

JURISMAT

Revista Jurídica

Número 20/21

2024 - 2025

JURISMAT

Revista Jurídica do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes

N.º 20-21 – PORTIMÃO – NOVEMBRO 2024 / MAIO 2025

Ficha Técnica

Título:	JURISMAT – Revista Jurídica Law Review – N.º 20-21
Director:	Alberto de Sá e Mello
Edição:	Centro de Estudos Avançados em Direito Francisco Suárez (ISMAT / Univ. Lusófona) Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes Rua Dr. Estêvão de Vasconcleos, 33 A 8500-656 Portimão PORTUGAL
Edição on-line:	https://recil.grupolusofona.pt/
Catálogo:	Directório Latindex – folio 24241
Correspondência:	info@ismat.pt
Capa:	Eduarda de Sousa
Data:	Novembro 2024 / Maio 2025
Impressão:	ACD Print
Tiragem:	100 exemplares
ISSN:	2182-6900

JURISMAT – REVISTA JURÍDICA DO ISMAT

COMISSÃO CIENTÍFICA

Carlos Rogel Vide

Universidad Complutense de Madrid

Jorge Miranda

Universidade de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa & ULHT

José de Faria-Costa

Universidade Lusófona & ISMAT

José Lebre de Freitas

Universidade Nova de Lisboa

Luiz Cabral de Moncada

Universidade Lusófona & ISMAT

Manuel Couceiro Nogueira Serens

Universidade de Coimbra & ULHT

Maria Serrano Fernández

Universidad Pablo Olavide – Sevilla

Maria dos Prazeres Beleza

Supremo Tribunal de Justiça

Mário Ferreira Monte

Universidade do Minho

Milagros Parga

Universidad de Santiago de Compostela

Paulo Ferreira da Cunha

Universidade do Porto

Silvia Larizza

Università degli Studi di Pavia

ÍNDICE

PALAVRAS DE ABERTURA	7
ARTIGOS	11
ANTÓNIO BRÁZ TEIXEIRA	
A Filosofia Política de Augusto Saraiva	13
PAULO FERREIRA DA CUNHA	
Direito, Justiça e Pena, entre o Mito e a Razão: Convite à Reflexão Crítica	21
MIGUEL SANTOS NEVES	
Gaza, o conflito Israel-Palestina e <i>lawfare</i> : limitações na capacidade do direito internacional regular os conflitos armados	49
MARIA DOS PRAZERES BELEZA	
Especialidades mais relevantes das acções de responsabilidade civil por violação do direito da concorrência (<i>private enforcement</i>)	103
ANA ISABEL SOUSA MAGALHÃES GUERRA	
A Influência da Inteligência Artificial na Vida Familiar	129
HATIM ANOUAR	
Délai d'appel élargi du procureur général au Maroc a l'épreuve de l'égalité des armes	139
ROBA IHSANE	
La justice prédictive	153
CRISTINA ALVES BRAAMCAMP SOBRAL	
Breve análise, reflexiva, sobre a necessidade de reformulação do Código Comercial..	173
HANANE OUBELKACEM, FATIMA ZAHRA OUASSOU & BOUCHRA JDAIN	
La responsabilité médicale : une étude rétrospective dans la région de Souss Massa (sud du Maroc)	189
MIGUEL ÁNGEL ENCABO VERA	
Estructuctura de la relación obligatoria: sujetos y objeto de la obligación en el derecho comparado español y portugués.....	217

ARTIGOS DE ESTUDANTES E DIPLOMADOS DO CURSO DE DIREITO DO ISMAT 241

BIANCA ANDREIA DOS SANTOS VIANA

- A responsabilidade penal no exercício de maus-tratos a animais de companhia:
breves notas sobre a constitucionalidade do tipo legal 243

MANUEL CATARINO

- Breve reflexão nos 50 anos do lock-out em Vieira de Leiria e da revolução de Abril . 255

MARIANA CARRAÇA

- A influência das criptomoedas no sistema jurídico português: um panorama atual 273

La responsabilité médicale: Une étude retrospective dans la région de Souss Massa (Sud du Maroc)

HANANE OUBELKACEM, FATIMA ZAHRA OUASSOU* & BOUCHRA JDAINI*

Résumé : Introduction – La judiciarisation de la santé fait référence à une situation caractérisée par une augmentation significative du nombre de recours et de condamnations à l'encontre des professionnels de santé prononcées par les juges. Ce phénomène suscite d'importantes questions quant à son impact sur la pratique médicale et la relation patient-médecin. Cette tendance, observée à l'échelle mondiale, se manifeste également au Maroc, où elle interpelle tant par ses causes que par ses conséquences. Objectifs – L'objectif de cette étude est de dresser un panorama des litiges médicaux au sein du royaume spécifiquement dans la région de souss massa, en se penchant sur les aspects géographiques, les spécialités médicales particulièrement affectées, les orientations judiciaires privilégiées par les victimes, afin d'identifier les situations cliniques critiques et les facteurs de risque pour améliorer la décision médicale, la qualité des soins et les politiques de prévention, servant à se prémunir contre les risques médico-légaux. Matériel et méthode – Le choix méthodologique adopté est celui d'une méthode quantitative retrospective et transversale concernant les procédures judiciaires

JURISMAT, Portimão, n.^{os} 20-21, 2024-2025, pp. 189-215.

* Laboratoire Equipe de recherche en droit des technologies de l'information et des communications. Faculté des science juridiques économiques et sociales, Université Ibn Zohr, Agadir.

menées contre les médecins du secteur privé de la région de sous massa sur une période de cinq (5) ans de janvier 2018 à juin 2022. Les données pour cette étude ont été collectées à l'aide d'une approche multidimensionnelle, incluant la base de données du conseil régional de l'ordre des médecins de la région sud (CROM), le site web du ministère de la Santé et de la protection sociale du Maroc, ainsi que les archives des tribunaux de première instance- (TPI) des villes étudiées et de la cour d'appel (CA) de la ville d'Agadir. Des entretiens ont également été menés avec des figures clés telles que le président du conseil régional de l'ordre des médecins de la région sud, un professeur de l'institut médico-légal et le président de l'association de médecine légale au Maroc et les présidents des secrétariats de greffes des tribunaux des villes concernées. Résultats – Entre 2017 et 2022, il s'est avéré que 2% des médecins ont été poursuivis en justice. Les plaintes concentrées dans la ville d'Agadir, suivaient la répartition des praticiens dans la région de sous massa. Les affaires judiciaires, orientées à 64% vers les juridictions pénales et à 36% vers les juridictions civiles, touchaient diverses spécialités médicales avec une prédominance en chirurgie générale (36%), gynécologie obstétrique (29%) et gastro-entérologie (21%). Les principaux griefs relevaient de la qualité des soins (36%) et de l'homicide involontaire (21%). En matière de sanctions, le verdict a prononcé la reconnaissance de fautes médicales dont la négligence, soit l'acceptation de l'aléa thérapeutique comme explication dans certaines situations. Conclusion – En analysant les litiges médicaux, il a été donné de constater une faible proportion de médecins mis en cause. Les spécialités chirurgicales et la gynécologie obstétrique sont les plus concernées, reflétant les risques associés à ces pratiques. La majorité des cas est traitée au pénal, indiquant une préférence des victimes afin de requérir l'application de la répression. Des recommandations sont proposées pour optimiser la sécurité des professionnels de la santé, et améliorer la qualité des soins.

Mots clés : Judiciarisation de la santé, responsabilité médicale, litiges médicaux, faute professionnelle, pratique médicale, médecine légale.

I. Introduction

Historiquement, le domaine de la santé et celui du droit ont évolué simultanément, chacun opérant dans sa propre sphère sans véritable interaction. Cependant, la tendance actuelle montre une convergence croissante entre ces deux sphères, marquée par une hausse significative des litiges et des actions

judiciaires en découlant. Cette évolution souligne le rôle crucial du patient, désormais au centre du système de santé, cherchant à être informé et à comprendre les soins qui lui sont administrés.¹ Cette situation met en lumière l'importance pour les professionnels de la santé de garantir la qualité des soins et d'accorder une attention particulière à la qualité des relations qu'ils ont entretenues avec les patients. Parallèlement, la dynamique de la relation entre médecins, patients et société a connu des changements significatifs, imposant aux médecins non seulement d'agir consciencieusement dans le meilleur intérêt du patient, mais aussi de soutenir l'autonomie et l'équité dans l'accès aux soins. La santé est aujourd'hui appréhendée à travers une vision holistique qui inclut les dimensions biologique, psychologique et sociales, dépassant la simple absence de maladie pour embrasser une notion de bien-être complet, physique, mental et social.

Établir un historique de la responsabilité médicale réfère aux premiers textes juridiques élaborés, parmi lesquels se distingue le Code d'Hammourabi² en 1750 ans avant notre ère. Ce dernier prévoit la réparation du préjudice subi à la suite d'un acte médical, dans les dispositions de l'article 218 : « *Si un médecin pratique une grande incision avec un bistouri et tue son malade, ou s'il ouvre une taie avec un bistouri et perd l'œil, on lui coupera la main* ». À cette époque, il n'existait qu'un seul type de responsabilité³, et la peine prononcée est une amputation de la main par laquelle la faute a été commise, caractéristique des peines du II^e siècle av. J.C., dans la Mésopotamie antique. En Egypte, en 500 avant Jésus-Christ, le médecin devait se conformer à des textes sacrés, transmis de génération en génération, au risque d'encourir une peine de mort s'il s'écartait de ces textes. En Grèce, à la même époque, la notion de responsabilité est évoquée dans le serment d'Hippocrate. A Rome, en 285 avant Jésus-Christ, les médecins n'étaient sanctionnés qu'en cas de faute grave et c'était au patient de prouver qu'il y avait eu faute. Or, à cette époque, les connaissances techniques étaient insuffisantes. Dans la Lex Aquila (texte de loi romain), il était notifié : « la plus légère faute entraînant un dommage oblige à la réparation ».⁴ Le médecin, jusqu'au XIX^e siècle, était donc dans une situation de non-engagement de sa responsabilité, les médecins étaient souvent

¹ K. BENCHEKROUN, *Les droits du patient au Maroc : quelle protection ?* Mémoire., Université Mohammed V, 2009, p. 6.

² Le Code de Hammurabi est un texte juridique babylonien daté d'environ 1750 av. J. -C., à ce jour le plus complet des codes de lois connus de la Mésopotamie antique.

³ L. DEMONT, « 4 000 ans de responsabilité pénale médicale », *Rev. Juridique de l'Ouest*, 1999, N 3, p. 361.

⁴ I. RADOMAN, *Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années*, th. Nice, dir. V. ALUNNI, 2014, p. 14.

considérés comme des figures autoritaires et infaillibles, jouissant d'un pouvoir quasi divin sur la vie et la mort.

Cette croyance en leur irresponsabilité découlait en partie du fait que leurs connaissances et compétences médicales étaient inaccessibles et incompréhensibles pour le grand public. Cette explication trouve une signification pertinente par la croyance largement répandue dans le pouvoir de la non-responsabilité des médecins jusqu'au XIX^e siècle, à l'heure où des courants de pensée émergent tels que le scientisme. La vie de l'homme ne repose pas seulement entre les mains du médecin, mais également entre celles de Dieu, qui détient le pouvoir de décider de la vie ou de la mort d'un malade. Face à cette réalité, il est légitime de se demander comment s'est développée la notion de responsabilité médicale.⁵ Cette évolution a été influencée par l'existence du droit écrit et la rédaction du Code civil français en 1804, sous Napoléon I^{er}. En effet, le Code civil a joué un rôle crucial en unifiant les premières règles relatives à la responsabilité médicale. La rédaction de ce code civil a marqué un tournant important dans l'histoire juridique en fournissant un cadre légal précis pour régir les relations entre individus, y compris dans le domaine médical. Ce document fondateur a introduit des dispositions spécifiques concernant la responsabilité civile, établissant ainsi les bases d'une responsabilité médicale encadrée par des règles et des obligations légales. Il convient, cependant, d'introduire un des arrêts fondateurs de la responsabilité médicale qu'est l'arrêt *Mercier* de la Cour de cassation rendu le 20 mai 1936. Cette dernière avait considéré que : « *L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyen ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il s'engage seulement à donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises par la science* ». Cet arrêt comporte plusieurs apports, lesquels permettent de dessiner les contours de la responsabilité médicale durant la première moitié du XX^e siècle.⁶

La responsabilité médicale peut prendre plusieurs formes selon les règles et les normes régissant les différents domaines de la justice et de la déontologie médicale. Les fondements juridiques de cette responsabilité ne sont pas établis à partir de textes spécifiques mais empruntent au DOC⁷ et au Code pénal des dispositions qui régissent la responsabilité civile et pénale. Il s'ensuit que le

⁵ A. MABILAIS, *Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales : étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands*, th. Rouen, dir. P. LANCIEN, 2017, p. 41.

⁶ C. DELFORGE, « La responsabilité civile du médecin au regard de la prescription de médicaments », *Revue générale du droit civil Belge*, 2020, p. 370.

⁷ Dahir des obligations et des contrats.

régime majeur des responsabilités en la matière est la responsabilité ordinaire médicale, appelée également la responsabilité disciplinaire, qui est liée au respect des règles et des normes édictées par les ordres professionnels, tels que l'Ordre des médecins. Cette responsabilité peut être engagée lorsque le professionnel de la santé commet des actes contraires à l'éthique médicale, ou lorsqu'il ne respecte pas les règles de la déontologie médicale. Les sanctions peuvent aller d'un simple avertissement à la radiation de l'Ordre. La responsabilité civile médicale est afférente aux dommages causés à un patient en raison d'une faute commise par un professionnel de la santé, ce dernier peut être tenu de réparer les préjudices subis par le patient, sous forme de dommages et intérêts (DI).

La responsabilité administrative médicale qui concerne les actes administratifs pris par les autorités publiques en matière de santé peut être engagée lorsque ces autorités prennent des décisions causant un préjudice aux patients, ou aux professionnels de la santé. La responsabilité pénale du médecin se trouve engagée s'il commet une faute constitutive d'une infraction dont la répression est prévue par le Code pénal telle qu'une négligence ou une faute intentionnelle, elle a un caractère personnel. Une victime (ou ses ayants droit) qui estime avoir été lésée et subi des dommages causés par un médecin peut entamer une action en justice, en fonction du lieu et du mode d'exercice de ce dernier. Si le médecin travaille à son compte, la victime a le choix entre les voies civiles, pénales ou ordinaires. En revanche, si le médecin exerce dans un établissement hospitalier public, le recours se fait auprès du tribunal administratif.⁸ Toutefois, il est à noter que même les médecins travaillant au sein d'une structure publique peuvent être poursuivis au pénal.⁹

Lorsque les usagers des soins de santé ont de plus en plus recours aux tribunaux pour obtenir des indemnités à la suite de fautes médicales ou pour sanctionner les responsables de ces fautes, il est à conclure à une « **judiciarisation de la santé** ». Ce terme renvoie à un état de fait selon lequel « *le nombre de recours et de condamnations de soignants prononcés par le juge serait en plein*

⁸ En matière de responsabilité médicale, l'État et les municipalités sont tenus responsables des dommages causés par le fonctionnement de leurs administrations selon l'article 79 du DOC, tandis que les agents peuvent être personnellement responsables en cas de dol ou de fautes lourdes en vertu de l'article 80 du même dahir. Le médecin peut être poursuivi au pénal pour de telles fautes, mais le recours peut également se faire devant le tribunal administratif en cas d'implication de l'administration, comme en cas de défaillance matérielle.

⁹ A. BELHOUS, le droit médical aspects déontologiques et juridiques de la relation médecin-malade, 1^{er} éd, Education Média Event, Casablanca, 2017, p. 149.

accroissement ». ¹⁰ Le phénomène de la judiciarisation de la santé est relativement récent et s'est développé à partir des années 1970. ¹¹ Il s'agit de l'utilisation croissante du système judiciaire pour régler les litiges liés à la santé, qu'il s'agisse de demandes d'indemnisation pour des préjudices médicaux ou de plaintes pour violation des droits des patients. L'une des premières affaires importantes dans ce domaine a été l'affaire *Canterbury v. Spence* en 1972, ¹² dans laquelle la Cour suprême des États-Unis a établi le concept du "*consentement éclairé*". Cette décision a énoncé le principe selon lequel les médecins doivent informer leurs patients des risques et des avantages d'un traitement proposé avant de demander leur consentement. ¹³ Au cours des années 1980 et 1990, le nombre de poursuites pour des préjudices médicaux a augmenté de manière significative aux États-Unis et dans d'autres pays, ce qui a conduit à une réforme des systèmes d'indemnisation et à une augmentation de la réglementation de la pratique médicale. ¹² En Europe, la Cour européenne des droits de l'homme a également joué un rôle important dans la judiciarisation de la santé en établissant des normes juridiques pour la protection des droits des patients.

Parmi les affaires les plus célèbres figurent *Pretty V* au Royaume-Uni en 2002, dans laquelle la Cour a statué que *le droit à la vie privée incluait le droit à une mort digne et que l'euthanasie devrait être considérée comme un traitement médical*. ¹⁴ En France, l'adoption de la loi Kouchner en 2002, ayant mis en avant le "droit des patients" et facilité leur capacité à intenter des actions judiciaires, a entraîné une augmentation régulière du nombre de plaintes déposées par les patients. ¹⁵ Cette évolution soulève des interrogations pertinentes quant à la manière dont la tendance vers une judiciarisation de la santé, à l'instar des différents systèmes juridiques et cultures médicales internationales, se manifeste et évolue au Maroc. Il est également crucial de s'intéresser aux implications potentielles de cette tendance sur la pratique médicale, la

¹⁰ G. ROUSSET, « Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité. », *Rev. Carnets de Bord*, 2009, n°16, p. 23.

¹¹ B. CHOPARD, L. ROUSSEY, *Judiciarisation de la santé et incitations à la prévention des professionnels et établissements de santé : une réflexion sur l'évolution du droit français*, *Rev. économique*, n 3, Vol. 71, 2020, pp. 479 à 501.

¹² J. WALTER, JR MURPHY, « *Canterbury v. spence—the case and a few comments* », In, *American Bar Association. Section of Insurance, Negligence and Compensation Law*, Vol. 11, No. 3 (Spring 1976), pp. 716-726.

¹³ D M. STUDDERT, AA. GAWANDE, YC. WANG, « The Rise and Fall of the Medical Malpractice Issue. », *New England Journal Med*, 2004, N 22, p. 350.

¹⁴ A. BAYLE, *Volonté individuelle et euthanasie active : les voies de l'Europe*, Dir. M. NICOD, Presses de l'Université Toulouse Capitole, LGDJ, 2009, pp. 77-88.

¹⁵ G. PUPPINCK, « Le droit au suicide assisté dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *In The International Journal of Human Rights*, Nov 2014, p. 22.

dynamique de la relation médecin-patient et l'adaptation du cadre législatif local.

Pour évoquer la judiciarisation de la santé, il est essentiel d'examiner les données statistiques, lesquelles peuvent soit corroborer soit contredire cette affirmation. Dans cette optique, il a été entrepris une analyse du phénomène de la judiciarisation de la santé au Maroc, plus particulièrement dans la région de souss massa. L'intérêt est porté particulièrement sur les affaires de responsabilité médicale effectivement soulevées devant les instances judiciaires. Il est à préciser qu'aucune étude globale et quantitative n'avait été réalisée au Maroc jusqu'à présent, l'analyse souffrait du manque de statistiques objectives concernant le nombre de plaintes déposées devant les juridictions compétentes.

Cette recherche revêt un intérêt particulier en raison du caractère transdisciplinaire de son champ d'étude, qui relève du domaine médico-légal. Il s'agit de comprendre si la crainte judiciaire des médecins est fondée sur des chimères ou sur une réalité concrète. Dans ce contexte, il a été procédé au détail des méthodes et matériaux utilisés **(I)** pour parvenir à des conclusions significatives **(II)**, qui seraient ensuite discutées **(III)**. La présente recherche se base sur des statistiques objectives et globales provenant de l'analyse des décisions rendues par les tribunaux de première instance de la région de souss massa, la Cour d'appel de la ville d'Agadir, le cas échéant par la Cour de cassation. La période étudiée couvre les cinq (5) années (2017-2022), apportant des données actualisées pour apprécier l'évolution des litiges impliquant les médecins. Il convient de souligner que cette recherche se focalise exclusivement sur l'examen des actions en justice intentées à l'encontre des médecins dans l'exercice de leurs fonctions professionnelles, en excluant toute question se rapportant à leur vie personnelle.

Les objectifs de l'étude

Dans le cadre de la présente étude, il a été procédé à l'examen de manière statistique de l'évolution temporelle des recours judiciaires engagés contre les médecins généralistes et spécialistes dans la région de Souss massa. Il a également été livré à quantifier le nombre de poursuites judiciaires pour faute professionnelle médicale dans la région d'étude, les types de litiges les plus fréquents, les spécialités médicales les plus touchées, et à identifier les situations cliniques mettant en jeu les responsabilités des praticiens. Cela peut aider à comprendre l'ampleur du phénomène de la judiciarisation de la santé et à identifier les facteurs de risque qui contribuent aux poursuites pour faute professionnelle médicale en particulier. Ces informations peuvent être utilisées pour aider les professionnels de la santé à prendre des décisions plus éclairées et

à améliorer la qualité des soins, ainsi qu'à évaluer les politiques de prévention mises en place pour réduire les risques de faute professionnelle médicale et d'actions en justice.

I. Matériels et méthodes

L'approche méthodologique opérée est celle d'une méthode quantitative rétrospective et transversale. La recherche a porté sur l'analyse des poursuites judiciaires à l'encontre des médecins du secteur privé de la région de souss massa et qui englobe le nombre de requêtes déposées auprès des juridictions, le nombre de décisions rendues et le nombre de condamnations prononcées recueillies auprès des tribunaux de premières instances de la ville d'Agadir, Taroudant, Tiznit et d'Inzegane, de la Cour d'appel de la ville d'Agadir et de la Cour de cassation sur une période de cinq (5) ans allant de 2017 à 2022. Une approche quantitative a dès lors été retenue afin d'évaluer de manière tangible l'ampleur des actions en justice et, les mesures disciplinaires prises à l'encontre des médecins dans cette région.

Les difficultés de la recherche

Lors du recensement des jugements rendus dans le cadre de la responsabilité médicale, il a été confronté à un certain nombre de difficultés. D'ailleurs lors de l'entrevue avec le président de la société marocaine de médecine légale au Maroc, il a explicitement souligné qu'il existe une réelle difficulté à recueillir et rassembler des données fiables et complètes concernant les poursuites judiciaires engagées contre les médecins au Maroc. Ces informations sont souvent disséminées dans différents tribunaux et peuvent être difficiles à obtenir. D'après les entrevues réalisées avec les présidents des secrétariats de greffe des tribunaux des villes étudiées, il a été constaté, en termes quantitatifs, le faible nombre d'affaires judiciaires liées à des fautes médicales. Une autre contrainte notable concerne l'accès aux données. En effet la publication des décisions judiciaires n'est pas systématique.

Le rassemblement des affaires judiciaires impliquant les médecins s'avère difficile en raison également de l'absence d'un registre spécifique y afférent. Il aurait été nécessaire de consulter chaque juridiction (civile et pénale) et de faire une distinction entre les affaires selon la qualité de leur auteur : fautes médicales commises par un généraliste, un spécialiste ou une autre profession médicale. Par conséquent, seule une analyse sommaire de la jurisprudence a pu être réalisée, ce qui ne répond pas pleinement à l'objectif d'exhaustivité auquel cette étude s'engage. Il serait opportun de mettre en place un tel registre, permettant ainsi aux professionnels de la santé d'avoir une vision précise des

accidents médicaux survenus au cours des dernières années. L'établissement d'un répertoire recensant les affaires impliquant des médecins, introduirait une dose d'objectivité nécessaire et, contribuerait à rassurer les praticiens quant à la réalité des litiges médicaux. Enfin, l'absence et le manque d'archivage se révèlent être un problème majeur, ce qui nécessiterait que les tribunaux mettent en place des systèmes d'archivage et de gestion de données efficaces pour garantir la collecte et le stockage appropriés des informations pertinentes. Cela peut englober l'adoption de politiques de conservation des dossiers, la mise en place de procédures de stockage et de protection des données, ainsi que la réalisation d'audits réguliers pour assurer que les pratiques de gestion des données soient actualisées.

Cette étude a été conçue pour identifier les critères clés à examiner tout au long de l'enquête : par l'établissement des catégories telles que l'année du jugement, la spécialité du médecin concerné, la nature des faits, le lieu et la peine encourue. L'analyse de ces catégories a permis l'évaluation du risque judiciaire pour les médecins sous différents aspects. Il est notamment pertinent d'observer la répartition géographique des plaintes contre les praticiens.

En explorant ces questions, cela servira à préciser l'objet de cette étude et à identifier le groupe cible.

La population cible

La population cible porte sur les plaintes enregistrées mettant en cause les praticiens, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, sur une période de cinq (5) ans (de l'année 2017 à 2022). Cette population a été comparée au nombre total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins de la région de Souss massa. Il est à compter environ 531 médecins dans la ville d'Agadir, 198 dans la ville d'Inzegane, et 88 médecins, dans la ville de Taroudant et 89 médecins repartis entre Tiznit, tata et Chtouka ait baha : Soit un total de 906 médecins exerçant dans la région de Souss massa. La finalité étant de percevoir le risque judiciaire encouru par les médecins au cours de leur exercice professionnel. Il est apparu nécessaire de ne pas appréhender seulement les médecins généralistes afin de pouvoir opérer un *distinguo* entre spécialistes et généralistes.

Le recueil des données

Les données ont été recueillies de plusieurs façons, depuis la base de données du conseil régional de l'ordre des médecins, de région sud, le site du ministère de la Santé et de la Protection sociale du Royaume du Maroc en utilisant des mots clés tels que carte sanitaire, situations de l'offre des soins de santé,

médecins du secteur privé... Auprès des tribunaux de premières instances des quatre villes Agadir ; Taroudant, Inzegane et Tiznit ainsi que la Cour d'appel d'Agadir, les cinq derniers numéros de la revue de jurisprudence de la Cour de cassation.

Les entretiens (oraux) de la présente étude furent administrés au président du conseil régional de l'ordre des médecins de la région sud ; à un professeur de l'institut médico-légal du CHU Ibn Rochd de la ville de Casablanca et Président de l'association de médecine légale au Maroc ; aux présidents du secrétariat greffe des TPI de la ville d'Agadir-Inzegane-Taroudant. Le recueil des données a été réalisé sur plusieurs séances effectuées auprès des tribunaux de première instance considérés ainsi que le Conseil régional de l'Ordre des médecins, lequel a transmis l'effectif des médecins généralistes et spécialistes exerçant dans la région d'Agadir. Le gage d'exhaustivité des données a alors été respecté, ce qui a permis une analyse statistique.

L'analyse statistique

Une fois les données collectées, elles ont été reportées sur une feuille de calcul de Microsoft Excel. Les variables quantitatives sont présentées sous forme d'effectif ou de pourcentages grâce aux fonctionnalités d'Excel. Il est maintenant temps d'analyser les résultats obtenus par cette étude.

Les biais de l'étude

Toute recherche comporte intrinsèquement des biais. Il faut cependant minimiser leur impact sur la validité des conclusions présentées. Dans ce travail, il y a lieu de discerner deux biais majeurs dont le premier est relatif à l'objet d'analyse. Bien que le sujet soit relatif aux poursuites judiciaires et ordinales, l'enquête se base uniquement sur l'analyse des plaintes judiciaires. Cela est dû *au refus du président du conseil régional de l'ordre des médecins région/sud de fournir les données* concernant les sanctions disciplinaires infligées aux médecins de la région. Néanmoins, il a répondu aux questions et a volontiers partagé les données relatives à l'effectif des médecins généralistes et spécialistes. Il s'agit d'une position parfaitement justifiée, car il considère que la divulgation des données sur les poursuites disciplinaires pourrait violer la confidentialité des données des médecins concernés. En effet, les dossiers de ces litiges peuvent contenir des informations sensibles telles que le nom des médecins, leur spécialité et leur historique médical. De plus, il cherche à préserver l'image de la profession, car ces données pourraient être interprétées négativement par le grand public, ce qui pourrait nuire à la réputation de la profession.

En plus de ce biais, il existe celui relatif à la zone géographique ciblée par l'étude et qui se manifeste dans l'impossible généralisation des conclusions au niveau national. Ce sujet s'interroge sur les poursuites qu'encourent les médecins toutes spécialités confondues dans un territoire précis. Dès lors, le biais de cette étude, consiste à ne pouvoir étendre toutes les conclusions de la recherche au territoire national.

II. Résultats et analyse

Les résultats de l'étude, sur la période de janvier 2017 – décembre 2022, sont divisés en trois axes : Le premier axe porte sur l'évolution des plaintes contre les médecins selon les années et en fonction des villes. Le deuxième détermine la qualification des personnels et les spécialités les plus concernées. Et le troisième met en exergue la juridiction saisie, la qualification des faits et les sanctions prononcées.

A. Le pourcentage des médecins mis en cause sur la période de l'étude

Médecins mis en cause		Médecins n'ayant pas fait l'objet de poursuites	
Effectif	%	Effectif	%
14	2	892	98

De janvier 2017 à décembre 2022, seuls 2 % de médecins ont fait l'objet de poursuites judiciaires, soit 14 médecins. 892 médecins n'ont pas été inquiétés.

B. La répartition des affaires en responsabilité médicale sur la période de l'étude

Année	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Effectif	2	2	3	1	2	4

Pendant la période de l'étude, il a été observé en 2017 et 2018 une stabilité avec deux cas de responsabilité médicale déclarés chaque année. En 2019, il y a eu une légère augmentation avec trois cas signalés. Cependant, en 2020, le nombre de cas chute brusquement à un seul cas. Une hausse est ensuite constatée en 2021, avec deux cas signalés à nouveau. Enfin, en 2022, une augmentation significative est observée, avec quatre cas de responsabilité médicale déclarés.

C. La Répartition des médecins mis en cause selon les villes

Ville	Agadir	Inzegane	Taroudant	Tiznit
Effectif	9	3	2	0
Pourcentage des médecins exerçant dans le secteur privé	56.6%	21.85%	9.71%	4.19%

Dans la ville d'Agadir, un total de 9 plaintes a été déposées contre des médecins exerçant dans cette ville. En comparaison, la ville d'Inzegane a enregistré 3 plaintes, tandis que la ville de Taroudant a comptabilisé 2 plaintes. Aucune plainte n'a été recensée dans la ville de Tiznit.

Il était nécessaire de calculer, simultanément, la répartition des médecins du secteur privé dans la région de Souss Massa. 58.6 % des médecins exercent dans la ville d'Agadir, 21.85% à Inzegane, 9.71 % dans la ville de Taroudant et 9.81% répartis entre Tiznit, Chtouka ait baha et Tata dont 4.19% dans la ville de Tiznit. Par conséquent, la répartition des plaintes selon la zone géographique du lieu d'exercice des médecins correspond, principalement, à la répartition des médecins dans la région de Souss massa.

D. La Répartition des affaires selon la juridiction saisie

La juridiction saisie	Civile	Pénale
Effectif	5	9

Selon notre étude, nous avons constaté que 64 % des affaires ont été soumises aux juridictions pénales, tandis que 36 % des affaires ont été portées devant les juridictions civiles.

E. La répartition des affaires selon la qualification du personnel médical

Médecins mis en cause	Généraliste	Spécialiste
Effectif	0	14

F. La répartition des affaires selon la spécialité

Spécialité	Effectif	Pourcentage
Chirurgie générale	5	36%
Gynécologie obstétrique	4	29%
Gastro-entérologie	3	21%
Radiologie	1	7%
Néphrologie	1	7%

La répartition des affaires selon les spécialités montre une diversité dans les domaines médicaux concernés. La chirurgie générale représente le plus grand effectif avec 5 affaires, ce qui correspond à 36% du total. La gynécologie obstétrique suit de près avec 4 affaires, représentant 29% des cas. La gastro-entérologie est également notable avec 3 affaires, représentant 21% du total. La radiologie et la néphrologie sont moins représentées, avec seulement 1 affaire chacune, ce qui équivaut à 7% dans chaque spécialité.

G. La répartition du contentieux selon la qualification des faits

Faits qualifiés	Effectif	Pourcentage
Qualité de soins	5	36%
Homicide involontaire	3	21%
Blessure involontaire	2	14%
Non-assistance à une personne en péril	2	14%
Escroquerie	1	7%

La qualification la plus fréquente est relative à la qualité de soins, avec 5 affaires, représentant 36% du total. Cela met en évidence les cas où une faute médicale est suspectée en matière de qualité des soins prodigués. L'homicide involontaire arrive en deuxième position avec 3 affaires, soit 21% des cas. Cela souligne les situations tragiques où le décès d'un patient est attribué à des erreurs ou à des négligences médicales. Les infractions de blessure involontaire et de non-assistance à une personne en péril sont toutes deux présentes dans 2 affaires, ce qui représente 14% chacune. Une affaire d'escroquerie a également été relevée, représentant 7% des cas. Cela suggère des situations où des actes frauduleux ou trompeurs ont été commis dans le cadre des soins médicaux.

H. La répartition du contentieux en fonction de la sanction prononcée

Conclusion des experts	Faute médicale	Aléa thérapeutique	Etat pathologique	En cours
Effectif	5	6	2	1

La répartition des affaires selon la sanction prononcée montre une diversité des conclusions tirées par les experts. Dans cinq affaires, une faute médicale a été reconnue, dans la grande majorité de ces affaires, la faute retenue était celle de négligence, survenue dans trois d'entre elles. La faute de diagnostic a été constatée dans un seul cas. La faute liée à un défaut de surveillance a également été relevée dans un seul. Dans six affaires, l'aléa thérapeutique a été retenu,

indiquant que les résultats indésirables étaient liés aux risques inhérents à la pratique médicale, sans qu'une faute spécifique ne puisse être établie. Dans deux affaires, l'état pathologique du patient a été considéré comme un facteur contributif, ce qui signifie que la condition médicale préexistante du patient a joué un rôle dans les résultats indésirables. Enfin, il y a un cas d'une enquête en cours et aucune conclusion n'a encore été tirée.

I. DISCUSSION

Sans une analyse avancée, les résultats bruts issues d'une étude restent dépourvues d'intérêt. C'est pour cette raison qu'il a été proposé d'étudier quatre points successifs qui méritent, une attention particulière et, qui vont permettre de répondre à la problématique tout en mettant en exergue le phénomène de la judiciarisation de la santé. Premièrement il sera procédé à l'analyse de l'évolution du nombre de médecins mis en cause ces dernières années selon la zone géographique **(A)** ; ensuite, il sera question de déterminer les spécialités les plus concernées **(B)**.

Il serait opportun également de montrer la prédilection des victimes en termes de juridiction saisie **(C)** avant de voir l'impact des conclusions des experts dans la qualification des faits et les sanctions prononcées **(D)**.

A. L'augmentation du nombre de médecins mis en cause, un constat vérifié

D'une manière générale, l'analyse de la période d'étude révèle un nombre insignifiant de litiges judiciaires à l'encontre des médecins exerçant dans le secteur privé dans la région de Souss massa. Ce faible pourcentage, qui concerne seulement 1,54 % de l'ensemble des médecins, toutes spécialités confondues, pourrait s'expliquer par le fait que la culture du recours judiciaire ne soit pas très répandue au Maroc, notamment dans le domaine de la santé. Les patients semblent privilégier la résolution amiable de leurs différends avec les praticiens plutôt que de recourir aux voies judiciaires. Par ailleurs, l'hésitation à engager des poursuites judiciaires à l'encontre des médecins peut résulter du profond respect et de la confiance accordés à la profession médicale.

Il est courant que les patients ne soient pas adéquatement informés de leurs droits ni de la manière de les exercer en cas de faute professionnelle de la part de leurs médecins. Certains pourraient méconnaître leur droit de déposer une plainte auprès des autorités compétentes et de réclamer une réparation pour les dommages subis. Cela peut également être attribué à la densité de la population, les zones fortement peuplées ont tendance à compter un plus grand nombre de médecins, augmentant ainsi la probabilité d'incidents ou d'erreurs médicales.

En revanche, les régions rurales ou éloignées font souvent face à une pénurie de professionnels de la santé, ce qui pourrait expliquer le nombre moindre de poursuites judiciaires (par exemple, 1585 médecins du secteur privé à Casablanca-Anfa contre seulement 426 à Agadir Ida Outanane en 2021).¹⁶

Les disparités socio-économiques et la capacité des patients à engager des poursuites jouent également un rôle crucial. Dans certaines régions, les frais élevés et la complexité des démarches juridiques compliquent la possibilité pour les patients d'engager des actions en justice à l'encontre des médecins. Dans d'autres cas, la longueur des procédures, la crainte de représailles de la part des médecins ou la stigmatisation sociale peuvent dissuader les patients de les poursuivre en justice. À cet égard, le président de l'Association marocaine des victimes des erreurs médicales (AMVEM) a souligné la difficulté de quantifier le nombre de victimes, étant donné que beaucoup ne signalent pas les erreurs médicales ; certains redoutent les procédures complexes, les expertises et les contre-expertises qui sont souvent longues et financièrement exigeantes, sans garanties d'une issue favorable. Depuis la création de l'association en 2011, seulement 400 dossiers ont été reçus, aboutissant à seulement 15 jugements et à des indemnisations pour les préjudices subis.

Cette divergence peut présenter des variations significatives d'un pays à l'autre, influencée par divers facteurs tels que le cadre juridique en vigueur, la culture dominante, les attitudes à l'égard des poursuites judiciaires médicales, ainsi que la structure des systèmes de santé nationaux. Un exemple notable est fourni par une étude publiée en 2017, qui a mis en lumière que près de 34 % des médecins aux États-Unis ont fait l'objet de poursuites judiciaires au moins une fois au cours de leur carrière. Cette recherche, fondée sur une enquête menée auprès de plus de 40 000 médecins américains, a dévoilé une corrélation entre les spécialités médicales à haut risque, comme l'obstétrique-gynécologie, la chirurgie et la neurologie, et une probabilité accrue d'être confronté à des litiges juridiques par rapport aux praticiens exerçant dans d'autres domaines de spécialisation.¹⁷ Ces divergences observées soulignent l'influence cruciale de divers éléments sur le niveau d'exposition des professionnels de la santé à des contentieux juridiques. Parmi ces facteurs, l'environnement légal joue un rôle essentiel, façonnant la perception des patients quant à la possibilité de recourir à des poursuites en cas de préjudice médical. De même, la culture d'un pays et les attitudes de la société envers les litiges médicaux contribuent à créer un contexte propice ou défavorable à l'émergence de poursuites judiciaires. Parallèlement, les différences dans les systèmes de santé nationaux peuvent

¹⁶ Site officiel du ministère de la Santé et de la Protection sociale.

¹⁷ JR. GUARDADO, « Medical Liability Claim Frequency Among U.S. Physicians », *In. American Medical Association*, 2017, p. 6.

également influencer la fréquence des litiges, reflétant la manière dont la prestation des soins de santé est organisée et réglementée dans chaque pays.

En scrutant les conclusions de la recherche, il apparaît que 74 % des litiges médicaux sont concentrés dans la ville d'Agadir, tandis que 21 % sont localisés dans la ville d'Inzegane et 14 % dans la ville de Taroudant. Ces résultats corroborent les observations antérieures concernant les grandes villes, qui affichent généralement une densité plus élevée de professionnels de la santé et une population plus dense. Cette concentration accrue peut potentiellement donner lieu à un nombre plus élevé de patients traités, augmentant ainsi le risque d'erreurs médicales.

L'évolution des contentieux médicaux au fil de la période d'étude révèle une stagnation du nombre de plaintes entre 2017 et 2018, avec seulement 2 plaintes, soit 14 %. En 2019, une légère augmentation de 21 % a été observée (n=3). Cependant, il est essentiel de souligner la baisse du contentieux en 2020, suivie d'une reprise en 2021 avec une augmentation atteignant 29 % (n=4) en 2022. Cette diminution en 2020 peut être attribuée à la crise sanitaire du COVID-19. En effet, en raison du confinement imposé par la pandémie, une nette diminution du recours à la justice a été constatée dans de nombreux pays. Cette baisse peut s'expliquer par divers facteurs. Tout d'abord, les tribunaux ont dû fermer temporairement ou fonctionner avec des capacités réduites afin de respecter les mesures de distanciation sociale et de limiter la propagation du virus. Ces ajustements ont généré des retards dans le traitement des affaires et une diminution des audiences, ce qui a pu dissuader certaines personnes envisageant d'engager des poursuites judiciaires.

De surcroît, de nombreuses affaires ont été reportées en raison des restrictions de voyage et de la fermeture des frontières, entravant ainsi la comparution des parties devant les tribunaux et limitant l'accès à des avocats ou des experts situés dans d'autres régions ou pays. La crise économique découlant de la pandémie a également pu décourager certaines personnes d'engager des frais pour intenter des actions en justice, même si elles estimaient avoir été lésées ou avaient des différends à résoudre. Il est toutefois important de noter que la baisse des recours à la justice n'a pas été uniforme dans tous les domaines. Certaines juridictions ont constaté une augmentation des cas liés à des problématiques telles que la violence domestique, les litiges liés à l'emploi et les conflits entre locataires et propriétaires.

La résurgence du nombre de plaintes dirigées contre les médecins dans la région de Souss massa révèle l'augmentation notable des litiges liés à la responsabilité médicale au fil des années. Cela peut être expliqué par plusieurs raisons, initialement, la complexité croissante des traitements médicaux et des

technologies de santé qui peuvent augmenter le risque d'erreurs médicales ou de mauvaise gestion des cas, ce qui pourrait entraîner des conséquences négatives pour les patients. Selon une récente étude américaine publiée en 2022 relative aux erreurs médicales dans les hôpitaux américains, on a constaté que les erreurs associées à des technologies de santé, telles que les ordinateurs de commande de médicaments et les dossiers de santé électroniques, représentent une proportion importante de toutes les erreurs médicales.¹⁸ Pareillement, une revue de la littérature en 2021 a identifié la complexité croissante des traitements médicaux et des technologies de santé comme un facteur clé contribuant aux erreurs médicales dans les soins de santé.¹⁹

Cette hausse peut aussi être attribuée au fait que les patients sont de plus en plus informés sur leur santé et leurs droits, ce qui peut les inciter à poursuivre en justice les prestataires de soins de santé en cas de préjudice. Et là, il convient d'indiquer l'impact des médias et réseaux sociaux, qui selon des recherches, ont contribué à l'augmentation des litiges médicaux. Les patients peuvent facilement accéder à des informations sur leur état de santé, des traitements et des fournisseurs de soins de santé par les réseaux sociaux. Cependant, ces informations peuvent souvent être erronées ou trompeuses, ce qui peut conduire à des attentes irréalistes chez les patients.²⁰ En outre, les patients peuvent partager des informations sur leur expérience de soins de santé sur les réseaux sociaux, y compris des plaintes ou des critiques de leur traitement. Ces informations peuvent rapidement se propager à un large public, et dans certains cas, cela peut conduire à des poursuites pour faute professionnelle.²¹ Enfin, on peut néanmoins dégager une cause commune à cet accroissement des plaintes, le plus souvent, le procès en responsabilité médicale, civile et/ou pénale résulte d'un défaut de communication entre le professionnel de santé et le patient. Le sentiment qui se dégage de ces affaires est qu'une communication de qualité entre les acteurs est de nature à limiter les procédures traumatisantes tant pour les patients que pour les médecins.²²

¹⁸ S. KARANDE, GA. MARRARO, C. SPADA, « Minimizing medical errors to improve patient safety: An essential mission ahead », *In. JPGM*, N 67, pp. 1-3.

¹⁹ Rowland, S.P., Fitzgerald, J.E., Lungren, M. *et al.* « Digital health technology-specific risks for medical malpractice liability », *NPJ Digit. Med*, N 157, 2022.

²⁰ H. CHELLY, « L'impact d'internet sur la relation médecin-malade », *Revue de Médecine Générale et de Famille*, N°13, Mars 2020, p. 74.

²¹ F. DELFORGE, *Place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale : impact de la médiatisation d'une question de santé publique*, th. AMIENS JULES VERNE, dir. C. MANOUIL, 2016, p. 39.

²² IG. DUCROS, *responsabilité pénale et faute non-intentionnelle du praticien médical*. Th. Montpellier, dir. D. THOMAS, 2016, p. 43.

B. Les spécialités les plus concernées par les litiges médicaux

Selon les conclusions de la présente étude, la spécialité chirurgicale occupe une position prépondérante, représentant 36% des cas de chirurgie viscérale examinés. En particulier, les cas de cholécystectomie par coelioscopie (ablation de la vésicule biliaire) constituent la majorité avec 36% de l'échantillon total (n=5). La gynécologie obstétrique arrive en deuxième position, représentant 29% (n=4) des affaires étudiées. Ces cas concernent principalement des complications de grossesses à risque et des atteintes du plexus brachial.

L'ablation de la vésicule biliaire, ou cholécystectomie, est une opération fréquente qui n'est pas exempte de risques, notamment de complications et de fautes médicales. Les incidents médicaux les plus souvent rencontrés associés à cette chirurgie peuvent englober des lésions des voies biliaires ou d'autres organes voisins tels que le foie, le pancréas ou l'intestin, l'hémorragie pendant ou après l'opération, des infections postopératoires, des erreurs de diagnostic, cas de calculs biliaires résiduels ou de pathologies associées qui n'ont pas été identifiées, ou bien le retrait de la vésicule biliaire erroné ou incomplet. La deuxième spécialité touchée par les litiges médicaux selon notre recherche est la gynécologie obstétrique en raison de 29 % des cas (n= 4).

Cependant, il est important de souligner que les accidents obstétricaux ont été largement médiatisés à travers le monde, ce qui a entraîné une augmentation des indemnisations dans le domaine de la responsabilité obstétricale dans les pays occidentaux. Cette situation nouvelle a créé une crise réelle dans plusieurs pays, notamment aux États-Unis, où certains obstétriciens ont commencé à éviter cette spécialité.²³

Les résultats de notre étude viennent corroborer en partie les conclusions d'une étude publiée en 2022 portant sur les litiges liés à l'obstétrique dans le secteur public, ayant fait l'objet de jugements devant les tribunaux entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2018. Les résultats révèlent que l'obstétrique est le domaine le plus fréquemment litigieux, représentant un taux de 62,6% (n=62), suivi des autres spécialités chirurgicales regroupées avec un taux de 31,3% (n=31). En revanche, les spécialités médicales ne représentent que 7% des cas (n=6).²⁴ En comparaison avec la ville de Sfax, située dans le sud de la Tunisie,

²³ I. BOUBESS et al. « La responsabilité médicale en obstétrique au Maroc : analyse des dossiers des contentieux judiciaires entre 2015-2018 », *In. PubMed central*, 2022, n 43, p. 150.

²⁴ Ibid.

une étude publiée en 2017 a révélé des résultats intéressants concernant les spécialités médicales les plus fréquemment impliquées dans des poursuites judiciaires. Selon cette étude, l'acte médical était en jeu dans 85% des cas, et les médecins spécialistes étaient incriminés dans presque toutes les affaires (97% des cas). Les spécialités chirurgicales, telles que la chirurgie orthopédique, l'obstétrique et la chirurgie viscérale, étaient les plus touchées par ces poursuites.²⁵

C. Les victimes préfèrent-elles vraiment le recours au juge civil ? Une vérification des faits.

Dans notre étude, 64% (n=9) des affaires ont été portées devant des instances pénales. En effet, il existe plusieurs raisons susceptibles d'inciter le patient à privilégier la voie pénale plutôt que la voie civile. Cette préférence peut souvent être guidée par une aspiration à une résolution plus économique et plus rapide du litige. Il y a également un autre avantage escompté qui réside dans les facilités que la personne lésée pourrait obtenir au niveau de l'administration de la preuve (bien qu'il soit difficile de prouver une faute pénale, notamment dans la détermination si une erreur médicale était intentionnelle ou non). En effet, c'est le ministère public et le juge d'instruction qui vont réunir, avec des moyens d'investigation beaucoup plus importants que ceux qui sont à disposition des simples citoyens (auditions, saisies, perquisitions, autopsie, expertise...), les éléments de preuve utiles à la manifestation de la vérité. Sans oublier de citer l'objectif de la procédure, car la voie civile vise uniquement à obtenir une compensation financière dans les cas où la victime a subi des dommages patrimoniaux en raison de la faute médicale, tels que des frais médicaux, des pertes de revenus ou une invalidité permanente ; tandis que la voie pénale a pour but principale de faire reconnaître la responsabilité de l'intéressé et d'obtenir réparation de son dommage en se constituant partie civile. La victime peut également vouloir que l'auteur de la faute soit reconnu coupable pour des raisons de justice, de dignité ou de reconnaissance.²⁶

D. Les sanctions prononcées et l'impact sur le médecin

Dans notre étude, la faute a été retenue dans uniquement 5 affaires (36%) et qui relèvent toutes de la juridiction pénale. Dans la quasi-totalité des cas, le contentieux le plus important est celui relatif à la qualité des soins représentant

²⁵ M. ZRIBI, S. BARDAA, et autres, « Etude de la responsabilité médicale dans la région de Sfax et du sud Tunisien », *In. J.I. M. Sfax*, N°25, Février 2017, p. 36.

²⁶ N. COLETTE-BASECQZ, « Liens entre responsabilité pénale et responsabilité civile dans le contexte de l'activité médicale », *Revue Belge du dommage corporel et de médecine légale*, N 42, 2015, p. 100.

36% de l'échantillon (n=5). Ces cas se répartissent entre une faute de négligence dans 3 cas, une faute de diagnostic dans un cas et une faute liée à un défaut de surveillance dans un autre cas. Le deuxième nombre de plaintes le plus élevé concerne le litige relatif à l'homicide involontaire, représentant 21% (n=3) de l'échantillon. La non-assistance à une personne en péril représente également 14% (n=2), tout comme le litige relatif à la blessure involontaire et à l'escroquerie.

Pour les autres cas, la plainte a été rejetée. Cela peut s'expliquer au pénal par les rapports des experts qui ont pu conclure que les soins délivrés par les médecins avaient été conformes aux règles de l'art et qu'ils avaient été attentifs et diligents. Ainsi par les magistrats qui ont également pu conclure que la plainte du patient ne rassemblait pas les éléments permettant une poursuite en justice, ni les critères nécessaires pour entraîner une condamnation pénale. En effet, il est à rappeler que le droit pénal est d'interprétation particulièrement stricte, les infractions sont inscrites dans le Code pénal et il n'y a pas d'approximation possible dans la caractérisation de la faute ni de l'infraction.

Dans les juridictions civiles, aucun acte répréhensible n'a été retenu à l'encontre des médecins, car les expertises ont conclu que le contrat de soins à obligation de moyens avait été respecté. De plus, il a été démontré que les soins prodigués étaient consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux connaissances médicales actuelles. Par conséquent, même en cas d'erreur de diagnostic ou de choix thérapeutique, le médecin a démontré qu'il avait fait de son mieux pour aider son patient dans des circonstances parfois malchanceuses. Ainsi, ce qui rend cette situation unique et favorable pour le médecin est de penser qu'un autre médecin, confronté aux mêmes circonstances, n'aurait vraisemblablement pas pu faire mieux. L'analyse des situations n'ayant pas entraîné de condamnation permet d'adopter une perspective optimiste à l'égard des médecins. En effet, la jurisprudence reconnaît que les médecins ne sont pas infaillibles et que s'ils ont prodigué des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science, ils peuvent ne pas être condamnés, même en cas d'erreur de diagnostic.

En dernière analyse et d'après ce qui précède, on peut constater que de nombreux problèmes restent suspendus dans le domaine de la responsabilité médicale au Maroc et de nombreuses difficultés subsistent. Ainsi, la situation actuelle n'est satisfaisante ni pour les patients ni pour les médecins. Les patients sont confrontés à des problèmes de preuve, en ce sens l'accès au dossier médical est loin d'être chose aisée et les conclusions des experts sont souvent très équivoques dès lors que le souci de préserver la confraternité professionnelle s'impose. Le praticien médical de son côté, même s'il n'est pas condamné à l'issue de la procédure pénale, il ne sortira pas indemne de cette

expérience. Sur le plan financier, il devra faire appel à des conseils et des avocats dont les honoraires ne seront pas entièrement couverts par la protection juridique éventuellement incluse dans son assurance responsabilité civile professionnelle. De plus, en cas de sanction pénale sous forme d'amende, celle-ci ne sera pas prise en charge par l'assurance. Sur le plan professionnel, son implication dans une procédure pénale peut porter atteinte à sa probité et à sa réputation, ce qui est particulièrement préjudiciable dans une profession où la confiance est primordiale. Si le praticien souhaite céder sa patientèle, la valeur de celle-ci sera réduite en raison du litige en cours. Sur le plan psychologique, la procédure peut être traumatisante pour le praticien médical, ce dernier peut être soumis à des auditions, des interrogatoires, des confrontations, voire être placé en garde à vue, mis en examen avec un possible contrôle judiciaire ou même faire l'objet d'une détention provisoire. En conséquence, la pratique médicale ne sera plus la même avant et après une procédure pénale, laissant inévitablement des séquelles.²⁷

Propositions et perspectives

Dans le but de réduire la judiciarisation croissante de l'activité médicale et de diminuer le recours à la justice, il est nécessaire de combler le vide juridique qui persiste au Maroc. En effet, ce vide se manifestait jusqu'à la date de rédaction du présent article par l'absence d'un code de la santé et d'une haute autorité de santé représentant tous les intervenants,²⁸ tels que les médecins, les infirmiers et les représentants des patients qui ne sont autres que les représentants des consommateurs. Il est important de souligner que les lois spécifiques à la responsabilité médicale au Maroc sont régies par le Code des obligations et des contrats datant de 1913, contrairement aux autres pays comme la France où ces lois ont été modifiées à plusieurs reprises en offrant des références et des protocoles aux médecins. De plus, le code de déontologie établi pendant le protectorat n'a jamais été modifié, sans oublier de signaler l'absence quasi totale de normes légales en matière de sécurité des patients, de qualité des soins et d'accréditation, ce qui rend les expertises médicales et les sanctions prévues par la loi incertaines en cas de non-respect des règlements.

Il est recommandé d'adopter un code réglementant la responsabilité médicale qui prévoit un dispositif légal de médiation dirigé par un juge spécialisé, assisté

²⁷ M. FINON, Le médecin face à la justice : Entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire, th. PARIS DESCARTES, Dir. E. GALAM, 2015, p. 88.

²⁸ Une Haute Autorité de Santé, a été créé récemment par le Dahir n° 1-23-84 du 16 jourmada I 1445 (30 novembre 2023) portant promulgation de la loi n° 07-22 relatif à la création de la haute autorité de la santé.

d'experts formés, et qui comprend une grille d'indemnisation équitable. Il convient de rappeler que le code des assurances et le Code pénal ne sont pas adaptés à la spécificité de la pratique médicale. De plus, l'obligation d'assurance en responsabilité civile professionnelle pour les médecins, qui est abordée brièvement par la loi, semble être ignorée par les assureurs, d'où la nécessité pour les conseils des ordres des professions médicales de veiller à ce que tous leurs membres soient inscrits (ce qui n'est pas toujours le cas) et à ce que chacun d'entre eux ait souscrit une assurance de qualité couvrant largement les fautes civiles. Par ailleurs, il est essentiel que les autorités publiques procèdent à la mise à jour des anciens textes régissant l'exercice de la médecine, afin de garantir la protection tant des patients que des professionnels de la santé. Cette mesure permettrait d'éviter les décisions judiciaires imprévisibles, une jurisprudence inconstante en matière de responsabilité médicale et une indemnisation incertaine pour les victimes. En effet, l'établissement de normes claires contribuerait à réduire le nombre de victimes et à limiter les poursuites systématiques à l'encontre des médecins.

Plusieurs recommandations peuvent être proposées pour le corps médical commençant par l'obligation l'introduction de modules spécifiques sur la responsabilité médicale et les droits des patients dans le programme de formation médicale initiale facultative. En mettant en place cette mesure, les médecins actuels pourront éviter de reproduire les erreurs commises par leurs confrères en bénéficiant d'une compréhension approfondie des mécanismes défaillants en amont. Il est également essentiel de souligner que la formation initiale ne représente qu'une partie de la formation du médecin. Ainsi, pour maintenir une pratique quotidienne de qualité, il est nécessaire que les responsables des conseils de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des médecins dentistes s'impliquent davantage dans l'information et la formation de leurs membres. Des journées scientifiques de sensibilisation réunissant tous les acteurs de la société, tels que les médecins, les magistrats, les parlementaires, les autorités de l'ordre public et les médias, devraient être organisées.

Il serait souhaitable de créer une caisse d'indemnisation des conséquences des accidents médicaux non fautifs, sur le modèle de la France, où la prise en charge par la solidarité nationale des conséquences d'un accident médical non fautif a représenté l'une des avancées majeures de la loi du 4 mars 2002 en faveur des victimes. Il est également recommandé de créer des mécanismes d'arbitrage ou de médiation dans le contexte de la responsabilité médicale afin d'offrir une alternative viable pour résoudre les litiges de manière plus rapide, plus souple et plus satisfaisante pour toutes les parties impliquées en prenant l'exemple de la France qui a instauré une procédure de règlement amiable pour les accidents médicaux ou toute personne se considérant victime d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins peut faire appel à une commission de

conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux CCI, également appelée CRCI.

De manière générale, les erreurs médicales sont souvent à l'origine de plaintes de la part des patients. Cependant, il peut arriver que la saisine de la justice par les patients soit abusive, alors que le médecin n'a commis aucune faute. Dans de tels cas, les médecins disposent d'actions possibles pour faire face à des plaintes abusives. Une fois que l'absence de faute est reconnue par le juge, le médecin peut envisager d'engager une action en dénonciation calomnieuse devant la juridiction pénale, conformément à l'article 445 du CP marocain, lorsque les faits dénoncés sont faux. Le médecin peut également intentier une action en dommages et intérêts contre le patient, en prouvant que la plainte initiale du patient a été déposée avec légèreté ou qu'il s'est acharné malgré des rapports d'expertise incontestables. Il est important de souligner que ces situations restent exceptionnelles, et il est rare qu'un médecin parvienne à faire reconnaître la faute ou la mauvaise foi d'un patient devant un tribunal.

Pour conclure, il est crucial de rappeler que pour qu'un médecin puisse travailler correctement et fournir des soins conformes aux données scientifiques, il doit pouvoir exercer dans un environnement serein. Si le médecin travaille dans la précipitation et la fatigue, il risque de commettre des erreurs et de ne plus être conscient du risque médico-légal des situations. Il est également important de prendre en compte le phénomène de burn-out, qui est caractérisé par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'épanouissement personnel. Ces aspects doivent être pris en considération pour garantir la sécurité des patients et le bien-être des professionnels de la santé.

Nature de la recommandation	Contenu
Statut du médecin & conditions de travail	Garantir un environnement de travail propice à la concentration et à la vigilance, en limitant les horaires excessifs et en promouvant le bien-être mental des professionnels de la santé.
Environnement réglementaire	Mettre en place un dispositif de sanctions claires et proportionnées en cas de non-respect des normes médicales et de sécurité des patients.
Formation médicale	Introduire des modules spécifiques sur la responsabilité médicale et les droits des patients dans le programme de formation initiale des médecins.
Sensibilisation et formation	Organiser des journées scientifiques impliquant

	divers acteurs de la société pour sensibiliser sur les enjeux de la responsabilité médicale et promouvoir des pratiques conformes aux normes
Système d'indemnisation	Créer une caisse d'indemnisation des conséquences des accidents médicaux non fautifs et établir des mécanismes d'arbitrage ou de médiation pour résoudre les litiges de manière efficace.
Protection contre les plaintes abusives	Donner aux médecins des recours légaux contre les plaintes abusives, incluant des actions en dénonciation calomnieuse et en dommages et intérêts lorsque la mauvaise foi du plaignant est avérée.
Prévention du burn-out	Prendre en compte les risques de burn-out chez les professionnels de la santé en mettant en place des mesures de soutien psychologique et des politiques de gestion du stress.
Gestion des données médicales	Établir un registre détaillé des accidents médicaux survenus au cours des dernières années pour permettre aux professionnels de la santé d'avoir une vision précise de la situation et d'orienter les politiques de prévention.

Références Bibliographiques

- ALEXANDER (M.) et CORNELOUP (S.), « La publicité des situations juridiques. Une approche franco-allemande du droit interne et du droit international privé. », *RIDC* 2004.
- BELHOUS (A.), *le droit médical aspects déontologiques et juridiques de la relation médecin-malade*, 1 éd, Education Media Event, Casablanca, 2017.
- BEN AMAR (W.) et alii, « La responsabilité médicale pénale du médecin dans le contexte de la pandémie Covid-19 », *PubMed*, Vol. 98, n 5, 2020.
- BEN SEDRINE (L.), *La responsabilité civile, pénale et disciplinaire du médecin au Maroc : insuffisances et défaillances d'un système*, th. Perpignan, préf. F. PAUL BLANC, 2006.
- BEGGAL (N.), *les moyens de preuves en responsabilité médicale, mémoire*. Institut supérieur de magistrature Rabat, dir. C. AGRAOUJ, 2010.
- BENYAICH (H.) et autres, « Aspects éthiques et déontologiques de la médecine pénitentiaire », *Rev. Droit, Déontologie & Soins*, Volume 20, Issue 3, 2020.

- BELLOULA (H.), « la responsabilité médicale », *Rev. Journal de Neurochirurgie* novembre, n 22, 2015.
- BOUBESS (I.) et al. « La responsabilité médicale en obstétrique au Maroc : analyse des dossiers des contentieux judiciaires entre 2015-2018 », *In. PubMed central*, 2022, n 43.
- BELLOULA (HD.), « La responsabilité médicale », *Journal de Neurochirurgie*, novembre, n° 22, 2015.
- CARTZ (C.) et ROUGE-MAILLART (C.), « Causalité juridique et imputabilité médicale : l'incidence de l'approche juridique du lien de causalité sur la pratique expertale en droit de la réparation du dommage corporel », *Médecine & Droit*, Issue 168, 2021.
- CHELLY (H.), « L'impact d'internet sur la relation médecin-malade », *Revue de Médecine Générale et de Famille*, N°13, Mars 2020.
- COLETTE-BASECQZ (N.), « Liens entre responsabilité pénale et responsabilité civile dans le contexte de l'activité médicale », *Revue Belge du dommage corporel et de médecine légale*, 42°, 2015.
- DELFORGE (C.), « La responsabilité civile du médecin au regard de la prescription de médicaments », *Rev générale du droit civil Belge*, 2020.
- DI LANDRO (A.), « medical malpractice as a tort in the U.S., as a crime in Italy: factors, causes, paths and outcomes. » *Rev. The Age of Human Rights Journal*, 12, June 2019.
- DELFORGE (F.), *Place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale : impact de la médiatisation d'une question de santé publique*, th. AMIENS JULES VERNE, dir. C. MANOUIL, 2016.
- DUCROS (IG.), *responsabilité pénale et faute non-intentionnelle du praticien médical*. Th. Montpellier, dir. D. THOMAS, 2016.
- DIRARE (S.), *le consentement éclairé, nécessité pour le patient le patient et pour le praticien : étude préliminaire au service d'Urologie (CHU HASSAN II)*, th. Univ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH, dir. M. FARIH, 2015.
- FOFANA (A.), *Complications de la cholécystectomie laparoscopique*, th. BAMAKO, dir. D. SANGARE, 2009.
- FINON (M.), *Le médecin face à la justice : Entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire*, th. PARIS DESCARTES, Dir. E. GALAM, 2015.
- GUARDADO (JR.), « Medical Liability Claim Frequency Among U.S. Physicians », *In. American Medical Association*, 2017.
- HAKI (I.), *la responsabilité pénale du médecin pour les certificats médicaux en droit marocain*, mémoire. Université IBNO ZOHR, dir. H. BELLOUCH, 2018.
- KARANDE (S.) et MARRARO (GA), « Minimizing medical errors to improve patient safety : An essential mission ahead », *In. JPGM*, 2021, N 67.
- LEGER (A), MANAOUIL (C) et autres, « Responsabilité médicale et expertise : de la loi du Talion à la loi Kouchner », *Médecine & Droit*, 2023, N 178.

- MABILAIS (A.), *Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales : étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands*, th. Rouen, dir. P. LANCIEN, 2017.
- MAJORCZYK (M.), *La médicalisation du droit pénal*, th. Lille, dir. A. DARSONVILLE, 2022.
- MATHIEUR (P.), « La responsabilité pénale médicale en droit Belge », *Rev. La cour suprême : la responsabilité pénale médicale à la lumière de la législation et de la jurisprudence*, 2011, numéro spécial.
- MACLENNAN (A.), NELSON (KB.), et all, «Who will deliver our grandchildren? » *In. PubMed*, n 294, 2005.
- MISTRETTA (P.), « Droit pénal médical », *In Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, N° 2, 2018.
- RADOMAN (I.), *Plaintes et condamnations concernant des médecins généralistes : analyse des jurisprudences et des déclarations de sinistre au cours des 26 dernières années*, th. Nice, dir. V. ALUNNI.
- ROWLAND (S.P.) et FITZGZRALD (JE.) *et al.* « Digital health technology-specific risks for medical malpractice liability », *NPJ Digit. Med*, N 157, 2022.
- PY (B.), *Recherches sur les justifications pénales de l'activité médicale.*, dir. JF SEUVIC, Th. Nancy, 1993.
- SALEM (G.), *Contribution à l'étude de la responsabilité médicale pour faute en droit français et américain*, th. PARIS VIII VINCENNES SAINT DENIS, dir. F. DEMICHEL, 2015.
- SLIM (AB.) et VEZIAN (J.), « How to reduce failure to rescue after visceral surgery? » *Journal of Visceral Surgery*, Volume 158, Issue 4, August 2021.
- TERRE (F.), « Propos sur la responsabilité civile et pénale du médecin », *In Santé, médecine, société*, 2010.
- ZRIBI (M.), BARDAA (S.), et autres, « Etude de la responsabilité médicale dans la région de Sfax et du sud Tunisien », *In. J.I. M. Sfax*, N°25, Février 2017.

Loi et Jurisprudence

- Dahir (9 ramadan 1331) formant Code des obligations et des contrats (B.O. 12 septembre 1913)
- Da., n° 1-59-413 du 28 Joumada II 1382 (26 novembre 1962) portant approbation du texte du code pénal, BORN n° 2640 bis du 12 moharrem 1383 (5 juin 1963).
- La constitution promulguée par la Da., n° 1-11-91 du 29 juillet 2011, 27 chaabane 1432, BORM n° 5964 bis du 30 juillet 2011, version française
- L'arrêté du ministère de la santé., n 456-11, 2 Rajeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement intérieur des hôpitaux, BORM n 5926 du 12 rabii II 1432 (17 mars 2011), p. 306.
- Loi n 2000-647, 10 juillet. 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels, JORF n°159 du 11 juillet 2000.

- Décret n° 2-21-225 du 6 kaada 1442 (17 juin 2021) relatif au Code de déontologie de la profession médicale ayant abrogé les dispositions de l'arrêté résidentiel du 8 juin 1953 relatif au code de déontologie des médecins au Maroc. BORN N° 7066 – 15 rejeb 1443 (17-2-2022). Version française.
- Loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine promulguée par le Da., n° 1-15-26 du 19 février 2015, 29 rabii II 1436, BORM n° 6342, 12 mars 2015, version française.
- Da., n° 1-58-261 du 1^{er} chaabane 1378 (10 février 1959) formant Code de procédure pénale, BORM n° 2418-bis du 05-03-1959, P. 379.
- Ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé, JORF n°0017 du 20 janvier 2017.
- Da., n 1-13-16 du 1^{er} Joumada I 1434 (13 mars 2013) portant promulgation de la loi n 08-12 relative à l'Ordre national des médecins, BORM n 6144, 7 Joumada II 1434 (18-4-2013), p. 1744.

CA AGADIR, Arrêt n 234 du 28/11/2020, inédit
TPI AGADIR, Arrêt n 1202/42 du 4/11/2021, inédit.
T.P.I AGADIR, Arrêt n 180/2019 du 13/2/2019, inédit.
CA AGADIR, Arrêt n 1832 du 22/03/2017, inédit
CA AGADIR, Arrêt n 1385 du 30/10/2018, inédit.
CA AGADIR, Arrêt n 2332 du 24/03/2018, inédit.
CA AGADIR, Arrêt n 183 du 26/01/2017, inédit
TPI INZEGANE, Arrêt n 13 du 01/02/2019, inédit.
T.P.I AGADIR, Arrêt n 276/2019 du 19/12/2019, inédit.
Cour de Cassation, n 1056 du 29/11/2021, inédit

ismat



INSTITUTO SUPERIOR
MANUEL TEIXEIRA GOMES

