compréhension des internes et résidents concernant les responsabilités professionnelles et le droit médical.

Utiliser les résultats de l'évaluation pour ajuster et améliorer les programmes de formation et de mentorat.

Sensibilisation Continue : sensibiliser de manière continue sur l'importance du respect de la hiérarchie, de la gestion des conflits et de l'intégrité professionnelle.

Organiser des ateliers et des séminaires interactifs sur la communication efficace et la gestion des émotions en milieu clinique.

Renforcer la communication interprofessionnelle en encourageant les médecins à collaborer étroitement avec d'autres professionnels de la santé, tels que les infirmières, les pharmaciens et les travailleurs sociaux, pour améliorer la coordination des soins et réduire les risques de malentendus ou d'erreurs.

Révision des Politiques : examiner et actualiser les politiques institutionnelles pour refléter clairement les attentes en matière de comportement professionnel et éthique.

Assurer une transparence accrue dans la communication des normes et des procédures disciplinaires au sein de l'établissement de santé.

Accompagnement et Support : mettre en place un système de mentorat pour les internes et résidents, avec un accent particulier sur le développement personnel et professionnel.

Offrir un soutien psychologique et émotionnel aux professionnels de santé confrontés à des défis éthiques et disciplinaires.

Encourager la Formation Continue : Promouvoir la participation des médecins en formation à des programmes de formation continue, y compris des formations périodiques en droit médical et en gestion des risques



CONCLUSION



Dans le cadre de cette étude, nous avons évalué le niveau de connaissances spécifiques des médecins internes et résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech sur la responsabilité médicale. Pour ce faire, nous avons posé des questions directes qui devraient être incluses dans tout programme de formation spécialisée sur le sujet, telles que leur niveau de connaissance en matière de responsabilité, les différents types de responsabilités auxquels ils peuvent être confrontés lors de pratiques médicales, ainsi que les moyens de protection et de prévention contre une faute médicale ou un litige.

Cette étude a révélé plusieurs aspects cruciaux de la responsabilité médicale chez les internes et les résidents. Leurs connaissances en matière de droit et de responsabilité médicale étaient minimales, soulevant des préoccupations quant à leur préparation à gérer efficacement les défis éthiques et juridiques inhérents à la pratique médicale. Les défis identifiés tels que les problèmes de coordination et les tensions hiérarchiques, nécessitent des interventions ciblées pour garantir une pratique médicale sûre et responsable.

Les recommandations formulées visent à combler ces lacunes et à renforcer la formation des internes et résidents. Intégrer l'enseignement du droit médical dès la formation initiale et encourager la participation à des programmes de formation continue spécialisés peut améliorer leur compréhension des responsabilités professionnelles et légales. De plus, la création de services dédiés à la médecine et au droit, comme proposé ici, pourrait fournir un soutien essentiel en matière de conseils juridiques et de gestion des risques.

L'impact des fautes médicales sur les médecins en formation et les patients souligne l'importance de renforcer les compétences techniques, de promouvoir une meilleure gestion hiérarchique et d'améliorer l'organisation des services de santé. Encourager une culture de sécurité et de responsabilité au sein des établissements de santé est essentiel pour prévenir les fautes et améliorer la qualité des soins.

Pour l'avenir, il serait pertinent d'approfondir la compréhension des facteurs organisationnels et culturels influençant la responsabilité médicale, tout en évaluant l'efficacité à long terme des initiatives de formation continue. Une étude future pourrait également se concentrer sur les perspectives des seniors dans la formation médicale, favorisant ainsi une meilleure compréhension mutuelle et une pratique collaborative entre les générations de professionnels de santé.

En adoptant une approche proactive et en mettant en œuvre ces recommandations, nous pouvons aspirer à une pratique médicale plus sûre, éthique et respectueuse des droits des patients, tout en soutenant le développement professionnel des futurs médecins.



RESUMES



Résumé

Introduction : La pratique médicale vise à préserver et restaurer la santé, encadrée par des principes éthiques et juridiques. Cependant, La relation de confiance entre médecin et patient est aujourd'hui mise à l'épreuve. Les procédures de médiation, bien que rapides, présentent des lacunes et la faute médicale reste un sujet tabou, avec le risque judiciaire représentant une préoccupation majeure chez les médecins en formation et les médecins fraîchement diplômés. Cette thèse vise donc à approfondir la compréhension de la responsabilité médicale, des différents types de fautes médicales, ainsi que d'explorer les défis rencontrés par les médecins en formation. Elle cherche également à proposer des stratégies pour faire face à ces enjeux, avec pour objectif premier de sensibiliser les futurs médecins à leurs responsabilités professionnelles et de prévenir les fautes médicales

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective analytique menée à l'aide d'un questionnaire diffusé auprès des résidents et internes de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, via les réseaux sociaux ou auto-administré. L'étude, menée sur une période de cinq mois (du 7 octobre 2023 au 2 mars 2024), cible l'ensemble des médecins internes et résidents exerçant au CHU Mohamed VI de Marrakech.

Résultats : L'étude a porté sur des médecins âgés en moyenne de 27,5 ans, avec un écart type de 3,35 ans, et une sex-ratio de 1,23 femmes pour 1 homme. Les médecins internes et résidents présentaient des connaissances limitées en responsabilité médicale : parmi les 212 médecins interrogés, les pourcentages de ceux ayant des connaissances moyennes à approfondies étaient de 36,3% en responsabilité pénale, 33% en responsabilité administrative, 40% en responsabilité civile, et 49% en responsabilité disciplinaire.

Les principaux défis rencontrés incluaient les problèmes techniques (74,1%), la coordination des soins (64,6%), ainsi que des défis hiérarchiques et organisationnels. Environ 17,5% des médecins ont admis avoir déjà commis une faute médicale : 13,4% parmi les internes

et 23,5% parmi les résidents, principalement observées dans les services d'urgences (56.8%), chirurgicaux (21.6%), et médicaux (21.6%).

Concernant l'expérience des fautes, les médecins ont signalé des conditions particulières dans 45,9% des cas, incluant le non-respect des directives médicales par les patients et leurs accompagnants (40,5%), ainsi que des problèmes de communication (21,6%). Les facteurs matériels (32,4%), la charge de travail élevée, et le manque de personnel ont également été cités comme contribuant aux fautes médicales. Un impact psychologique a été rapporté par 97,8% des participants, et un impact professionnel par 88,7%. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre le statut (interne vs résident) ou le genre (hommes vs femmes) et la probabilité d'être mis en cause pour une faute médicale. Les médecins ont unanimement soutenu la nécessité de formations continues sur la faute médicale (98,6%), souvent exprimée par la préférence pour des séminaires comme format privilégié.

Conclusion : Cette étude souligne les lacunes dans les connaissances juridiques et la responsabilité médicale des internes et résidents, mettant en avant l'importance d'intégrer le droit médical dès la formation initiale et de renforcer la formation continue. Des recherches futures pourraient explorer plus en profondeur les facteurs influençant la responsabilité médicale et promouvoir une collaboration intergénérationnelle efficace dans la pratique médicale, visant ainsi à garantir une pratique médicale plus sûre, éthique et respectueuse des droits des patients tout en soutenant le développement professionnel des futurs médecins.

Abstract

Introduction: Medical practice aims to preserve and restore health, guided by ethical and legal principles. However, the trust relationship between physicians and patients is currently being tested. Mediation procedures, though expedient, have shortcomings, and medical malpractice remains a taboo subject, with legal risk being a major concern among resident physicians and newly graduated doctors. This thesis aims to deepen the understanding of medical liability, the different types of medical errors, and to explore the challenges faced by physicians in training. It also seeks to propose strategies to address these issues, primarily aiming to raise awareness among future doctors about their professional responsibilities and prevent medical errors

Materials and Methods: This prospective analytical epidemiological study utilized a questionnaire distributed among residents and interns at the Faculty of Medicine and Pharmacy of Marrakech, disseminated via social media or self-administered. Conducted over a period of five months (October 7, 2023, to March 2, 2024), the study targeted all internal and resident physicians practicing at the CHU Mohamed VI in Marrakech.

Results: The study involved physicians with an average age of 27.5 years, a standard deviation of 3.35 years, and a sex ratio of 1.23 females to 1 male. Internal and resident physicians demonstrated limited knowledge of medical liability: among the 212 surveyed doctors, percentages with moderate to in-depth knowledge were 36.3% in penal responsibility, 33% in administrative responsibility, 40% in civil responsibility, and 49% in disciplinary responsibility.

Key challenges encountered included technical issues (74.1%), care coordination (64.6%), and hierarchical and organizational challenges. Approximately 17.5% of physicians admitted to having committed medical errors: 13.4% among interns and 23.5% among residents, predominantly observed in emergency (56.8%), surgical (21.6%), and medical (21.6%) services.

Regarding the experience of errors, physicians reported specific conditions in 45.9% of cases, including non-compliance with medical directives by patients and their companions (40.5%), as well as communication problems (21.6%). Material factors (32.4%), high workload, and staff shortages were also cited as contributing to medical errors. Psychological impact was reported by 97.8% of participants, and professional impact by 88.7%. No significant correlation was found between status (intern vs. resident) or gender (male vs. female) and the likelihood of being implicated in a medical error. Physicians unanimously supported the need for continuous education on medical errors (98.6%), often selecting seminars as the favored format.

Conclusion: This study highlights gaps in legal knowledge and medical liability among interns and residents, emphasizing the importance of integrating medical law early in training and enhancing continuous education. Future research could delve deeper into factors influencing medical liability and promote effective intergenerational collaboration in medical practice, aiming to ensure safer, ethical, and patient-rights-respecting medical practice while supporting the professional development of future physicians.

ملخص

المقدمة: الممارسة الطبية تهدف إلى الحفاظ على الصحة واستعادتها، وتأطيرها من خلال مبادئ أخلاقية وقانونية. ومع ذلك، فإن علاقة الثقة بين الطبيب والمريض تتعرض اليوم للاختبار. إجراءات الوساطة، رغم أنها سريعة، تظهر فيها بعض النواقص وتبقى الأخطاء الطبية موضوعاً شائكاً يصعب التطرق إليه، كما أن المخاطر المرتبطة بالمتابعات القضائية تمثل قلقاً كبيراً لدى الأطباء في فترة التدريب والأطباء الجدد. تهدف هذه الأطروحة إلى تعميق فهم المسؤولية الطبية، وأنواع الأخطاء الطبية المختلفة، والتحديات التي يواجهها الأطباء في فترة التدريب. كما تسعى إلى اقتراح استراتيجيات للتعامل مع هذه القضايا، بهدف توعية الأطباء المستقبليين بمسؤولياتهم المهنية وتفادي الأخطاء الطبية.

الموارد والطرق: هذه الدراسة استباقية تحليلية أجريت باستخدام استبيان وزع على الأطباء المقيمين والداخليين في كلية الطب والصيدلة بمراكش، عبر وسائل التواصل الاجتماعي أو بشكل مباشر. الدراسة التي أجريت على مدى خمسة أشهر (من 7 أكتوبر 2023 إلى 2 مارس 2024) تستهدف جميع الأطباء الداخليين والمقيمين العاملين في مستشفى محمد السادس بمراكش.

النتائج: أوضحت الدراسة أن متوسط عمر الأطباء هو 27.5 عامًا، مع انحراف معياري قدره 3.35 سنة، ونسبة تبلغ 1.23 امرأة لكل رجل. أظهر الأطباء الداخليون والمقيمون معرفة محدودة بالمسؤولية الطبية: من بين 212 طبيباً الذين تم استجوابهم، كانت نسب من لديهم معرفة متوسطة إلى متعمقة 36.3% في المسؤولية الجنائية، 33% في المسؤولية الإدارية، 40% في المسؤولية المدنية، و49% في المسؤولية التأديبية.

التحديات الرئيسية التي يواجهها الأطباء تمثلت في المشاكل التقنية (74.1%)، تنسيق الرعاية (64.6%)، بالإضافة إلى التحديات التنظيمية وتحديات التدرج الوظيفي.

حوالي 17.5% من الأطباء اعترفوا بارتكاب خطأ طبي خلال مدة تدريبهم: 13.4% بين الأطباء الداخليين و 23.5% بين المقيمين، تمت ملاحظة هذه الأخطاء بشكل رئيسي في أقسام الطوارئ. (56,8%)، الجراحة (21.6%) والطب (21.6%)

بالنسبة لتجارب الأخطاء، أشار الأطباء إلى ظروف خاصة في 45.9% من الحالات، بما في ذلك عدم الامتثال للتوجيهات الطبية من قبل المرضى ومرافقيهم (40.5%)، وكذلك مشاكل التواصل (21.6%).

تم أيضاً ذكر العوامل المرتبطة بالتجهيزات (32.4%)، وتيرة العمل المرتفعة، ونقص الموظفين كعوامل مساهمة في الأخطاء الطبية. أوضحت الدراسة أن الأخطاء الطبية تؤثر بالجانب النفسي للمهنيين بنسبة 97.8%، وتأثير مهني بنسبة 88.7%. لم يتم العثور على علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوضع (طبيب داخلي مقابل مقيم) أو الجنس (ذكور مقابل إناث) واحتمالية أن يكون الطبيب معرضاً لارتكاب خطأ طبي. أجمع الأطباء على ضرورة وجود تكوين مستمر في مجال الأخطاء الطبية (98.6%)، وغالباً ما تم اختيار ورش العمل كصيغة مفضلة.

الخاتمة: تسلط هذه الدراسة الضوء على الثغرات في المعرفة القانونية والمسؤولية الطبية لدى

الأطباء الداخليين والمقيمين، مشيرة إلى أهمية دمج القانون الطبي منذ بداية التعليم وتعزيز التكوين المستمر. قد تستكشف الأبحاث المستقبلية بشكل أعمق العوامل التي تؤثر على المسؤولية الطبية وقد يعزز هذا النوع من الدراسات التعاون بين الأجيال في الممارسة الطبية، بهدف ضمان ممارسة طبية أكثر أماناً وأخلاقية واحتراماً لحقوق المرضى، مع دعم التطوير المهني للأطباء المستقبليين.



La responsabilité médicale de l'interne et du résident

Cette enquête explore la compréhension de la responsabilité médicale, les types de fautes médicales, les situations vécues par les médecins en formation, ainsi que les moyens de résoudre les problèmes liés à l'erreur médicale. Elle vise à mieux comprendre la sensibilisation et les connaissances des médecins en formation sur leur responsabilité médicale et à proposer des pistes de réflexion pour améliorer la formation et la prévention des fautes médicales

* Indique une question obligatoire

Données Socio-démographiques

1. **Quel âge avez-vous? ***

.....

2. **Etes-vous : ***

Une seule réponse possible.

Femme

Homme

3. **Dans quel service exercez-vous actuellement ? ***

Une seule réponse possible.

Urgences

Pédiatrie

Gynécologie

Service médical

Service chirurgical

Autre :

.....

La responsabilité médicale de l'interne et du résident

4. Etes-vous *

Une seule réponse possible.

- Interne
- Résident

5. Parmi les connaissances relatives a la responsabilité médicale suivantes, cochez celle(s) que vous connaissez* :

Une seule réponse possible par ligne.

	Aucune connaissance.	Connaissance minimale	Compréhension moyenne	Bien informé(e)	Connaissance approfondie
La responsabilité Pénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilité administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilité Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilité Disciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Le médecin résident/interne peut-il encourir le risque d'une poursuite dans le cadre de

Une seule réponse possible par ligne.

	OUI	NON	Je ne sais pas
Une responsabilité pénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une responsabilité disciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une responsabilité administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une responsabilité Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui,

7. Veuillez citer les types de fautes qui peuvent engager la responsabilité pénale d'un médecin résident/interne

.....

8. Quelles sont les fautes susceptibles d'impliquer la responsabilité civile d'un médecin résident/interne ?

.....

9. Quelles fautes peuvent mettre en jeu la responsabilité disciplinaire d'un médecin résident/interne ?

.....

10. Veuillez lister les fautes administratives pour lesquelles un médecin résident/interne pourrait être tenu responsable.

.....

11. Est-ce qu'un médecin résident/interne risque d'être tenu responsable dans plusieurs contextes de responsabilités ?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

12. Si c'est le cas, quelles sont les responsabilités qui peuvent être mises en cause pour le résident et l'interne ?

Plusieurs réponses possibles.

- La responsabilité pénale
- La responsabilité disciplinaire
- La responsabilité civile
- La responsabilité administrative

Expériences de Fautes Médicales

13. Quels problèmes rencontrez-vous le plus fréquemment dans votre pratique médicale?

Plusieurs réponses possibles.

- Problèmes de compétence/information
- Problèmes techniques
- Problèmes de coordination
- Problèmes liés à la hiérarchie
- Autre :

14. Avez-vous vécu une situation dans laquelle votre responsabilité de médecin a été mise en cause ?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Passer à la question 30

Si oui,

Nous allons parler du dernier événement de ce type dont vous vous souveniez

15. Quand est-il survenu ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 3 mois
- 3 à 6 mois
- 6 mois à 1 an
- plus d'un an

16. Y avait-il des conditions particulières au moment de la survenue de la faute? Si oui, lesquelles?

17. S'agissait-il ? d'un service *

Une seule réponse possible.

- Urgences
- Médical
- Chirurgical

18. La faute a été commise envers *

Une seule réponse possible.

- Un patient Passer à la question 19
- Un confrère Passer à la question 25
- Un professionnel de santé Passer à la question 25
- L'ordre Passer à la question 25
- Autre :

S'il s'agit d'un patient:

19. Y avait-il des facteurs liés au patient ou son entourage? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. Si oui, lesquelles?

.....

21. Y avait-il des facteurs liés au matériel nécessaire à la réalisation de l'acte ? *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Autre :

22. Si oui, lesquelles?

.....

23. Cette faute a-t-elle eu des conséquences pour le patient? Si,oui : *

Une seule réponse possible.

- Conséquences médicales Passer à la question 24
- Conséquences psychologiques Passer à la question 25
- Conséquences financières Passer à la question 25
- Conséquences sociales Passer à la question 25
- Autres Passer à la question 25

Conséquences médicales :

.....

.....

.....

24. Quelles conséquences le patient a-t-il subies ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aggravation de la condition initiale.
- Nécessité d'une intervention supplémentaire.
- Séquelles physiques permanentes.
- décès
- Autre :

Répercussions Personnelles

25. Veuillez ajouter tout autre détail ou information que vous estimez important pour mieux décrire la situation

.....

.....

26. Dans quel état d'esprit étiez-vous au moment de la survenue de la faute?

.....

27. Avez-vous reconnu et admis votre faute ? *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

28. Cette faute a-t-elle eu des conséquences psychologiques sur vous? Si oui, lesquelles?

.....
.....

29. Qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique professionnelle depuis ?

.....
.....

Passer à la question 33

Si Non,

30. Pensez-vous qu'une situation de faute médicale pourrait avoir un retentissement * personnel sur vous ?

Une seule réponse possible.

OUI

NON

31. Pensez-vous qu'une situation de faute médicale pourrait avoir un impact sur votre pratique professionnelle?

Une seule réponse possible.

OUI

NON

32. Si oui, de quelle manière cette situation pourrait-elle vous affecter ?

.....
.....

Résolutions

33. Quand vous pensez à la faute médicale, quelle conséquence vous redoutez? *

.....
.....

34. Pour vous protéger par rapport à une telle situation dans le futur, avez-vous

L'impression d'être suffisamment préparé(e)* ? *Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

35. Selon vous, quelles sont les méthodes pour faire face à une éventuelle responsabilité médicale ?

.....
.....

36. Seriez-vous favorable à la mise en place de formation médicale continue sur la faute médicale?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

37. Quel format de formation préféreriez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Séminaires
- E-learning
- Conférences
- Autre :

.....

.....

38. Avez-vous des suggestions ou des commentaires sur le contenu et les intervenants que vous souhaiteriez voir adoptés pour cette formation ?

.....

.....



BIBLIOGRAPHIE



1. **A. Belhouss,**
Le droit médical: Aspects déontologiques et juridiques de la relation médecin – malade.
Education Media Event, 2017.
2. **D. Malicier**
« LA RESPONSABILITE MEDICALE. Données actuelles,
2ème édition, ESKA
3. **Chadil–Rizqi**
Droit et responsabilite medicale : etat des connaissances et comportement des médecins généralistes face au risque judiciaire cas des médecins des ESSP de la DMS skhirat–temara
4. **Pr. Abdallah Dami**
Les responsabilités médicales
Cours magistral dispensé par Pr. Abdallah DAMI aux étudiants de la 5ème année de la FMPM
5. **« Code Pénal Maroc 2023.Pdf ».**
6. **S. P. Saltstone, R. Saltstone, Et B. H. Rowe,**
« Knowledge of medical–legal issues. Survey of Ontario family medicine residents »,
Can Fam Physician, vol. 43, p. 669-673, avr. 1997.
7. **Ngassop Tchougouon Cédric Carel**
Contribution à l'amélioration de la pratique médicale par la réduction du contentieux en matière médicale
8. **Cabinet Briant Avocat**
« Responsabilité médicale sans faute et condition d'anormalité: indemnisation par l'ONIAM »,
<https://www.briant-avocat.fr/fr/actualites-juridiques-accident/id-13-responsabilite-medicale-sans-faute-et-condition-d-anormalite-indemnisation-par-l-oniam>
9. **G. Salem, « Université Paris VIII Vincennes–Saint Denis**
Contribution à l'étude de la responsabilité médicale pour faute en droits français et américain

10. **N. Bakkass,**
« Conditions de travail dans les CHU : Les médecins résidents et internes racontent leur calvaire »,
Le Matin.ma. Consulté le: 21 mai 2024. [En ligne]. Disponible sur:
<https://lematin.ma/express/2022/conditions-travail-chu-medecins-residents-internes-racontent-calvaire/381032.html>

11. **H. Lorphelin-Martel,**
« Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale? ».

12. **J. V. Lazarus, L. Jaruseviciene, et J. Liljestrand,**
« Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: a cross-sectional study »,
Scand J Public Health, vol. 36, n° 3, p. 303-309, mai 2008, doi:
[10.1177/1403494808086984](https://doi.org/10.1177/1403494808086984).

13. **Alain Bernardot**
La responsabilité civile de l'étudiant en médecine, de l'interne et du résident.
<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/19469?locale-attribute=fr>

14. **G. L. Gall Et C. Clément,**
« Responsabilité médico-légale de l'interne »,
Médecine Intensive Réanimation, vol. 20, n° 6, Art. n° 6, oct. 2011, doi:
[10.1007/s13546-011-0310-7](https://doi.org/10.1007/s13546-011-0310-7).

15. **Olivia Martin**
L'erreur médicale et son enseignement : enquête de satisfaction, confrontation bibliographique et pistes d'amélioration.
<https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=70ce6b45-aef8-48d6-a4a1-4a7cc72d0f85>

16. **Teurnier Elise, Mathilde.**
Parler de l'erreur médicale entre soignants . Impact d'une formation de l'université Paris Diderot pour les internes de médecine générale.
https://www.bichat-larib.com/publications.documents/5236_TEURNIER_these.pdf

- 17. Pierre-Yves Brunet.**
Les erreurs médicales
Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_fr.pdf
- 18. Laura-Cerland**
L'erreur médicale: Enquête auprès de 156 médecins généralistes libéraux installés en Martinique.
<https://urml-m.org/wp-content/uploads/2016/06/MEMOIRE-Laura-Cerland.pdf>
- 19. P. Boxho,**
« [Medical responsibility and legal malpractice] »,
Rev Med Liege, vol. 56, n° 1, p. 41-48, janv. 2001.
- 20. S. Figon, M. Chanelière, A. Moreau, Et M.-F. Le Goaziou,**
« Impact des événements indésirables sur la pratique de 15 médecins généralistes maîtres de stage »,
La Presse Médicale, vol. 37, n° 9, p. 1220-1227, sept. 2008, doi: 10.1016/j.lpm.2007.09.029.



قسم الطبيب

أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعْيِي فِي إِنْقَادِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَ أَكْتُمَ

سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ

وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَدَاهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ

عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاةَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيد



المسؤولية الطبية للطبيب الداخلي و الطبيب المقيم

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/07/10

من طرف

الآنسة أميمة بوتفسوت

المزودة في 21 يونيو 1998 بدمنات

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

مسؤولية طبية - خطأ طبي - تحديات - طبيب داخلي - طبيب مقيم

اللجنة

الرئيس

س. أيت بنعلي

السيد

أستاذ في جراحة الدماغ و الأعصاب

المشرف

ع. دامي

السيد

أستاذ في الطب الشرعي

م. بو الروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

الحكام

ع. ايت الرامي

السيد

أستاذ في طب الجهاز الهضمي