RÉPUBLIQUE DU BÉNIN
------*

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
------*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
------*

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTE
--------*

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE
------**

Année : *2021* ***N°2408***

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE AU BÉNIN.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Par :

Sènan Orphé KITCHEY

Né le 12 Octobre 1995 à Tindji (Bénin)

PRESIDENTE DU JURY
Pr Flore A. GANGBO

MEMBRES DU JURY
Pr Francis M. DOSSOU
Pr Benjamin HOUNKPATIN
Pr Dieudonné GNONLONFOUN

DIRECTEUR DE THÈSE
Pr Francis M. DOSSOU
Professeur titulaire de Chirurgie générale

CO-DIRECTEUR DE THÈSE
Dr Cédric E. P. BIGOT
Maitre-Assistant chef de clinique de Médecine légale

Année académique : 2020-2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1356 /2021/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

JANVIER 2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)
Source : Service du Personnel

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6. Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
17. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
19. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
20. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
25. Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Source : Service du Personnel

MBK 2/10

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.....	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

LE DOYEN

Université d'Abomey - Calavi
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

VALABLE 2021

Source : Service du Personnel

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè.....	Ophtalmologie
5.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6.	Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10.	Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15.	Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
17.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19.	Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
27.	Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
28.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33.	Dr ADJOBIMEY Ménonli.....	Santé au Travail
34.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38.	Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39.	Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40.	Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

LE DOYEN

Source : Service du Personnel

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle épouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hémotologie Biologie

MBK 5/10

Universite d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

PROMOTION 2021

Source : Service du Personnel

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS



A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

MAK 6/10

Source : Service du Personnel

OCTOBRE 2021

LE DOYEN

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)
5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

MSK 7/10

Source : Service du Personnel

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES



1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition

Source : Service du Personnel

MBA 8/10

FACEB 2021

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

MBK 9/10

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

VISE 2021

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Le Doyen, 07/12/2021

Professeur Delphin K. MEHINTO

NOVEMBRE 2021

Source : Service du Personnel

ACTION DE GRÂCE

Je te rends grâce, Yahvé, de tout mon cœur, Tu as entendu les paroles de ma bouche. Le jour où j'ai crié, tu m'exauças, tu as accru la force en mon âme. Yahvé aura tout fait pour moi. Yahvé éternel est ton amour, ne délaisse pas l'œuvre de tes mains.

Psaumes 138, 1, 3, 8

DÉDICACES

- **A mon très cher père, Simon KITCHEY,**

Ton choix de filière pour moi était la médecine animale, que je devienne médecin vétérinaire. Malgré mon désir plutôt pour la médecine humaine, tu as toujours été là auprès de moi, un soutien indéfectible durant tout mon parcours. Tu as été un repère, un guide. Avec tes mots tu as su toujours me donner le courage d'avancer et d'affronter mes plus grosses peurs. Infiniment merci Papa. ***Puisse Dieu le Tout Puissant, te préserver, te procurer la santé, le bonheur la longévité afin que tu jouisses des fruits de ce travail.***

- **A ma mère chérie, Irène TONOU**

Je me rappelle encore ce jour, face mon échec en 1ère année de médecine, tu me disais ceci : « Ne baisse pas les bras mon fils, tu dois encore reprendre et donner le meilleur de toi-même ». Tes conseils, ta détermination et ta confiance ont été mes plus grandes armes dans les moments les plus difficiles. Merci maman. Les fruits ont muri, l'heure de la moisson a sonné.

Puisse Dieu le Tout Puissant, te préserver, te procurer santé, bonheur afin que tu puisses en profiter.

- **A ma sœur Frédégonde KITCHEY**

Tu as été toujours là pour moi à chaque instant. Tu as été ma source de motivation et ma plus grande admiratrice. Tu as toujours cru en moi, plus que moi-même. Merci pour ton soutien indéfectible et tout l'amour que tu me donnes chaque jour.

Puisse Dieu nous unir davantage. Je t'aime sœurette.

- **A mon petit frère Nolan KITCHEY,**

Comme j'aime t'appeler affectueusement, « bambino », ta venue dans la famille a été pour nous une source de bénédiction.

Grandis en sagesse.

- **A Chancelle GBENOU,**

Il y a des rencontres qui nous changent et qui nous rendent meilleur ! Notre rencontre a beaucoup changé ma vie ! Ta présence à mes côtés est d'un grand réconfort. Tu as été d'un grand soutien tout le long de ce travail, qui aujourd'hui est également le tien.

Puisse Dieu nous unir d'avantage afin que tu puisses profiter de ses fruits !

- **A Brunel COHOUN,**

Plus qu'un ami, tu es devenu un frère. Tu as su m'accompagner tout le long de mon cursus à Cotonou.

Sois béni !

- **A ma feue grand-mère, Rosine Euloge ADJAGBODJOU,**

« Celui qui a planté un arbre avant de mourir n'a pas vécu inutilement. »
J'aurais tant voulu, ne serait-ce qu'une seule fois, poser mon stéthoscope sur ton cœur et l'écouter. Mais hélas, tu as rejoint trop tôt le père céleste. Puisses-tu contempler de là ou tu es, les fruits de ce travail.

Repose en paix mémé !

- **A mes feus grands-parents paternels, Monique AHODEMESSOU et Hyppolyte KITCHEY**

Depuis là ou vous vous trouvez à présent, vous avez su veiller sur moi et guider chacun de mes pas !

Puisse Dieu dans sa bonté, vous accorde le repos éternel !

REMERCIEMENTS

- **A mes oncles, Roger TONOU, Hervé TONOU, Honorine TONOU, Rodrigue TONOU,**

Merci pour le soutien et l'amour que vous me témoignez au quotidien.

Daigne Dieu vous bénir et nous unir davantage !

- **A mon grand-père, Marcellin TONOU,**

Tu as été toujours là, d'un soutien indéfectible durant mon cursus. La date si tant que tu attendais est là !

Que Dieu le Père tout puissant, t'accorde plus d'année à nos côtés, pour que tu puisses jouir davantage des fruits de tes enfants.

- **A ma famille KITCHEY, BADJITO, AHODEMESSOU**

Vous qui m'avez vu naitre, et grandir..

Merci pour l'éducation reçue.

- **A Armand KOTTIN,**

Merci pour le soutien et les conseils que vous m'avez prodigués durant tout mon cursus.

Soyez abondamment béni.

- **A mes amis et frères, Fannick AKLE, Corel GANGBO, Lamine ASSOUMA et Marcus ASSOGBA**

La faculté nous a uni, mais nos expériences de vie encore plus ! Merci pour tous ces moments de joie, de tristesse, de folie que nous avons partagée ensemble.

Que cette belle fraternité qui nous lie demeure pour toujours.

- **Au Dr Christian HOUNSOUNOU,**

Vous avez été pour moi le grand frère que je n'ai pas eu. Vous avez toujours cru en mon potentiel et chaque jour vous m'aidez à travailler pour le développer.

Infiniment merci pour votre accompagnement et soutien.

- **Au Dr Maryse HOUINATO**

Pour avoir relu mon travail et apporter vos nombreuses contributions.

Sincère gratitude !

- **Aux amis rencontrés tout au long de mon cursus, pour tous ces moments partagés :** Alex Amen ABAHI, Cédric KINTOHOUN, Roxanne BATOSSI, Césaire KOUKPONOU, Flaubert AÏSSI, Ella CODO, Tarick AKINOTCHO, Hykmanth AGBANRIN.

Merci pour ces moments de qualité partagés.

- **A toute l'équipe du LEMACEN, en particulier à Terrence TOTTAH,**

Merci pour l'accompagnement dans l'analyse statistique de mes données.

- **A la 43ème promotion de médecins formés à la FSS,**

Brillante carrière

- **A tous les médecins qui ont pris part à cette étude,**

Grand merci !

- **Et à tous ceux que j'ai oubliés,**

J'espère que vous ne m'en tiendrez pas rigueur...

HOMMAGES

- **A tous nos maitres, de la Faculté des Sciences de la Santé,**

Chers maitres, par votre rigueur scientifique et votre dévouement, vous avez fait de cette faculté une référence sous régionale.

HOMMAGES RESPECTUEUX.

- **A notre maitre & directeur de thèse, le Professeur Francis DOSSOU,**

Vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre patience et vos conseils tout au long de ce travail.

HOMMAGES RESPECTUEUX.

- **A notre maitre et co-directeur de thèse, le Maitre-assistant Cédric E. BIGOT,**

Vous avez spontanément accepté conduire ce travail. Merci pour le temps que vous m'avez consacré, votre aide, vos corrections et votre soutien. Je ne l'oublierai pas.

HOMMAGES RESPECTUEUX.

- **A notre président de jury,**

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse. Veuillez accepter ce travail cher maitre en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance.

HOMMAGES RESPECTUEUX.

- **Aux membres du jury,**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

HOMMAGES RESPECTUEUX.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<	:	Inférieur
≤	:	Inférieur ou égal
>	:	Supérieur
≥	:	Supérieur ou égal
%	:	Pourcentage
+	:	Plus (addition)
-	:	Moins (Soustraction)
CNHU/HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
ONMB	:	Ordre National des Médecins du Bénin
FSS	:	Faculté des sciences de la santé de Cotonou
FM	:	Faculté de Médecine
UAC	:	Université d'Abomey Calavi
UP	:	Université de Parakou
RCM	:	Responsabilité Civile Médicale
EPU	:	Enseignement post universitaire
MACSF	:	Mutuelle d'assurance du corps de santé français
Moy	:	Moyenne
Eff	:	Effectif

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Différents types d'infractions en matière pénale [25], [26]. --------- 16

Tableau II: Répartition des médecins en fonction des caractéristiques sociodémographiques, Bénin, 2021. ---------- 32

Tableau III: Répartition des médecins en fonction des caractéristiques professionnelles, Bénin, 2021. ---------- 33

Tableau IV : Répartition des participants selon les connaissances générales sur la responsabilité médicale, Bénin, 2021. ---------- 34

Tableau V: Répartition des médecins en fonction de la connaissance de la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin, Bénin, 2021. ---------- 36

Tableau VI : Répartition des médecins en fonction des éléments de connaissance sur la responsabilité médicale, Bénin, 2021 ---------- 37

Tableau VII: Répartition des participants en fonction du score, Bénin, 2021. - 39

Tableau VIII: Caractéristiques sociodémographiques des paticipants en fonction du score de connaissance, Bénin, 2021. ---------- 40

Tableau IX : Caractéristiques professionnelles des médecins en fonction du score de connaissance, Bénin, 2021. ---------- 41

Tableau X: Niveau de connaissance des médecins en fonction du nombre de formations et séminaires suivis, Bénin, 2021. ---------- 42

Tableau XI: Répartition des participants en fonction du niveau d'attitude, Bénin, 2021. ---------- 44

Tableau XII: Caractéristiques sociodémographiques des médecins selon le score d'attitude, Bénin, 2021. ---------- 44

Tableau XIII: Caractéristiques professionnelles des médecins en fonction du score moyen d'attitude, Bénin, 2021. ---------- 45

Tableau XIV: Niveau d'attitude en fonction du nombre de formations et séminaires suivis, Bénin, 2021.---------- 46

Tableau XV: Répartition des médecins en fonction des pratiques, Bénin, 2021. ---------- 47

Tableau XVI: Répartition des participants en fonction du score de pratique, Bénin, 2021.---------- 50

Tableau XVII: Répartition des caractéristiques sociodémographiques des médecins en fonction des pratiques, Bénin, 2021. ---------- 50

Tableau XVIII: Niveau de pratique en fonction des caractéristiques professionnelles, Bénin, 2021.---------- 51

Tableau XIX: Niveau d'attitude en fonction du nombre de formations et séminaires suivis, Bénin, 2021.---------- 52

Tableau XX: Corrélation entre le niveau de connaissance, de pratique et d'attitude, Bénin, 2021.---------- 52

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux de sélection des médecins dans l'étude ---------- 31

Figure 2: Répartition des sources d'information des médecins---------- 35

Figure 3: Répartition de la population d'étude en fonction des attitudes ------- 44

Figure 4: Pratique des médecins pour garder confidentiel les informations personnelles du malade (n=88). ---------- 48

Figure 5: Obtention systématiquement du consentement ---------- 49

PAR DÉLIBERATION, LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

GÉNÉRALITÉS 5

CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE 23

RÉSULTATS 30

DISCUSSION 53

CONCLUSION 63

RÉFÉRENCES 67

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIÈRES ..... a

INTRODUCTION

L'exercice de la médecine a pour but principal de prodiguer aux patients des soins consciencieux et attentifs conformes aux données acquises de la science. Il permet au patient de recouvrir idéalement sa santé. Cependant, il arrive qu'à l'occasion de l'acte médical, le médecin de façon volontaire ou involontaire, fasse du tort à son patient. Ces situations engagent la responsabilité du médecin. Le médecin doit répondre de ses actes devant la société représentée par les instances judiciaires, pénales, civiles ou administratives et devant ses confrères [1].

En occident, les poursuites en responsabilité médicale sont fréquentes [2, 3] et les sanctions prononcées contre les médecins sont souvent lourdes. En France, 32% des médecins en 2017 avaient déjà fait l'objet de plaintes de leurs patients au moins une fois[4]. En 2020 la Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) rapportait une sévérité des tribunaux en matière de responsabilité médicale, avec une hausse des condamnations au civil [5].

Par contre, sous nos cieux, pendant longtemps, les médecins n'ont pas été inquiétés par les réclamations et les plaintes des patients. Ces derniers rapportaient tout ce qui leur arrivait de mauvais à la volonté divine : « Dieu a donné, Dieu a repris ». Pour d'autres, la sorcellerie était à l'origine de tout ce qui pouvait leur arriver de mal. De même, il n'existait pas réellement de véritable loi-cadre en matière de droit des patients et de responsabilité médicale au Bénin. Le médecin n'était donc pas à blâmer. Mais de plus en plus, cette tendance a commencé à basculer. Plusieurs faits de poursuites de professionnels de la santé au Bénin ont été rapportés cette dernière décennie. En effet, pour avoir enfreint aux règles déontologiques de la médecine, le ministre de la santé avait instruit en 2019 une affaire contre un promoteur d'une clinique devant la chambre disciplinaire de l'ordre [6]. De même, un présumé faux médecin avait été déposé en prison pour exercice illégal de la profession médicale [7]. Une sage-femme dans le Nord du Bénin, avait été inculpée en 2021 pour « homicide involontaire et non-assistance à parturiente en danger »[8].

Face à cette insuffisance, la représentation nationale a pris de nombreuses mesures pour mettre un terme aux dérives observées [9]. D'abord en 1997, la loi 97-020 du 17 juin 1997 régissant les conditions d'exercice de la médecine en clientèle privée au Bénin a été promulguée [10]. Ensuite en 2018, le décret N°2018 - 034 du 31 janvier 2018 qui réglemente la délivrance de l'autorisation préalable pour l'exercice en clientèle privée des professionnels de la santé du secteur public a été pris en conseil des ministres [11]. Enfin en 2021, il a été promulgué la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin [12]. Celle-ci stipule dans son article 75 que « Tout praticien qui commet une faute médicale qui cause des dommages à la santé d'un patient ou à sa vie, est passible d'une sanction administrative ou pénale ». Elle met le professionnel de la santé face à ses responsabilités et l'obligation pour ce dernier d'y répondre[12]. Les dispositions de la loi devenant opérante dès sa promulgation, nous avons jugé pertinent de nous interroger sur la capacité des médecins béninois à faire face à cette nouvelle ère en matière de responsabilité médicale. Pour ce faire nous avons entrepris cette étude intitulée « connaissances, attitudes et pratiques des médecins en matière de responsabilité médicale au Bénin ». En effet l'information est un préalable majeur dans tout processus de réforme, de changement et de transformation.

Les objectifs étaient :

A. Objectif général de recherche

- Evaluer le niveau de connaissance, d'attitude et de pratiques des médecins sur la responsabilité médicale au Bénin ;

B. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population d'étude ;
- Déterminer le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des médecins en matière de responsabilité médicale ;
- Identifier les facteurs associés aux niveaux de connaissance, d'attitude et de pratiques des médecins sur la responsabilité médicale.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. Historique [13,14]

La responsabilité médicale puise ses origines dans l'antiquité. L'antiquité a été marquée par la loi du Talion, organisée dans le code de Hammourabi qui comprenait 282 lois. Parmi ces 282 lois, 8 articles portaient sur l'organisation de la médecine. On pouvait y retrouver les sanctions que pouvait courir le praticien en cas de faute médicale. Par exemple, quiconque qui tuait le malade ou le rendait aveugle avait la main coupée (article 218). Plus tard en Égypte, d'autres organisations de la médecine avaient vu le jour. Les pratiques et thérapeutiques étaient bien codifiées dans un livre « sacré ». Tout manquement à ce code sacré était passible de peine de mort.

Le Moyen-âge a été caractérisé par une période d'impunité. Les médecins étaient issus du clergé. Les patients rapportaient tout ce qui leur arrivait à la bonté divine. Dieu décide de la vie ou de la mort d'un malade, non pas le médecin.

Mais vers les années 1804, la promulgation par Napoléon du code civil, du code pénal, du code de procédure pénale et du code de procédure civile a modifié notablement le paysage légal et supprimé l'immunité médicale. L'application du Code Napoléon permettra, à partir des années 1820, d'évoquer la responsabilité médicale sur des bases clairement définies. Les exemples de condamnations de médecins devenaient nombreux. Très vite, l'exercice de la profession médicale s'est vu mieux organisé. C'est ainsi que les premiers textes d'organisation de la profession médicale sont nés en France grâce à Philippe le Bel et Charles VI. La médecine était alors l'affaire des gens lettrés, clercs ou nobles, capables de lire et d'écrire le latin, de financer des études longues et onéreuses.

Après un retour entre les mains des laïcs, la médecine connaîtra durant la Renaissance, une volonté de conformité avec les règles applicables, d'autant que la diffusion de textes écrits concourrait à une certaine uniformisation des pratiques, (que ce soit dans l'art de soigner... ou dans l'application de la justice). Il a fallu attendre presque un siècle plus tard pour que le domaine de la

responsabilité médicale connaisse un nouveau développement, marqué par l'arrêt du 20 mai 1936 de la Cour de Cassation, arrêt Mercier, établissant le caractère contractuel de la relation médecin-malade. Progressivement, la notion de responsabilité connaissant des principes de droit déterminés (sanction/réparation ; pénal et disciplinaire/civil ou administratif) a vu son champ d'application s'étendre dans le sens du devoir de réponse que ce soit de sa compétence, à l'attente du patient en passant par les différentes instances (sociales, judiciaires) car "être responsable, c'est bien devoir répondre".

1.2. Définition

De façon générale, la responsabilité (en latin : respondere), se définit comme une obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres [15]. Le dictionnaire de l'académie française de médecine aborde la responsabilité en termes d'obligation ou nécessité morale ou intellectuelle de réparer une faute, de remplir un devoir, une charge, un engagement. La personne morale ou physique responsable répond de ses actes : elle endosse ou prend la responsabilité de ses actes. Être responsable n'est pas être automatiquement coupable. Le droit pénal réprime la faute [16]. Comme tout être humain le médecin est soumis aux règles de droit dans sa pratique médicale.

La responsabilité médicale se définit comme une « obligation pour un médecin (un professionnel de la santé) ou un établissement de soins de répondre du dommage causé à l'occasion d'un acte médical et d'en assumer les conséquences civiles, pénales et disciplinaires » [17]. La responsabilité médicale regroupe deux grandes entités : la responsabilité médicale indemnitaire et la responsabilité médicale sanction.

1.3. La responsabilité médicale indemnitaire

Elle a uniquement une fonction d'indemnisation des victimes. Elle est mise en jeu lorsque, de par son fait, une personne a entraîné un dommage. La personne

responsable engage sa responsabilité dans le sens où elle doit indemniser la victime. Le but d'une responsabilité indemnitaire n'est donc pas de « punir » un responsable mais d'indemniser une victime [1]. Selon que l'acte médical a été réalisé dans un établissement public ou dans le cadre d'un exercice libéral, la responsabilité indemnitaire devra être recherché respectivement devant les juridictions de l'ordre administratif (tribunal administratif, cour d'appel administrative, conseil d'état) ou devant les juridictions de l'ordre judiciaire (tribunal d'instance ou grande instance, cour d'appel, cour de cassation). Dans le premier cas de figure il s'agit de la responsabilité médicale administrative et dans le second cas de la responsabilité médicale civile [18].

1.3.1. La responsabilité médicale civile

La responsabilité médicale civile concerne les professionnels de santé exerçant à titre libéral (activité en cabinet, en dispensaire, en clinique, en centre de santé, ou en cas de contrat d'exercice libéral passé avec un hôpital public) ainsi que les établissements de santé privés [19]. La responsabilité médicale civile peut être de deux types : délictuelle ou contractuelle. Dans les deux cas, la responsabilité est retenue s'il y a un fait fautif, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Classiquement, il appartient au demandeur (celui qui estime être victime et avoir subi un dommage) de prouver le fait fautif, l'existence du dommage et le lien de causalité.

a. La responsabilité médicale contractuelle [6, 9, 20]

La responsabilité contractuelle, est mise en jeu lorsqu'un contrat a été établi entre deux personnes (avec détermination d'obligations pour chacun des contractants) et qu'un des contractants n'a pas rempli les obligations auxquelles il s'était engagé dans ce contrat. Le contrat médical est l'accord par lequel le malade exprime la volonté d'accepter les soins que nécessite son état, assortie de la volonté du praticien de les lui donner. Il ne nécessite aucun formalisme. Pour

contracter il faut que le praticien remplisse les conditions légales d'exercice de la médecine, qu'il obtienne un consentement libre et éclairé de son patient, que l'objet du contrat soit moralement justifiable et que la cause du contrat existe. Le contrat médical est à la fois :

- un contrat civil : l'acte médical n'est pas un acte de commerce Il n'a pas la nature d'un contrat commercial. C'est-à-dire que le médecin n'est pas soumis aux règles du droit commercial. Il a un caractère purement civil (travail individuel et purement intellectuel) un contrat oral ou innommé : Aucun formalisme n'est nécessaire pour que le contrat soit établi. Il suffit que le médecin ait accepté de proposer des soins et que le patient ait accepté de recevoir le traitement et le contrat s'établi.
- un contrat continu : il ne se réalise pas d'un seul geste (anamnèse, examen clinique, diagnostic, traitement…). Dès que le praticien sollicité par le malade accepte sa demande et permet les soins, il est tenu par une obligation de faire (obligation de moyens). S'il a entrepris un traitement, il doit en prévenir les effets nocifs et ne l'interrompre que pour des raisons légitimes. Sinon il répond des conséquences préjudiciables qui résultent pour le patient de l'interruption des soins.
- un contrat synallagmatique et onéreux : chacun des contractants a des obligations. Le patient a obligation de payer les honoraires du médecin et à suivre ses prescriptions. A la charge du praticien, une obligation de soins et de surveillance.
- un contrat résiliable : Le patient peut interrompre le contrat dès qu'il perd confiance au praticien. De même le praticien peut rompre le contrat seulement si cette rupture ne risque pas de nuire au malade. Sinon il doit assurer la continuité des soins.

b. La responsabilité médicale délictuelle [20]

- Dans certaines situations, aucun contrat ne s'est formé entre le médecin et son patient et la responsabilité est régie selon les règles de la responsabilité délictuelle. Ces situations regroupent :

- l'absence d'accord de volonté de la part du patient : pour que le contrat (civil) soit valable, il faut que les deux contractants soient capables et aient donné leur accord. Ce n'est pas le cas lorsque les soins sont réalisés chez un patient inanimé. De même, lors des soins chez le mineur ou l'incapable, il n'y a pas de contrat entre le patient et le médecin.

- l'exercice illégal de la profession : le critère majeur pour qu'un contrat soit valable, est l'objet du contrat (en l'occurrence, les soins apportés) qui doit être licite. Si une personne pratique un exercice illégal, le contrat est lui-même illégal. Le médecin hospitalier et le médecin conseil d'une caisse d'assurance n'établissent pas de contrat avec le patient. Le patient établi un contrat avec l'hôpital ou la caisse mais pas directement avec le médecin.

c. Mise en œuvre des deux types de responsabilité médicale civile

Pour que la responsabilité civile du praticien soit engagée, le malade doit apporter une preuve en justifiant trois éléments : une faute commise par le praticien, un dommage subi par le malade, et un lien de causalité entre la faute et le dommage [21].

En matière de responsabilité civile générale, la notion de faute demeure un des éléments primordiaux. La faute se définit, de façon générale, comme un manquement à un devoir ou une violation d'une norme de conduite [22]. On peut regrouper les fautes en deux groupes :

- la faute contre l'humanisme : traduit la mauvaise appréciation de la relation soignant-patient en vertu des règles déontologiques de la profession. Tout non-

respect de l'une des obligations du médecin constitue une faute pouvant engager la responsabilité civile.

- la faute technique : c'est l'erreur commise par le professionnel de santé par méconnaissance des usages et règles scientifiques gouvernant la profession. Le juge demandera aux experts si la conduite du médecin est celle qu'aurait eu un « bon professionnel » dans les mêmes conditions, si on peut expliquer le choix du médecin (ex : divergence d'écoles).

Le dommage quant à lui, peut être patrimonial (de nature pécuniaire) ou extrapatrimonial (de nature morale). Il est patrimonial lorsqu'il cause à la victime une perte économique (professionnel et extra-professionnel). Les préjudices qualifiés d'extrapatrimoniaux sont des préjudices non économiques qui peuvent être synonymes de « dommage moral », en ce sens qu'ils n'affectent pas sa force de travail. Le « dommage moral » dans son acception la plus large comprend les souffrances morales (sentiment de diminution et d'inquiétude face à l'avenir), les souffrances physiques, le préjudice psychologique, le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique, le préjudice sexuel, le préjudice d'affection. Le dommage est évalué par voie d'expertise médico-légale. Pour être admis, le dommage doit être certain et actuel. La notion de perte de chance peut être admise par certains tribunaux, elle est invoquée par la victime lorsqu'elle se trouve privée définitivement d'un bien ou d'une position qu'elle ne possédait pas, mais dont elle avait des chances sérieuses d'y prétendre [1] .

Le lien de causalité est une notion déterminante. En matière médicale, la preuve de la causalité n'est pas toujours évidente. En général, plusieurs causes concourent simultanément à la production du dommage. Le lien causal unit la cause à la conséquence. Il doit être direct et immédiat. Les tribunaux refuseront ainsi de compenser des dommages trop lointains ou sans proximité avec la faute. Ils analyseront donc toutes les circonstances qui ont rendu objectivement possible la réalisation du préjudice [23]. Parfois, le lien causal est, en quelque sorte, rompu

par l'intervention d'un nouvel évènement indépendant de la faute du médecin. La victime elle-même peut avoir contribué à l'aggravation du préjudice ou à l'apparition d'une partie de celui-ci et, dans ce cas, sa compensation devra être réduite proportionnellement. Il arrive aussi que l'on considère qu'il existe un partage de responsabilité lorsqu'il y a eu plusieurs médecins ou intervenants qui ont commis des fautes contributives au dommage. La responsabilité est alors partagée entre les fautifs en proportion de la gravité et de leur faute respective.

d. Procédure et réparation [24]

La procédure peut se faire par :

- transaction amiable
- action au tribunal civil
- constitution de partie civile au procès pénal.

Les médecins du secteur privé ont l'obligation de contracter une assurance en prévision des dommages qu'ils sont susceptibles de créer et dont ils ont l'obligation de réparer.

1.3.2. La responsabilité médicale administrative

En matière de responsabilité médicale administrative, les règles sont autonomes. Ici, seul le juge administratif a compétence d'agir. L'administration est responsable de ses agents sur le plan indemnitaire [1].

a. Principes

Le service public est défini comme une forme de l'action administrative dans laquelle une personne publique assume la satisfaction d'un besoin d'intérêt général. L'activité publique se distingue de l'activité privée par sa finalité exclusive : intérêt général et le principe de la gratuité des services. De ces finalités naissent deux obligations primordiales : la continuité des services et la qualité du service. Dans le service public, il n'y a pas de contrat ni avec l'administration, ni

avec le médecin. Le malade se trouve dans une situation objective et impersonnelle. Les services hospitaliers publics sont tenus d'une obligation de moyens et non pas de résultats. La responsabilité administrative est établie sur la base de l'imputation et de la qualification matérielle du fait fautif.

b. Mise en œuvre

Comme en matière de responsabilité civile, la mise en œuvre de la responsabilité nécessite une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Le patient doit apporter la preuve des trois éléments (sauf de la faute en cas de présomption de faute ou responsabilité sans faute).

La responsabilité administrative est admise en cas de faute de service, de faute du service, de faute personnelle et de présomption de faute et même sans faute dans certains cas.

- La faute de service : est qualifiée de faute de service, la faute commise par un agent dans l'exercice de ses fonctions, c'est-à-dire pendant le service, avec les moyens du service, et en dehors de tout intérêt personnel.
- La faute du service : relève strictement de son organisation ou de son fonctionnement, une faute simple est suffisante.
- La faute personnelle : la faute personnelle est retenue dans trois cas. Elle peut être retenue lorsque le médecin commet une faute en dehors de son cadre d'exercice (hors fonction), lorsqu'il agit en ayant l'intention de nuire (faute volontaire) et lorsqu'il agit par méconnaissance évidente des principes élémentaire de la déontologie ou de la technique médicale (faute involontaire)
- La faute présumée et la responsabilité sans faute : vu les difficultés que rencontrent une victime pour apporter la preuve d'une faute et vu les particularités d'organisation et de fonctionnement des services publics, il existe des situations de responsabilité pour présomption de faute pour les résultats des analyses biologiques, la fourniture des produits de sang, de responsabilité

sans faute pour les donneurs de sang, en cas de vaccination obligatoire, en cas d'infection nosocomiale, en cas de dommage causé par un malade mental en sortie d'essai.

c. Procédure et réparation

La procédure se déroule en plusieurs étape que sont :

- Le plaignant doit diriger sa demande de réparation contre le service incriminé et non le juge. Un silence de deux mois constitue une décision implicite de rejet susceptible d'être renvoyé en justice.
- lorsque le dommage résulte de deux fautes combinées dont l'une est personnelle, la victime peut choisir entre l'action portée devant les juridictions administratives ou devant les juridictions civiles.

1.4. La responsabilité médicale sanction

Elle vise essentiellement à punir les faits et gestes réprouvés par la société. En matière de responsabilité médicale, deux catégories de sanctions doivent être envisagées : les sanctions pénales et les sanctions disciplinaires propres à la profession. Les unes ne sont pas exclusives des autres. Elles peuvent être mises en œuvre les unes ou les autres, ou simultanément [18].

1.4.1. La responsabilité médicale pénale

Comme pour tout justiciable, la responsabilité pénale du professionnel de santé peut être engagée dès lors que ce dernier a commis une infraction pénale (contravention, délit ou crime). On entend par infraction pénale un acte, une omission ou un comportement interdit par la loi et passible de sanctions pénales [1].

a. Principes

La responsabilité pénale est personnelle. Elle ne peut être couverte par une assurance et nul ne peut être pénalement responsable pour autrui. Elle concerne

donc à l'identique tous les médecins, quel que soit le cadre de leur exercice, libéral, salarié, public ou privé. Elle peut également concerner les établissements de santé publics ou privés en leur qualité de personnes morales. Les infractions ainsi que les sanctions sont regroupées dans le code de procédure pénale. Les sanctions sont des amendes ou des peines d'emprisonnement [17].

b. Les infractions

Les comportements que la société définit comme répréhensibles sont appelés infractions. Du moins grave au plus grave, il en existe trois catégories : les contraventions, les délits, les crimes. Il en existe très peu qui soient spécifiques à l'exercice médical ; la plupart de ceux qui viennent à être reprochés à un médecin peuvent également l'être à tout citoyen. Ces infractions sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau I: Différents types d'infractions en matière pénale [25], [26].

Sources	Infractions	Sanction
Code pénal	Violation du secret professionnel Abstention de porter secours à personne en péril Atteintes à l'intégrité corporelle Homicide volontaire ……..	Peine d'emprisonnement Amende ou les deux selon le cas
Code de déontologie médicale	Exercice illégal de la médecine Publicité médicale Exercice de la médecine foraine Commission pour un acte médical quelconque Versement, acceptation ou partage clandestin d'argent entre praticiens Compérage entre médecin, pharmacien et auxiliaires médicaux Divulgation d'un procédé diagnostique ou thérapeutique non insuffisamment éprouvé Délivrance de faux certificats ……	Peine d'emprisonnement (15 jours à 2 mois) Amende, 50000 à 500000 fcfa
Loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin	Non-respect de la vie privée et de la dignité du patient ; Non-respect de la confidentialité ; Non-respect de la volonté du patient Obtention du consentement avant chaque soin Absence d'information du patient sur son état de santé, et des modalités de sa prise en charge Violation du secret médical Non souscription à une assurance responsabilité civile ……..	Peine d'emprisonnement de deux (02} mois à un (01) an Amende d'un million (1.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.4.

c. Mise en œuvre[1]

La Loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin a prévu qu'en cas de soupçon de faute médicale préjudiciable à la santé d'un patient, le patient ou tout membre de sa famille ou la personne de confiance qu'il a désignée, a le droit de saisir le ministre chargé de la santé, l'ordre national concerné ou la juridiction territorialement compétente.

L'autorité saisie doit dans ce cas, procéder à la vérification des faits et donner à la plainte la suite qui convient dans un délai de deux (02) mois.

1.4.2. La responsabilité disciplinaire [17,25,26]

La responsabilité disciplinaire désigne la violation d'une règle morale. La faute disciplinaire est représentée par tout manquement aux règles de la déontologie médicale. Ces fautes peuvent être en rapport avec l'activité professionnelle, les actes de la vie privée qui portent atteinte à l'honneur ou la moralité de la profession.

a. Principes

En matière disciplinaire, seules les instances de l'ordre ont habiletées à agir. La sanction est encourue du fait d'une faute disciplinaire. La faute disciplinaire est définie comme un comportement violant les principes énoncés dans le code de déontologie médicale [18]. C'est la violation d'une règle morale, plus que d'une règle proprement juridique, qu'elle soit inscrite dans un texte, Code de déontologie médicale par exemple, ou non. Ces fautes ont en principe un rapport avec l'activité professionnelle, mais pas exclusivement. Un acte de la vie privée pouvant porter atteinte à l'honneur ou à la moralité de la profession[1] peut être qualifié de faute.

Les sanctions disciplinaires prévues à l'article 64 de l'ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973 portant création et organisation des ordres nationaux

des médecins, pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes du Bénin, sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire, l'interdiction permanente par radiation du tableau de l'ordre d'exercer une partie ou totalité des fonctions médicales conférées ou rétribués par l'état, les départements, les communes, les établissements publics ou établissements reconnus d'utilité publique ou des fonctions médico-sociales. Cette interdiction temporaire ne peut excéder trois ans.

L'action disciplinaire est indépendante de l'action civile, pénale ou d'une autre action disciplinaire (statutaire de la fonction publique par exemple) exercée par ailleurs. L'exercice de l'action disciplinaire du conseil de l'ordre ne met obstacle ni aux poursuites que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux respectifs dans les termes de droit commun ; ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit ; ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin fonctionnaire ; ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins en raison des abus qui leurs seraient reprochés dans leurs participations aux soins médicaux.

b. Mis en œuvre

La juridiction compétente en matière de responsabilité médicale est le conseil national de l'ordre des Médecins. Au Bénin le Conseil National de l'ONMB, a été institué par l'ordonnance N° 73-38 du 21 avril 1973. Il veille au maintien des principes de moralité, probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, au Bénin et à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie médicale. Il accomplit sa mission par l'intermédiaire de ses conseils départementaux et nationaux. Il est dirigé par un conseil national de 9 membres dont 4 membres du bureau. Il dispose également de conseils départementaux constitué chacun de trois membres [26].

Pour que la responsabilité disciplinaire soit mise en œuvre, il revient au juge disciplinaire de définir l'infraction déontologique, au cas par cas, en examinant le comportement du médecin relativement à ce qu'énonce le code de déontologie. Le comportement du médecin est examiné non seulement dans le cadre de l'exercice professionnel, mais aussi en dehors de celui-ci. L'action disciplinaire est indépendante des autres actions qui peuvent être engagées contre un médecin, que ce soit au civil ou au pénal. Toutefois, lorsque le juge pénal s'est prononcé avant le juge disciplinaire, celui-ci est tenu par les faits établis au cours du procès pénal, mais il reste libre de donner aux faits une qualification différente de celle retenue pénalement.

c. La procédure (article 53 à 64 du code de déontologie médicale du Bénin)

Lorsque la responsabilité disciplinaire du médecin est mise en cause, la procédure se déroule en plusieurs étapes.

- Le plaignant dépose une plainte adressée au président de l'ordre. La plainte peut émaner soit de tout membre de l'ordre inscrit au tableau, soit du syndicat des médecins agissant de sa propre initiative, soit du ministre de la santé publique, du procureur de la république.
- L'affaire est traduite devant la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre. Les praticiens fonctionnaire public ou militaire ne peuvent être déférés devant la chambre disciplinaire que sur instance du ministre de la santé ou du ministre de la justice.
- Le rapporteur instruit pour l'affaire, examine les témoignages et documents utiles, puis procède à l'audition de la personne incriminée, voire du témoin, de l'avocat ou du confrère conseil que ce dernier a désigné. L'audition est dirigée par le président de la chambre ;

- Une fois l'instruction terminée, le dossier complet et le rapport sont adressés au président de la chambre. Le procès-verbal est dressé, lu, approuvé et signé par tous les membres du conseil.
- Une fois les débats clos, la chambre disciplinaire se met en délibéré pour prononcer les sanctions requises. Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée si le praticien n'a été entendu ou appeler à comparaitre. La date de comparution doit être notifiée au praticien 15 jours minimum avant l'audience.
- La décision motivée de la chambre disciplinaire est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'incriminé, au plaignant, au ministre de la santé qui est chargé de l'exécution des décisions de l'ordre, au procureur de la République et au ministre de la justice.
- Si la décision est rendue en l'absence du praticien incriminé, celui-ci peut faire opposition à la décision rendue dans un délai de 15 à 30 jours selon que la notification a été faite ou pas à l'incriminé.

1.5. Les statistiques en matière de responsabilité médicale

Les poursuites en responsabilité médicale sont un phénomène très courant en occident. Une compagnie d'assurance allemande indiquait qu'environ 4 500 des 108 000 médecins assurés étaient confrontés à des plaintes chaque année, avec un règlement à l'amiable dans 30 % des cas, et 10 % devant un tribunal civil. Sur une période de 5 ans, environ 6 % des médecins seniors d'une région du National Health Service anglais avaient de graves problèmes disciplinaires [27] selon **Donaldson et al.** De même en Chine le nombre de réclamation pour faute professionnelle se situait généralement entre 12 et 26 cas par an en 2015 [28]. Selon la MACSF-Sou Médical, premier assureur médical en France, 411 décisions de justice civiles et 12 décisions de justice pénales ont été prononcées en 2017 en matière de responsabilité médicale. Ces décisions étaient en faveur du plaignant dans une fourchette de 60 à 70% des affaires.

En 2020 la MACSF rapportait une sévérité des tribunaux en matière de responsabilité médicale, avec une hausse des condamnations au civil. Près de 71% des décisions des juridictions civiles aboutissaient à une condamnation, soit une hausse de 2 points par rapport à 2018 [5].

En Afrique, les médecins sont rarement inquiétés par les réclamations, et les plaintes des patients. M. ZRIBI et al. notaient, une moyenne de 16 affaires par an dont 64% étaient portées devant des instances pénales tunisienne [29]. Dans la région de Sfax et du sud de la Tunisie le nombre des affaires en responsabilité médicale avait connu une nette augmentation de 2004 à 2012. Pour **TRAORE D. et al**. en 2011 seulement 3,3% des médecins avaient déjà été poursuivis en justice [30]. **NGASSOP TCHOUGON C. et al.** au Mali notait par contre que la survenue d'évènements indésirables était fréquente dans les établissements hospitaliers de Bamako (58,9%) [31]. **NGASSOP TCHOUGON C**. et al. au Mali, rapportait que 41,50% des prestataires de soins interrogés dans les CHU du district de Bamako, affirmaient ne pas avoir rencontré des situations conflictuelles liées à l'exercice de leur profession parce que les patients ne se plaignent pas. Ces derniers rapportaient tout ce qui arrive à la volonté divine. Les croyances religieuses font que ceux-ci ne cherchent pas d'explications aux évènements indésirables dont leurs malades sont victimes [31]. **Elaine Adamson et al.** rapportait que de nombreux patients peuvent ne pas avoir conscience d'avoir subi un préjudice du fait des soins médicaux puisqu'il n'était pas facile de dissocier un préjudice médical de l'évolution d'une maladie sous-jacente, en particulier dans le cadre d'une hospitalisation où cette maladie peut être grave. Et même quand les patients reconnaissaient le préjudice médical, ils ne maîtrisaient pas la procédure de plainte décrite comme confuse, lourde, difficile d'accès et coûteuse, tant sur le plan financier qu'émotionnel. Certains patients adoptaient simplement l'attitude selon laquelle ce qui est fait ne peut être défait, et mettaient l'événement sur le compte de la malchance et passaient à autre chose [32]. Pour certains

professionnels de la santé les patients voulaient bien se plaindre mais ne savaient pas à qui s'adresser. Ces derniers souhaitaient se plaindre de la qualité de l'accueil, la qualité de prise en charge, l'escroquerie (détournement, arnaque…) et l'insécurité [31].

La voie pénale était la plus sollicitée [33]. Les médecins généralistes et les chirurgiens orthopédistes et traumatologues étaient ceux qui étaient le plus confrontés à la justice avec des taux de sinistralité respectifs de 1,1% et 55% [5]. He F. et al. en chine indiquait outre les spécialités sus cités, que les médecins internistes étaient aussi très confrontés aux poursuites [28]. Le sexe masculin était associé à un risque plus élevé de mesures disciplinaires selon Neal D. et al. [34]. Le profil du médecin qui était incriminé dans une étude roumaine était celui d'un homme, médecin senior, exerçant dans un hôpital régional, de spécialités chirurgicales, d'âge et d'ancienneté plus élevés, effectuant un plus grand nombre de gardes par mois et exerçant dans des hôpitaux régionaux. Cela s'expliquait par le fait que ces derniers disposaient de peu de temps pour recevoir un grand nombre de patients, et leur patientèle exigeait beaucoup d'eux. Les cas qu'ils recevaient étaient également très complexes. Les médecins étaient exposés à l'épuisement physique et mental [35]. La violation la plus courante était la négligence (38%), suivie des infractions liées à la drogue ou à l'alcool (10%), de la conduite non professionnelle (10%), de la condamnation pour crime (9%) et de la prescription inappropriée (9%). Les mesures disciplinaires les plus courantes étaient la probation (34%), la réprimande publique (22%), la remise de permis (21%) ou la révocation de permis (16%). Les patients âgés étaient quatre fois moins susceptibles que leurs homologues plus jeunes de se plaindre à la suite d'un événement indésirable. Ces résultats font écho aux études sur les litiges pour faute professionnelle aux États-Unis, dans lesquelles l'âge avancé et le statut socio-économique inférieur ont été corrélés à une plus faible propension à porter plainte [32].

2. CADRE ET MÉTHODES D'ÉTUDE

2.1. Cadre d'étude [36,37]

L'étude a été conduite au Bénin. Le Bénin est un pays francophone situé en Afrique de l'Ouest dans la zone tropicale entre l'équateur et le tropique du Cancer (entre les parallèles 6°30' et 12°30' de latitude nord et les méridiens 1° et 30°40' de longitude est).

Il est limité :

- au Nord par la République du Niger sur 277 km avec 120 km délimités par le fleuve Niger ;
- au Nord-ouest par le Burkina Faso (sur 386 km) ;
- à l'Ouest par le Togo (sur 651 km),
- à l'Est par le Nigeria (sur 809 km) ;
- et au Sud par l'océan Atlantique (sur 121 km).

Il couvre une superficie de 114.763 km2 et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguiéta) et présente de vastes étendues sous peuplées au nord (Alibori 20 hbts/km2, Atacora 27 hbts/km2) et des zones méridionales surpeuplées (Ouémé 570 hbts/km2, Littoral 8419 hbts/km2). Le Bénin compte douze départements, soixante-dix-sept communes et trois villes à statut particulier (Cotonou, Porto-Novo et Parakou).

Le Bénin dispose d'un système sanitaire pyramidal comprenant trois niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique.

Le niveau central est administré par le ministre de la santé qui assure la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement. Il regroupe des structures de soins de référence que sont : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, le Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP), le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP), le Centre National de Gérontologie (CNG) et le Centre Hospitalier

Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL), le Laboratoire Central du Service National des laboratoires de santé publique.

Le niveau intermédiaire est sous la tutelle des directeurs départementaux de la santé. La direction départementale est chargée de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement au niveau départemental. Elle organise aussi la surveillance épidémiologique dans le département. Les centres hospitaliers départementaux constituent le centre de référence.

Le niveau périphérique est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (Centres de Santé, maternités isolées et dispensaires isolés) et de formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 26 Septembre au 26 Octobre 2021.

2.2.2. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les médecins exerçant dans les différentes structures sanitaires du Bénin.

2.2.3. Critères d'éligibilité

a. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

- les médecins inscrits à l'ordre et exerçant sur le territoire national au moment de l'étude ;
- les étudiants en médecine en année de thèse à la FSS/UAC et à la FM/UP. Ils étaient inclus afin de permettre de réaliser des comparaisons avec les niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques des médecins.

b. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

- les médecins ayant refusé de donner leur consentement pour participer à l'étude.

2.2.4. Échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste de commodité. Le formulaire d'enquête a été envoyé dans les sept forums WhatsApp des médecins de l'ONMB contenant au total 1482 médecins. Nous avions aussi adressé le formulaire aux étudiants en 7ème année de médecine de la FSS/UAC et de la FM/UP via leur forums WhatsApp. Ces deux forums comprenaient 255 étudiants en 7ème année de Médecine. Au total, l'effectif de médecins attendu était de 1737.

2.2.5. Collecte des données

a. Outils et technique de collecte

La collecte des données a été faite au moyen d'un questionnaire établi via l'outil Kobotoolbox^{R}. Un pré test de validation a été fait auprès de 10 médecins exerçant au Bénin avant le début de la collecte. Les médecins ayant pris part au

pré-test n'ont pas ont été inclus dans l'étude. Les prospects ont été relancés chaque début de semaine afin de permettre au plus grand nombre de médecins de prendre part à l'étude.

b. Variables étudiées

Les variables recueillies à l'aide du questionnaire étaient les variables dépendantes et les variables indépendantes.

- **Variables dépendantes**

Les variables dépendantes regroupent les niveaux de connaissances, d'attitudes, de pratiques et les variables sociodémographiques et professionnelles. Les échelles de score de connaissances, d'attitudes et de pratiques ont été défini de façon empirique.

- *Niveau de connaissances*

Les connaissances regroupent les acquis des médecins sur la responsabilité médicale. Elle a été évaluée à travers une série de dix questions qui portaient sur les différents types de responsabilité médicale, le principe et la mise en route de chaque type. Toutes les questions étaient des questions fermées. Chaque bonne réponse était cotée « 1 », chaque mauvaise réponse et l'absence de réponse étaient cotées « 0 ». Ainsi le score de connaissance variait entre 0 et 10.

  - Faible : score compris entre [0-4]
  - Moyen : score compris entre [5-7]
  - Élevé : score compris entre [8-10]

- *Niveau d'attitudes*

Les attitudes désignent, les éléments d'organisation des perceptions, croyances, représentations et motivations en matière de responsabilité professionnelle des médecins. Il s'agissait d'identifier celles positives et négatives des médecins. Elles ont été évaluées à travers une série de dix questions. Les questions offraient quatre possibilités de réponses : Parfaitement d'accord, d'accord, peu d'accord et

pas du tout d'accord. Chacune des réponses étaient cotées respectivement à 4,3,2 et 1. Ainsi le score attitude variait de 10 à 40.

- Négative : score compris entre [10-32]
- Positive : score compris entre [33-40]

- *Niveau de pratiques*

Il s'agissait d'identifier les actes réels posés par les médecins, dans leur contexte habituel pour éviter les procédures judiciaires en responsabilité médicale ou y palier. Les pratiques ont été identifiées à travers sept questions de trois ordres. Il s'agissait de questions semi ouvertes avec des propositions de réponses ; de questions ouvertes et de questions « oui » ou « non » avec possibilité de fournir une preuve justificative de la pratique. Il n'y avait pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Le score total variait de 0 à 7.

- Mauvaise : score compris entre [0-4]
- Bonne : score compris entre [5-7]

- **Variables indépendantes**

Elles regroupent les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population d'étude. Ce sont

- L'âge actuel du médecin
- Le niveau d'instruction (étudiant en 7ème année de médecine, médecin généraliste, médecin spécialistes)
- Le nombre d'année d'expérience du médecin
- Le nombre de grade effectué par le médecin par semaine
- Le nombre de formations et de séminaires suivis par le médecin sur la responsabilité médicale
- La spécialité du médecin (médicale, chirurgicale)
- Le sexe du médecin (masculin, féminin)
- La faculté de médecine de provenance
- Le secteur d'activité du médecin (public, privé, confessionnel)

- La zone géographique d'exercice du médecin
- Les sources d'informations du médecin sur la responsabilité médicale

2.2.6. Analyse et traitement de données

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Kobotoolbox[R]. L'analyse des données a été faite grâce au logiciel Stata version 15. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

Au cours de l'analyse des données, les variables quantitatives ont été regroupées en classes et présentées sous formes de moyenne ± écart-type, alors que celles qualitatives ont été présentés par l'effectif suivi du pourcentage.

La comparaison des moyennes a été faite avec le test de Student, celle des fréquences avec le test de Khi2 ou de Fischer selon le cas. Le seuil de significativité des résultats était défini à 5%

2.2.7. Considérations éthiques et déontologiques

Notre étude a été réalisée dans le strict respect des normes de déontologie et d'éthique en matière de recherche en santé. Toutes les personnes ayant pris part à cette étude ont été informées des objectifs de l'étude. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été respectés.

3. RÉSULTATS

3.1. Diagramme de flux de sélection des médecins

La figure1 présente le diagramme de flux de sélection des médecins dans l'étude.

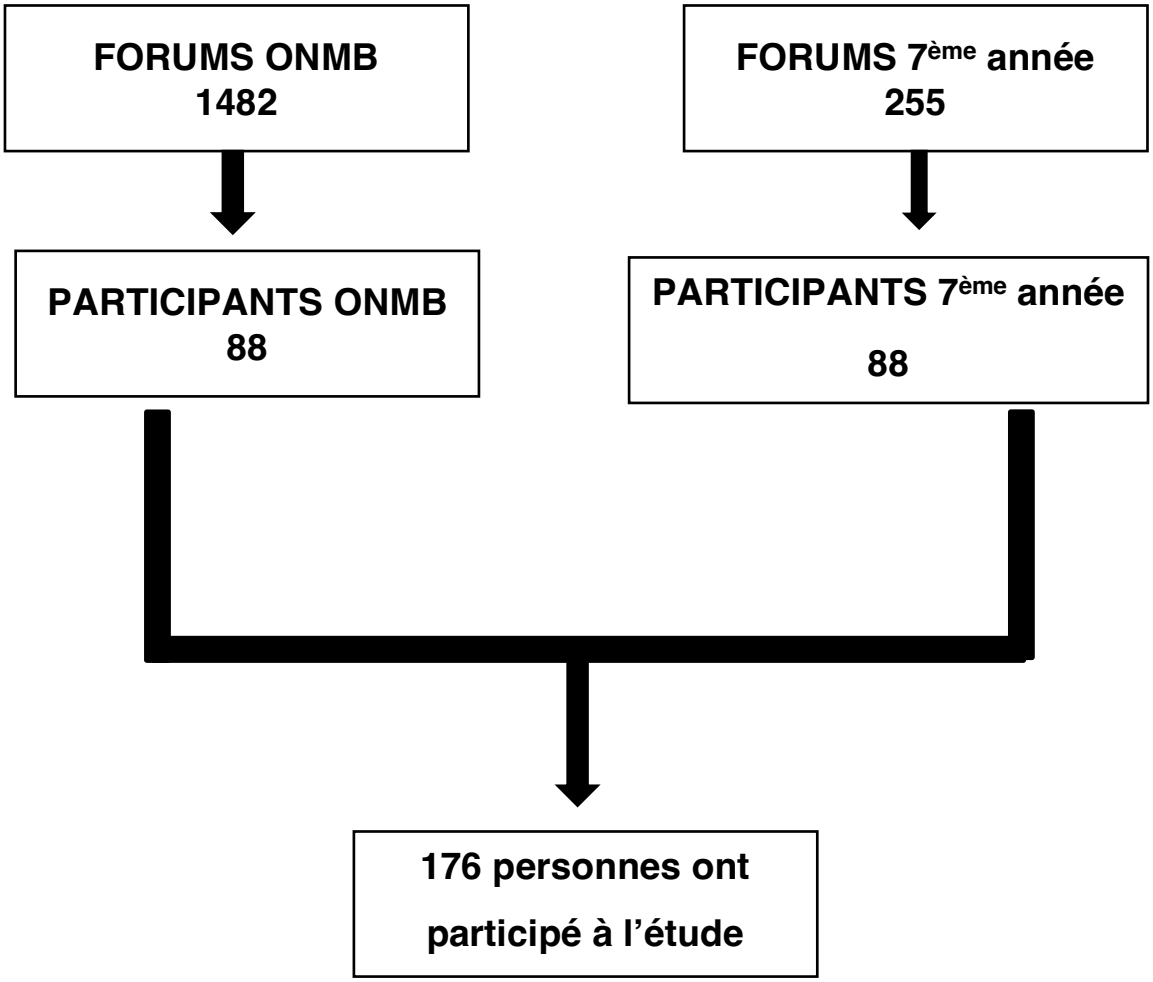


Figure 1: Diagramme de flux de sélection des médecins dans l'étude

Le formulaire d'enquête a été adressé à tous les médecins présents dans les différents foras de l'ONMB et aux étudiants en 7ème année de médecine à la FM/UP et à la FSS/UAC. Le nombre total de répondant était de 176 ; soit un taux global de participation de 10,1%.

Nous avons reçu 88 réponses dans le groupe des étudiants en 7ème année de médecine soit un taux de 34,5% et 88 dans le groupe des médecins de l'ONMB soit un taux de participation de 5,9%.

3.2. Description de l'échantillon

3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau II présente les caractéristiques sociodémographiques des médecins

Tableau II: Répartition des médecins en fonction des caractéristiques sociodémographiques, Bénin, 2021.

	Effectif (n)	Pourcentage
Sexe		
Masculin	58	65,9
Féminin	30	34,1
Total	88	100,0
Age		
<30 ans	56	63,6
≥30 ans	32	36,4
Total	88	100,0
Zone géographique d'exercice*		
Sud	79	89,8
Nord	9	10,2
Total	88	100,0

**Les départements du Nord regroupent : Alibori, Atacora, Borgou, collines et Donga. Les autres départements sont rangés dans le sud.*

La majorité des médecins enquêtés dans notre étude était de sexe masculin (65.9%) avec une sex-ratio (H/F) de 1,53. L'âge moyen des médecins était de 31,3 ans avec un écart type de 8,3 ans avec des extrêmes de 24 et de 68 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des moins de 30 ans (63,6%). La majorité des médecins (89,8%) exerçaient dans les départements du Sud du Bénin.

3.2.2. Caractéristiques professionnelles

Le tableau III présente les caractéristiques professionnelles des médecins.

Tableau III: Répartition des médecins en fonction des caractéristiques professionnelles, Bénin, 2021.

	Effectif (n)	Pourcentage
Niveau d'instruction		
Médecins généralistes	53	60,2
Médecins spécialistes	35	30,8
Total	88	100,0
Spécialités		
Médicales	26	74,3
Chirurgicales	9	25,7
Total	35	100,0
Faculté de formation de provenance		
FSS/UAC	56	63,6
FM/UP	32	36,4
Total	88	100,0
Nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme de docteur en médecine		
Moins de 5 ans	71	69,3
5 ans et plus	17	30,7
Total	88	100,0
Formations sanitaires d'exercice		
Public	41	46,6
Privé	47	53,4
Total	88	100,0

Les médecins ayant pris part à l'étude étaient majoritairement représentés par les médecins généralistes (60,2%). Sept médecins spécialistes sur dix (74,3%) étaient de spécialités médicales. Plus de la moitié des médecins étaient entièrement formés à la FSS/UAC (63,6%). Ils exerçaient essentiellement dans des formations sanitaires privés (53,4%). Le nombre d'années d'expérience moyen était de 5 ans avec un écart type à 7 et plus de la moitié des médecins avaient moins de 5 ans d'expériences.

3.3. Connaissances

3.3.1. Connaissances générales sur la responsabilité médicale et la loi N°2020-37 de la 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin

- **Connaissances générales sur la responsabilité médicale**

Le tableau IV présente la répartition de la population d'étude selon leurs connaissances générales sur la responsabilité médicale

Tableau IV : Répartition des participants selon les connaissances générales sur la responsabilité médicale, Bénin, 2021.

	Médecins		Étudiants en 7ème année	
	Effectif (n)	Pourcentage	Effectif (n)	Pourcentage
Avez-vous entendu parler de la responsabilité médicale				
Oui	86	97,7	84	95,4
Non	2	2,3	4	4,6
Total	88	100,0	88	100,0
Sources d'informations				
Professionnelles*	80	93,0	84	100,0
Non professionnelles*	6	7,0	0	0,0
Total	86	100,0	84	100,0
Nombre de formations et séminaires suivis sur la responsabilité médicale				
Aucune	13	15,1	42	50,0
1-3	41	47,7	35	41,7
4 et plus	32	37,2	7	8,3
Total	84	100,0	86	100,0

**Les sources professionnelles regroupent ONMB, enseignement Pré universitaire, Post universitaire, séminaire et Enseignement et les sources non professionnelles regroupent les discussions entre collègues, Media et internet.*

La majorité des médecins et des étudiants en 7ème année de médecine avaient entendu parler de la responsabilité médicale (97,7%). Leurs sources d'informations majoritairement rapportées étaient des sources professionnelles (93,0% chez les médecins et 100,0% dans le groupe des étudiants en médecine).

Le nombre moyen de formations et séminaires suivis par les médecins ces trois dernières années était de 2,6 avec un écart type à 3,4. La moitié des étudiants en médecine n'avait suivi aucun séminaire et formations sur la responsabilité médicale. A l'opposé, près de la moitié des médecins avait suivi au moins trois formations et séminaires sur la responsabilité médicale.

- **Sources d'informations**

La figure 2 présente la répartition des sources d'informations des médecins

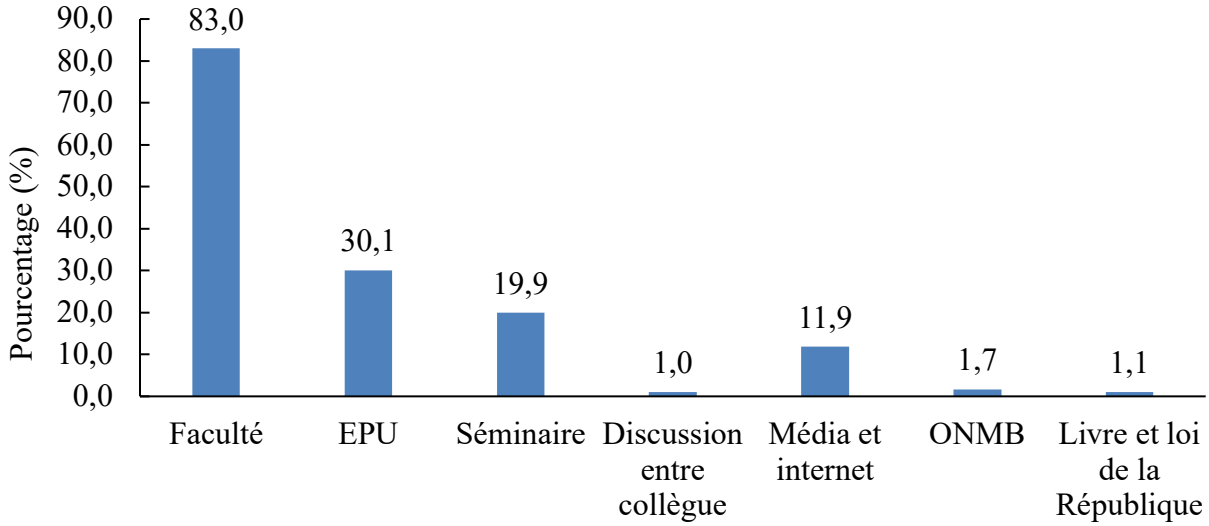


Figure 2: Répartition des sources d'information des médecins

La majorité des médecins (83%) avaient déclaré comme sources d'information les enseignements reçus à la Faculté.

- **Connaissances générales sur la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin**

Le tableau V présente les connaissances générales des médecins sur la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin

Tableau V: Répartition des médecins en fonction de la connaissance de la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin, Bénin, 2021.

	Médecin		Étudiants en 7ème année	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Connaissance générale de la loi				
Oui	51	58,0	32	36,4
Non	34	38,6	50	56,8
Ne sais pas	3	3,4	6	6,8
Total	88	100	88	100

Parmi nos sujets, près de la moitié des médecins enquêtés avaient entendu parler de la Loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin. A l'opposé, la majorité des étudiants en 7ème année de médecine n'en avait pas entendu parler.

3.3.2. Niveau de connaissance

- **Répartition des participants en fonction des éléments de connaissances sur la responsabilité médicale**

Le tableau VI présente la répartition des médecins en fonction des éléments de connaissances sur la responsabilité médicale.

Tableau VI : Répartition des médecins en fonction des éléments de connaissance sur la responsabilité médicale, Bénin, 2021

	Médecins		Étudiants	
	Effectif (n)	Pourcentage	Effectif (n)	Pourcentage
La responsabilité d'un médecin peut être recherchée soit dans un but indemnitaire, soit dans le but de le sanctionner				
Faux	3	3,4	0	0,0
Vrai	79	89,8	81	92,1
Ne sais pas	6	6,8	7	7,9
L'assurance en responsabilité civile professionnelle est une obligation légale pour le médecin libéral et tous les établissements de santé				
Faux	2	2,3	5	5,7
Vrai	64	72,7	47	53,4
Ne sais pas	22	25,0	36	40,9
Une plainte disciplinaire du médecin est examinée au regard des principes énoncés dans le code pénal				
Faux	24	27,3	28	31,8
Vrai	38	43,2	40	45,5
Ne sais pas	26	29,5	20	22,7
La responsabilité disciplinaire du médecin est engagée lorsqu'il est surpris ivre sur son lieu de travail				
Faux	6	6,8	6	6,8
Vrai	71	80,7	70	79,6
Ne sais pas	11	12,5	12	13,6
La responsabilité pénale du médecin est engagée lorsqu'il divulgue des informations sur l'état de santé de son patient sans son consentement				
Faux	4	4,5	7	7,9
Vrai	75	85,2	74	84,2
Ne sais pas	9	10,2	7	7,9

Tableau VI : Répartition des médecins en fonction des éléments de connaissance sur la responsabilité médicale, Bénin, 2021 (Suite 1)

	Médecins		Étudiants	
	Effectif (n)	Pourcentage	Effectif (n)	Pourcentage
Pour que la responsabilité civile du médecin en exercice libéral soit retenue, il faut qu'une faute ait été commise, qu'un dommage en résulte et que le lien de causalité entre les deux soit prouvé				
Faux	1	1,1	2	2,3
Vrai	65	73,9	71	80,7
Ne sais pas	22	25	15	17,0
On parle de responsabilité administrative du médecin lorsque l'acte médical à l'origine du dommage a été réalisé dans un hôpital public				
Faux	29	32,9	14	15,9
Vrai	25	28,4	49	55,7
Ne sais pas	34	38,6	25	28,4
Madame a présenté une violente douleur abdominale six mois après une chirurgie. Le chirurgien avait oublié une pince utilisée lors de l'opération. La faute médicale commise par le chirurgien est définie comme :				
Le défaut d'information	3	3,4	3	3,4
L'erreur dans l'élaboration du diagnostic	1	1,14	1	1,14
L'erreur que n'aurait commise un médecin avisé et …	84	95,45	84	95,45
Une aide-soignante se fait agressée sexuellement par un médecin. L'incident est survenu dans un hôpital public.				
La responsabilité pénale est engagée …	78	88,6	76	86,4
La responsabilité civile est engagée car …	4	4,5	8	9,1
La responsabilité administrative est engagée car il s'agit d'un établissement…	6	6,8	4	4,5

Tableau VI: Répartition des médecins en fonction des éléments de connaissance sur la responsabilité médicale, Bénin, 2021 (Suite2 et fin)

	Médecins		Étudiants	
	Effectif (n)	Pourcentage	Effectif (n)	Pourcentage
Vous êtes de garde de nuit dans une clinique. Vous êtes informé d'une urgence vitale. Vous n'êtes pas aller voir et le patient décède. Contre qui et devant quelle juridiction les parents peuvent-ils agir ?				
L'hôpital devant le Tribunal administratif	7	7,9	11	12,5
Vous devant le Tribunal pénal	56	63,6	54	61,4
L'hôpital devant le tribunal pénal	25	28,4	23	26,1

Plus de la moitié des médecins (72,7%) et des étudiants en 7ème année de médecine (53,4%) savaient que l'assurance en responsabilité civile professionnelle est une obligation légale pour le médecin libéral et tous les établissements de santé.

- **Score de connaissance**

Le tableau VII présente la répartition des participants selon le score de connaissance.

Tableau VII: Répartition des participants en fonction du score, Bénin, 2021.

	Médecins		Étudiants en 7ème année	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Faible : score entre [0-4]	11	12,5	10	11,4
Moyen : score entre [5-7]	57	64,8	55	62,5
Élevé : score entre [8-10]	20	22,7	23	26,1
Total	88	100	88	100

Le score moyen de connaissance était de 6,31 ± 1,55 dans le groupe des médecins. Le maximum était de 9 et le minimum de 3. Dans le groupe des étudiants en 7ème année de médecine le score moyen de connaissance était de 6,48 ± 1,58, avec un maximum à 9 et un minimum à 1. Le niveau de connaissance global des médecins dans notre étude était majoritairement moyen dans les deux groupes.

3.3.3. Facteurs associés au niveau de connaissance

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Le tableau VIII présente les caractéristiques sociodémographiques des participants en fonction du score de connaissance

Tableau VIII: Caractéristiques sociodémographiques des paticipants en fonction du score de connaissance, Bénin, 2021.

	Médecins				Étudiants en 7ème année			
	Effectif	Moy.	Écart type	p	Effectif	Moy.	Écart type	p
Sexe								
Masculin	58	6,6	1,4	**0,007**	50	6,5	1,5	0,769
Féminin	30	5,7	1,6		38	6,4	1,6	
Age								
<30 ans	56	6,3	1,6	0,963	84	6,4	1,6	0,319
≥30 ans	32	6,3	1,5		4	7,3	1,7	

Le score moyen de connaissance était significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (p=0,043).

- **Caractéristiques professionnelles**

Le tableau IX présente les caractéristiques professionnelles des médecins en fonction du score de connaissance

Tableau IX : Caractéristiques professionnelles des médecins en fonction du score de connaissance, Bénin, 2021.

	Faible n(%)	Moyen n(%)	Élevé n(%)	P
Niveau d'instruction				
Etudiants en 7ème année	10 (11,4)	55 (62,5)	23 (26,1)	0,417
Médecins Généralistes	5 (45,5)	34 (59,7)	14 (70,4)	
Médecins spécialistes	6 (54,5)	23 (40,4)	6 (30,0)	
Total	11 (100,0)	57 (100,0)	20 (100,0)	
Faculté de formation de provenance				
FSS/UAC	7 (63,6)	39 (68,4)	10 (50,0)	0,308
FM/UP	4 (36,4)	18 (31,6)	10 (50,0)	
Total	11 (100,0)	57 (100,0)	20 (100,0)	
Nombre d'année écoulée depuis l'obtention du diplôme de docteur en médecine				
<5	6 (9,8)	40 (65,6)	15 (24,6)	0,485
≥ 5	5 (18,5)	17 (63,0)	5 (18,5)	
Total	11 (12,5)	57 (64,7)	20 (22,7)	
Formations sanitaires d'exercice				
Public	4 (36,4)	28 (49,1)	9 (45,0)	0,736
Privé	7 (63,6)	29 (50,9)	11 (55,0)	
Total	10 (11,9)	55 (63,7)	23 (24,4)	

Aucune association significative n'a été trouvée entre le score de connaissance et les caractéristiques sociodémographiques à l'exception de la faculté de formation de provenance. En effet les étudiants en médecine à la FM/UP avaient un niveau de connaissance plus élevé.

- **Nombre de formations et séminaires suivis**

Le tableau X présente le niveau de connaissance des médecins en fonction du nombre de formations et séminaires suivis

Tableau X: Niveau de connaissance des médecins en fonction du nombre de formations et séminaires suivis, Bénin, 2021.

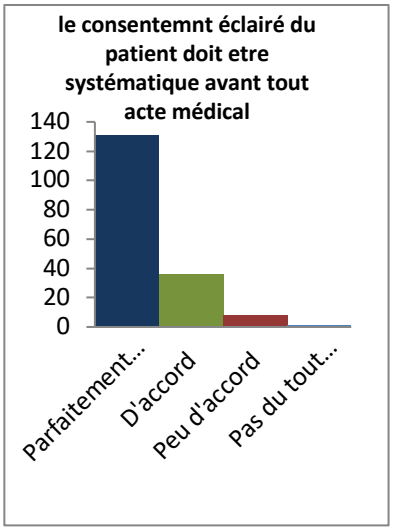
	Faible n (%)	Moyen n (%)	Elevé n (%)	p
Nombre de formations et séminaires suivis				
Aucun	4 (30,7)	7 (53,8)	2 (15,4)	0,317
1-3	4 (9,5)	28 (66,7)	10 (23,8)	
4 et plus	3 (9,1)	22 (66,7)	8 (24,2)	
Total	11 (12,5)	57 (64,8)	88 (100,0)	

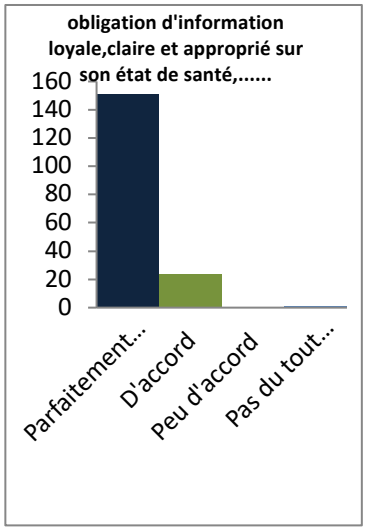
Aucune association significative n'a été trouvée entre le niveau de connaissance des médecins et le nombre de formations suivies par ces derniers.

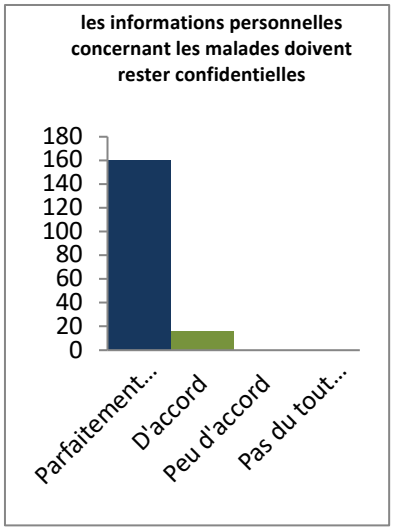
3.4. Attitudes des médecins

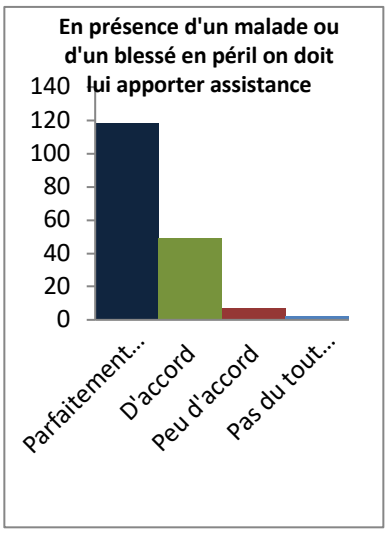
3.4.1. Répartition des médecins en fonction des attitudes sur la responsabilité médicale

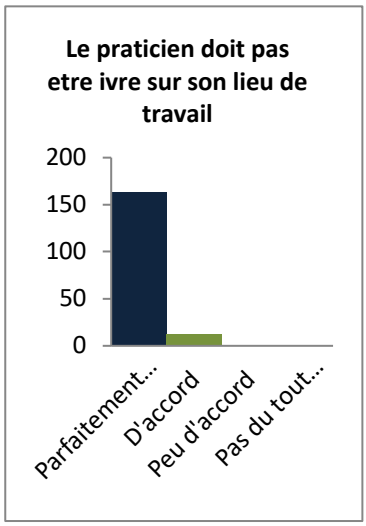
La figure présente la répartition de la population de médecins en fonction du score d'attitude.

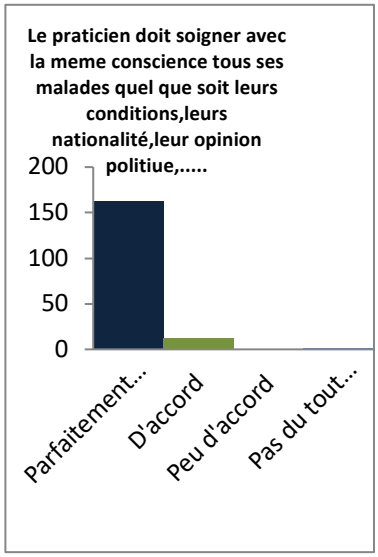

le consentemnt éclairé du patient doit etre systématique avant tout acte médical
140
120
100
80
60
40
20
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...

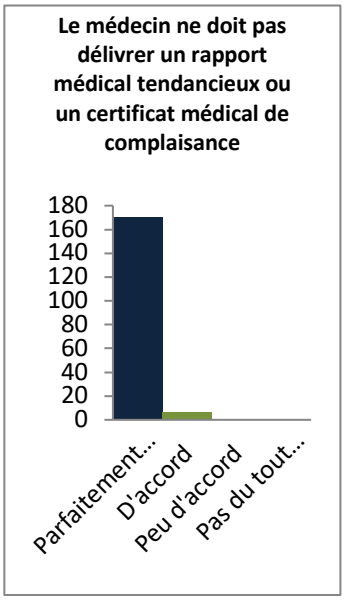

obligation d'information loyale,claire et approprié sur son état de santé,.....
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...

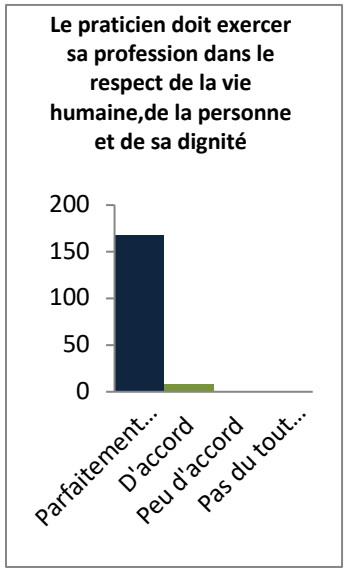

les informations personnelles concernant les malades doivent rester confidentielles
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...

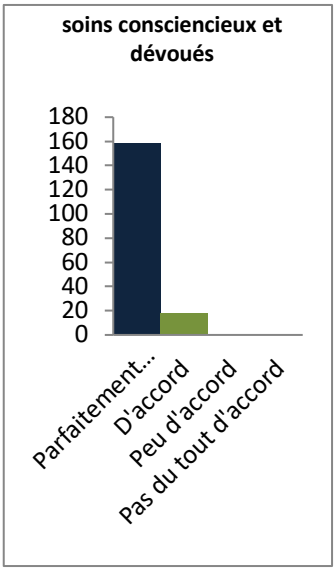

En présence d'un malade ou d'un blessé en péril on doit lui apporter assistance
140
120
100
80
60
40
20
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...


Le praticien doit pas etre ivre sur son lieu de travail
200
150
100
50
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...


Le praticien doit soigner avec la meme conscience tous ses malades quel que soit leurs conditions,leurs nationalité,leur opinion politiue,.....
200
150
100
50
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...


Le médecin ne doit pas délivrer un rapport médical tendancieux ou un certificat médical de complaisance
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...


Le praticien doit exercer sa profession dans le respect de la vie humaine,de la personne et de sa dignité
200
150
100
50
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...


soins consciencieux et dévoués
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout d'accord

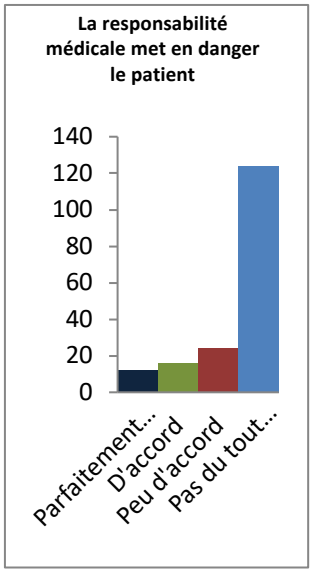

La responsabilité médicale met en danger le patient
140
120
100
80
60
40
20
0
Parfaitement...
D'accord
Peu d'accord
Pas du tout...

Figure 3: Répartition de la population d'étude en fonction des attitudes

Le tableau XI présente le niveau d'attitude des médecins

Tableau XI: Répartition des participants en fonction du niveau d'attitude, Bénin, 2021.

	Médecin		Étudiants en 7ème année	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Négative : score entre [10-32]	1	1,1	4	4,5
Positive : score entre [32-40]	87	98,9	84	95,5
Total	88	100,0	88	100,0

Chez les médecins, le score d'attitude était de 38,43±1,84, avec le maximum qui était de 40 et le minimum de 32. Il était similaire à celui des étudiants en 7ème année de médecine. Le niveau d'attitude global dans notre étude était majoritairement positif dans les deux groupes.

3.4.2. Facteurs associés

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Le tableau XII présente les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude en fonction du score d'attitudes

Tableau XII: Caractéristiques sociodémographiques des médecins selon le score d'attitude, Bénin, 2021.

	Médecins				Étudiants en 7ème année			
	Effectif	Moy.	Écart type	p	Effectif	Moy.	Écart type	p
Sexe								
Masculin	58	6,6	1,4	0,912	50	38,2	2,2	0,271
Féminin	30	5,7	1,6		38	37,6	2,6	
Age								
<30 ans	56	38,4	1,8	0,636	84	37,9	2,4	0,827
≥30 ans	32	38,4	1,8		4	37,8	2,0	

Aucune association significative n'a été observée entre le score moyen d'attitude et les caractéristiques sociodémographiques des médecins.

- **Caractéristiques professionnelles**

Le tableau XIII présente les caractéristiques professionnelles de la population d'étude en fonction du score d'attitude.

Tableau XIII: Caractéristiques professionnelles des médecins en fonction du score moyen d'attitude, Bénin, 2021.

	Effectif	Moyenne	Ecart type	p
Niveau d'instruction				
Étudiants en 7ème année de médecine	88	37,9	2,4	0,426
Médecins généralistes	53	38,4	2	
Médecins spécialistes	35	38,5	1,7	
Total	176			
Faculté de formation de provenance				
FSS/UAC	97	38,4	2	0,168
FM/UP	79	38	2,3	
Total	176			
Nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme de docteur en médecine				
<5	61	32	1,9	0,309
>=5	27	34	1,7	
Total	88			
Formations sanitaires d'exercice				
Public	90	38,1	2,1	0,465
Privé	86	38,3	2,1	
Total	176			

Aucune association significative n'a été observée entre le niveau de connaissance et la moyenne d'attitude des médecins.

- **Nombre de formations et séminaires suivis**

Le tableau XIV présente le niveau d'attitude en fonction du nombre de formations et séminaires suivis.

Tableau XIV: Niveau d'attitude en fonction du nombre de formations et séminaires suivis, Bénin, 2021.

	Médecins			Étudiants en 7ème année		
	Négative	Positive	p	Négative	Positive	p
Nombre de formations et séminaires suivis						
0	1 (7,7)	12 (92,3)	0,058	2 (4,8)	40 (95,2)	0,811
1-3	0 (0,0)	41 (100,0)		2 (5,7)	33 (94,3)	
4 et plus	0 (0,0)	32 (100,0)		0 (0,0)	7 (100,0)	
Total	1 (1,2)	85 (98,8)		4		

Il n'existe pas d'association significative entre le niveau d'attitude des médecins et les formations et séminaires suivis

3.5. Pratiques

3.5.1. Répartition des participants en fonctions des pratiques

Le tableau XV présente la répartition des médecins en fonctions des pratiques rapportées.

Tableau XV: Répartition des médecins en fonction des pratiques, Bénin, 2021.

	Médecin n (%)	Étudiant n (%)
Pour pallier les problèmes de responsabilité médicale		
Je prends un avocat	21 (23,9)	24 (27,3)
Je souscris à une police d'assurance responsabilité civile	61 (69,3)	44 (50,0)
Je mets en place une carte de dialogue	37 (42,1)	52 (59,1)
Autres	5 (5,7)	4 (4,6)
Lorsque vous êtes impliqué dans une procédure de plaintes du patient :		
Je tente un règlement à l'amiable	62 (70,5)	59 (67,1)
Je prends un avocat	3 (3,4)	0 (0,0)
J'informe l'ordre des médecins	61 (69,3)	57 (64,8)
Autres	1 (1,1)	1 (1,1)
Lorsque votre patient refuse les soins, l'inscrivez-vous dans son dossier médical et informez-vous votre supérieur hiérarchique ?		
Non	0 (0,0)	0 (0,0)
Oui	88 (100,0)	88 (100,0)
Lorsque vous rédigez un certificat médical, prenez-vous le soin de renseigner fidèlement l'état de santé véritable du patient ?		
Non	13 (14,8)	4 (4,6)
Oui	73 (83,0)	82 (93,2)
Ne sais pas	2 (2,3)	2 (2,3)
Avez-vous souscrit à une assurance responsabilité civile professionnelle ?		
Non	80 (91,0)	85 (96,6)
Oui	8 (9,1)	0 (0,0)
Ne sais pas	0 (0,0)	3 (3,4)
Gardez-vous confidentielles les informations personnelles concernant les malades ?		
Oui	174	98,9
Non	2	1,1
Obtenez-vous systématiquement le consentement des patients ?		
Oui	81 (92,1)	81 (92,1)
Non	7 (7,9)	7 (7,9)

- **Pratiques rapportées par les médecins en rapport avec le secret médical**

La figure 4 présente les pratiques adoptées par les médecins pour garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades (n=88).

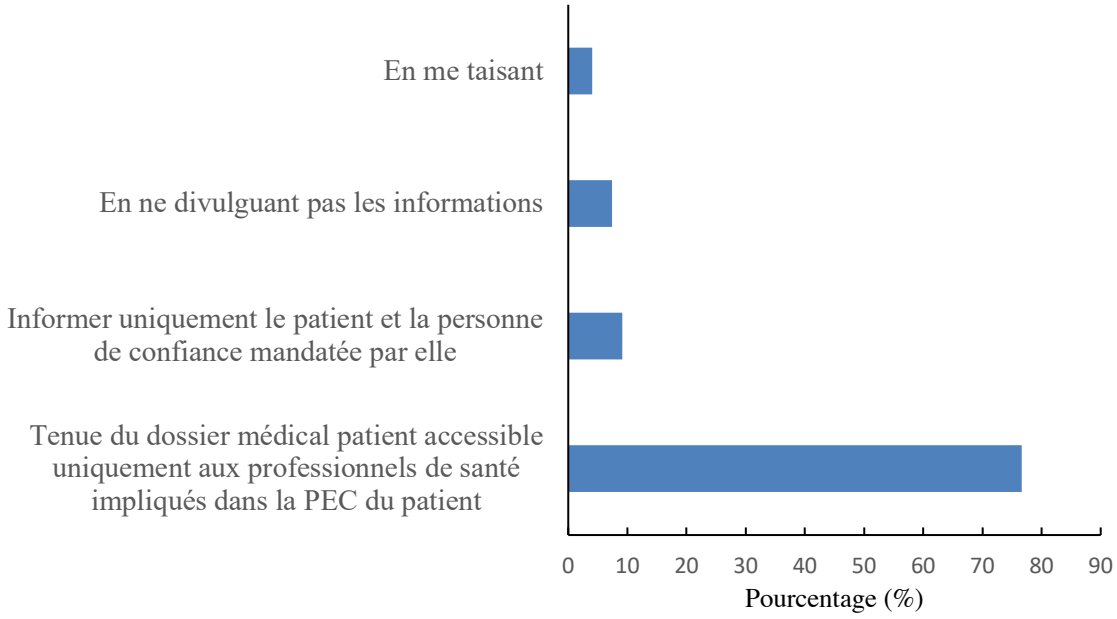


Figure 4: Pratique des médecins pour garder confidentiel les informations personnelles du malade (n=88).

Pour garder confidentielle les informations, la majorité des médecins (n=135), tenaient un dossier médical patient, accessible uniquement aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient

- **Pratiques rapportées par les médecins en rapport avec l'obtention systématique du consentement.**

La figure 5 présente les pratiques adoptées par les médecins pour obtenir systématiquement le consentement des patients (n=88).

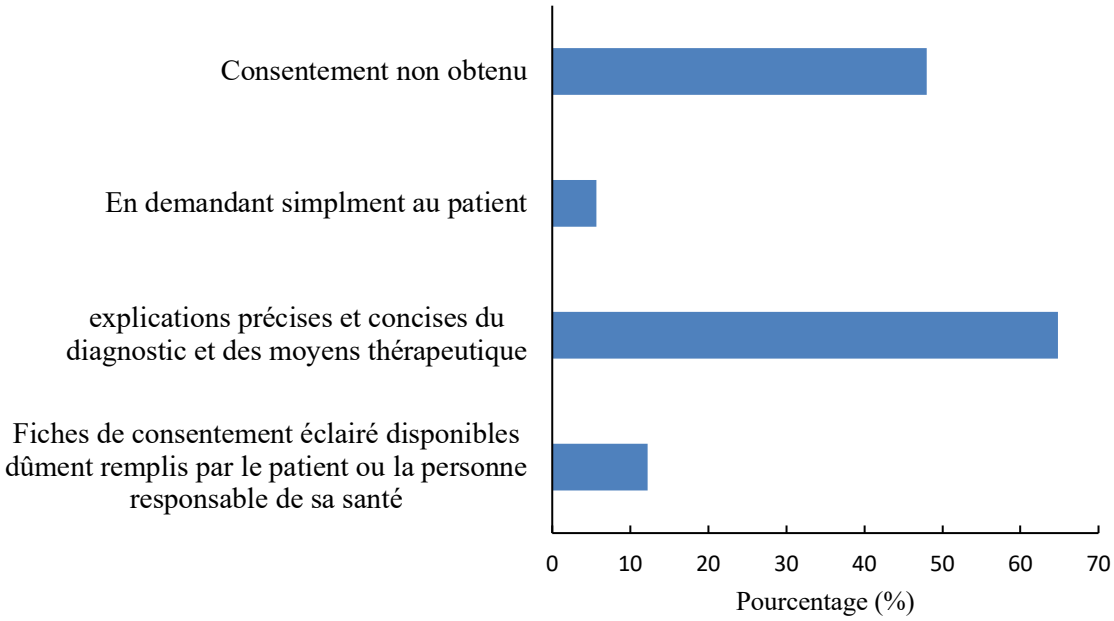


Figure 5: Obtention systématiquement du consentement

Pour obtenir systématiquement le consentement des patients, la majorité des médecins (n=114) donnaient des explications précises et concises du diagnostic et des moyens thérapeutiques. D'autres médecins établissaient des fiches de consentement dûment signées par le patient ou la personne responsable du patient (n=47).

3.5.2. Niveau de pratiques

Le tableau XVI présente le score de pratique global des médecins enquêtés

Tableau XVI: Répartition des participants en fonction du score de pratique, Bénin, 2021.

	Médecin		Étudiant	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	20	22,7	17	19,3
Bonne	68	77,3	71	80,7
Total	88	100,0	100,0	100,0

Le score moyen de pratique des médecins était de 5,7 avec une médiane à 6 et un écart type de 0,79. Le score minimum était de 3 et le maximum de 7. Ce score est presque similaire à celui des étudiants en 7ème année de médecine. Le score minimum était de 4 et le maximum de 6. La majorité des médecins (77,3%) avaient de bonnes pratiques dans leur exercice quotidien de la médecine

3.5.3. Facteurs associés

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Le tableau XVII présente les caractéristiques sociodémographiques des médecins en fonction du score d'attitude.

Tableau XVII: Répartition des caractéristiques sociodémographiques des médecins en fonction des pratiques, Bénin, 2021.

	Médecins				Étudiants en 7ème année			
	Eff.	Moy.	Écart type	p	Eff.	Moy.	Ecart type	p
Sexe								
Masculin	58	5,7	0,9	0,531	50	5,7	0,5	0,194
Féminin	30	5,8	0,6		38	5,9	0,3	
Age								
<30 ans	56	5,7	0,7	0,350	84	5,8	0,4	0,781
≥30 ans	32	5,7	0,9		4	5,8	0,4	

Aucune association significative n'a été observée entre la pratique médicale et les caractéristiques sociodémographiques.

- **Caractéristiques professionnelles**

Le tableau XVIII présente les caractéristiques professionnelles des médecins en fonction du score pratique

Tableau XVIII: Niveau de pratique en fonction des caractéristiques professionnelles, Bénin, 2021.

	Mauvaise n (%)	Bonne n (%)	p
Niveau d'instructions			
Étudiant en 7ème année médecine	17 (19,3)	71 (80,7)	0,226
Médecin généraliste	14 (70,0)	39 (57,4)	
Médecin spécialiste	6 (30,0)	29 (42,7)	
Total	20 (100,0)	68 (100,0)	
Faculté de provenance			
FSS/UAC	12 (60,0)	44 (64,7)	0,447
FM/UP	8 (40,0)	24 (35,3)	
Total	20 (100,0)	68 (100,0)	
Nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme de docteur en médecine			
<5	15 (75,0)	46 (67,6)	0,370
>= 5	5 (25,0)	22 (32,4)	
Total	20 (100,0)	68 (100,0)	
Formations sanitaires d'exercice			
Public et confessionnel	9 (45,0)	32 (47,1)	0,538
Privé	11 (55,0)	36 (52,9)	
Total	20 (100,0)	68 (100,0)	

Il n'existait aucune association significative entre le niveau de pratique et les caractéristiques professionnelles des médecins.

- **Nombre de formations et séminaires suivis**

Le tableau XIX présente le niveau d'attitude des médecins en fonction du nombre de formations et séminaires suivis

Tableau XIX: Niveau d'attitude en fonction du nombre de formations et séminaires suivis, Bénin, 2021.

	Médecins			Étudiants en 7ème année		
	Mauvaise	Bonne	p	Mauvaise	Bonne	p
Nombre de formations et séminaires suivis						
0	3 (23,1)	10 (76,9)	0,996	7 (16,7)	35 (83,3)	0,746
1-3	9 (22,0)	32 (78,0)		8 (22,9)	27 (77,1)	
4 et plus	7 (21,9)	25 (78,1)		1 (14,3)	6 (85,7)	
Total	19 (22,1)	67 (77,9)		16 (19,1)	68 (80,9)	

Il n'existait pas une association significative entre le score moyen de pratique et le nombre de formations et séminaires suivis.

3.6. Corrélation entre le niveau de connaissance, de pratiques et d'attitude.

Le tableau XX présente la corrélation entre le niveau de connaissance, de pratiques et d'attitude des médecins

Tableau XX: Corrélation entre le niveau de connaissance, de pratique et d'attitude, Bénin, 2021.

		Connaissance	Attitude	Pratique
Connaissance	*coef*	1		
	p			
Attitude	*coef*	0,0349	1	
	p	*0,7466*		
Pratique	*coef*	-0,0094	0,2472	1
	p	0,9309	0,0202	

Les attitudes des médecins face à la responsabilité médicale étaient significativement et positivement corrélées à leur pratique en matière de responsabilité médicale (p=0,020). Toutefois le lien entre attitude et pratique était faible (0,247).

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude s'est articulée autour de trois point :

- L'atteinte des objectifs
- La qualité et la validité des résultats
- La comparaison avec d'autres études.

4.1. L'atteinte des objectifs

A travers cette étude, nous avons pu décrire dans un premier temps les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des médecins. Les étudiants en 7ème année de Médecine ont en proportion plus répondu que les docteurs en Médecine. Nous avons obtenu 50% de répondant dans le groupe des étudiants en 7ème année, 31,8% dans le groupe des médecins généralistes et 18,2% dans le groupe des médecins spécialistes.

Les répondants étaient majoritairement de sexe masculin. L'âge moyen était de 28,3ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 18 à 30 ans (79,6%). La majorité des répondants (69,9%) exerçaient dans les départements du Sud du Bénin. Plus de la moitié des médecins étaient entièrement formés à la FSS/UAC.

Dans un second temps, nous avons pu évaluer le niveau de connaissance en matière de responsabilité médicale des médecins exerçant au Bénin. Près de 63,6% des médecins avaient un niveau de connaissance moyen, 24,4% un niveau élevé et 11,9% un niveau bas.

Enfin les attitudes et pratiques des médecins ont pu être décrites. C'est ainsi qu'on retrouve que 97,2% des médecins avaient des attitudes positives face à la responsabilité médicale. Près de 79,5% des médecins avaient également de bonnes pratiques en matière de responsabilité médicale.

4.2. Qualité et validité des résultats

L'étude a été transversale, à visée descriptive et analytique. La méthode d'étude était en adéquation avec les objectifs que nous nous sommes fixés pour

l'étude. Néanmoins, comme pour tout travail de recherche nous ne pensons pas être à l'abri des biais d'information. En effet notre collecte s'est déroulée essentiellement en ligne via le média social WhatsApp. Pour minimiser les biais d'information, nous avons rendu les différentes questions de notre questionnaire le plus simple possible afin de permettre une même compréhension à tous les répondants. Un pré test de validation a été fait et à consister à envoyer le formulaire à un groupe de dix médecins sélectionnés au hasard. Les techniques d'analyse des données nous ont permis de croiser les différentes variables entre elles.

Le taux global de participation dans notre étude était de 10,1% avec plus de répondant dans le groupe des étudiants en 7ème année de médecine (34,5%). Ce fort taux de participation observé dans le groupe des étudiants en 7ème année est similaire à celui trouvé par **Seetharaman Hariharan et al.** en Inde en 2006 dans un étude similaire sur l'éthique et le droit des soins de santé chez les médecins et les infirmières de la Barbade. On pourrait expliquer ce taux de participation des étudiants en 7ème année par le fait que ces derniers sont en fin de formations, et donc novice sur le terrain. Cette étude constituerait pour eux un moyen de vérification des connaissances acquises sur le sujet. Ce faible taux de participation pourrait s'expliquer par le fait que notre étude soit conduite essentiellement en ligne. Cette méthode utilisée avait pour inconvénient, de s'assurer du profil réel des différents participants à l'enquête. Il était plus accessible et facile d'utilisation au médecins jeunes qu'aux anciens qui étaient plus habitué à des outils plus rudimentaires telle que les fiches d'enquête. Pour pallier à ces nombreux biais, nous avons élaboré le formulaire d'enquête de sorte qu'il soit plus facile à la compréhension.

4.3. Comparaison avec les études d'autres auteurs.

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des médecins dans notre étude était de sexe masculin (65,9%). Nos résultats sont semblables à ceux obtenus par **KODJOH N. et al. au Bénin** en 2008 dans une étude similaire sur les hépatites qui retrouvait que 74% des médecins était également de sexe masculin [38]. Ces résultats reflètent les caractéristiques démographiques des médecins au Bénin. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par notre contexte socioreligieux qui favorise le mariage et le travail précoce des jeunes filles et freine leur éducation[39].

La tranche d'âge des moins de 30 ans était majoritaire dans notre étude. Cela se superpose aux résultats de **EKPENYONG B. et al.** qui avait retrouvé dans une étude similaire sur la COVID-19 réalisé en ligne en Afrique subsaharienne, que la majorité des répondants était âgé de moins de trente ans[40]. Cette similitude observée dans ces deux études serait dû d'une part au fait que les plus jeunes manipulent avec beaucoup plus d'aise les outils informatiques que les plus âgés. De ce fait, ils seraient plus à l'aise à répondre à un questionnaire en ligne. D'autre part, dans notre étude, les médecins plus jeunes avaient plus d'intérêt sur le sujet que leurs ainés. En effet les médecins séniors sont au soir de leur carrière et donc se préoccuperaient moins des problèmes de responsabilité médicale.

De notre étude il ressort que les étudiants en année de thèse étaient représentés dans la même proportion (50%) que les docteurs en médecine. Ces résultats sont opposés à ceux de **KIEFFER et al. à Nancy** qui lors de son étude avait trouvé 97,4% de médecins généralistes [41]. Cela pourrait s'expliquer par l'intérêt de notre sujet d'étude. Les docteurs en Médecine sont plus enclins d'être poursuivis s'ils font des erreurs. Le vécu d'une poursuite est parfois pénible et traumatisant. De ce fait, les docteurs en médecine seraient plus susceptibles de répondre à une enquête en ligne sur ce sujet que les étudiants en 7ème année qui

n'en n'ont encore jamais subi. Les docteurs en médecine ne ressentent aucune pression pour répondre.

Un peu plus de la moitié des médecins dans notre étude était entièrement formée à la FSS/UAC (63,6%). Ce résultat pourrait être expliqué par la différence d'âge entre les deux facultés. En effet la FSS/UAC étant vieille de plus de cinquante ans, elle a sorti plus de médecins que la FM/UP.

Les médecins dans notre étude exerçaient essentiellement dans des formations sanitaires privés (53,4%) du sud du Bénin (89,8%). Ces résultats observés dans notre étude peuvent s'expliquer d'une part par le fait que chez nous au Bénin, les cabinets et cliniques privées représentent 82,4% des unités sanitaires en 2010 et son plus concentrés dans le sud du Bénin d'où venait la majorité de nos répondants [43, 44]. D'autre part, cette distribution suit la cartographie de l'exercice de la médecine au Bénin. En effet plus de médecin exercent en clientèle privée que dans le secteur public au Bénin. Ces résultats sont à l'opposé de ceux obtenus par **Traore et al.** à Bamako qui trouvaient que les médecins exerçaient majoritairement dans le secteur public[30].

La majorité des médecins (69,3%) avait un niveau d'expérience inférieur à 5 ans. Ce résultat est semblable à celui obtenu par Traore et al. qui retrouvait également que les médecins qui avaient une expérience professionnelle inférieure à 5 ans étaient majoritaires avec 70,5%[30]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le jeune âge de nos répondants.

L'échantillon ainsi constitué présente donc une distribution plus ou moins similaire à celle des médecins au bénin.

4.3.2. Connaissances des médecins sur la responsabilité médicale

a. Connaissance générale sur la responsabilité médicale et Loi N°2020-37 du 03/02/2021

La majorité des médecins dans notre étude avaient entendu parler de la responsabilité médicale dans une proportion de 97,7%. Ces résultats se superposent à ceux obtenus par **Traore et al.** à Bamako qui retrouvaient que la majorité des médecins soit 99,2% avaient déjà entendu parler de la responsabilité médicale[30]. Cela serait d'une part dû aux enseignements de médecine légale portant sur la responsabilité médicale et de déontologie médicale reçus par les ces derniers au cours de leur formation de base en médecine. Cela, d'autre part, pourrait s'expliquer par la recrudescence des cas de poursuites des médecins en matière de responsabilité médicale. La publicité à laquelle elle donne pourrait constituer une source d'information.

Les sources d'informations majoritairement rapportées étaient des sources professionnelles. Près des 2/3 des médecins avaient déclaré comme sources d'information les enseignements reçus à la Faculté. Ces dernières années, de nombreux efforts ont été entrepris par le pouvoir public, ONMB et la société civile pour sensibiliser les médecins sur les questions de responsabilité médicale. Ces sensibilisations sont faites à l'occasion de webinaires et d'EPU. **Walrond E et all** ont également conduit une étude sur le sujet en Inde [44]. Ils ont observé que la majorité des répondants (60 %) avait répondu qu'ils avaient acquis leurs connaissances à partir de sources multiples et en particulier pendant leur formation. Ces résultats prouvent le rôle fondamental que joue les enseignements à la Faculté.

Parmi nos sujets, presque la moitié ne connaissaient pas ou ignorait l'existence de la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin. Cela pourrait s'expliquer par le fait que chez nous au Bénin la promulgation de la loi était récente. Elle n'a pas encore été

suffisamment vulgarisée auprès des médecins Béninois. De ce fait, le contenu n'aurait pas encore été suffisamment compris par ces derniers.

b. Niveau de connaissance

Le niveau de connaissance global sur la responsabilité médicale dans notre étude était majoritairement moyen. En effet 12,5% des médecins avaient un niveau faible, 64,8% un niveau moyen et 22,7% un niveau élevé. Ces résultats s'opposent à ceux obtenus par **Constance ROBERT de SAINT VINCENT** en 2013 à Paris qui rapportait que les connaissances en matière de responsabilité médicale des médecins étaient faibles [45]. Au fil du temps, les plaintes à l'encontre des médecins au Bénin ainsi que les sanctions deviennent de plus en plus fréquentes. Eu égard de ces situations, les médecins béninois, seraient de plus en plus vigilants et rigoureux en matière de responsabilité médicale. Ces différences entre ces deux études pourraient également être dues aux nombreuses avancées et réformes en matière de responsabilité médicale survenues cette dernière décennie. Ce qui aurait permis d'améliorer le contenu des enseignements sur la responsabilité médicale. Enfin, ce niveau de connaissance pourrait avoir été majoré par les étudiants qui représentent la majorité de notre population d'étude.

Plus de la majorité des médecins (72,7%) et des étudiants en 7ème année de médecine (53,4%) des médecins savaient que l'assurance en responsabilité civile professionnelle est une obligation légale pour le médecin libéral et tous les établissements. Les médecins dans notre étude avaient un niveau de connaissance moyen. Vu que la connaissance de l'assurance en responsabilité civile médicale est intimement liée aux connaissances sur la responsabilité médicale, cela pourrait expliquer ces résultats que nous avons obtenus. De plus, les frais des indemnisations en responsabilité médicale sont énormes (frais d'avocat, frais d'indemnisation). Souscrire à une assurance aiderait à y faire face, puisqu'ils savaient par exemple que les honoraires des avocats seraient entièrement pris en charge par la compagnie d'assurance.

Il n'existait pas dans notre étude aucun facteurs associés au niveau de connaissance des médecins.

4.3.3. Attitudes

Les médecins dans notre étude avaient majoritairement un niveau d'attitude positif (98,9%) sur la responsabilité médicale. Ces résultats s'apparentent à ceux trouvés par **Mesafint A. et al.** en Éthiopie dans une étude similaire sur l'éthique. Il retrouvait que 60,6 % des participants à l'étude avaient une attitude favorable à l'égard de l'éthique[46].

Près de 90,9% des médecins étaient parfaitement d'accord pour garder confidentielles les informations des patients ; pour obtenir le consentement éclairé du patient avant tout acte médical, et pour fournir des informations loyales et claires aux patients. Près de 90% des médecins dans l'étude de **Mohamed A. et al.** en Egypte avaient les mêmes attitudes vis-à-vis de ces quelques questions d'éthique et de responsabilité médicale[47]. Bien que les médecins déclarent de bonnes attitudes en rapport avec le consentement et le secret médical, dans les faits ce n'est souvent pas le cas. En France la violation du secret professionnel constitue un des motifs fréquents de plainte à l'encontre des médecins (soit 8% en 2017). Le rapport annuel de la juridiction ordinale de France, indiquait la même année une augmentation de trois points des poursuites liées au secret professionnel par rapport à 2015 et 2016. Ces chiffres indiquent que malgré les bonnes attitudes en la matière, cela ne se reflétait pas si tant dans leur pratique[48]. Consentir aux soins suppose qu'une personne accepte que des soins médicaux lui soient prodigués, mais cela sous-entend également qu'elle puisse les refuser sur la base de sa seule volonté. Le consentement libre et éclairé n'est pas forcément le consentement formel (formulaire de consentement signé). **Neilson G.**, au sujet du consentement, disait que le consentement libre et éclairé exprès nécessite un réel échange d'information qui s'amorce à la première rencontre entre le médecin et le patient et se poursuit tout au long de la relation thérapeutique [49].

4.3.4. Pratiques

De notre étude il ressort que la majorité des médecins (77,3%) avaient de bonnes pratiques dans leur quotidien en matière de responsabilité médicale. Ce résultat pourrait traduire le niveau de connaissance moyen retrouvé dans notre étude.

Près de 93,5% des médecins n'avaient pas souscris à une assurance responsabilité civile. Nos résultats sont similaires à ceux de **Diarra et al.** au Mali, qui retrouvait que les praticiens de santé qui n'étaient pas assurés étaient de 81,8%[50]. Par contre en France, en 2021, la MACSF-Sou Médical, rapportait un taux de souscription à une assurance RMC de 30 % [5]. Ces différences pourraient s'expliquer d'une part par le fait, qu'il existait depuis fort longtemps en France des dispositions légales rendant obligatoire la souscription à une assurance RCP du soignant. Au Bénin, ce n'est qu'en 2020, que la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin l'a rendu obligatoire et a prévu des sanctions pour les praticiens qui ne s'y conformeront pas [12]. D'autre part, le coût de souscription à une assurance responsabilité civile au Bénin pourrait aussi freiner les médecins. Le coût moyen de souscription à une assurance responsabilité civile médicale pour un médecin en profession libérale est estimée à environ 225000^{FCFA} par an en 2021 au Bénin, selon une société d'assurance locale. Ce niveau correspond à un dédommagement à hauteur de dix millions de FCFA. Aux États-Unis en 2020, le coût moyen d'une indemnisation au cours des dix dernières années était de 330 000 dollars et les frais de défense par cas sont aujourd'hui de 47 000 dollars.

L'obtention du consentement éclairé des patients était observée chez 72,7% des praticiens. Ce résultat est similaire à celui obtenu par **DIARRA M et a**l. au Mali qui retrouvait que les praticiens de santé obtenaient le consentement éclairé des patients pour un acte médical étaient de 75,8% [50]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les médecins connaitraient réellement la responsabilité médicale.

Puisque ne pas obtenir un consentement avant un soin, reviendrait à engager sa responsabilité. Cependant, des études réalisées au CNHU et au CHU-MEL à Cotonou au Bénin, par **ZOUMENOU et al.** auprès des patientes avaient révélé que de l'avis de ces dernière l'informations délivrée n'était pas suffisamment claire et accessible pour leur permettre de donner un consentement éclairé. Pour obtenir systématiquement le consentement des patients, la majorité des médecins donnaient des explications précises et concises du diagnostic et des moyens thérapeutiques. D'autres médecins établissaient des fiches de consentement dûment signées par le patient ou la personne responsable du patient.

En ce qui concerne la confidentialité des informations relatives au patient, sept médecins sur dix tenaient un dossier médical patient, accessible uniquement aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

Lorsque surviennent les situations conflictuelles en rapport à leur pratique médicale, la majorité des médecins tentait de régler le conflit à l'amiable, et ou informerait l'ONMB. Cette pratique a été observée dans une étude similaire en chine par **He F et al.** qui retrouvait la médiation par un tiers comme recours fréquente pour pallier au problèmes de responsabilité médicale. Lors de la médiation par un tiers, si l'indemnisation réclamée était acceptable, les hôpitaux acceptaient souvent de régler à l'amiable. Ceci pourrait être expliquer par la crainte de tout effet négatif sur la réputation des professionnels de santé, ce qui favoriserait cette pratique. Cette pratique pourrait être également dû au fait que les professionnelles de santé en particulier les médecins, auraient confiance en leur ordre pour les accompagner sur ces genres d'affaire [16].

De notre étude il ressort également qu'ils n'existaient pas de facteurs associés au niveau de pratique des médecins.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Notre étude cherchait à identifier le besoin des médecins en matière d'éducation sur la responsabilité médicale. Pour ce faire, nous avons envoyé un questionnaire aux médecins exerçant au Bénin. Ce questionnaire portait sur les différents types de responsabilité médicale, leurs principes ainsi que leurs conditions de mise en œuvre. Il portait également sur les attitudes et pratiques des médecins en la matière.

Les médecins dans notre étude avaient un niveau de connaissance moyen sur la responsabilité médicale. La connaissance de la responsabilité médicale reste un défi majeur pour les professionnels de la santé sous nos cieux. Ils doivent fournir plus d'effort pour mieux maitriser le sujet. De plus ils doivent rester au cœur de l'actualité afin de s'informer régulièrement sur les réformes et les avancées que connaisse ce domaine. La majorité des médecins au Bénin avaient également des attitudes positives en matière de responsabilité médicale. Puisque les attitudes permettent de prédire les comportements réels et potentiels d'un individu vis-à-vis d'un sujet, on pourrait donc être emmené à dire d'emblée que les médecins au Bénin adopteraient de bonnes pratiques en matière de responsabilité médicale. Ce qui était le cas dans notre étude. Il existait une corrélation entre les attitudes des médecins face à la responsabilité médicale et leur pratiques médicales.

Puisque les situations conflictuelles en responsabilité médicale naissent essentiellement des mauvaises pratiques des médecins, il incombe au médecin d'avoir plus de rigueur et de conscience professionnelle dans ses faits et gestes quotidiens afin d'être à l'abri de toutes situations conflictuelles qui pourraient naître. Il serait donc intéressant d'entreprendre d'autres études afin de faire l'état des lieux sur les situations conflictuelles à l'encontre des médecins afin de mieux conscientiser ces derniers.

SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, il incombe de faire quelques suggestions :

- **A l'endroit des autorités politico-administratives de notre Pays**
  - Faire la vulgarisation de tous les textes de loi, portant sur la responsabilité du praticien en particulier la loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin.
  - Mettre en place des systèmes permettant au médecin de souscrire à une police d'assurance responsabilité civile à un coût accessible à tous les praticiens.

- **A l'endroit des autorités facultaires**
  - Renforcer les enseignements sur la responsabilité médicale aux profits des étudiants en science de la santé.
  - Intégrer dans les cursus des étudiants en santé, des enseignements de droit de la santé.

- **A l'endroit de l'administration des hôpitaux**
  - Former le personnel médical aux notions de responsabilité médicale.
  - Veiller au respect des règles d'éthique dans le soin et du droit des patients.
  - Veiller à la souscription des agents de santé impliqués dans la gestion des unités hospitalières, à une police d'assurance responsabilité civile.

- **A l'endroit de l'ONMB**
  - Multiplier les séances d'information, des EPU sur la responsabilité médicale au profit des médecins.
  - Multiplier les séances de formation continue en responsabilité médicale afin de mettre à jour les notions existantes chez les médecins.

- Sensibiliser les médecins à l'importance de l'assurance en responsabilité médicale.
- Promouvoir les services d'assurances existants au niveau de l'ONMB.

- **A l'endroit des médecins et de tous les autres professionnels de la santé**
  - Avoir une conscience professionnelle, dans sa pratique quotidienne de la médecine.
  - Se former au règles, principe en matière de responsabilité médicale.
  - Prendre connaissance des textes de loi qui régissent la profession médicale.

RÉFÉRENCES

[1] : Rouge-Maillart C. La responsabilité médicale. MCU-PH Angers, 20 p.

[2] : Helmlinger L., et Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Tribune de la santé, 2004 ; 5(4) : 39-46

[3] : Ternon Y. Le procès des médecins. Actualisation. Revue d'Histoire de la Shoah, 1997 ; 2 (160) : 10-30. [Online]. https://www.cairn.info/revue-revue-d-histoire-de-la-shoah1-1997-2-page-10.htm

[4] : Reymond J. La perception du cadre légal des droits des malades, du risque judiciaire et l'impact dans la pratique quotidienne chez les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône [en ligne], Pabst L (dir), thèse médecine, Aix Marseille Université, 2017, 100 p., [consulté le 20 Septembre 2021] https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01877588/document

[5] : MACSF-Sou medical. Responsabilité médicale : le rapport 2020 de la MACSF marqué par la sévérité des tribunaux. Publié le 29 Septembre 2020, (Consulté le 11 mai 2021), https://presse.macsf.fr/actualites/responsabilite-medicale-le-rapport-2020-de-la-macsf-marque-par-la-severite-des-tribunaux-9499-ddf57.html

[6] : Anani J. Bénin: La chambre disciplinaire de l'ordre des médecins désormais active – La Nouvelle Tribune. Publié le 13 Juillet 2020, [Online] (consulté le 29 Novembre 2021), https://lanouvelletribune.info/2020/07/benin-la-chambre-disciplinaire-de-lordre-des-medecins-desormais-active/

[7] : Gayet D. "Exercice illégal en médecine au Bénin : un homme déposé en prison à Abomey-Calavi." Publié le 08 Aout 2021, [Online] (consulté le 29 Novembre 2021) https://www.banouto.bj/article/securite-humaine/20210808-exercice-illegal-en-medecine-au-benin-un-homme-depose-en-prison-a-abomey-calavi

[8] : Houngue O. "Une sage-femme déposée en prison pour homicide involontaire - 24 Heures au Bénin, publié le 12 Août 2021, [Online] (consulté le 29 Nov 2021), https://www.24haubenin.info/?Une-sage-femme-deposee-en-prison-pour-homicide-involontaire

[9] : Assemblée Nationale, Répertoire des lois votées et promulguées de la 1 ère à la 6ème législature, 2014.

[10] : République du Bénin, Loi N° 97-020 du 17 juin 1997 | Secrétariat général du Gouvernement du Bénin, [Online] (consulté le 29 Novembre 2021), https://sgg.gouv.bj/doc/loi-97-020/

[11] : République du Bénin, Décret N° 2018-034 du 31 janvier 2018 | Secrétariat général du Gouvernement du Bénin, [Online] (consulté le 29 Novembre 2021) https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2018-034.

[12] : République du Bénin, Loi N° 2020-37 du 03 février 2021 | Secrétariat général du Gouvernement du Bénin, [Online] (consulté le 29 Novembre 2021) https://sgg.gouv.bj/doc/loi-2020-37.

[13] : Unicef Bénin, Analyse de la situation des enfants au Bénin, 2017.

[14] : Peton P. Historique de la responsabilite medicale [Online], (consulté le 29 Novembre 2021)
http://helios.univ-reims.fr/UFR/Medecine/fmc/Cours/Capacite_Pra

[15] : Dictionnaire Larousse online, responsabilité (consulté le 02 Déc 2021), https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilité/68694# 131045

[16] : Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, version 2021, Responsabilité médicale, [Online]
https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=responsabilité+médicale.

[**17] : Dicko B.** La Responsabilité, Ordre des médecins du Mali, Cours, CHU Point G. (online) consulté le 21 octobre 2021

[18] : Le Gueut M., Abondo M. Responsabilités médicale, civile, administrative, pénale et disciplinaire. La revue du praticien, 15 mars 2008 ; 58 : 571-575

[19] : De lettre N. Les différents types de responsabilité médicale (online) consulté le 21 Novembre 2021, https://www.legavox.fr/blog/maitre-nicolas-deletre/differents-types-responsabilite-medicale-16445.htm.

[20] : Tlemsani Y. Le contrat médical, module de droit médical. 2020. Université d'Oran

[21] : Souag M. La responsabilité médicale, Module de 1ère année médecine : Santé Société et Humanité SSH, Université d'Oran, https://elearn.univ-oran1.dz/pluginfile.php/65525/course/overviewfiles/SSH.responsabilité%20médicale.pdf?forcedownload=1

[22] : Le Clainche C., and Poquet G. La responsabilité médicale et l'indemnisation du risque thérapeutique : état des lieux. Collection des rapports, Décembre 1992 ; (128) : 92p

[23] : Laporte A. La responsabilité médicale : tendances et principes, 57 pages

[24] : Fortel I. La Responsabilité médicale. L'Aide-mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique en trente fiches. 2013 ; 255-261, https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-l-expertise-civile-psychiatrique--9782100584949-page-255.html

[25] : République du Bénin, Ordonnance 3-14 du 08 Février 1973, instituant un code de déontologie médicale "

[26] : République du Bénin, Code de Procédure Pénale, 1967 .

[27] : La responsabilité médicale, Module de déontologie médicale

[28] : Donaldson L. J. Doctors with problems in an NHS workforce. BMJ. 1994 May 14;308(6939):1277-82

[29] : He F., Li L., Bynum J, et al. Medical Malpractice in Wuhan, China: A 10-Year Autopsy-Based Single-Center Study. Medicine (Baltimore). 2015;94(45):2026. doi:10.1097/MD.0000000000002026

[30]: Zribi M., Bardaa S., Feki N., et al. Study of medical responsibility in the area of sfax and of the tunisian south. J.I. M Sfax. Fév 17; (25): 36-39

[31] : Traore D., Problématique de la responsabilité médicale en commune IV et dans les VI tribunaux de première instance du district de Bamako, Therala J. (dir), thèse médecine, Université de Bamako, 2010, 80p.

[32] : Ngassop Tchougon C. C. Contribution à l'Amélioration de la pratique médicale par la réduction du contentieux en responsabilité médicale. Maïga S. (dir), thèse médecine, Université de Bamako, 2014, 69p.

[33] : Elaine Adamson T., Baldwin D. W. C., Joseph Sheehan T., and Oppenberg A. A. Characteristics of surgeons with high and low malpractice claims rates. Western Journal of Medicine. 1997; 166(1): 37–44.

[34] : Mlika M., Ben M., Hamdoun M., et al. Legal responsibility of the pathologist in Tunisia. La Tunisie Médicale. Jun. 2017; 95(6):388–392

[35] : Kohatsu N. D., Gould D., Ross L. K., et al. Characteristics Associated with Physician Discipline: A Case-Control Study. Archives of Internal Medicine. Mars 2004;164(6);653–658, doi: 10.1001/archinte.164.6.653.

[36] : République du Bénin, Annuaire statistique santé 2019,

[37] : Gouvernement du Bénin. La géographie du bénin. https://www.gouv.bj/benin/la-geographie/.

[38] : République du Bénin. Politique national de Santé 2017. (online), consulté le 18 Septembre 2021

[39] : Kodjoh N., Wadagni A.C., Kpossou AR., Sake Alassan K., et al. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C en République du Bénin. Le Benin Médical. 2010 ; 45/46: 57–62

[40] : Unicef Bénin,. Analyse de la situation des enfants au Bénin, 2017.

[41] : Ekpenyong B. N., Uchechukwu L., Osuagwu, et al. Knowledge, Attitudes, and Perceptions of COVID-19 among healthcare and non-healthcare workers in sub-Saharan Africa: A Web-Based Survey. 2021; 19(4), doi: 10.1089/hs.2020.0208.

[42] : STROIA-Kieffer V., Quelle formation pour le médecin généraliste, psychothérapeute de fait ? Petit C. (dir), thèse médecine, Université Henri Poincare, Nancy 1, 2010, 195p.

[43] : République du Bénin, Annuaire statistique 2019, Mars 2020, 244p (Online): www.sante.gouv.bj

[44] : République du Bénin, "Les entreprises sanitaires au Bénin rapport thématique, 2010. (Online): www.sante.gouv.bj

[45] : Walrond E., **Jonnalagadda R.**, **Hariharan S.**, and **al.** Knowledge, Attitudes and Practice of Medical Students at the Cave Hill Campus in Relation to Ethics and Law in Healthcare West Indian Med J 2006; 55 (1): 42-47

[46] : Constance R., "Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale, François BLOEDE (dir), thèse médecine, Université Paris Descarte, 2013, 146 p., (consulté le 21 Septembre 2021)

[47] : Tiruneh MA. and Ayele BT. "Practice of code of ethics and associated factors among medical doctors in Addis Ababa, Ethiopia. PLoSONE. 2018; 13(18): e0201020. doi: 10.1371/journal.pone.0201020.

[48] : Mohamed A., Ghanem M., and Kassem A., "Knowledge, perceptions and practices towards medical ethics among physician residents of University of Alexandria hospitals. La Revue de Santé de la Méditerranée orientale. 2012 ; 18(9):935-945

[49] : Lienhart A. et al., Le secret médical : des règles à la pratique : pour les commissions d'éthique de la Sfar et de la Srlf 3", Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation. (Online) Consulté le 02 Décembre 2021

[50] : Neilson G., Chaimowitz G., "Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie," Canadian Journal of Psychiatry. 2015 ;60 (4) :1 http://pmc/articles/PMC4459250/

ANNEXES

Annexe 1: Consentement

Cher Médecin, Je suis KITCHEY Sènan Orphé, étudiant en 7ème année de Médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Je réalise dans le cadre de ma thèse de Doctorat en Médecine une étude intitulée : « CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MEDECINS EN MATIERE DE RESPONSABILITE MEDICALE AU BENIN ». Cette étude vise à faire la lumière sur la problématique de la responsabilité médicale afin de faire prendre conscience aux professionnelles de la santé en général, et aux médecins en particulier les enjeux de la pratique médicale à travers la connaissance des textes de bases et les principes de mise en œuvre de la responsabilité médicale avec leurs sanctions. Elle est menée dans le strict respect de votre confidentialité. Votre anonymat est respecté et aucune des informations que vous aurez données ne sera divulguée ni utilisée à d'autres fins que la présente étude. Vous consentez librement à prendre part à cette étude dès que vous décidez de remplir le présent formulaire d'enquête. Merci

Annexe 2: Fiche d'enquête

Fiche d'enquête N°_____

Date de l'enquête _____

A- Renseignements généraux

1. Quel âge (année) avez-vous ? /_____/
2. Quel est votre genre ? /____/ 1 : Masculin 2 : Féminin
3. Quel est votre qualification ? /____/ 1 : étudiant en 7ème année de Médecine ; 2. Docteur en Médecine générale ; 3 : Médecin Spécialiste
4. Quel est votre spécialité ? /____/
5. Dans quelle faculté avez-vous obtenu votre doctorat en médecine ? /_____/ 1 : FSS/UAC ; 2 :FM/UP ; 3 : Autres : Préciser _____
6. Combien d'années se sont écoulées depuis l'obtention de votre diplôme d'Etat de doctorat en médecine ? /____/
7. Dans quel type de formation sanitaire exercez-vous ? /_____/ 1 : Public ; 2 : Privé ; 3 : Confessionnel ; 4 : Autres ; Précisez_____
8. Combien de gardes effectuez-vous par semaine ? /____/
9. Avez-vous déjà rencontré des situations conflictuelles liées à votre pratique médicale ? /____/ 1 : Oui ; 2 : Non ; 3 : NSP ;

   Si non passez à la question B.

   9.1. Quel type de situation conflictuelle avez-vous vécue ? /___/ 1 : Poursuite judiciaire ; 2 : Poursuite devant l'ordre ; 3 : Autres Préciser_____

   9.2. Quel était l'issue de cette poursuite ? /____/ 1 : Sanction ; 2 : Indemnisation ; 3 : Emprisonnement ; 4 : Acquittement ; 5 : Autres

B- Connaissances

1. Avez-vous entendu parler de la responsabilité médicale ? /___/ 1 : Oui ; 2 : Non ;
2. Quels sont vos sources d'information sur la responsabilité médicale ? /____/ 1 : Faculté ; 2 : Enseignement post universitaire ; 3 : Séminaires ; 4 : Autres Préciser_____
3. Avez-vous entendu parler de la loi N°2020-37 DU 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin ? /____/ 1 : Oui ; 2 : Non ;
4. La loi N°2020-37 DU 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin améliore-t-elle vos connaissances sur la responsabilité médicale ? /____/ 1 : Oui ; 2 : Non ; 3 : NSP
5. La responsabilité d'un médecin peut être recherchée soit dans un but indemnitaire, soit dans le but de le sanctionner. /____/ 1 : vrai ; 2 : Faux ; 3 : NSP
6. L'assurance en responsabilité civile professionnelle est une obligation légale pour le médecin libéral et tous les établissements de santé. /____/ 1 : vrai ; 2 : Faux ; 3 : NSP
7. Une plainte disciplinaire du médecin est examinée au regard des principes énoncés dans le code pénal. /____/ 1 : vrai ; 2 : Faux ; 3 : NSP
8. La responsabilité disciplinaire du médecin est engagée lorsqu'il est surpris ivre sur son lieu de travail. /____/ 1 : vrai ; 2 : Faux ; 3 : NSP
9. La responsabilité pénale du médecin est engagée lorsqu'il divulgue des informations sur l'état de santé de son patient sans le consentement de ce dernier ; /____/ 1 : vrai ; 2 : Faux ; 3 : NSP
10. Pour que la responsabilité civile du médecin en exercice libéral soit retenue, il faut qu'une faute ait été commise, qu'un dommage en résulte

et que le lien de causalité entre les deux soit prouvé. /____/ 1 : vrai ; 2 : Faux ; 3 : NSP

11. On parle de responsabilité administrative du médecin lorsque l'acte médical à l'origine du dommage a été réalisé dans un hôpital public. /____/ 1 : vrai ; 2 : Faux ; 3 : NSP
12. Mme A présente une violente douleur abdominale six mois après une chirurgie digestive. Les explorations mettent en évidence une pièce de métal de quelques centimètres dans son ventre. Le chirurgien avait tout simplement oublié une pince utilisée lors de l'opération. La faute médicale commise par le chirurgien est définie comme : /____/ 1 : Le défaut d'information ; 2 : l'erreur dans l'élaboration du diagnostic ; 3 : L'erreur que n'aurait commise un médecin avisé et suffisamment diligent.
13. Une aide-soignante se fait agresser sexuellement par un médecin. L'incident est survenu dans un hôpital public. /____/ 1 : la responsabilité pénale du médecin est engagée car l'agression sexuelle est une infraction pénale ; 2 : La responsabilité civile est engagée car l'incident est survenu dans un hôpital public ; 3 : La responsabilité administrative est engagée car il s'agit d'un établissement public
14. Vous êtes de garde de nuit dans une clinique. Vous êtes informé d'une urgence vitale. Vous n'allez pas voir et le patient décède. Les parents vous reprochent de ne pas vous êtes déplacé pour l'examiner. Selon vous, contre qui peuvent-ils agir et devant quelle juridiction ? /____/ 1 : L'hôpital devant le Tribunal administratif ; 2 : Vous devant le Tribunal pénal ; 3 : L'hôpital devant le tribunal pénal

C- Attitudes

1. Les informations personnelles concernant les malades doivent rester confidentielles. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
2. Le consentement éclairé du patient doit être obtenu systématiquement avant tout acte médical. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
3. Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril doit lui apporter assistance. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
4. Le praticien doit à son patient, une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé, des investigations et des soins qu'ils lui proposent, /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
5. Le praticien ne doit pas être ivre sur son lieu de travail. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
6. Le praticien doit soigner avec la même conscience tous ses malades quels que soient leurs conditions, leur nationalité, leur opinion politique, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils inspirent. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
7. Le médecin ne doit pas délivrer un rapport médical tendancieux ou un certificat médical de complaisance. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
8. Le praticien doit exercer sa profession dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;

9. Le médecin doit assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;
10. La responsabilité médicale met en danger le patient. /___/ 1 : Parfaitement d'accord ; 2 : d'accord ; 3 : Pas d'accord ; 4 : Pas du tout d'accord ;

D. Pratiques

1. Pour pallier les problèmes de responsabilité médicale : /____/ 1 : Je prends un avocat : 2 : je souscris à une police d'assurance responsabilité civile ; 3 : je mets en place une carte de dialogue qui permet au patient de communiquer avec le médecin avant d'aller en justice ; 4 : Autres _____
2. Lorsque vous êtes impliqué dans une procédure de plaintes du patient : /____/ 1 : je tente un règlement à l'amiable ; 2 : je préfère aller au procès ; 3 : J'informe l'ordre des médecins ; 4 : Autre Préciser_____
3. Lorsque votre patient refuse les soins, l'inscrivez-vous dans son dossier médical et informez-vous votre supérieur hiérarchique ? /____/ 1 : oui 2 : non 3 : NSP
4. Lorsque vous rédigez un certificat médical, prenez-vous le soin de renseigner fidèlement l'état de santé véritable du patient ? /____/ 1 : oui 2 : non 3 : NSP
5. Avez-vous souscrit à une assurance responsabilité civile professionnelle. /____/ 1 : oui 2 : non 3 : NSP

6. A combien de séminaires et de formations post universitaire avez-vous assisté durant les 3 dernières années ? /____/
7. Combien d'examens complémentaires prescrivez-vous en moyenne ? /___/
8. Comment gardez-vous confidentielles les informations personnelles concernant les malades ?

   _____

9. Comment obtenez-vous systématiquement le consentement des patients ?

   _____

Merci pour votre participation

Annexe 3: Loi N°2020-37 DU 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin

WG

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Fraternité-Justice-Travail

PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE

LOI N° 2020 – 37 DU 03 FEVRIER 2021

portant protection de la santé des personnes en République du Bénin.

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du 28 décembre 2020, puis en seconde délibération, en sa séance du 19 janvier 2021 ;

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I

DES DEFINITIONS

Article 1er : Au sens de la présente loi, les termes ci-après se définissent comme suit :

- Audit de décès : analyse systématique et critique de la qualité des soins médicaux par comparaison des procédures ou services aux références retenues, afin d'apporter une amélioration des pratiques conduisant à la réduction de la mortalité ;
- Déclaration obligatoire/notification : processus qui consiste à porter les cas ou les flambées à la connaissance des autorités sanitaires. Dans le cadre du Règlement sanitaire international, la notification consiste en la communication officielle d'un cas ou d'une flambée ou d'un événement de santé à l'Organisation mondiale de la santé par l'administration sanitaire de l'Etat membre concerné ;
- Environnement : ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun ;
- Equité en santé : absence de différence évitable ou remédiable entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'absence d'équité en matière de santé va donc au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver ou aux résultats en matière de santé ;

- Handicap : situation de toute personne physique dont les capacités et possibilités d'insertion éducative, professionnelle ou sociale sont déficientes. Le handicap peut être congénital ou acquis, affectant de façon permanente les capacités physiques, mentales ou sensorielles de l'individu ;

- Maladie à déclaration obligatoire : maladie que les lois ou autres modalités législatives imposent de déclarer aux autorités de santé publique ou autres au sein de la juridiction dès que le diagnostic a été posé ;

- Médecine traditionnelle et naturelle : somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.

- Prévention sanitaire : ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Elle se décline en :

i. prévention primaire : intervenant en amont de l'apparition de la maladie avec pour objectif d'empêcher sa survenue ;

ii. prévention secondaire : elle est mise en jeu lorsqu'on ne peut pas empêcher la survenue de la maladie. Elle permet d'intervenir avant que la maladie ne devienne « trop » grave ;

iii. prévention tertiaire : elle intervient après la survenue de la maladie et les soins et tend à réduire les complications dues à la maladie, les rechutes, les récidives et les invalidités. Elle comporte autant d'actions de rééducation, de réadaptation que de réinsertion sociale des malades ;

- Profession de la pharmacie : pharmacien, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière, physicien médical ;

- Profession médicale : médecin, sage-femme et odontologiste. Elle s'occupe du diagnostic, du traitement et de la prévention de problèmes de santé rencontrés par des individus ou des groupes de population ;

- Profession paramédicale : auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute et psychomotricien, orthophoniste et orthoptiste, manipulateur–d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien), aide-soignant, auxiliaire de puériculture et ambulancier. La profession paramédicale regroupe les métiers de la santé.

2

des auxiliaires médicaux. Ils agissent sur prescription d'un médecin afin d'accompagner, de soigner, de préparer, d'appareiller ou de rééduquer les patients. Ils ne peuvent rédiger d'ordonnance, sauf cas particuliers ;

- Professionnel de la santé : personne qui, de par son rôle et son image, peut fortement contribuer à promouvoir un mode de vie. Il s'agit des médecins, du personnel infirmier, des sages-femmes, des dentistes, des psychologues, des psychiatres, des pharmaciens et d'autres professions en rapport avec la santé ;

- Pronostic vital : risques de décès ou chances de survie d'un patient en cas de maladie ou suite à un accident ;

- Santé : droit fondamental de la personne humaine qui consiste en un état de complet bien-être physique, mental et social ; il ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ;

- Santé publique : ensemble d'efforts organisés pour protéger, promouvoir et restaurer la santé de la population par la combinaison de la science, des habilités et des croyances ayant pour objectifs le maintien et l'amélioration de la santé de la population par les actions collectives et sociales ;

- Soins de santé réadaptatifs : soins de santé qui visent à améliorer la fonction et/ou prévenir la détérioration de la fonction. Ils permettent d'apporter le plus haut niveau possible d'autonomie physique, psychologique, sociale et économique afin de maximiser la qualité de vie et de minimiser les besoins à long terme de soins de santé ainsi que le soutien communautaire ;

- Système de santé : ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé et d'un secteur traditionnel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative ;

- Urgence médicale : situation du vécu humain ou d'état de santé qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. Elle relève d'une décision médicale. -

3

TITRE II
DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I
DE L'OBJET, DU CHAMP D'APPLICATION ET DU BUT

Article 2 : La présente loi a pour objet :

- l'organisation de la protection de la santé des personnes ;
- la définition des sujétions imposées aux citoyens en leur personne en cas de maladies transmissibles, non transmissibles, contagieuses ou d'épidémies.

Elle s'applique à toute personne vivant en République du Bénin ou entrant sur le territoire béninois.

Article 3 : L'organisation de la protection de la santé des personnes vise à garantir la réalisation du droit à la santé pour tous et à contribuer à la promotion du renforcement du capital humain dans une approche multisectorielle. Elle garantit notamment à cet effet les principes de bonne moralité, de probité, d'éthique, d'équité, de dévouement et de responsabilité indispensables à l'exercice des professions de la santé en vue d'assurer le bien-être des populations.

Elle vise précisément la protection de la personne humaine et le renforcement du capital humain par :

- la promotion des conditions optimales pour une bonne qualité des soins ;
- la promotion des bonnes pratiques dans le système de santé ;
- la modernisation du plateau technique des formations sanitaires ;
- l'augmentation des infrastructures sanitaires ;
- le renforcement des capacités des acteurs du système à tous les niveaux ;
- la protection de l'environnement et la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base ;
- la formation et le recrutement du personnel de santé qualifié ;
- l'amélioration du dispositif d'approvisionnement et de distribution des médicaments ;
- la répartition équilibrée et cohérente du personnel de santé sur tout le territoire ;
- l'amélioration du cadre et des conditions de travail du personnel de santé ;

4

- la responsabilité du service médical et paramédical ;
- la prévention des maladies émergentes et réémergentes, transmissibles et non transmissibles.

Article 4 : L'organisation de la protection de la santé des personnes intègre les accords et conventions internationaux afin de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour réaliser les objectifs visés au présent chapitre.

CHAPITRE II

DES DROITS DES PATIENTS ET DES USAGERS

Article 5 : Le droit à la santé est un droit fondamental. Le système sanitaire garantit par tous moyens appropriés, la protection de la santé de la population, l'égal accès aux soins, le droit aux soins adéquats et à la continuité des soins.

Article 6 : Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. La personne malade a le droit :

- au respect de sa vie privée et de sa dignité ;
- à l'information et au respect de la confidentialité ;
- à l'expression de sa volonté, notamment par rapport au choix du médecin, à la participation à la décision médicale, au soulagement de la douleur ;
- de se plaindre ;
- à la sécurité des soins.

Article 7 : Tout patient a le droit d'accepter ou de refuser un acte médical ou l'application d'un traitement médical.

Article 8 : En cas de soupçon de faute médicale préjudiciable à la santé d'un patient, le patient ou tout membre de sa famille ou la personne de confiance qu'il a désignée, a le droit de saisir le ministre chargé de la santé, l'ordre national concerné ou la juridiction territorialement compétente.

L'autorité saisie doit dans ce cas, procéder à la vérification des faits et donner à la plainte la suite qui convient dans un délai de deux (02) mois.

Article 9 : Le consentement du patient est obtenu par le médecin ou tout autre praticien pour tout acte médical ou pour tout traitement médical.

5

Si le patient est dans l'incapacité d'émettre son avis en cas de coma ou pour toute autre cause, le praticien est tenu de recueillir l'avis d'une personne de confiance du patient.

La personne de confiance peut être un membre de sa famille ou une autre personne qu'il aura préalablement désignée.

Les parents consentent aux soins et traitements concernant leurs enfants mineurs.

Toutefois, en cas d'urgence ou lorsque le pronostic vital du patient est engagé et dans les cas prévus aux articles 58 et 59 de la présente loi, le praticien n'est pas tenu d'obtenir le consentement du patient, d'une personne de confiance ou des parents du mineur.

Article 10 : Le refus de soins par le patient est le droit de pouvoir refuser un traitement ou un acte médical proposé par son médecin ou tout autre praticien.

La décision du patient d'accepter ou de refuser un soin peut être exprimée à tout moment. Il peut par conséquent revenir sur sa décision d'acceptation ou de refus de soins.

Quelle que soit cette décision, sous réserve des dispositions de l'article 9 alinéa 4 de la présente loi ou d'une décision judiciaire, le praticien est tenu de la respecter.

Article 11 : Lorsqu'un patient, en toute connaissance de cause, refuse ou interrompt un soin, le praticien l'informe des conséquences de sa décision.

Lorsque la décision du patient de refuser ou d'interrompre le soin met la vie de ce dernier en danger, le praticien le convainc d'accepter ou de continuer les soins.

Si le patient maintient sa décision, le praticien la respecte. Dans ce cas, la décision est inscrite dans le dossier médical du patient. Le praticien en informe immédiatement le responsable de l'établissement de soins qui à son tour en informe immédiatement le procureur de la République compétent.

Article 12 : Lorsque le refus d'accepter ou de continuer les soins émane d'une personne de confiance, les dispositions de l'article 11 ci-dessus s'appliquent.

Article 13 : Lorsque le patient est un mineur et que la décision des parents de refuser ou d'interrompre les soins met la vie de ce dernier en danger, le

6

praticien les convainc d'accepter ou de continuer les soins. Il les informe en outre des conséquences, notamment civiles et pénales si les parents maintiennent leur décision.

Si les parents maintiennent leur décision, le praticien la respecte. La décision des parents est inscrite au dossier médical du patient. Le praticien en informe immédiatement le responsable de l'établissement de soins qui à son tour en informe immédiatement le juge des mineurs ou le procureur de la République compétent. Les soins ne sont poursuivis que sur autorisation du juge des mineurs.

Article 14 : La violation des articles 6, 9,10, 11, 12 et 13 ci-dessus est passible de sanctions pénales.

Article 15 : Le praticien ne peut refuser d'administrer les soins appropriés au patient, sauf en cas de refus du patient ou pour justes motifs.

Article 16 : Le praticien qui refuse d'administrer des soins à un patient en situation d'urgence est passible de sanctions pénales.

CHAPITRE III
DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Article 17 : L'assurance maladie est obligatoire pour toutes les personnes résidant sur le territoire national.

Cette assurance maladie obligatoire garantit un panier de soins de base défini par décret pris en Conseil des ministres.

Article 18 : Les employeurs publics ou privés souscrivent, entièrement à leur charge, l'assurance maladie obligatoire pour leur personnel.

Les travailleurs indépendants souscrivent une assurance maladie obligatoire pour leur propre compte.

Article 19 : L'assurance maladie des personnes reconnues pauvres extrêmes ou non extrêmes est souscrite par l'Etat selon des modalités définies par décret pris en Conseil des ministres.

7

TITRE III
DES ACTEURS DE LA PROTECTION DE LA SANTE DES PERSONNES

CHAPITRE I
DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

Article 20 : L'organisation de la protection de la santé des personnes permet de disposer de ressources humaines compétentes et spécialisées, pour la mise en œuvre de la politique sanitaire. Ces ressources sont constituées des praticiens des professions médicale et paramédicale, des pharmaciens et du personnel administratif.

Article 21 : L'Etat reconnaît et garantit l'exercice légal des professions médicale, paramédicale et de pharmacien.

L'Etat assure la protection de la personne, des biens et de la famille du praticien médical et paramédical dans l'exercice et à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Les modalités d'application de l'alinéa précédent sont précisées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 22 : Le professionnel de santé et le personnel administratif sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de faire preuve de responsabilité, de bonne moralité, de probité, d'éthique, d'esprit d'équipe, de dévouement, d'équité, de transparence et d'intégrité pour l'atteinte des résultats.

Article 23 : Les praticiens des professions médicale, paramédicale et de pharmacien exercent leur art dans le secteur public ou dans le secteur privé selon les conditions fixées par les dispositions législatives et réglementaires.

Article 24 : Les praticiens du secteur public sont régis par le statut général de la fonction publique et les statuts particuliers des différents corps du personnel de santé.

Article 25 : Les praticiens du secteur privé sont régis par le code du travail, les conventions collectives applicables en République du Bénin et la loi fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicale et paramédicale en République du Bénin.

Article 26 : Des régimes particuliers peuvent s'appliquer à des praticiens des professions de la santé dans le cadre d'un partenariat entre les secteurs public et privé ou dans le cadre d'une coopération internationale au développement.

8

Article 27 : Les conditions et modalités d'exercice en clientèle privée de professions médicale ou paramédicale ou de pharmacien sont fixées par les dispositions législatives et règlementaires.

Article 28 : Le pharmacien est au service du public. Il fait preuve du même dévouement envers tous les malades.

Sauf cas de force majeure, le pharmacien, dans la limite de ses connaissances, porte secours à un malade en danger immédiat, si des soins médicaux ne peuvent lui être assurés.

Des dispositions législatives et règlementaires fixent les conditions d'exercice de la profession de pharmacien au Bénin.

Article 29 : L'agent d'hygiène exerce son métier dans le secteur public ou dans le secteur privé selon les conditions fixées par les dispositions législatives et règlementaires.

Il contribue à l'assainissement du cadre de vie et du milieu de soins en vue de la réalisation du droit à la santé pour tous.

Article 30 : Le personnel administratif du ministère en charge de la santé exerce son métier dans le secteur public selon les conditions fixées par les dispositions législatives et règlementaires.

Il contribue à la mobilisation et à la gestion des ressources matérielles, humaines et financières en vue de la réalisation du droit à la santé pour tous.

CHAPITRE II
DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES DE LA SANTE

Article 31 : Les organisations professionnelles de la santé regroupent les personnes physiques ou morales, à vocation sanitaire, qui décident de s'unir pour la défense des intérêts professionnels.

Elles peuvent se constituer notamment en coopérative, association syndicale, union, fédération, fondation, organisation interprofessionnelle et société savante.

Article 32 : Les organisations professionnelles de la santé contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire.

Les modalités de cette contribution sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE III
DES PRESTATAIRES PRIVES ET PROMOTEURS DE SERVICES DE SANTE

Article 33 : Le sous-secteur privé de la santé comprend différents types de prestataires de services de santé dont la nomenclature est fixée par la loi portant exercice en clientèle privée des professions médicale et paramédicale.

Article 34 : Les prestataires privés de services de santé concourent à l'amélioration de la qualité des soins de santé.

Un décret pris en Conseil des ministres fixe les modalités de leur collaboration aux programmes publics de réalisation du droit à la santé pour tous.

Article 35 : Les promoteurs de services de santé concourent à la réalisation du droit à la santé pour tous.

L'Etat encourage et protège les initiatives d'investissement privé dans le secteur de la santé.

CHAPITRE IV
DE L'ETAT

Article 36 : L'Etat définit la politique nationale de santé. Celle-ci vise la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales ainsi que l'égalité entre les femmes et les hommes ; elle vise également à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins de qualité. A ce titre, il :

- promeut la prévention contre les risques menaçant la santé, l'éducation pour la santé, un mode de vie sain, le contrôle sanitaire, les prestations de soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de réhabilitation. Ces actions peuvent concerner des individus ou groupes d'individus et peuvent être sectorielles ou intersectorielles ;

- met en place un dispositif institutionnel d'intervention stable, cohérent et coordonné qui comprend des services techniques situés aux niveaux central, intermédiaire et périphérique ;

- coordonne et veille à la cohérence des interventions publiques et privées dans le système de santé ;

- organise la déconcentration des services techniques, de leurs moyens humains, matériels et financiers nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé.

Article 37 : L'Etat encourage et appuie l'exercice et l'installation en clientèle privée des professions médicale, paramédicale et pharmaceutique.

Article 38 : L'Etat développe des mécanismes pour garantir à la population l'accès équitable à des soins de qualité.

Les conditions d'accès équitable des populations aux soins de santé sont définies par des dispositions législatives et règlementaires.

Toute fraude et tout abus des mécanismes d'accès équitable aux soins sont interdits.

Article 39 : Les ministères sectoriels dont les interventions influencent les déterminants de l'état de santé concourent avec le ministère en charge de la santé à la réalisation du droit à la santé pour tous.

CHAPITRE V
DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

Article 40 : Les collectivités territoriales ont le devoir de mettre en œuvre les programmes visant à prévenir toutes formes de maladies et promouvoir les pratiques favorables à la santé.

Article 41 : Les collectivités territoriales ont le devoir de contribuer à la mise en œuvre des programmes de prise en charge des maladies.

Article 42 : Les modalités de transfert des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires de l'Etat aux collectivités territoriales sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

CHAPITRE VI
DES POPULATIONS

Article 43 : La population est le bénéficiaire des soins de santé et des actes de prévention. Elle adopte des comportements favorables à la promotion du bien-être individuel et collectif.

11

Elle intervient en tant que citoyen, usager et client ou par l'intermédiaire des organisations de la société civile ou de défense des consommateurs et des malades.

Article 44 : La population contribue au financement du système de santé et à l'élimination de la barrière financière à l'accès au système de santé, par les mécanismes de participation, de solidarité et de mutualisation des risques.

Article 45 : La population, à l'occasion de l'utilisation des services de santé, fait preuve de responsabilité, de discipline, de probité, d'esprit d'équipe, de dévouement, d'équité, de transparence et d'intégrité.

Elle coopère avec les autres parties prenantes du système de santé pour la disponibilité d'une offre de soins et la dispensation de services de santé de qualité.

CHAPITRE VII
DE L'AUTORITE DE REGULATION DU SECTEUR DE LA SANTE

Article 46 : Il est institué en République du Bénin, une Autorité de régulation du secteur de la santé.

Article 47 : L'Autorité de régulation du secteur de la santé a pour mission de veiller à la réalisation du droit à la santé pour tous en assurant l'amélioration continue de l'offre et de la qualité des soins.

Un décret pris en Conseil des ministres précise les attributions, l'organisation et le fonctionnement de l'Autorité de régulation du secteur de la santé.

CHAPITRE VIII
DU MINISTERE EN CHARGE DE LA SANTE

Article 48 : Le ministère en charge de la santé a pour mission l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la politique de l'Etat en matière de santé.

Article 49 : La politique de santé vise à garantir l'égal accès à la santé à tous sans distinction de sexe, de race, de religion, d'opinion et d'origine sociale par la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales.

12

Un décret pris en Conseil des ministres fixe les attributions, l'organisation et le fonctionnement du ministère en charge de la santé.

CHAPITRE IX
DES CONSEILS NATIONAUX

Article 50 : Sont considérés comme conseils nationaux, les organismes spécialisés chargés d'élaborer les outils de pilotage de la politique sanitaire nationale et de veiller à leur mise en œuvre conformément au programme national de développement sanitaire ou au document en tenant lieu.

Article 51 : Les conseils nationaux sont créés par décret pris en Conseil des ministres sur recommandation de l'Autorité de régulation du secteur de la santé.

CHAPITRE X
DES ORDRES NATIONAUX DES PRATICIENS DES PROFESSIONS DE LA SANTE

Article 52 : Les praticiens des professions médicale, paramédicale et de pharmacie sont organisés en ordres nationaux.

Les ordres professionnels veillent au respect par leurs membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code d'éthique et de déontologie et les textes règlementaires, notamment les principes de responsabilité, de bonne moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice des professions médicale, paramédicale et de pharmacie.

Article 53 : Les ordres contribuent à la promotion du partenariat entre les organisations professionnelles sanitaires nationales et celles de la sous-région ou de niveau international.

La création, la composition, les attributions, l'organisation et le fonctionnement des ordres des professions médicale, paramédicale et de pharmacien sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

Par profession, il ne peut être créé qu'un seul ordre national.

13

TITRE IV
DE LA PREVENTION CONTRE LES MALADIES ET DE LA GESTION DES EPIDEMIES ET DES DECES

CHAPITRE I
DE LA PREVENTION ET DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

Article 54 : La liste des maladies transmissibles et contagieuses à potentiel épidémique susceptibles de constituer un danger pour la santé des populations est établie par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cette liste peut être modifiée en cas de besoin.

Article 55 : La liste des maladies contagieuses qui font l'objet d'une déclaration obligatoire est dressée par arrêté du ministre chargé de la santé selon les dispositions de l'Organisation mondiale de la santé.

Article 56 : Tout professionnel de la santé, public ou privé, ayant constaté l'existence d'une maladie transmissible et contagieuse à potentiel épidémique susceptible de constituer un danger pour la santé des populations, en informe dans les soixante-douze (72) heures les autorités hiérarchiques directes sous peine de sanctions disciplinaires ou pénales.

Il les en informe exclusivement et à titre confidentiel. Sauf ordre de la loi et commandement de l'autorité légitime, il ne peut transmettre ces informations en dehors de la structure où il exerce ses fonctions.

Article 57 : Tout événement de santé publique susceptible de constituer une menace pour la santé des populations est dénoncé par le maire à l'autorité de tutelle.

Constitue un événement de santé publique, toute catastrophe, notamment :

- une épidémie ;
- une grande inondation ;
- une série de décès de personnes humaines de causes non encore élucidées dans une population donnée ;
- la découverte de cadavres d'animaux sans cause avérée ;
- un accident de la circulation entrainant plusieurs blessés ou morts ;
- le renversement de véhicules transportant des produits dangereux ;

14

- un déplacement subit de plusieurs personnes d'une localité du Bénin ou provenant d'un Etat voisin vers une localité du Bénin ;
- l'utilisation par des personnes non averties de produits chimiques dangereux et prohibés en quantité importante dans un environnement donné ;
- la découverte de quantités importantes de produits manufacturés impropres à la consommation, mais en vente ou ensevelis dans une localité par des personnes non qualifiées ;
- le constat fait par un ou plusieurs pharmaciens de la sollicitation par la population, d'un produit habituellement peu demandé.

Cette liste n'est pas limitative.

Les modalités et conditions de cette déclaration sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 58 : Toute personne atteinte de maladies transmissibles et contagieuses à potentiel épidémique, susceptibles de constituer un danger pour la santé des populations, se soumet à un traitement hospitalier ou ambulatoire.

Ce traitement est gratuit.

Les sujets contacts sont soumis à un contrôle médico-sanitaire conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

Article 59 : Toute personne vivant en République du Bénin ou entrant sur le territoire béninois se soumet aux vaccinations obligatoires.

Un décret pris en Conseil des ministres précise les modalités d'application de l'alinéa précédent.

Article 60 : Le contrôle sanitaire aux frontières a pour objet de prévenir l'introduction sur le territoire national ou la propagation à l'étranger des maladies à travers des personnes, des animaux, des marchandises, infectés ou présumés infectés.

Toute entrave au contrôle sanitaire aux frontières est interdite.

Les modalités du contrôle sanitaire sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 61 : En vue de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles, des mesures sont prises par les acteurs du système de santé pour

15

enrayer les habitudes de vie à risque, notamment la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie.

CHAPITRE II
DE LA GESTION DES EPIDEMIES

Article 62 : Le Ministre chargé de la santé est le seul habilité à faire la déclaration d'une épidémie.

A cet effet, il propose au Gouvernement, les mesures exceptionnelles qui s'imposent, notamment :

- le principe de mise en quarantaine systématique ;
- la restriction de la circulation des personnes et des biens ;
- la fermeture des lieux publics et privés ;
- l'interdiction de la vente de denrées alimentaires et de boissons ;
- l'interdiction des rites funéraires ;
- la saisie de dépouille mortelle ;
- la saisie ou la destruction de tous objets souillés susceptibles de propager une épidémie.

Le Ministre chargé de la santé déclare la fin de l'épidémie.
Les modalités de la déclaration d'épidémie et de fin d'épidémie sont précisées par le règlement sanitaire national.

Article 63 : En cas d'épidémie ou de menace déterminée d'épidémie, dans une région ou localité reconnue à haut risque de propagation de la maladie, le ministre chargé de la santé peut ordonner par arrêté, la réquisition des ressources humaines et matérielles.

Article 64 : Un plan d'actions d'urgence est établi aux fins de lutter contre les épidémies. Le ministre chargé de la santé soumet les populations de toute localité atteinte aux mesures préventives appropriées.

CHAPITRE III
DE LA GESTION DES DECES

Article 65 : Tout décès est médicalement constaté. Les modalités du constat des décès sont fixées par acte réglementaire.

Article 66 : Aucun acte de décès ne peut être délivré sans la déclaration de décès.

16

Article 67 : L'audit de décès tel que défini à l'article 1er est obligatoire.

Article 68 : Les responsables des structures sanitaires produisent mensuellement un rapport sur les résultats des audits de décès.

Article 69 : La gestion des dépouilles mortelles humaines est réglementée par un décret pris en Conseil des ministres.

CHAPITRE IV
DES SOINS AUX PERSONNES AGEES ET AUX PERSONNESEN SITUATION DEHANDICAP

Article 70 : Le ministre chargé de la santé assure la promotion des soins aux personnes âgées et handicapées. Il élabore un système de prestations, de prévention des maladies, de traitement et d'entretien fonctionnel permettant à celles-ci d'avoir accès aux soins ambulatoires et hospitaliers adaptés à leurs âge et conditions conformément aux conventions internationales.

Le régime de soins médicaux des personnes âgées et handicapées est fixé par un acte réglementaire.

Article 71 : Le régime de soins, de réadaptation et de réinsertion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap, tel que définie à l'article 1er, est fixé par acte réglementaire.

CHAPITRE V
DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET NATURELLE

Article 72 : L'exercice de la médecine traditionnelle et naturelle telle que définie au titre préliminaire, est autorisé. Cet exercice est reconnu aux personnes physiques ou morales, à titre individuel ou en association.

Un décret pris en Conseil des ministres fixe les conditions d'accès et d'exercice desdites activités.

Article 73 : Un ordre national des praticiens de la médecine traditionnelle et naturelle est créé par décret pris en Conseil des ministres.

L'ordre veille au respect des devoirs professionnels, de l'éthique et de la déontologie dans cette profession.

TITRE V
DES DISPOSITIONS PENALES, TRANSITOIRES ET FINALES

CHAPITRE I
DES DISPOSITIONS PENALES

Article 74 : Sous réserve des dispositions du code de l'enfant, du code pénal et de toutes autres dispositions pénales, les sanctions ci-dessous sont applicables en cas de violation des obligations prévues par la présente loi.

Article 75 : Tout praticien qui commet une faute médicale qui cause des dommages à la santé d'un patient ou à sa vie, est passible d'une sanction administrative ou pénale.

Tout établissement de soins auquel est imputable une faute, qui cause des dommages à la santé d'un patient ou à sa vie, est passible d'une sanction administrative ou pénale.

La responsabilité pénale est imputable, selon le cas, au praticien ou à l'établissement de santé public ou privé concerné.

Article 76 : Tout praticien qui commet une faute médicale qui cause des dommages à la santé d'un patient ou à sa vie engage, sa responsabilité civile.

Tout établissement de soins dans lequel un patient subit un dommage du fait des soins dont il a la charge, des choses dont il a la garde ou des personnes dont il doit répondre, engage sa responsabilité civile.

La responsabilité civile, en cas de dommage, est partagée entre le praticien et l'établissement de santé public ou privé.

Article 77 : Tout praticien exerçant une profession de la santé doit souscrire une assurance garantissant sa responsabilité civile.

Tout établissement sanitaire, public ou privé, doit souscrire une assurance garantissant sa responsabilité civile.

Les modalités de garantie de ces responsabilités sont définies par décret pris en Conseil des ministres.

Article 78 : Toute violation des dispositions prévues aux articles 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 et 56 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de deux (02) mois à un (01) an et d'une amende d'un million (1.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article 79 : Toute violation des dispositions prévues à l'article 14 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de deux (02) mois à un (01) an et d'une amende de deux millions (2.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article 80 : Toute violation des dispositions prévues à l'article 39 alinéa 3 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de six (06) mois à trois (03) ans et d'une amende de deux millions (2.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article 81 : Tout refus de se soumettre au traitement dédié ou de se soumettre à un contrôle médical tels que prévus aux articles 58 et 59 de la présente loi est puni d'une peine d'emprisonnement de trois (03) mois à un (01) an ou d'une amende de cent mille (100.000) à deux cent mille (200.000) francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article 82 : Toute personne qui fait obstruction ou qui incite à faire obstruction au respect des dispositions du règlement sanitaire pour la gestion des maladies transmissibles ou contagieuses à potentiel épidémique, susceptibles de constituer un danger pour la santé des populations, est passible d'une peine d'emprisonnement de six (06) mois à un (01) an et d'une amende de cinq cent mille (500.000) francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article 83 : Toute personne non habilitée, qui fait une déclaration, telle que prévue à l'article 62 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de six (06) mois à un (01) an et d'une amende de cinq cent mille (500.000) francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Toute entrave à l'exécution des mesures ou le non-respect des mesures prévues à l'article 62 précité en cas de déclaration d'épidémies, est puni d'une peine d'emprisonnement de six (06) mois à un (01) an et d'une amende de cinq cent mille (500.000) francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Sans préjudice des sanctions prévues ci-dessus, les personnes, animaux ou produits concernés peuvent être, soit interdits d'entrée sur le territoire national, soit mis en quarantaine.

Article 84 : Toute entrave aux mesures énoncées aux articles 63 et 64 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de six (06) mois à un (01) an et d'une amende de cinq cent mille (500.000) francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

19

Article 85 : Toute violation des dispositions des articles 66 à 68 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de deux (02) mois à un (01) an et d'une amende de cinq cent mille (500 000) francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

CHAPITRE II

DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 86 : Les dispositions de la présente loi relatives à l'assurance maladie obligatoire entrent en vigueur, au plus tard, le 1er janvier 2022.

CHAPITRE III

DES DISPOSITIONS FINALES

Article 87 : La présente loi sera exécutée comme Loi de l'Etat.

Fait à Cotonou, le 03 février 2021

Par le Président de la République,
Chef de l'État, Chef du Gouvernement,

Patrice TALON.-

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et de la Législation,

Séverin Maxime QUENUM

Le Ministre de la Santé,

Benjamin Ignace B. HOUNKPATIN

AMPLIATIONS : PR 6 – AN 4 – CC 2 – CS 2 – CES 2 – HAAC 2 – HCJ 2 – MS 2 – MJL 2 – AUTRES MINISTERES 22 – SGG 4 – JORB 1.

TABLE DES MATIERES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ----------2
ACTION DE GRÂCE ---------- i
DÉDICACES ----------iii
REMERCIEMENTS----------vi
HOMMAGES----------ix
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ----------xi
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES ---------- xiii
LISTE DES TABLEAUX---------- xiv
LISTE DES FIGURES ---------- xvi
SOMMAIRE ----------xviii
INTRODUCTION ----------1
1. GÉNÉRALITÉS----------5
1.1. Historique [13,14]----------6
1.2. Définition----------7
1.3. La responsabilité médicale indemnitaire----------7
1.3.1. La responsabilité médicale civile ----------8
a. La responsabilité médicale contractuelle [6, 9, 20] ----------8
b. La responsabilité médicale délictuelle [20] ---------- 10
c. Mise en œuvre des deux types de responsabilité médicale civile---------- 10
d. Procédure et réparation [24] ---------- 12
1.3.2. La responsabilité médicale administrative---------- 12
a. Principes---------- 12
b. Mise en œuvre---------- 13
c. Procédure et réparation ---------- 14
1.4. La responsabilité médicale sanction ---------- 14
1.4.1. La responsabilité médicale pénale ---------- 14

a. Principes ---------- 14
b. Les infractions ---------- 15
c. Mise en œuvre[1] ---------- 17
1.4.2. La responsabilité disciplinaire [17,25,26] ---------- 17
a. Principes ---------- 17
b. Mis en œuvre ---------- 18
c. La procédure (article 53 à 64 du code de déontologie médicale du Bénin) -- 19
1.5. Les statistiques en matière de responsabilité médicale ---------- 20
2. CADRE ET MÉTHODES D'ÉTUDE ---------- 23
2.1. Cadre d'étude [36,37] ---------- 24
2.2. Méthode d'étude ---------- 25
2.2.1. Type et période d'étude ---------- 25
2.2.2. Population d'étude ---------- 25
2.2.3. Critères d'éligibilité ---------- 26
a. Critères d'inclusion ---------- 26
b. Critères d'exclusion ---------- 26
2.2.4. Échantillonnage ---------- 26
2.2.5. Collecte des données ---------- 26
a. Outils et technique de collecte ---------- 26
b. Variables étudiées ---------- 27
2.2.6. Analyse et traitement de données ---------- 29
2.2.7. Considérations éthiques et déontologiques ---------- 29
3. RÉSULTATS ---------- 30
3.1. Diagramme de flux de sélection des médecins ---------- 31
3.2. Description de l'échantillon ---------- 32
3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques ---------- 32
3.2.2. Caractéristiques professionnelles ---------- 33
3.3. Connaissances ---------- 34

3.3.1. Connaissances générales sur la responsabilité médicale et la loi N°2020-37 de la 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin ---- 34
3.3.2. Niveau de connaissance ---- 37
3.3.3. Facteurs associés au niveau de connaissance ---- 40
3.4. Attitudes des médecins ---- 42
3.4.1. Répartition des médecins en fonction des attitudes sur la responsabilité médicale ---- 42
3.4.2. Facteurs associés ---- 44
3.5. Pratiques ---- 47
3.5.1. Répartition des participants en fonctions des pratiques ---- 47
3.5.2. Niveau de pratiques ---- 50
3.5.3. Facteurs associés ---- 50
3.6. Corrélation entre le niveau de connaissance, de pratiques et d'attitude. ---- 52
4. DISCUSSION ---- 53
4.1. L'atteinte des objectifs ---- 54
4.2. Qualité et validité des résultats ---- 54
4.3. Comparaison avec les études d'autres auteurs. ---- 56
4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques ---- 56
4.3.2. Connaissances des médecins sur la responsabilité médicale ---- 58
a. Connaissance générale sur la responsabilité médicale et Loi N°2020-37 du 03/02/2021 ---- 58
b. Niveau de connaissance ---- 59
4.3.3. Attitudes ---- 60
4.3.4. Pratiques ---- 61
CONCLUSION ET SUGGESTIONS ---- 63
CONCLUSION ---- 64
SUGGESTIONS ---- 65

RÉFÉRENCES ---------- 67
---------- 67
ANNEXES ---------- A
TABLE DES MATIERES ----------a

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

INTRODUCTION : La responsabilité médicale est l'obligation pour un médecin (un professionnel de la santé) ou un établissement de soins de répondre à des actes médicaux ou de ses fautes médicales et d'en assumer les conséquences civiles, pénale, administratives et disciplinaire. De plus en plus au Bénin, les poursuites en matière de responsabilité médicale deviennent fréquentes. De nombreuses dispositions légales commencent à naitre. L'information étant un préalable majeur dans tout processus de réforme, nous avons trouvé pertinent d'entreprendre cette étude.

CADRE, MATERIEL ET METHODE : Il s'agissait d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée en ligne du 26 Septembre au 26 Octobre 2021 auprès des médecins et des étudiants en 7ème année de médecine au Bénin. Les données ont été recueillies grâce à l'outil Kobotoolbox^{R}, puis analysée grâce au logiciel Epi-info.

RESULTATS : Au terme de cette étude nous avons recueillies 176 réponses. Les étudiants en 7ème et les docteurs en médecin était représenté chacun dans une proportion de 50%. Une prédominance masculine a été observé avec une sex ratio de 1,53. L'âge moyen des médecins était de 28,3 ans avec un écart type de 6,7 ans avec des extrêmes de 24 et de 68 ans. Environ 9 médecins sur 10 exerçaient dans le sud du Bénin. Près de 97,7% des médecins avaient entendu parler de la responsabilité médicale et 8 médecins sur 10 utilisaient des sources d'informations professionnelles ; La loi N°2020-37 du 03/02/2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin était connu de 5 médecins sur 10. Le niveau de connaissance global des médecins dans notre étude était majoritairement moyen, soit un pourcentage de 64,8% et 62,5% respectivement chez les médecins et les étudiants en 7ème année de médecine. Le score moyen de connaissance était presque similaire dans les deux groupes (6,31 ± 1,55 chez les médecins). Le maximum était de 9 et le minimum de 3. Près de 98,9% des médecins avaient des attitudes positives en matière de responsabilité médicale. Ce résultat était similaire à celui des étudiants en 7ème année de médecine dans notre étude. Le score moyen d'attitude était de 38,43 ± 1,84 avec un maximum qui était de 40 et le minimum de 32 chez les médecins. Les médecins et les étudiants en 7ème année de médecine avaient rapporté de bonnes pratiques dans la majorité des cas (77,3% chez les médecins et 80,3% chez les étudiants). Le score moyen de pratique était de 5,7±0,63 avec un score minimum qui était de 3 et un maximum à 7 chez les médecins. Les attitudes des médecins face à la responsabilité médicale étaient significativement et positivement corrélées à leur pratique en matière de responsabilité médicale. Ce qui n'était pas le cas chez les étudiants en 7ème année de médecine.

CONCLUSION : Le niveau de connaissance des médecins en matière de responsabilité médicale au Bénin est satisfaisant. Il incombe au médecin d'avoir plus de rigueur et de conscience professionnelle dans ses fait et gestes quotidiens afin d'être à l'abri de toute situation conflictuelle qui pourrait naitre.

MOTS CLES : responsabilité médicale, éthique, droit, santé

ABSTRACT

INTRODUCTION: Medical liability is the obligation of a physician (a health care professional) or a health care institution to answer for medical acts or faults and to assume the civil, penal, administrative and disciplinary consequences. More and more in Benin, medical liability lawsuits are becoming frequent. Numerous legal provisions are beginning to emerge. Since information is a major prerequisite in any reform process, we found it relevant to undertake this study.

FRAMEWORK, MATERIALS AND METHODS: This was a cross-sectional, descriptive and analytical study that was conducted online from September 26 to October 26, 2021 among physicians and 7th year medical students in Benin. The data were collected using the KobotoolboxR tool and then analyzed using Epi-info software.

RESULTS: At the end of this study we collected 176 responses. Students in 7th grade and medical doctors were represented in a proportion of 50% each. A male predominance was observed with a sex ratio of 1.53. The mean age of the physicians was 28.3 years with a standard deviation of 6.7 years with extremes of 24 and 68 years. Approximately 9 out of 10 physicians practiced in southern Benin. Nearly 97.7% of the physicians had heard of medical liability and 8 out of 10 physicians used professional information sources; Law N°2020-37 of 03/02/2021 on the protection of human health in the Republic of Benin was known by 5 out of 10 physicians. The overall level of knowledge of the physicians in our study was mostly average, with a percentage of 64.8% and 62.5% respectively among physicians and 7th year medical students. The average knowledge score was almost similar in both groups (6.31 ± 1.55 in physicians). The maximum was 9 and the minimum was 3. Nearly 98.9% of physicians had positive attitudes toward medical liability. This result was similar to that of the 7th year medical students in our study. The mean attitude score was 38.43 ± 1.84 with a maximum that was 40 and the minimum of 32 among physicians. Physicians and 7th year medical students had reported good practices in the majority of cases (77.3% in physicians and 80.3% in students). The mean practice score was 5.7±0.63 with a minimum score of 3 and a maximum of 7 among physicians. Physicians' attitudes toward medical liability were significantly and positively correlated with their medical liability practice. This was not the case among 7th year medical students.

CONCLUSION: The level of knowledge of physicians regarding medical liability in Benin is satisfactory. It is incumbent upon the physician to have more rigor and professional conscience in his daily actions in order to be safe from any conflict situation that may arise.

KEYWORDS: medical responsibility, ethics, law, health