



UNIVERSITY OF ABDELHAMID IBN  
BADIS MOSTAGANEM  
جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم  
FACULTY OF MEDICINE  
كلية الطب

**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
Département de médecine

*Thèse de Doctorat en Sciences Médicales*

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES  
MEDECINS EN MATIERE DE RESPONSABILITE MEDICALE  
PENALE DANS LA WILAYA DE MOSATAGANEM 2023

*Soutenue publiquement le 08/04/2025*

**Dr. SERHANE Rafik**  
*Maitre-assistant en médecine légale,  
Droit médicale et éthique  
Service de médecine légale  
CHU Mostaganem*

**Composition du Jury**

Prof. DOUBALI Khaled	Président	Faculté de Médecine d'Alger
Prof. BENKADA Mohamed Benamar	Membre	Faculté de Médecine de Mostaganem
Prof. BOUNZIRA Tewfik	Membre	Faculté de Médecine de Mostaganem
Prof. Prof AOUNE Fadila	Membre	Faculté de Médecine de Mostaganem
Prof. BENSAFIR Salim	Membre	Faculté de Médecine d'Oran
Prof. HAKEM Djenette	Directeur de thèse	Faculté de Médecine d'Alger

---

# REMERCIEMENTS

---

*Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers le Professeur **HAKEM Djenette**, mon directeur de thèse, pour m'avoir accordé cette opportunité de réaliser ce travail.*

*Je suis extrêmement reconnaissant envers elle pour son encadrement précieux, ses conseils éclairés, sa disponibilité constante et le soutien infaillible qu'elle m'a apporté tout au long de cette thèse.*

*Je tiens à exprimer ma profonde et sincère gratitude au Professeur **DOUBALI Khaled** pour avoir accepté de présider le jury de ma soutenance. Son engagement, sa bienveillance et son expertise ont été d'une grande valeur pour l'aboutissement de ce travail.*

*Je le remercie chaleureusement pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail, pour ses précieux conseils et ses remarques pertinentes qui ont enrichi et affiné ma réflexion. Son regard éclairé et sa rigueur scientifique ont été une source d'inspiration tout au long de ce travail.*

*Sa disponibilité, son soutien et son exigence intellectuelle ont largement contribué à la qualité de cette étude, et je lui suis profondément reconnaissant pour le temps et l'attention qu'il y a consacrés.*

*C'est un immense honneur pour moi de bénéficier de son expertise et de pouvoir compter sur ses recommandations avisées. Je lui adresse toute ma gratitude et mes plus sincères remerciements.*

*Je souhaite également exprimer ma profonde reconnaissance envers le **Professeurs BENKADA Mohamed Benamar** pour son temps, ses conseils précieux et son regard éclairé qui ont enrichi ce travail. Votre contribution a été essentielle à l'aboutissement de cette thèse.*

*Un grand merci à **BOUNZIRA Tewfik** pour son expertise, ses conseils précieux, sa disponibilité, son soutien indéfectible et son engagement dans l'évaluation de ce travail.*

*Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à **AOUNE Fadila** pour Son expertise et sa bienveillance ont été d'un soutien inestimable tout au long de cette recherche.*

*Je remercie sincèrement **BENSAFIR Salim** pour son expertise, ses conseils éclairés, sa disponibilité et son engagement précieux dans l'évaluation de ce travail.*

*Mes remerciements vont également à Dr HADJIJ Redouane, DR ZOUAOUI Mounir, Dr MECHTA Aich, madame DJELLOULI Nora et madame STAILI Maria, et madame MECHMACHE Nor el houda, madame GHEZALA Khalida, madame Fares Fatima Zohra et monsieur MAAZIA pour leurs soutiens et leurs contributions précieuses tout au long de cette thèse.*

*Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, ainsi qu'à ma famille et mes proches pour leur soutien indéfectible et leurs encouragements tout au long de ce parcours.*

---

# DEDICACES

---

*À mes chers parents,*

*Vous êtes ma source de force, mon refuge et mon inspiration. Votre amour inconditionnel, vos sacrifices et votre soutien indéfectible ont illuminé chaque étape de mon parcours. Sans vous, ce rêve n'aurait jamais vu le jour. Cette thèse est le fruit de votre patience, de vos encouragements et de votre foi en moi.*

*À ma famille,*

*Votre présence, vos mots réconfortants et votre soutien constant m'ont porté dans les moments de doute et de fatigue. Merci pour votre bienveillance et votre amour inépuisable.*

*Ce travail est le vôtre autant que le mien.*

*Avec toute ma gratitude et mon affection.*

# *Sommaire*

REMERCIEMENTS	I
DEDICACES	VIII
ACRONYMES- ABREVIATIONS	XII
LISTE DES TABLEAUX	XIII
LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES	XIV
LISTE DES ANNEXES	XVII
CH A P I T R E I INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE	XXI
INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE	1
CH A P I T R E II L'ACTE MEDICAL	8
1.1. La nature de l'acte médical	9
1.1.1- Introduction :	9
1.1.2. Définition de la pratique médicale ou l'acte médical	10
1.1.2.1. Définition de l'acte médical selon la législation	11
1.1.2.2. Définition de l'acte médical selon la jurisprudence	12
1.2-Fondement de la légalité de l'acte médical	14
1.2.1. Fondement de la légalité de l'acte médical dans les conventions internationales	14
1.2.2. Fondement de la légalité de l'acte médical dans le droit algérien	15
1.3. Condition de l'exercice de la médecine en Algérie	16
CH A P I T R E III LA FAUTE MEDICALE	19
1.1. Concept de faute médicale	20
1.2. Définition de la faute médicale	21
1.2.1. Définition de la faute médicale en droit algérien	21
1.3. L'Erreur médicale	22
1.3.1. Définition de l'erreur médicale selon la jurisprudence	24
1.4. L'évolution historique de l'erreur médicale	25

1.4.1. L'erreur médicale dans les temps anciens	25
1.4.2. L'erreur médicale à l'ère moderne	26
1.5. Les caractéristiques distinctives de l'erreur médicale	27
1.5.1. L'élément matériel de l'erreur médicale	27
1.5.2. L'élément moral de l'erreur médicale	28
1.6. Les causes des erreurs médicales	29
1.6.1. La négligence	29
1.6.2. Absence de prudence	30
1.6.3. La non-considération des lois, des décisions, des règlements et des systèmes.	31
1.7. Les différentes classifications des erreurs médicales	31
1.7.1. L'erreur légère et l'erreur grave	32
1.7.2. L'erreur pénale et l'erreur civile	32
1.7.3. L'erreur ordinaire et l'erreur technique	32
1.8. L'erreur médicale dans l'obligation d'obtenir un résultat	33
1.8.1. Le contenu de l'obligation d'obtenir un résultat	33
1.8.2. La charge de la preuve	34
1.8.3. Le rôle de l'expertise dans la preuve de l'erreur médicale	34
1.8.3.1. Définition de l'expertise	34
1.8.3.2. L'impact de l'expertise dans la preuve de la faute médicale	36
1.9. La notion dépassée de la faute médicale	36
<b>CH A P I T R E IV LA RESPONSABILITE MEDICALE</b>	<b>38</b>
<b>LA RESPONSABILITE MEDICALE</b>	<b>39</b>
<b>1.1.LES PRINCIPES GENERAUX DE LA RESPONSABILITE PENALE ET CIVILE EN MATIERE MEDICALE</b>	<b>39</b>
1.1.1. Les principes généraux de la responsabilité médicale pénale	39
1.2 Les infractions reprochables au médecin dans l'exercice de sa profession	43
1.2.1. Définition de l'infraction	43
1.2.2. Les infractions contre les personnes en matière médicale	44
1.2.2.1. Les atteintes volontaires reprochables au médecin	45
1. Les expériences médicales et essais cliniques	50
2. Les prélèvements et transplantations et le trafic illégal d'organes humains	50
1.2.2.2. Les atteintes involontaires en matière médicale	52
1.2.3. Les infractions médicales aux obligations légales	53
A -La violation du secret professionnel	53

B-Le refus de déférer à une réquisition	55
C -La délivrance de faux certificats et corruption pour faux certificat	56
D-Délit d'infraction aux lois concernant les substances vénéneuses –trafic de stupéfiants	57
1.2.4. Les infractions liées aux conditions d'exercice de la médecine	59
A-L'exercice ou concours à l'exercice illégal de la médecine	59
B-L'usurpation de titres de médecin ou de professionnel de santé	59
1.1. Le médecin pénalement responsable	60
A-Le principe de la responsabilité pénale du fait personnel en matière médicale	62
B-Le principe de La responsabilité pénale de l'équipe médicale	63
<b>C H A P I T R E IV   HYPOTHESE ET OBJECTIFS DU TRAVAIL</b>	<b>65</b>
I- Hypothèse de travail :	66
II- Objectifs de l'étude :	67
1.- Objectif principal :	67
2.- Objectifs secondaires :	67
<b>CH A P I T R E V    METHODOLOGIE</b>	<b>69</b>
2.- Définition des cas	69
2.1.- Critères d'éligibilité	69
2.1.1.- Critères d'inclusion :	69
2.1.2.- Critères d'exclusion	69
3.- Recueil, saisie et enregistrement des données :	70
4.- Analyse des données et application des tests statistiques :	70
5.- Contraintes de l'étude:	70
<b>C H A P I T R E VI    RESULTATS DE L'ETUDE</b>	<b>72</b>
<b>CH A P I T R E VII    DISCUSSION</b>	<b>108</b>
<b>CH A P I T R E VIII   CONCLUSION</b>	<b>133</b>
<b>C H A P I T R E IX    PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>136</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>138</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>145</b>
<b>Abstract</b>	<b>175</b>

---

# ACRONYMES- ABREVIATIONS

---

<b>ONAVEM</b>	Organisation Nationale Algérienne des Victimes d’Erreurs Médicales
<b>CDH</b>	Convention des Droits de l’Homme
<b>PIDCP</b>	Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques
<b>DDH</b>	Déclaration des Droits de l’Homme
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>CNDM</b>	Conseil National de Déontologie Médicale
<b>ITT</b>	Incapacité Totale de Travail
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>UMC</b>	Unité Médico-Chirurgicale, un type de service hospitalier

# **LISTE DES TABLEAUX**

<b>NUMERO</b>	<b>I N T I T U L E S</b>	<b>PAGE</b>
Tableau 1	Répartition des consultations par mois faites par les médecins	56
Tableau 2	Répartition de la classe d'ancienneté des médecins	90
Tableau 3	Répartition des médecins qui travaillent dans le secteur public	91

# LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

NUMERO	INTITULE	PAGE
<b>Fig.1</b>	Répartition des médecins selon le sexe	62
<b>Fig.2</b>	Répartition des médecins selon l'âge	62
<b>Fig.3</b>	Répartition des Médecins selon leurs statuts professionnels	63
<b>Fig.4</b>	Répartition des Médecins selon leurs spécialité médicale	63
<b>Fig.5</b>	Répartition selon les années d'ancienneté	64
<b>Fig.6</b>	Répartition des Médecins selon le leurs affiliation professionnelle	65
<b>Fig.7</b>	Répartition des Médecins selon leurs familiarités avec la responsabilité médicale	65
<b>Fig.8</b>	Répartition des médecins selon les éléments constitutifs de la responsabilité médicale pénale	66
<b>Fig.9</b>	Répartition des médecins selon leurs connaissance sur les principales infractions pénales liées à la pratique médicale	66
<b>Fig.10</b>	Répartition des médecins selon leurs connaiesses sur les conditions requises pour engager la responsabilité pénale d'un médecin	67
<b>Fig.11</b>	Répartition des médecins répondants "oui" selon leurs connaissances sur les conditions requises pour engager la responsabilité pénale d'un médecin	67
<b>Fig.12</b>	Répartition des médecins selon leurs connaissances sur des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie	68
<b>Fig.13</b>	Répartition des médecins selon leur connaissance de la définition de la faute médicale	68
<b>Fig.14</b>	Répartition des médecins selon leur connaissance sur les conséquences de la faute médicale	69
<b>Fig.15</b>	Répartition des médecins selon leur responsabilité des fautes médicales	69
<b>Fig.16</b>	Répartition des médecins selon leur connaissance de la définition de la responsabilité médicale	70
<b>Fig,17</b>	Répartition des médecins selon leur proposition pour réduire votre responsabilité médicale en tant que médecin	70
<b>Fig.18</b>	Répartition des médecins selon leur connaissance sur la définition du secret médical	71
<b>Fig.19</b>	Répartition des médecins selon leur erreur de diagnostic	71
<b>Fig.20</b>	Répartition des médecins selon leurs connaissances des risques liés à l'erreur de Diagnostic	72
<b>Fig.21</b>	répartition des médecins selon l'administration de traitement inadapté	72

<b>Fig.22</b>	Répartition des médecins selon l'erreur de posologie de médicament	73
<b>Fig.23</b>	Répartition des médecins selon L'omission de fournir une information Important a un patient	73
<b>Fig.24</b>	Répartition des médecins selon la Modification d'une ordonnance ou un document médical pour aider un patient	74
<b>Fig.25</b>	Répartition des médecins selon le refus d'exécuter une mission ordonnée par les autorités judiciaires	74
<b>Fig.26</b>	Répartition des médecins selon le remplacement dans un cabinet médical ou une clinique privée sans autorisation de la tutelle	75
<b>Fig.27</b>	Répartition des médecins selon Le matériel de soins utilise à l'extérieur De l'établissement	75
<b>Fig.28</b>	Répartition des médecins selon les soins réalisées en dehors de l'urgence vitale sans le consentement du patient	76
<b>Fig.29</b>	Répartition des médecins selon L'abandon de la structure de sante avant l'heure de sortie	76
<b>Fig.30</b>	répartition des médecins selon leur refus d'examiner un patient	77
<b>Fig.31</b>	Répartition des médecins selon les raisons pour lesquelles ont refusé l'examen d'un patient	77
<b>Fig.32</b>	Répartition des médecins selon Le partage de l'information avec l'entourage	78
<b>Fig.33</b>	Répartition des médecins selon leur Implication dans une plainte pour faute médicale	78
<b>Fig.34</b>	Répartition des médecins selon La nature des plaintes	79
<b>Fig.35</b>	Répartition des médecins selon l'impact de la procédure judiciaire sur leur pratique et bien-être émotionnel	79
<b>Fig.36</b>	Répartition des médecins selon les services où l'erreur médicale s'est produite	80
<b>Fig.37</b>	Répartition des médecins selon le type d'erreur médicale	80
<b>Fig.38</b>	Répartition des médecins selon leur avis sur la compensant financière des victimes d'erreurs médicales	81
<b>Fig.39</b>	Répartition des médecins selon les mesures à prendre pour prévenir les erreurs médicales	81
<b>Fig.40</b>	Répartition des réponses des médecins Selon leurs propositions de la possibilité d'éviction des fautes médicales	82
<b>Fig.41</b>	répartition des réponses des médecins selon leurs propositions pour l'amélioration de la qualité des soins et prévenir les fautes médicales	82

<b>Fig.42</b>	Répartition des réponses des médecins Selon la formation spécifique sur la responsabilité médicale pénale au cours de vos études de médecine	83
<b>Fig.43</b>	Répartition des médecins selon leurs participation à des programmes de formation continue traitant de la responsabilité médicale pénale	83
<b>Fig.44</b>	Répartition des réponses médecins selon importance d'inclure des cours sur la responsabilité médicale pénale dans les programmes de formation médicales initiale	84
<b>Fig.45</b>	répartition des réponses des médecins selon l'information sur les conséquences juridiques de leurs actes médicaux	84
<b>Fig.46</b>	répartition des réponses des médecins selon les lacunes dans la formation et l'information sur la responsabilité pénale	85
<b>Fig.47</b>	répartition des médecins selon les aspects souhaites abordés dans les programmes de formation sur la responsabilité pénale	85
<b>Fig.48</b>	répartition des réponses des médecins selon mécanismes de soutien	86
<b>Fig.49</b>	répartition des réponses des médecins selon les ressources de soutien	86
<b>Fig.50</b>	Réparation des réponses des médecins selon leur avis pour améliorer le soutien	87
<b>Fig.51</b>	Répartition des réponses des médecins Selon les principales ressources d'information	87
<b>Fig.52</b>	répartition des réponses des médecins selon les suggestions proposées pour renforcer les connaissances	88
<b>Fig.53</b>	Données croisées entre le statut professionnel (Q3) et les éléments constitutifs de la responsabilité médicale pénale (Q9)	89
<b>Fig.54</b>	Données croisées entre la connaissance adéquate des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie et le statut professionnel des répondants	92
<b>Fig.55</b>	Données croisées entre la connaissance adéquate des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie et l'affiliation professionnelle	93
<b>Fig.56</b>	Données croisées entre les résultats des connaissances de la définition faute médicale et le statut professionnel	94
<b>Fig.57</b>	Croisement des résultats entre la connaissance des types de la faute médicale et le statut professionnel	95

# LISTE DES ANNEXES

NUMERO	INTITULE	PAGE
Annexe 1	QUESTIONNAIRE : Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins en matière de responsabilité médicale pénale dans la wilaya de Mostaganem	157- 160
Annexe 2	<i>Article 39 du code pénal algérien</i>	161
Annexe 3	Article 166 de la santé algérienne	162
Annexe 4	Article 353 de la santé algérienne	163
Annexe 5	Article 5 du code de déontologie médicale algérien	164
Annexe 6	Article 95-99 du code de déontologie médicale algérien	165
Annexe 7	Article 125-131 de la Loi n° 22-13 du 13 Dhou El Hidja 1443 correspondant au 12 juillet 2022 modifiant et complétant la loi n° 08-09 du 18 Safar 1429 correspondant au 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative	166
Annexe 8	Article 7 du Décret exécutif n° 24-409 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique.	167
Annexe 9	Article 31 du Décret exécutif n° 24-409 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique.	168
Annexe 10	Article 7 du Décret exécutif n° 24-410 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux spécialiste de santé publique	169
Annexe 11	Article 7 de la Convention européenne des droits de l'homme Le texte de la Convention est présenté tel qu'amendé par les dispositions du Protocole no 14 (STCE no 194) à compter de son entrée en vigueur le 1er juin 2010.	170

Annexe 12	Article 254-442 du code pénal algérien	171
Annexe 13	Article 49 du code de déontologie médicale algérien	172
Annexe 14	Article 343 et 344 de la santé algérienne	173
Annexe 15	Article 9 du code de déontologie médicale algérien	174
Annexe 16	Article 304-313 du code pénal algérien	175
Annexe 17	Article 77 et 78 de loi la santé algérienne	176
Annexe 18	Arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques	177
Annexe 19	Article 354-360 de loi la santé algérienne 2018	178
Annexe 20	Article 354-360 de loi la santé algérienne 2018	179
Annexe 21	Article 301 du code pénal algérien	180
Annexe 22	Article 24 et 25 de loi de santé algérienne 2018	181
Annexe 23	Article 36 -41 du code de déontologie médicale algérien	182
Annexe 24	Article 178 de loi la santé algérienne	183
Annexe 25	Article 49,62 du code de procédure pénale algérien	184
Annexe 26	Article 187 bis du code pénal algérien	185
Annexe 27	Article 226 du code pénal algérien	186

---

# **CHAPITRE I**

## **INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE**

---

---

# CHAPITRE I

## INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE

---

La médecine a connu une évolution remarquable et des progrès importants au cours des dernières décennies. Ce qui s'est fait au cours des cinquante dernières années est plus important que ce qui s'est fait au cours de vingt siècles de médecine. Toutefois, cette plus grande efficacité de la médecine moderne n'a pas dissimulé ses effets néfastes et les dangers liés à son développement, ce qui est une caractéristique essentielle de tout progrès scientifique dans presque tous les domaines de la vie. Ce n'est pas le cas du domaine médical, car le corps humain est au cœur de ces sciences et de ces recherches.

Effectivement, les méthodes de traitement médical contemporaines nécessitent fréquemment l'utilisation de médicaments dont les conséquences ne sont pas toujours prévisibles ou sans aucun danger à long terme. De plus, l'emploi d'équipements et d'outils dans les soins médicaux a effectivement augmenté le taux de réussite des traitements, mais cette avancée médicale, a accroît les risques pour le corps des patients. C'est aussi ce qui a entraîné une hausse importante des poursuites en responsabilité civile contre les médecins, les accusant de préjudices causés par les actes médicaux et chirurgicaux.

Si le législateur autorise les médecins à intervenir sur le corps humain en commettant des actes constituant des crimes, s'ils étaient commis par d'autres, c'est pour soigner les patients, apaiser leurs douleurs et encourager leur guérison. Cependant, ces actions doivent être conformes à des critères et des principes éthiques, déontologiques et légaux. Toute infraction expose le médecin à des poursuites judiciaires.

Le débat actuel ne se concentre donc plus sur la question de savoir si les médecins doivent être jugés pour leurs actes. Ce principe existe depuis longtemps et il est reconnu que les médecins, comme d'autres experts, peuvent être considérés comme responsables sans avoir droit à une immunité spécifique. Le principe de responsabilité médicale et particulièrement pénale des médecins a joué un rôle dans la détérioration du caractère sacré qui entourait leur métier. De plus, le progrès croissant des droits des patients, des systèmes démocratiques et la généralisation de l'assurance responsabilité ont favorisé l'utilisation de la justice pour prendre des mesures en matière de responsabilité médicale.

Les dimensions morales, juridiques et sociales de l'erreur médicale dans le cadre de la responsabilité civile et pénale sont les principales raisons de l'importance de ce sujet lié à l'erreur médicale.

Le sujet revêt également une grande importance en raison de sa sensibilité, ayant suscité des débats doctrinaux et juridiques au fil des années, suscitant de nombreuses controverses quant aux bases juridiques sur lesquelles la responsabilité civile du médecin pour ses erreurs peut être engagée. Cela est principalement causé par un vide et une ambiguïté dans la législation permettant de définir clairement et précisément le concept d'erreur médicale, sans se restreindre aux principes généraux appliqués par analogie au concept d'erreur.

De plus, certaines idées généralement acceptées en médecine s'opposent à l'exercice du juge dans la surveillance des pratiques médicales afin de tenir les médecins responsables de leurs erreurs. On peut citer parmi ces concepts : le principe de la liberté thérapeutique du médecin, le principe de recours à l'aide d'autrui, ainsi que le principe du conflit entre l'obligation de résultat et l'obligation de moyens, font partie de ces notions. L'exigence de performance et l'exigence de ressources. Ces principes soulèvent un souci qui demande une solution afin d'aborder ce sujet de manière théorique et pratique, en équilibrant deux intérêts : le droit du médecin à l'initiative médicale et le droit du patient à recevoir un traitement approprié. [1]

D'un point de vue pratique, les progrès scientifiques et techniques en médecine nécessitent une mobilisation de tous les niveaux législatifs, judiciaires et doctrinaux, en ajustant les lois pour contribuer au développement médical. Il est essentiel de mettre en place des plus de lois médicales qui définissent les rôles et les obligations des divers intervenants du domaine de la santé. Certains actes médicaux doivent également être punis par ces lois, afin de protéger les victimes des erreurs médicales contre l'imprudence et l'irresponsabilité professionnelle des médecins.

Finalement, le moteur principal de cette réflexion est l'augmentation significative des affaires concernant les erreurs médicales qui sont portées devant les tribunaux. Ces cas posent de nombreuses interrogations et problèmes concernant l'attribution de l'erreur au médecin ou non, ainsi que la nécessité scientifique de suivre les changements majeurs que connaît ce sujet, tant au niveau du droit national qu'international, ainsi qu'à tous les niveaux législatifs, judiciaires et doctrinaux. La prolifération des ouvrages et des écrits spécialisés traitant de l'erreur médicale sous différentes perspectives a encouragé la recherche d'une approche plus adaptée répondant aux exigences sociales dans un but de justice et d'équité.

Cette réflexion traite également l'absence de dispositions spécifiques garantissant les droits des patients dans un cadre procédural simplifié par le législateur algérien. Il est important que ces mesures reconnaissent de manière explicite la responsabilité des médecins pour leurs erreurs.

Selon l'Organisation nationale algérienne des victimes d'erreurs médicales, beaucoup des personnes touchées décident de ne pas faire appel en raison de l'absence de lois les protégeant et de la complexité des procédures associées à ce genre de cas.

Parmi celles-ci, 90 % se rendent à la Cour suprême ou au Conseil d'État, et certaines restent en attente pendant plus de 14 ans après leur introduction, souvent avec l'acquiescement des médecins ou le refus des hôpitaux de verser les indemnités décidées par la justice. En outre, de nombreux patients ne peuvent pas se rendre devant les tribunaux en raison de la perte ou de la dissimulation par les établissements hospitaliers de dossiers médicaux indispensables pour identifier les responsables des erreurs médicales. [1]

Si les salles d'accouchement enregistrent les cas d'erreurs médicales les plus fréquents, les femmes sont la catégorie la plus affectée, notamment en raison de complications comme les malformations ou la perte de l'utérus, les décès de nouveau-nés et les complications graves de santé. Les conséquences sociales de ces erreurs sont souvent importantes, comme en témoignent les dossiers judiciaires. [1]

Beaucoup d'autres sont dus à des erreurs graves engendrées par une mauvaise prise en charge, dans les services d'urgence ou dans les salles d'opération des établissements publics et privés. Les victimes subissent fréquemment des pertes d'emploi ou restent au chômage en raison de ces erreurs médicales, ce qui ajoute une dimension tragique à leur souffrance, car de nombreuses personnes voient leur vie détruite en partie ou entièrement en raison des incapacités causées par ces erreurs médicales. [2]

Plusieurs éléments ont influencé le choix de traiter le sujet de l'erreur médicale dans le contexte de la responsabilité pénale. Tout d'abord, l'importance de continuer les études sur la responsabilité médicale. Par la suite, on observe une augmentation des erreurs médicales dans un pays où le domaine de la santé, en particulier public, continue de souffrir du manque de technologies modernes, de personnel qualifié, d'infrastructures appropriées et d'une surveillance insuffisante dans le domaine de la santé. De plus, de nombreuses victimes accusent des liens de complicité entre médecins, ce qui rend difficile l'identification des erreurs, car le juge ne peut prendre une décision sans preuves concrètes.

Il est aussi difficile de démontrer que l'erreur médicale est une faute, ce qui rend difficile l'obtention d'indemnisations ou la sanction, qui sont parfois insuffisantes et disproportionnées par rapport à la gravité des erreurs. Il est important que les médecins compétents ne se laissent pas décourager par l'augmentation croissante des problèmes juridiques liés aux incidents médicaux, qui sont devenus un sujet quasi quotidien dans les médias et les conférences scientifiques. Effectivement, les professionnels de santé compétents ne se préoccupent pas de leur responsabilité légale, en particulier grâce à l'assurance obligatoire en responsabilité civile qui couvre les dommages causés au cours de l'exercice de leurs arts. [3]

En revanche, la justice se trouve parfois dans une situation délicate face aux cas d'erreur médicale. Il est fréquent que les médecins refusent de voir dans leurs erreurs professionnelles un motif de mise en cause. Le juriste ne peut donc pas s'exprimer sur ce sujet, interdit que l'idéologie médicale cherche à imposer à la fois théoriquement et pratiquement, en éloignant les juristes de ce champ.

C'est la raison pour laquelle l'adoption du thème de l'erreur médicale et de la responsabilité médicale pénale a pour objectif de mettre en lumière une problématique qui, bien qu'inédite, représente un défi à l'échelle mondiale. Juristes, médecins et experts en droit travaillent ensemble pour trouver des réponses aux problèmes liés aux pratiques médicales inappropriées.

Cette étude vise principalement à élargir la réflexion et à aborder le sujet de manière générale, dans le but d'arriver à une conclusion qui permettra de dépasser et de redéfinir le concept d'« erreur » comme critère déterminant ce qui est autorisé ou non dans les actes médicaux. Il est essentiel de prendre en compte les décisions judiciaires et les opinions doctrinales qui ont établi des fondements juridiques stricts qui rendent les médecins et leurs auxiliaires responsables, en fonction des responsabilités à chaque étape de l'acte médical. Il s'agit de veiller à ce que la responsabilité ne soit pas exclue au motif de l'absence d'un préjudice ou d'un lien de causalité dans les erreurs médicales.

Parmi les objectifs de cette étude est de voir si les mécanismes juridiques actuels, tels que la loi 18-11 sur la santé, correspondent à la réalité du système de santé en Algérie. Cela implique une évaluation de ces lois dans le contexte de la politique sociale de l'ordre public.

L'enjeu de cette étude est que le législateur algérien n'a pas pris de position claire et explicite quant au principe de la responsabilité des médecins en cas d'erreur et que le médecin se croit à l'abri de toute sanction soit par ignorance ou par négligence.

Lorsqu'on examine les lois algériennes, on constate une évolution évidente et une efficacité limitée face aux nouveaux défis du domaine médical, notamment en ce qui concerne la responsabilité médicale. Même si certaines mesures ont été prises, telles que la loi n°18-11 du 2 juillet 2018 sur la santé ou la loi n°85-05 du 16 février 1985 sur la protection et la promotion de la santé, ces textes demeurent insuffisants, ou d'autres lois, comme la loi modifiée et complétée n°90-17 ou le décret exécutif n°92-276 concernant le code de déontologie médicale.

La mise en place d'un cadre juridique spécifique pour la responsabilité pénale des professionnels de la santé, en particulier celle des médecins, n'a pas été possible.

L'insuffisance de textes légaux pose divers problèmes, notamment en raison de la présence de peu d'ouvrages algériens spécifiques sur la responsabilité médicale et de la difficulté à obtenir des jugements ou des décisions judiciaires qui clarifient la position des tribunaux concernant les types et les degrés d'erreurs qualifiée par le juge comme une faute judiciaire, et qui doivent être prises en considération par les médecins.

Dans cette situation, et étant donné l'importance de préserver l'intégrité physique et morale des personnes contre les erreurs médicales, qui peuvent avoir des conséquences graves sur la vie des patients, il est essentiel de repérer les faiblesses et les obstacles du système juridique de santé en Algérie. Cela permettrait de donner une compensation adéquate aux victimes selon l'ampleur des dommages subis, de sanctionner les médecins fautifs et de diminuer les difficultés des procédures judiciaires, notamment en ce qui concerne la preuve de l'erreur des médecins.

Enfin, même si la responsabilité médicale repose sur l'erreur, il est primordial de revoir ce concept en fonction des avancées contemporaines et des exigences de protection des patients. L'objectif de cette étude est de renforcer le débat sur la responsabilité médicale, surtout pénale, le rôle des médecins et de favoriser une approche plus moderne et juste de cette problématique.

Bien que le rôle de l'« erreur » soit en partie réduit dans certains cas, celle-ci demeure le fondement de la responsabilité médicale surtout pénale. Cependant, l'erreur médicale a pris une forme particulière, distincte de l'erreur générale, pour des raisons de probabilité des actes médicaux et des responsabilités qui en découlent.

Enfin, la question principale de cette étude est la suivante : Dans quelle mesure la connaissance approfondie des lois de la responsabilité médicale et de la notion de faute médicale par les médecins influence-t-elle leurs pratiques cliniques et leur capacité à prévenir les erreurs médicales? ", dans un contexte où l'acte médical repose sur des probabilités et une méconnaissance presque quasi-totale des textes réglementaires qui régissent la santé en Algérie de la part des médecins ?

Cela suscite diverses questions à savoir, est-ce que les dispositifs juridiques en vigueur en Algérie sont adéquats pour réguler les fautes médicales, tout en assurant un équilibre entre les parties concernées, cela inclut d'une part la méconnaissance des textes réglementaires par les médecins, et d'autre part l'exigence croissante d'une prise en charge médicale réussie ?

Quels sont les critères juridiques qui permettent de distinguer une erreur médicale acceptable (liée à l'incertitude inhérente à la pratique médicale) d'une faute professionnelle engageant la responsabilité pénale du médecin, et Comment les tribunaux algériens interprètent-ils et appliquent-ils les textes réglementaires en matière de fautes médicales, notamment face à la complexité et à l'évolution des pratiques médicales?

La méconnaissance des textes réglementaires par les médecins influence-t-elle les décisions judiciaires en cas d'erreur médicale, et existe-t-il des mécanismes de formation ou de sensibilisation pour améliorer la connaissance des médecins en matière de réglementation médicale en Algérie ?

Comment concilier la protection des droits des patients et la nécessité de ne pas décourager les médecins dans leur pratique, notamment dans un contexte où l'acte médical comporte des risques inhérents ?

Quel rôle jouent les expertises médicales dans l'évaluation des erreurs médicales et dans la détermination de la responsabilité pénale des praticiens ?

Quelles sont les limites de la responsabilité pénale des médecins dans un contexte où l'acte médical repose sur des probabilités et des incertitudes scientifiques, et comment les erreurs médicales sont-elles perçues par la société algérienne, et comment cette perception influence-t-elle les décisions judiciaires et les réformes législatives ?

Ces questions permettent d'explorer les dimensions juridiques, éthiques, sociales et pratiques liées à la responsabilité pénale des médecins en cas d'erreur médicale.

Nous utilisons une méthode descriptive et analytique pour répondre à ces questions, en utilisant des comparaisons ponctuelles. En nous basant sur les cadres juridiques français, égyptien et algérien, nous examinerons les courants doctrinaux et les décisions judiciaires, dans le but de proposer des solutions adaptées aux défis posés par la responsabilité médicale.

En l'absence d'études spécifiques sur ce sujet dans la population algérienne, et compte tenu de la gravité des conséquences liées aux erreurs médicales, il apparaît essentiel d'engager des recherches pour identifier les erreurs les plus fréquentes dans la pratique quotidienne des médecins, ainsi que celles susceptibles de se transformer en fautes médicales (devant les tribunaux).

À ce jour, les données disponibles sur les fautes médicales récurrentes, la responsabilité individuelle des médecins, ainsi que les impacts financiers, physiques et psychologiques pour les patients, les médecins et les professionnels de santé en milieu hospitalier, restent très limitées.

Notre étude vise à approfondir la compréhension de cette problématique, dans l'objectif de prévenir et de réduire la survenue d'erreurs médicales, tout en minimisant les risques encourus par les patients.

---

## **CHAPITRE II**

# **L'ACTE MEDICAL**

---

# CHAPITRE II

---

## L'ACTE MEDICAL

---

### 1.1. La nature de l'acte médical

#### 1.1.1- Introduction :

L'histoire des sciences est marquée par des périodes d'accélération et d'autres de ralentissement relatif. Dans le domaine médical, par exemple, Wilhelm Röntgen a observé, lors d'une soirée d'automne en 1895, que la plaque de cyanure de baryum dans son laboratoire émettait une lueur éclatante lorsqu'elle était accidentellement soumise à un courant électrique élevé. Grâce à cette observation, les rayons X ont été découverts, capables de franchir des obstacles métalliques. C'est un moment décisif dans l'histoire de la médecine, car peu de découvertes médicales ont été aussi rapidement et aussi largement diffusées que celle des rayons X. [4]

La médecine est perçue comme un métier noble et profondément humain. Depuis l'Antiquité, l'homme a été confronté à différents risques, notamment en raison des conditions de vie rudimentaires de l'époque. La médecine est l'une des plus anciennes professions connues de l'humanité. Malgré sa primitivité initiale, elle a connu une évolution en même temps que les avancées scientifiques et civilisationnelles des sociétés humaines. Les textes historiques arabes sont remplis d'illustrations de l'essor de la médecine arabe, de ses personnalités emblématiques et de ses établissements hospitaliers. Cette évolution est également expliquée dans les grandes œuvres sur l'histoire des civilisations universelles. [5]

Mais si, en principe, l'intégrité du corps humain suppose qu'on en préserve l'inviolabilité, la nécessité des soins justifie des interventions médicales qui, autrement, seraient interdites par la loi ou la religion. De cette manière, le corps humain devient le lieu d'opérations médicales, autorisées par le législateur afin de permettre aux médecins et chirurgiens d'exercer leurs fonctions sans violer les principes déontologiques, légaux et éthiques.

Ce sont toujours des interventions visant à garantir le bien-être et le soulagement du patient, à condition que ces actes respectent plusieurs engagements et conditions, à commencer par une autorisation légale préalable.

Étant donné que l'homme a toujours été au cœur des préoccupations et de la protection légale à travers les époques, les progrès des sciences médicales ont toujours suscité un intérêt croissant pour les études juridiques concernant la protection de l'individu. Le droit à la santé physique et mentale est un droit essentiel de chaque individu. Dans le passé, les pratiques médicales se restreignaient à la prise en charge des maladies, à la réparation des fractures, à la prescription de remèdes – souvent à base de plantes – et à la réalisation de petites interventions chirurgicales. De nos jours, le domaine de l'activité médicale a connu une expansion significative. Il englobe non seulement le diagnostic et le traitement, mais aussi des interventions chirurgicales complexes, l'imagerie, l'anesthésie, et bien d'autres encore. Il comprend également des actions préventives comme la vaccination et la quarantaine afin d'éviter la propagation des maladies, qui reposent sur une collaboration constante entre différents domaines de spécialisation.

Le cadre de référence et l'expertise technique des médecins varient dans ces domaines. La source des actions pouvant entraîner une responsabilité médicale est l'acte médical. Son caractère est spécifique, intrinsèquement lié à son but : un objectif thérapeutique qui vise à traiter les patients et à apaiser leurs douleurs physiques et psychologiques. [6]

La définition et la compréhension de la notion d'acte médical sont donc indispensables afin de préciser ses caractéristiques et les responsabilités qu'il peut entraîner.

### 1.1.2. Définition de la pratique médicale ou l'acte médical

Il existe des divergences d'opinions sur la définition exacte de l'acte médical. Selon certains auteurs, l'acte médical est toute action réalisée par une personne qualifiée dans le but d'assister autrui dans sa guérison, à condition que cette action soit fondée sur les règles et les principes établis par la science médicale. Globalement, l'acte médical englobe toutes les actions entreprises par un médecin pour traiter un patient [7]. Contrairement à d'autres métiers, l'acte médical est une activité technique et complexe qui s'adresse directement au corps humain et à ses affections, en établis-

sant un diagnostic précis de l'état du patient. Afin d'exercer cette profession, le praticien doit être médecin, ce qui signifie qu'il doit être capable d'évaluer les diverses méthodes thérapeutiques et à sélectionner la meilleure approche pour atteindre la guérison. [8] [9]

Les sciences naturelles, notamment la médecine, ont précédé les sciences humaines. Depuis toujours, la protection de l'être humain a été au cœur des préoccupations juridiques. Cependant, les avancées médicales ont constamment réaffirmé l'importance d'une réflexion légale sur la protection de la personne. Le droit à la santé corporelle est l'un des droits essentiels de chaque personne.

C'est pourquoi il semble nécessaire de définir clairement et précisément la notion d'acte médical dans les lois régissant l'exercice de la médecine. Une telle clarification permettrait de faire la distinction entre les actes qui relèvent strictement de la pratique médicale et les interventions qui ne relèvent pas de ce domaine, évitant ainsi toute confusion pour les juristes et les magistrats dans l'interprétation des faits dans ce domaine.

#### 1.1.2.1. Définition de l'acte médical selon la législation

L'analyse de la définition de l'acte médical dans la législation révèle que chaque pays adopte une approche distincte. Par exemple, en France, la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine était essentiellement consacrée au traitement des maladies. Avant la loi sur la santé publique de 1942, modifiée le 15 octobre 1953, le diagnostic et l'examen médical n'étaient pas considérés comme des actes médicaux, mais la définition a été élargie pour englober ces étapes. [10]

En Égypte, la loi n'a pas défini explicitement l'acte médical, mais l'a implicitement défini dans le cadre des conditions d'exercice de la médecine. D'après le premier article de la loi n° 45 de 1955, Sans être inscrit au tableau des médecins, il est interdit à toute personne de prodiguer des conseils médicaux, de diagnostiquer des patients, de faire une opération chirurgicale, de prescrire des médicaments ou d'effectuer toute autre intervention médicale. [11]

En Algérie, les lois précédentes, comme la loi n° 05-85 sur la protection et la promotion de la santé, ne définissaient pas non plus clairement l'acte médical, mais elles

se focalisaient sur la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies. Le texte de la loi n° 11-18 sur la santé n'a pas non plus défini l'acte médical, se contentant de décrire les objectifs du système de santé et les missions des professionnels de la santé, tels que le diagnostic, le traitement, la prévention et l'éducation. [12]

Dans le code de déontologie médicale, le décret exécutif n° 276-92 a stipulé que les médecins ont le droit de réaliser des opérations de diagnostic, de prévention et de traitement. Toutefois, ce texte n'a pas défini de manière précise l'acte médical. Selon la loi algérienne, il revient au juge et aux médecins de déterminer l'acte médical dans chaque situation particulière. [13]

En résumé, de la même manière que la législation française et égyptienne, la législation algérienne n'a pas donné une définition claire de l'acte médical, mais a insisté sur les responsabilités des professionnels de la santé, en se concentrant sur les tâches à accomplir, sans s'attarder sur ce qu'implique exactement l'acte médical. Le législateur algérien s'est donc conformé à un modèle proche de celui des lois françaises et égyptiennes, en laissant au droit et à la jurisprudence la responsabilité de préciser la définition de l'acte médical selon les cas.

#### 1.1.2.2. Définition de l'acte médical selon la jurisprudence

Une fois les approches des législations comparées et de la doctrine étudiée, il faut se pencher sur la façon dont les juridictions ont traité la notion d'acte médical à travers les affaires juridiques traitées. Nous étudierons les opinions des tribunaux en France, en Égypte et en Algérie sur l'acte médical.

##### 1.1.2.2.1 L'acte médical dans la jurisprudence française

Longtemps, la jurisprudence française a restreint l'acte médical aux seuls traitements. À l'origine, la Cour de cassation avait jugé que la prise en charge des patients et l'application de thérapies étaient des actes médicaux. Néanmoins, cette notion s'est développée au fil du temps afin d'inclure d'autres étapes du processus médical, telles que les examens et les analyses. [14]

C'est seulement avec la loi sur la santé publique du 24/09/1942 que le diagnostic a été reconnu comme acte médical. Dans ses décisions ultérieures, la jurisprudence

française a établi que l'acte médical est une responsabilité exclusivement exercée par les médecins, chirurgiens ou d'autres professionnels de la santé, sous la responsabilité directe du médecin. Il a été établi par le Conseil d'État que l'acte médical ne peut être réalisé que par un médecin ou un chirurgien, ou par un assistant médical sous la supervision du médecin, intervenant en tout temps. La théorie de la responsabilité personnelle ou subjective dans les actes médicaux a été adoptée, mettant en évidence que même si les actes médicaux ont évolué, seuls les professionnels de la santé peuvent les accomplir selon la jurisprudence française. [15]

#### *1.1.2.2.2 L'acte médical dans la jurisprudence égyptienne*

La jurisprudence égyptienne a suivi une voie semblable à celle de la France. La notion d'acte médical a d'abord été limitée par les tribunaux égyptiens aux traitements et aux diagnostics des maladies. Selon la Cour de cassation, la responsabilité d'un médecin ne repose que sur l'existence d'une faute grave dans le diagnostic ou le traitement. Des jugements qui mettaient l'accent sur l'importance de la précision dans le diagnostic et le traitement, sans oublier le rôle du médecin dans l'application des traitements adéquats, ont confirmé cela. [16]

En raison de l'évolution de la législation égyptienne, le concept d'acte médical s'est étendu à l'ensemble des consultations médicales, des prescriptions de médicaments et des opérations chirurgicales. La Cour a aussi mis en évidence le fait qu'un acte médical doit être réalisé par un médecin dûment inscrit au tableau des médecins, en vertu de l'article 1er de la loi n° 415 de 1955 régissant la fonction des médecins en Égypte. De cette manière, le concept d'acte médical en Égypte a connu une évolution en adoptant une approche plus globale, en prenant en compte la variété des actes médicaux dans la pratique quotidienne. [17]

#### *1.1.2.2.3 L'acte médical dans la jurisprudence algérienne*

L'acte médical n'a pas été défini de manière explicite par le système judiciaire algérien, mais ce dernier a indirectement abordé ce concept à travers les décisions concernant la responsabilité médicale. Des actes tels que le diagnostic, les traitements, les analyses médicales et les soins préopératoires ont été inclus par les juges algériens dans l'acte médical. La responsabilité médicale a été déclarée par la Cour suprême en cas de négligence ou de non-respect des normes médicales, entraînant un

décès. Par exemple, un médecin pourrait être condamné pour homicide volontaire ou involontaire si un patient meurt à la suite de son refus de lui apporter l'assistance médicale requise, à condition qu'il y ait une relation de causalité entre l'omission et le décès.

La justice en Algérie a également accordé une grande importance aux actes qui sont considérés comme des éléments essentiels de l'acte médical, comme le diagnostic, les analyses préopératoires, la prescription de traitements et le suivi médical. En cas de non-respect de ces actes, le professionnel de la santé est tenu responsable. La jurisprudence algérienne a donc adopté une perspective plus large sur l'acte médical, mettant en évidence que tout acte visant à améliorer l'état de santé du patient fait partie de cette catégorie. La non-exécution de ces actes, si elle est possible, est une faute qui entraîne des responsabilités.

## **1.2-Fondement de la légalité de l'acte médical**

### **1.2.1. Fondement de la légalité de l'acte médical dans les conventions internationales**

Le domaine de la santé est perçu comme une composante essentielle des droits de l'homme et de leur préservation, en accord avec de nombreuses conventions internationales qui assurent la dignité et l'intégrité physique de l'homme. Selon l'article 3 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, « tout individu a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne », principe qui assure la protection contre les atteintes à la personne ou les traitements inhumains. La Constitution algérienne a inclus cette déclaration, mettant en évidence l'adhésion de l'Algérie aux conventions internationales qui respectent ces droits. [18]

L'homicide volontaire, la torture ou les traitements inhumains, y compris les expérimentations scientifiques nuisibles, sont considérés par les conventions internationales comme des violations graves qui mettent en péril l'intégrité physique et mentale des personnes. Ce genre d'actes est qualifié de « crimes internationaux » et est qualifié de crime de guerre en droit international. [19]

En outre, tout manquement intentionnel qui met en danger gravement la sécurité physique ou mentale d'une personne est une infraction au droit international et peut entraîner des sanctions pénales à l'encontre de ses responsables.

La Charte des Nations Unies (1945), la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) ratifié par L'Algérie en le 12 septembre 1989, ainsi que d'autres textes internationaux, ont mis en avant l'importance de préserver la dignité humaine et le droit à la vie et à l'intégrité physique. Ces principes contraignent les États à garantir le respect des droits des personnes et à sanctionner toute violation qui pourrait nuire à ces droits fondamentaux, que ce soit par des expérimentations médicales injustifiées ou par une négligence médicale. [20]

Dans les conventions internationales, la légitimité du travail médical repose donc sur un principe essentiel : le respect et la préservation des droits de l'homme contre toute action susceptible de causer des souffrances ou des dommages physiques ou mentaux.

### 1.2.2. Fondement de la légalité de l'acte médical dans le droit algérien

Après avoir présenté les discussions doctrinales sur la base de la légalité des actes médicaux, nous examinons la position du droit algérien afin de déterminer la tendance adoptée en matière de légalité des actes médicaux.

Selon l'article 39, alinéa 1 du Code pénal algérien, l'acte n'est pas considéré comme un crime si la loi l'a ordonné ou autorisé. Ce texte est universel et ouvert, car il ne spécifie pas les actes auxquels cette autorisation s'applique si l'acte a été réalisé sur ordre ou autorisation de la loi. On peut distinguer « ordre de la loi » de « autorisation de la loi ». L'autorisation est optionnelle, c'est-à-dire que celle-ci permet à la personne de faire l'acte ou de s'en abstenir, comme le stipule l'article 61 du Code de procédure pénale, qui permet à toute personne de conduire un suspect aux forces de l'ordre dans les cas manifestes. D'autre part, l'application de la loi est indispensable, et sa violation engage la responsabilité pénale. [21]

De cette manière, grâce à l'autorisation légale, il est permis d'exercer des actes médicaux. Ceci explique que la pratique des actes médicaux sur le corps du patient n'est

pas un droit, comme nous l'avons dit, mais une simple dérogation. L'examen et le traitement ne sont pas autorisés par le médecin, mais il est autorisé à exercer son art avec tout patient qui demande son aide, sauf dans des situations exceptionnelles, comme lors de la propagation d'épidémies ou de la vaccination obligatoire, etc.

Le législateur algérien a non seulement donné cette dérogation, mais l'a également entourée de limites et de conditions afin d'en assurer l'utilisation dans le but noble de soigner et non de compromettre l'intégrité du patient. Ces limites établissent de manière nette la limite entre l'acte permis et le délit. En analysant les lois régissant le domaine médical, en particulier le code de déontologie, il ressort que le législateur algérien estime que la légalité de l'acte médical repose sur une nécessité thérapeutique, qui doit être soumise à plusieurs conditions, à commencer par l'approbation de la loi.

### 1.3. Condition de l'exercice de la médecine en Algérie

Les États s'efforcent à encadrer l'exercice des professions médicales, conformément aux normes. De son côté, le législateur algérien a structuré ces métiers en adoptant des lois visant à préserver la santé publique, comme la loi sur la santé [22], ainsi que plusieurs décrets exécutifs, tels que Décret exécutif n° 24-409 du 26 Jomada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique, Décret exécutif n° 24-410 du 26 Jomada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique loi de santé 18/11 et le décret exécutif n° 276-92 du 06/07/1992 concernant le Code de déontologie médicale.

Il est clair que l'autorisation légale est la première condition requise pour exercer la médecine. Il s'agit d'un certificat administratif délivré par le ministre de la Santé ou, par délégation, par le directeur de la santé de la wilaya. Cette autorisation vise à préserver la santé des citoyens et à empêcher tout dépassement.

Selon l'article 166 de la loi 18/11, l'exercice de la profession de médecin, de pharmacien et de chirurgien-dentiste est soumis à une autorisation du ministre chargé de la santé, sous les conditions ci-après :

- La personne qui souhaite obtenir cette autorisation doit posséder un diplôme algérien (médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, ou un diplôme étranger reconnu comme équivalent) ; être de nationalité algérienne ; être titulaire d'un diplôme algérien requis ou d'un titre reconnu équivalent ; jouir de ses droits civiques ; ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale incompatible avec l'exercice de la profession ; avoir les capacités physiques et mentales qui ne sont pas incompatibles avec l'exercice de la profession de santé. [23]

Ce qui veut dire que la capacité du professionnel de santé à exercer ses fonctions sans que des limitations physiques ne compromettent la sécurité des patients ou la qualité des soins. Elle peut inclure des exigences en matière de mobilité, de dextérité, d'acuité visuelle et auditive, etc., en fonction de la profession exercée et elle englobe la capacité du professionnel de santé à prendre des décisions éclairées, à gérer le stress, à maintenir une communication efficace avec les patients et les collègues, et à faire preuve de discernement. Elle implique également l'absence de troubles mentaux qui pourraient altérer le jugement ou le comportement du professionnel.

Les professionnels de santé sont tenus de s'inscrire au tableau de l'ordre de la profession correspondant.

Outre les conditions d'exercice citées à l'alinéa 1er, tirets 2 à 5 et à l'alinéa 2 cités ci-dessus, les professionnels de santé de nationalité étrangère sont soumis aux conditions d'exercice et d'emploi fixées par voie réglementaire.

Toutefois, concernant l'exercice illégal des professions de santé, l'article 185 stipule que toute personne qui n'a pas reçu l'autorisation du ministre de la Santé pour exercer dans un établissement de santé privé exerce illégalement. L'autorisation du ministre dans les conditions d'exercice de la médecine ou de la pharmacie a été omise par le législateur.

Selon l'article 5 du décret exécutif n° 92-276 concernant le Code de déontologie médicale, le médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien doit attester, lors de son inscription dans la liste auprès de la section régionale compétente, qu'il a pris connaissance des règles de déontologie et s'engage par écrit à les respecter.

En cas de dommages, même légères, causées par une personne non autorisée à exercer la profession médicale, elle sera pénalement responsable de ce préjudice, même si elle avait pour but de soigner et qu'elle avait les qualifications scientifiques requises. Le législateur n'a pas de tolérance en ceux qui ne sont pas autorisés à exercer la médecine, et il n'a pas non plus à vérifier si le médecin remplit toutes les exigences réglementaires.

Il convient de souligner que le médecin autorisé doit exercer son métier dans les conditions définies par l'autorisation. Cette dernière n'est qu'un préalable à l'exercice réel de la médecine, c'est-à-dire l'obtention de la qualification scientifique. Par exemple, si l'autorisation est réservée à l'anesthésie et que le titulaire de cette autorisation réalise une opération chirurgicale, il dépasse alors les limites de l'autorisation qui lui a été accordée et pourrait être tenu responsable pénalement et civilement.

---

# **CHAPITRE III**

## **LA FAUTE MEDICALE**

---

---

# CHAPITRE III

## LA FAUTE MEDICALE

---

### 1.1. Concept de faute médicale

La faute dans le domaine de la responsabilité en général n'est pas très différente de la faute médicale, si ce n'est qu'elle en est une forme, la responsabilité du médecin n'étant qu'une des formes de la responsabilité pénale dans le domaine médical. Grâce aux avancées technologiques qui ont entraîné l'apparition de méthodes de traitement inédites, des erreurs médicales ont émergé, ce qui était inconnu auparavant. En conséquence, le droit a dû se développer pour prendre en charge ces erreurs, même si le droit a souvent été impuissant face à ces changements, notamment en raison de son incapacité initiale à définir le critère distinctif permettant de déterminer ce qui est considéré comme une erreur médicale. [24]

En outre, le domaine juridique n'a pas pu définir de manière précise ce qu'est la faute médicale. C'est la raison pour laquelle la définition de la faute médicale dans le cadre de la responsabilité civile doit être examinée en profondeur et se demander si la faute intentionnelle est une volonté délibérée de causer un préjudice à autrui. La faute non intentionnelle ou la négligence pourrait donc être définie comme un préjudice causé à autrui sans intention de nuire, c'est-à-dire un comportement déviant qui entraîne un préjudice pour autrui.

Il est important de souligner que l'expression « faute du médecin » est plus générale et plus précise que « faute médicale », car la première met l'accent sur l'auteur de la faute, ce qui implique d'attribuer la faute à une personne donnée dans l'exercice de sa profession. Cependant, nous nous conformons ici à la pratique doctrinale qui emploie habituellement le terme « erreur médicale ». [25]

Dans cette perspective, nous avons séparé cette étude en quatre parties : la première sur la définition de la faute médicale, la deuxième sur l'évolution historique de la

faute médicale, la troisième sur les caractéristiques de la faute médicale et enfin, la quatrième sur les causes des fautes médicales.

## 1.2. Définition de la faute médicale

En règle générale, la faute correspond à l'écart par rapport à un comportement prévu, ou à l'action qui ne respecte pas la prudence requise par la vie sociale. La faute médicale, elle, fait référence au fait que le médecin ne respecte pas ses obligations professionnelles. On considère généralement que toute personne qui exerce une profession qui demande une étude approfondie doit connaître les principes scientifiques qui lui permettent de l'exercer de manière adéquate. Il est donc fautif pour un médecin de faire preuve de négligence en ignorant ces principes.

L'acte dommageable de la part du médecin est le premier élément de la responsabilité du médecin, souvent appelé « faute du médecin ». On peut examiner cette erreur sous diverses perspectives, que ce soit en termes de responsabilité pénale, civile ou disciplinaire. Le médecin est tenu responsable de l'atteinte à la santé physique du patient, qui constitue un danger pour sa santé et entraîne un préjudice. Ce préjudice a une signification étendue et englobe toute action qui cause des dommages au corps humain, sans forcément avoir un impact sur les organes corporels. À titre d'exemple, essayer de retirer des substances nocives du corps pourrait potentiellement conduire à la mort du patient. Pour être considéré comme judiciaire, l'acte du médecin doit être le fruit d'une négligence ou d'une faute. De cette manière, un médecin qui ne commet pas d'erreurs ou d'omissions et n'est pas responsable d'une faute ne sera pas jugé pénalement responsable, même si l'effet de son intervention est dommageable.

### 1.2.1. Définition de la faute médicale en droit algérien

La définition de la faute médicale est généralement acceptée dans le domaine juridique comme une négligence dans le comportement du médecin. Ce n'est pas un médecin distrait qui a commis cette erreur, mais un médecin qui est présent et pleinement conscient des conditions dans lesquelles il exerce. [26]

L'article 124 du code civil selon lequel « tout fait quelconque d'un homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » [27] et

Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé dans son Art. 353 « Toute erreur ou faute médicale avérée, après expertise, susceptible de mettre en cause la responsabilité de l'établissement et/ou du praticien médical ou professionnel de santé, commise dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé du malade, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, entraînent l'application des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur ». [28]

Selon la définition, la faute médicale se réfère au fait que le médecin ne respecte pas ses obligations spécifiques imposées par la science médicale, les règles professionnelles et les principes de l'art médical, ou bien qu'il les dépasse. En effet, quand un médecin exerce son métier, il doit être familier avec les fondements de son art et les principes scientifiques indispensables à son activité. La faute est imputable à tout médecin qui, par ignorance, cause un dommage. [29]

### 1.3. L'Erreur médicale

L'erreur médicale (terme non juridique) se réfère à tout acte qui découle de la négligence ou de l'inattention envers les responsabilités du médecin dans son travail, pour lesquelles il aurait dû prendre les précautions nécessaires et être vigilant envers le patient. [30]

Un autre point de vue définit cette erreur comme l'absence de l'exécution des obligations particulières ou générales imposées par la profession médicale, c'est-à-dire celles imposées par la profession elle-même ou par la loi. Cette erreur se produit lorsque l'action ou l'omission volontaire du médecin, directement ou indirectement, entraîne des résultats indésirables, alors qu'il aurait pu les éviter. [31]

Selon une autre définition, l'erreur médicale est un comportement mental qui nécessite que le médecin ne puisse pas anticiper les conséquences de son acte médical, en raison d'une négligence ou d'un manque de précaution. Il s'agit d'un acte médical préjudiciable, illégal et inhabituel. [32]

Dans les lois régissant la santé et la profession médicale en Algérie, le législateur n'a pas donné une définition précise de l'erreur médicale. Il n'a fait qu'établir les responsabilités et les engagements des médecins, ainsi que les lois et décrets qui ont suivi dans ce domaine. Aucune loi n'établit la responsabilité civile des médecins pour les erreurs commises ou ne précise l'erreur médicale. Les textes mentionnés ci-dessus se sont principalement intéressés aux devoirs et aux obligations des médecins et de leurs assistants, sans prendre en compte les poursuites civiles et les sanctions pénales qui peuvent découler de la violation de ces obligations et qui peuvent causer des dommages au patient. Cela a entraîné l'application par les tribunaux des règles générales en matière de la sécurité juridique des médecins et de leurs collaborateurs. [33]

Le législateur algérien n'a malheureusement pas donné une définition de l'erreur médicale en adoptant la loi n° 18/11 sur la santé. Il a continué à suivre la même voie que précédemment, en restant muet sur cette question et en se bornant à préciser les obligations de l'État dans ce domaine. Cela rend plus complexe pour le juge d'apprécier l'existence ou non de l'erreur et pour la victime de la démontrer. [34]

Dans la loi sur la responsabilité médicale, le législateur jordanien a défini l'erreur médicale comme étant : « Toute activité, qu'elle soit un acte ou une omission, qui ne respecte pas les règles professionnelles et cause un préjudice ». Le terme " aléas médiale suite à une complication médicale" a également été définie comme l'aggravation de l'état médical malgré les mesures de précaution prises par le professionnel de santé. [35]

Selon le droit des Émirats Arabes Unis, l'erreur médicale est définie comme : « la faute causée par une méconnaissance des aspects techniques que chaque médecin devrait maîtriser, ou lorsque l'erreur est causée par une négligence ou l'absence de la diligence nécessaire ». Il précise aussi que la responsabilité médicale n'est pas applicable dans certaines situations, telles que lorsque l'erreur découle du refus du patient de se faire soigner malgré une information préalable sur les conséquences, lorsque le médecin utilise une méthode scientifique spécifique qui diffère de celle d'autres médecins, mais qui respecte les principes médicaux reconnus, ou lorsque des complications médicales connues surviennent dans le cadre des pratiques médicales. [36]

Il est possible de conclure que les législateurs émirati et jordanien, comme certains autres pays, ont fait le bon choix de distinguer ce qui peut être qualifié d'erreur médicale et ce qui relève des complications médicales liées au traitement du patient, en particulier celles liées aux médicaments. Ces complications ne sont pas imputables au médecin, à moins que le patient ne soit allergique à un médicament, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur sa santé. [37]

### 1.3.1. Définition de l'erreur médicale selon la jurisprudence

La définition de l'erreur médicale et la délimitation de son champ ont été largement influencées par la jurisprudence. Par conséquent, l'arrêt Mercier de la Cour de cassation française du 20 mai 1936 stipule que le médecin est responsable si les soins qu'il a prodigués ne correspondent pas aux connaissances scientifiques actuelles. [38]

Selon la Cour de cassation française dans son arrêt historique du 20 mai 1936, « l'erreur médicale est l'absence de soins attentifs et vigilants conformes aux vérités scientifiques établies ». S'il ne fournit pas les soins vigilants requis, et en général s'il ne respecte pas ses obligations envers le patient, ou si les soins prodigués sont en contradiction avec les vérités scientifiques acquises, le médecin est coupable. [39]

Selon la Cour de cassation égyptienne, dans un arrêt du 21/12/1971, il a été décidé que « le médecin est tenu responsable de toute faute dans sa conduite médicale, qu'elle soit commise par un médecin vigilant ou non, et ce, peu importe la gravité de la faute, dans le cadre de son niveau professionnel et des circonstances extérieures qui entourent le médecin responsable ». [40]

Les données médicales confirmées constituent un cadre théorique qui établit les vérités scientifiques et les principes des procédures médicales, auxquelles les experts peuvent accéder et qu'ils intègrent dans leurs sources médicales. Il est donc fort probable que tout spécialiste soit au courant de ces informations médicales établies, de sorte que celui qui en est ignorant peut-être être considéré comme négligeant et relativement ignorant dans sa spécialité.

Le non-respect des procédures médicales est basé sur un critère objectif, la différence entre le comportement du praticien, pendant qu'il pratique le traitement, et

celui d'un médecin, c'est-à-dire un médecin compétent, expérimenté, prudent et précis dans son domaine de spécialisation. Son niveau professionnel est supposé être celui qui est généralement reconnu par les juristes modernes. [41]

## 1.4. L'évolution historique de l'erreur médicale

La médecine a connu diverses évolutions en fonction de la perception des sociétés humaines de cette profession et de ses praticiens. La responsabilité a été reconnue par l'humanité, mais elle n'était pas aussi précise ni régulée qu'aujourd'hui, tant en ce qui concerne les conditions, les éléments de preuve nécessaires que la nature et la forme des sanctions qui y sont liées.

Avec l'apparition du concept d'erreur médicale, la responsabilité a été définie et une partie de ses dimensions et causes ont été identifiées dans les temps modernes. L'évolution des traitements médicaux, des soins et de l'utilisation d'outils et d'équipements a ensuite connu une évolution, tout comme la variété et la complexité des médicaments et des substances thérapeutiques. On peut donc dire que les soins et la profession médicale ont, dans une certaine mesure, changé avec la définition de la responsabilité de l'erreur médicale. [42]

### 1.4.1. L'erreur médicale dans les temps anciens

La mort était considérée dans les temps anciens comme un événement auquel ni le médecin ni le religieux n'avaient de pouvoir. La mort était perçue comme une cause de forces surnaturelles ou de démons. Ce qui est surprenant, c'est que cette croyance subsiste dans certaines régions d'Afrique, d'Asie et dans certaines sociétés d'Amérique latine, où l'on pensait que les individus devaient accepter les conséquences de tout traitement, y compris la mort. De cette façon, le guérisseur était perçu comme étant au-dessus à toute responsabilité. [43]

Quant à la responsabilité en matière d'erreurs médicales, elle est née avec l'évolution et les avancées de la connaissance humaine de la médecine et des médicaments. Elle était déjà connue des anciens Égyptiens, des Babyloniens, des Grecs et des Romains. Cela démontre que le législateur ancien était préoccupé par la responsabilité du médecin et par la nécessité de préserver le patient et les individus contre les erreurs

médicales. Le médecin devait respecter les règles des grands médecins énoncées dans les textes sacrés, sinon il était tenu responsable et risquait des sanctions allant jusqu'à l'exécution ou l'exil. [44]

En ce qui concerne la législation canonique, l'Église était responsable des erreurs médicales. Lorsqu'un médecin faisait une erreur qui causait la mort du patient, l'Église lui demandait de se rendre entre les mains de la famille du défunt, qui avait le droit de tuer le médecin ou de l'utiliser comme esclave ou de le vendre sur le marché des esclaves. Chaque erreur commise dans l'exercice de la médecine était punie par l'Église et les autorités, même pour de petites erreurs. Zcharias (théologien médiéval du XIV siècle ) a rédigé un article sur les erreurs médicales qui sont punies par la loi canonique, en distinguant la négligence, la faute, l'ignorance et la mauvaise intention, et en distinguant les erreurs graves des erreurs mineures. Ils ont instauré une sanction pour chaque erreur et ils ont joué un rôle crucial dans la démonstration de la faute, si elle était préjudiciable au patient, que ce soit en raison de négligence, de retard, de procrastination ou d'une erreur de diagnostic, ou encore de prescription d'un médicament inefficace par le médecin [45]

#### 1.4.2. L'erreur médicale à l'ère moderne

L'ère moderne a vu l'évolution des pratiques médicales, la diversification des spécialités médicales et une augmentation significative du nombre de personnes engagées dans les professions médicales. Par conséquent, les erreurs médicales ont été très répandues parmi les médecins, au point que ces erreurs sont parfois craintes, même dans les pays industrialisés. Cela a incité de nombreux juristes et experts en droit à s'intéresser aux actes médicaux, à leurs réglementations, ainsi qu'à la législation et aux règles qui régissent cette profession humaine. Il s'agit de maintenir les avancées dans ce domaine médical et de le faire connaître, tout en préservant le patient des risques liés aux erreurs médicales et aux abus des médecins. Ainsi, des juristes dans les pays développés ont même créé une nouvelle branche du droit privé, appelée le "droit médical", comme c'est le cas en France. [46]

Bien entendu, cette grande avancée médicale a eu des conséquences sur la responsabilité civile des médecins et des chirurgiens, ce qui a conduit à une augmentation des cas dans lesquels leur responsabilité est engagée. Cette tendance a débuté au

début du XXe siècle et a connu une augmentation significative au cours des cinquante dernières années. Malgré ces avancées dans la médecine et dans son art, on aurait pu penser que le nombre de poursuites dans ce domaine aurait diminué. Mais le fait a démontré le contraire : il est évident que le nombre de plaintes contre le corps médical a considérablement augmenté à notre époque.

## 1.5. Les caractéristiques distinctives de l'erreur médicale

Il est indéniable que l'erreur médicale, comme nous l'avons vu, présente plusieurs caractéristiques qui la distinguent des autres erreurs. Par conséquent, la faute médicale qui entraîne la responsabilité civile et pénale du médecin est celle qui est confirmée et prouvée, étant donné que le médecin a négligé de respecter les principes scientifiques établis. Comme toutes les autres erreurs, l'erreur médicale est fondée sur deux éléments : un élément matériel et un élément moral. [47], Selon le Dr Reda Farag, l'élément matériel peut être divisé en trois éléments : l'action positive ou négative, le résultat et la relation entre les éléments. Il les perçoit comme des composantes essentielles de l'élément matériel. [48]

### 1.5.1. L'élément matériel de l'erreur médicale

Le fait matériel correspond à l'acte criminel commis par l'auteur et représente une transgression d'une disposition légale. Il est indispensable qu'il existe une obligation particulière de sécurité établie par la loi ou le règlement. Dans le domaine de la santé, il y a une telle responsabilité envers les médecins.

Quand quelqu'un viole cette obligation, c'est un comportement menaçant qui est l'élément matériel de l'infraction.

L'élément matériel de l'erreur médicale fait référence à l'incident au sens strict ou aux manifestations apparentes matérielles qui sont sanctionnées par la loi. Toute action du médecin ou de ses collaborateurs qui est en contradiction avec les pratiques médicales reconnues. Cet acte a des conséquences positives ou négatives. Un acte positif se traduit par une action volontaire organique de l'auteur, tandis qu'un acte négatif est le résultat d'une omission ou d'un défaut d'action. Le fait de ne pas faire une action imposée par la loi ou les coutumes de la profession est considéré comme un acte négatif. On considère tous ces éléments comme un acte volontaire qui peut être l'élément matériel de l'erreur médicale.

### 1.5.2. L'élément moral de l'erreur médicale

En général, l'élément moral de l'erreur médicale se manifeste par deux facteurs : la connaissance et la volonté. En d'autres termes, le médecin est tenu de prendre conscience qu'il accomplit un acte qui pourrait nuire au patient et, pourtant, il prend le risque et s'engage dans cette action, alors qu'il aurait pu l'éviter par une plus grande vigilance et attention. Cela nous conduit à parler du « meurtre par miséricorde », où la Cour de cassation égyptienne a jugé que l'intention de tuer ou d'amputer un membre pour des raisons médicales est une volonté et que l'appréciation de sa présence ou de son absence relève de la liberté du juge du fond dans l'appréciation des faits. [49]

Quand il y a des circonstances et des contextes qui justifient cette intention, il n'y a qu'à la prouver. Selon la jurisprudence, il n'est pas important de tenir compte des motivations nobles pour déterminer le but de l'acte ; en effet, le patient doit donner son consentement avant d'administrer un traitement médical, et le médecin doit se conformer aux principes scientifiques reconnus. Dans le cas où le médecin viole le contrat médical et les principes médicaux, il ne s'agit plus d'un simple contrat médical, mais d'un acte criminel, car il était supposé prendre soin du patient, ce qui implique sa responsabilité [50].

Une autre perspective remet en question la dimension morale en affirmant que l'objectif du médecin n'était pas de causer de dommages à son patient, mais de le guérir ou de soulager sa souffrance. Il est critiqué pour ce point de vue qui confond l'intention et la motivation. La motivation ne fait pas partie intégrante de l'erreur, mais elle peut être valorisante. Cependant, la simple présence d'une loi qui sanctionne l'acte et l'impose n'est pas suffisante pour établir la responsabilité. L'auteur doit avoir l'intention criminelle, c'est-à-dire l'intention criminelle évidente qui apparaît comme le contenu moral [51].

La politique criminelle contemporaine, incarnée par l'école de la défense sociale, a donc insisté sur l'importance de criminaliser certains comportements menaçants. En 1969, à l'occasion de la dixième conférence internationale sur le droit pénal, les législateurs des différents pays ont été invités à criminaliser « les comportements mettant autrui en danger », insistant sur le fait que la législation sur ce genre de comportement ne viole pas les principes du droit pénal tant que le principe de légalité est respecté. Cette recommandation a été suivie par de nombreux pays qui ont inclus

dans leurs lois pénales « le crime d'exposition d'autrui à un danger » comme une infraction distincte. Le code pénal polonais, autrichien, suisse, l'ancien yougoslave et l'ancien tchèque sont parmi ces lois, précisément, lorsque les mots employés dans la rédaction des textes pénaux sont précis et non flous. C'est la raison pour laquelle de nombreuses lois pénales ont fait de l'exposition des personnes à un danger une infraction autonome, connue sous le nom de crimes de danger.

## 1.6. Les causes des erreurs médicales

Malgré le nombre, la diversité et la difficulté de recenser les erreurs médicales, elles ne se produisent que si des facteurs et des causes y contribuent. La médecine nécessite une grande vigilance et une grande compétence. De cette manière, le médecin peut commettre des erreurs médicales en raison de sa négligence dans son travail, de son manque d'attention dans l'administration des soins et de son manque de rigueur, ce qui peut le rendre responsable sur le plan juridique. Ainsi, les erreurs médicales peuvent résulter de divers éléments, les plus fréquents étant les suivants :

### 1.6.1. La négligence

La négligence est caractérisée par un non-respect d'une obligation légale sans intention de causer de préjudice à autrui. On la définit également comme une erreur due à une attitude passive, à une négligence ou à un manque de précaution. L'absence de précision et d'attention du médecin ou du chirurgien à l'égard du patient peut avoir des conséquences graves, telles que l'oubli de préparer le patient correctement pour une opération prévue sous prétexte de rapidité dans le traitement d'une maladie soudaine ou la prise d'une décision unilatérale pour une opération qui ne relève pas entièrement de son domaine d'expertise. [52]

Le législateur algérien a mis en évidence l'importance pour les professionnels de santé de se conformer aux normes du système de santé et de prodiguer des soins en accord avec les principes scientifiques reconnus. [53]

Cela englobe également le fait que le médecin ou le chirurgien ne connaisse pas les techniques de traitement adéquats, car son niveau de qualification est insuffisant et le patient nécessite un soin plus technique. Cette définition est également influencée par d'autres facteurs, comme la conduite morale et l'attitude médicale. [54]

La négligence médicale peut entraîner des erreurs médicales dans les cas suivants :  
-Le patient ou sa famille n'a pas donné son consentement éclairé concernant son état, ce qui entraîne une négligence. Ne pas venir en aide à quelqu'un qui a besoin d'aide immédiate. Des erreurs dans l'administration des médicaments au patient. Un médecin exerçant alors qu'il est inapte à travailler (par exemple, sous l'influence de l'alcool mais lucide) ou réalisant une intervention chirurgicale sur un membre de corps sain. [55]

Par exemple, si un médecin fait une erreur en administrant un traitement par radiothérapie qui provoque une congestion interne du pied, il est tenu de prendre en charge son erreur, sans minimiser ses responsabilités en prétendant que les complications de la maladie étaient causées par l'interaction globale des symptômes. Si un médecin n'avait pas informé le patient d'une période prolongée de traitement, il aurait ajouté à son erreur un autre élément, celui de l'absence de précaution, en ne respectant pas l'obligation de soigner et d'éviter toute irritation de la peau dans la zone touchée. [56]

### 1.6.2. Absence de prudence

Lorsqu'il y a une mauvaise évaluation, un manque de compétence ou une ignorance évidente de ce qu'il faut savoir des principes de la profession, on parle de négligence. Par exemple, un orthopédiste pourrait faire une erreur lors de la lecture d'une radiographie, supposant qu'il y a une fracture [57].

L'absence de prudence est une erreur qui découle d'un comportement positif dans lequel l'auteur ne prévoit pas les conséquences et la gravité de l'acte qu'il a commis. Dans le droit libanais, la négligence est considérée comme l'absence de précaution, ce qui implique d'agir de manière précipitée, légère et sans prendre en compte les conséquences des actes. Cela peut être le cas, par exemple, d'un chirurgien qui pratique une opération sans avoir stérilisé les instruments qu'il emploie. [58]

L'absence de précaution signifie aussi que l'individu s'engage dans une action qu'il aurait dû éviter, sans anticiper les erreurs qui pourraient en découler, et poursuit son action sans prendre les mesures qu'il faut pour éviter ces risques. Le médecin est tenu responsable devant les instances judiciaires lorsqu'il réalise un acte médical dangereux tout en étant conscient de sa gravité et en anticipant les conséquences

possibles, mais sans prendre les mesures nécessaires pour éviter la survenue de ces effets.

Dans ce sens, la Cour de cassation égyptienne, dans son arrêt du 11/02/1973 (Numéro de pourvoi 421566), a jugé que "l'appelant, un spécialiste, a commis une erreur en réalisant l'opération sans prendre les précautions nécessaires pour en assurer les résultats et sans respecter l'attention requise en fonction de la méthode choisie. Cela a conduit à la perte totale de la vue du patient. Cette négligence manifeste suffit à engager la responsabilité pénale et civile de l'appelant, car il est établi que la légalité de l'acte du médecin est conditionnée à son respect des principes médicaux. Si ces principes sont négligés ou violés, la responsabilité pénale s'engage en raison de l'intention de l'acte et des conséquences dues à la négligence ou au manque de précaution dans l'exécution de son travail."

### 1.6.3. La non-considération des lois, des décisions, des règlements et des systèmes.

L'erreur de cette nature survient lorsque le comportement de l'accusé ne respecte pas les règles de conduite impératives établies par l'État, notamment celles qui visent à prévenir les conséquences judiciaires. En raison de cette violation, le non-respect des règlements entraîne la responsabilité de l'infraction pour les événements qui en résultent, même si aucune erreur n'est démontrée chez l'infracteur. En effet, la non-conformité aux règlements est elle-même une erreur, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une erreur autonome. [59]

Toutefois, cela ne veut pas dire que la transgression des règlements ou des textes suffit à rendre l'auteur responsable de l'acte qu'il a provoqué par son comportement. La présence des éléments de l'erreur est indispensable. La violation des textes mentionnés n'est qu'un exemple d'erreur, et ce n'est pas parce qu'elle, à elle seule, prouve la présence des éléments constitutifs de l'erreur. [60]

## 1.7. Les différentes classifications des erreurs médicales

Les juristes distinguent différentes catégories d'erreurs. Nous procéderons à une simple comparaison entre ces erreurs afin de clarifier les opinions des juristes sur cette distinction et de mettre en évidence son importance dans la réalité.

### 1.7.1. L'erreur légère et l'erreur grave

La distinction entre l'erreur légère et l'erreur grave existe. Même si cette différence n'est pas particulièrement importante en matière de responsabilité civile, car dès qu'un dommage se produit, la responsabilité est engagée, qu'il s'agisse d'une erreur légère ou grave. Cette distinction revêt cependant une importance en matière de responsabilité pénale, car certains juristes estiment qu'une erreur grave est nécessaire pour que la responsabilité pénale soit engagée. Cependant, l'opinion dominante n'est pas favorable à cette approche et estime que les deux types d'erreurs sont responsables pénalement. Dans le Code pénal algérien, le législateur n'a en effet pas fait de distinction entre elles.

### 1.7.2. L'erreur pénale et l'erreur civile

La violation d'une obligation légale protégée par le Code pénal est considérée comme une erreur pénale, tandis que l'erreur civile est la violation de toute obligation légale, même si elle n'est pas explicitement protégée par la loi. Ainsi, l'erreur civile englobe un domaine plus vaste que l'erreur pénale, puisque l'erreur pénale reste une erreur civile. Toutefois, il peut y avoir une erreur civile sans qu'elle soit considérée comme une erreur pénale. D'autres ont fait une différence entre les deux erreurs en fonction de la gravité. L'erreur devient une erreur pénale à mesure qu'elle devient plus grave et entraîne une responsabilité pénale. En revanche, une erreur minimale est considérée comme une erreur civile et peut entraîner une responsabilité civile. Cependant, le droit algérien ne fait pas de distinction entre les deux types d'erreurs dans cette optique. Selon certains auteurs, une erreur pénale peut être considérée comme une cause de responsabilité civile et pénale, mais pas toute erreur civile n'entraîne une responsabilité pénale, même si elle peut être indemnisée.

### 1.7.3. L'erreur ordinaire et l'erreur technique

L'erreur ordinaire est celle qui se produit lorsque l'on ne respecte pas les devoirs généraux de prudence et de vigilance auxquels tout individu doit se conformer. Le non-respect des règles scientifiques et techniques qui régissent une profession particulière, comme la médecine ou la pharmacie, est l'erreur technique.

Il est important de souligner que l'erreur médicale se produit lorsque le médecin ne respecte pas ses responsabilités professionnelles en accord avec les réglementations, les lois et les principes scientifiques et techniques de la profession. Les règles théoriques et scientifiques établies par les praticiens ne sont plus discutables entre eux. En d'autres termes, elles représentent le minimum que tout médecin doit respecter dans son travail, à l'exception des cas exceptionnels, comme les cas de nécessité. Les principes établis et reconnus sont des faits, et le critère utilisé pour évaluer une erreur médicale est un critère objectif, comme mentionné précédemment.

## 1.8. L'erreur médicale dans l'obligation d'obtenir un résultat

À l'opposé du principe général, un médecin peut être contraint d'obtenir un résultat particulier dans le cadre de son activité médicale. Cette exception peut être due à une clause contractuelle, à la nature spécifique du service ou à une disposition légale. Il n'est pas nécessaire d'obtenir un résultat, mais seulement de réaliser l'objectif pour lequel le médecin a entrepris son acte médical. Ainsi, il est nécessaire de préciser tout d'abord le contenu de cette obligation, puis la charge de la preuve.

### 1.8.1. Le contenu de l'obligation d'obtenir un résultat

La nécessité d'atteindre un résultat implique que le médecin doit parvenir à l'objectif défini, qu'il ait commis ou non une erreur, qu'il ait ou non prodigué les soins adéquats. Ce qui compte, c'est que le résultat ou l'objectif soit atteint, et ce, peu importe l'importance accordée au processus, à moins qu'il ne fournisse la preuve d'un grand événement.

La sécurité du patient et la protection contre les accidents causés par l'utilisation de certains instruments et dispositifs médicaux sont des obligations particulières du médecin dans des cas exceptionnels. Il s'agit de pratiques où la notion de risque médical n'est pas applicable, telles que l'emploi d'implants médicaux, de médicaments, de transfusions sanguines, de vaccins ou encore lors de la pose de prothèses dentaires. Dans ces cas, le médecin doit prendre toutes les mesures requises afin d'assurer la sécurité du patient et d'obtenir un résultat satisfaisant. Si ces pratiques entraînent des dommages, le médecin est directement responsable, car il est tenu

ici d'assurer un résultat : la sécurité du patient.

### 1.8.2. La charge de la preuve

Dans la charge de la preuve, le patient n'a en effet qu'à prouver l'existence de cette obligation de résultat du médecin et à prouver qu'elle n'a pas été exécutée, ce qui a entraîné un préjudice. Par conséquent, le médecin est tenu responsable et son erreur est présumée, à moins qu'il ne puisse prouver qu'il a exécuté son obligation de manière parfaite et que le résultat n'a pas été atteint en raison d'un élément externe, d'une erreur du patient ou d'un acte d'un tiers qui a empêché la réalisation de l'objectif. En résumé, le médecin est tenu responsable dans le cadre d'une obligation d'obtenir un résultat en raison d'une présomption de faute, et il n'a d'autre alternative que de nier sa responsabilité en prouvant l'absence de lien causal entre son action et le préjudice subi par le patient.

### 1.8.3. Le rôle de l'expertise dans la preuve de l'erreur médicale

Dans le cas impliquant une erreur médicale, un juge peut être confronté à des questions techniques et spécialisées qu'il ne connaît pas entièrement en raison de leur nature scientifique ou technique. C'est pourquoi la loi autorise le juge à consulter des spécialistes du domaine en question pour éclaircir ces questions. En Algérie, le Code de la procédure civile et administrative permet l'intervention d'experts pour fournir des informations techniques et médicales au juge. Le Code de déontologie médicale met en évidence l'importance de l'expertise médicale dans l'évaluation des faits techniques qui ne relèvent pas de la compétence du juge, en particulier dans les articles 95 à 99, qui traitent de l'exercice de la médecine et de la chirurgie dentaire avec le recours à des experts.

#### 1.8.3.1. Définition de l'expertise

On peut définir l'expertise comme une démarche visant à obtenir des informations et des compétences d'une personne afin de clarifier une question qui requiert une expertise technique que le juge n'a pas. L'expertise en Algérie est définie par l'article 125 du Code de procédure civile et administrative, qui précise que l'expertise a pour but de rendre un fait matériel, technique ou scientifique plus clair pour le juge. L'ex-

pertise médicale permet de répondre à des questions qui vont au-delà de la compétence du juge à statuer, ce qui est crucial pour déterminer si une erreur médicale a été commise.

Selon le verset coranique, le fondement juridique de l'expertise est tiré de la charia islamique : « Demandez aux gens du savoir si vous ne le savez pas... » (Sourate An-Nahl, versets 43). Quant à l'expertise médicale, la loi algérienne définit cette profession comme un service rendu par un médecin ou un chirurgien-dentiste nommé par le juge ou une autorité compétente afin d'évaluer l'état physique ou mental d'une personne et d'en déterminer les conséquences juridiques ou civiles.

Il est donc possible d'affirmer qu'il y a des erreurs médicales que le juge ne peut étudier ou juger, sauf en faisant appel à des spécialistes, comme des médecins légistes et des experts médicaux, pour les aider dans ce travail. Remarquons qu'il y a confusion pratique entre les mots « médecin légiste » et « expert médical ». Le médecin expert est un médecin ordinaire, tout comme les autres médecins, qui peut être généraliste ou spécialiste d'une maladie particulière. Les médecins ont la possibilité de réaliser des missions d'expertise, tant dans le domaine public que privé. Selon l'article 7,31 du Décret exécutif n° 24-409 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique, en particulier, sont autorisés à exercer les activités suivantes expertise médicale et l'article 7,9,27,38 du Décret exécutif n° 24-410 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des praticiens médicaux spécialistes de santé publique, ainsi que l'article 26 ,38 du Décret exécutif n° 24-414 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des professeurs d'enseignement de santé publique

En outre, le médecin expert ne remplit sa mission que sur ordre du juge, qui est dans la plupart des cas est un médecin légiste, habituellement dans les hôpitaux publics. Il exerce sa profession après avoir suivi une formation spécifique dans ce domaine (l'expertise Médico-judiciaire).

### 1.8.3.2. L'impact de l'expertise dans la preuve de la faute médicale

Afin de définir le rôle de l'expertise dans l'établissement des erreurs médicales, il faut saisir les responsabilités qui incombent à l'expert et l'impact de son rapport sur la recherche de la vérité par le juge. Dans cette optique, nous avons étudié certaines règles imposées par le législateur algérien à travers le Code de déontologie médicale. Il précise que le médecin expert ou le chirurgien-dentiste expert est tenu de tenir la personne concernée informée de cette mission avant d'entreprendre tout travail d'expertise. Il ajoute aussi qu'un médecin ne peut être à la fois expert et médecin traitant du même patient.

De plus, le médecin ou le chirurgien-dentiste n'est pas autorisé à accepter une mission qui pourrait compromettre les intérêts de ses patients, amis, proches ou même ses intérêts personnels. De plus, l'expert doit éviter de répondre à des questions qui ne sont pas liées aux aspects techniques de la médecine. En rédigeant son rapport, il est tenu de ne pas divulguer des informations qui pourraient répondre à des questions en dehors du cadre de sa mission, tout en préservant la confidentialité des informations auxquelles il a eu accès.

Quand il juge la faute médicale, il est essentiel que le juge fasse preuve d'une grande prudence et de sagesse. Il ne peut conclure à l'existence d'une faute que si la preuve évidente est présentée, prouvant que le médecin a, par ignorance ou négligence, violé les règles fondamentales et les normes scientifiques établies, en comparaison avec un praticien du même domaine et de la même spécialité.

En résumé, il est essentiel de procéder à une expertise médicale afin de confirmer la faute du médecin et de déterminer la relation entre cette faute et le préjudice subi par le patient. Ces éléments sont souvent utilisés par le juge pour déterminer la responsabilité du médecin. Toutefois, le juge ne doit pas se fier aveuglément aux conclusions de l'expertise, en particulier en cas de doute une contre-expertise est demandée

## 1.9. La notion dépassée de la faute médicale

S'il s'agit d'un système fondé sur la faute, l'évolution de la médecine a montré que ce système, considéré comme rigide par beaucoup, est de moins en moins compa-

tible avec le développement de la connaissance scientifique. Le professeur Guy Nicolas, professeur de cardiologie et de médecine légale à l'université de Nantes, est aussi expert près la Cour de cassation et responsable du Comité d'éthique de la société française de cardiologie., « La responsabilité n'est qu'une certitude, tandis que la médecine moderne en renferme très peu » Selon de nombreux individus, le fait de commettre une faute comme condition nécessaire à l'engagement de la responsabilité médicale constitue une source d'injustice, car il suffit de ne pas pouvoir ou de ne pas savoir prouver son existence pour priver une victime innocente et souvent profondément touchée de tout secours. En France, ce sont les tribunaux supérieurs qui, conscients de cette réalité, ont tenté de trouver une voie d'assouplissement pour un régime jugé trop rigide.

---

# **CHAPITRE IV**

## **LA RESPONSABILITE MEDICALE**

---

---

# CHAPITRE IV

## LA RESPONSABILITE MEDICALE

---

### 1.1.LES PRINCIPES GENERAUX DE LA RESPONSABILITE PE-NALE ET CIVILE EN MATIERE MEDICALE

De manière générale, la responsabilité désigne l'obligation morale ou légale de rendre compte de ses actions devant un juge ou non. Être responsable signifie être responsable de ses actions. Selon certains auteurs, la responsabilité c'est répondre de ses actes devant la justice des autres, et non seulement devant sa propre conscience. [61]

Dans l'exercice de sa profession, le médecin a la possibilité, tout comme toute personne, de commettre des actes qui le conduiront à s'expliquer devant les tribunaux. Les règles établies par la société sont applicables à tous les citoyens. Si une personne, y compris un médecin, viole ces règles juridiques, elle doit être punie soit pénalement, soit civilement, voire les deux à la fois.

#### 1.1.1. Les principes généraux de la responsabilité médicale pénale

L'objectif principal de la loi pénale est de garantir l'ordre public. Le coupable est puni pour avoir commis une infraction. Une amende, une peine d'emprisonnement ou même les deux peuvent être infligées. Afin d'engager la responsabilité, il est nécessaire de commettre une infraction, c'est-à-dire de violer un texte légal. Il incombe au tribunal de démontrer cette infraction. Un préjudice n'est pas toujours indispensable. Autrement dit, afin que l'acte criminel entraîne la responsabilité de son auteur, il est nécessaire de prouver qu'il y a eu une violation de la loi pénale.

Le législateur est responsable de définir les comportements qui sont contraires à la loi pénale. La violation de la loi pénale entraîne l'engagement de la responsabilité de l'auteur, car on suppose que la société a été atteinte dans ses bases et ses valeurs. L'incrimination est donc perçue comme la manifestation et la concrétisation d'un

interdit juridique. En tant qu'outil de réprobation du législateur, elle a pour objectif de préserver la société et de préserver ses valeurs. [62].

Ces principes sont applicables au médecin, car la loi pénale est générale et impersonnelle. Elle ne se concentre pas sur une personne spécifique, c'est-à-dire qu'elle ne s'adresse pas personnellement à une personne.

On sait donc que le fait qui engendre la responsabilité est la commission d'un délit. Selon la doctrine, l'infraction est formée dès lors que trois éléments se rencontrent : l'élément légal, l'élément matériel et l'élément moral [63].

Cependant, certains auteurs ont tendance à inclure un quatrième aspect, à savoir l'élément injuste. [64]

Cette analyse montre donc qu'il est nécessaire de se conformer à un principe sacrosaint en matière pénale. La question de la légalité des crimes et des sanctions. Cette règle implique simplement que l'infraction doit être prévue et punie par un texte constitutionnel. En d'autres termes, le principe de la légalité, exprimé par l'adage latin « *nullum crimen, nulla poena, sine lege* » est un principe selon lequel tout acte constituant un crime ou un délit doit être défini de façon claire et précise par la loi ainsi que les peines qui lui sont applicables. On retrouve ce principe dans la pensée de Montesquieu du siècle des Lumières (*L'esprit des lois* 1748, livre XI, chap.VI) et de l'italien, éminent docteur en droit, Cesare BECCARIA, dans son traité des lois et des peines de 1764. [65]

« Les juges ne sont que la bouche qui prononce les paroles de la loi, des êtres inanimés qui n'en peuvent modérer ni la force ni la rigueur ». Montesquieu, *L'esprit des lois*, chap. VI du livre XI (des lois qui forment la liberté politique dans son rapport avec la Constitution), 1748.

« Seules les lois peuvent établir les sanctions de chaque crime, et le pouvoir de faire des lois pénales ne peut être exercé que par le législateur, qui représente l'ensemble de la société unifiée par un contrat social ». Cesare BECCARIA, *Crimes et punitions*, 1764. Le principe de la légalité criminelle revêt une importance capitale car il offre une barrière, une protection contre l'arbitraire du pouvoir et assure la liberté et l'indépendance de tous dans la société. L'interdit ne peut être défini que par la loi, qui exprime la volonté générale des citoyens à travers le législateur. Certains auteurs

le décrivent comme le point central autour duquel évolue tout le domaine du droit pénal. [66]

Aujourd'hui, ce principe est en accord avec les faits et l'évolution de la délinquance, ainsi qu'avec l'évolution constitutionnelle, puisque le Conseil constitutionnel lui a accordé une valeur constitutionnelle en se fondant sur l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen français de 1789. Selon le Conseil constitutionnel français, « il est essentiel que le législateur définisse les infractions de manière suffisamment claire et précise afin d'éviter l'arbitraire ; ainsi, il est nécessaire que le législateur établisse une loi établie et promulguée avant le délit et légalement appliquée ». [67]

D'autres textes lui sont consacrés : Code pénal français de 1810 (art. 4) ; Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (art. 9, 10 et 11) ; Constitution française du 4 octobre 1958 (art. 34).

L'article 111-3 du Code pénal français stipule désormais que « nul ne peut être puni pour un crime ou pour un délit dont les éléments ne sont pas définis par la loi, ou pour une contravention dont les éléments ne sont pas définis par le règlement. Nul ne peut être puni d'une peine qui n'est pas prévue par la loi, si l'infraction est un crime ou un délit, ou par le règlement, si l'infraction est une contravention ».

Dans le code pénal algérien l'article 1 stipule qu'il n'y a pas d'infraction, ni de peine ou de mesures de sûreté sans la loi.

Selon la Cour de cassation française, les juges répressifs ne peuvent prononcer une condamnation que si le fait poursuivi constitue une infraction punissable. [68]

En vertu de l'article 7 de la Convention européenne des droits de l'homme, le principe de la légalité criminelle est également établi : « Il n'y a pas de peine sans loi ». Il est impossible de condamner quelqu'un pour une action ou une omission qui, à l'époque où elle a été commise, n'était pas sanctionnée par le droit national ou international. De la même manière, aucune peine supérieure n'est imposée que celle qui était en vigueur au moment de la commission de l'infraction.

En se basant sur ce principe de légalité criminelle, le législateur est tenu de faire preuve de clarté et de précision dans les termes employés lorsqu'il établit un comportement comme une infraction. Le juge n'est pas responsable de la détermination des comportements infractionnels.

En vertu de ce principe, il est également proscrit de faire appliquer les lois les plus rigoureuses. Il s'agit du principe de non-rétroactivité des nouvelles lois plus rigoureuses. En d'autres termes, tout changement dont l'incrimination a été faite ou sa sanction en matière médicale ne peut avoir un impact sur le médecin que si l'infraction a été commise après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi plus rigoureuse.

D'un autre côté, le principe de légalité reconnaît que les nouvelles lois plus flexibles s'appliquent aux crimes commis avant leur entrée en application. Cependant, afin que cela soit réalisable, il serait nécessaire que l'infraction n'ait pas encore entraîné une condamnation passée en force de chose jugée lorsqu'elle est moins sévère que les dispositions précédentes (article 112-1 al 3 du Code pénal français). Dans le cadre de la réforme de la culpabilité non intentionnelle, des professionnels de santé ont pu profiter de cette règle grâce à la loi n°2000-647 du 10 juillet 2000. La responsabilité pénale non intentionnelle en cas de causalité indirecte a été rendue plus complexe par cette loi. Elle a été perçue comme plus souple et des médecins en ont profité au niveau de la Cour de cassation française alors même qu'ils étaient condamnés par les juridictions de fond. [69]

Ce principe de légalité est lié à un autre corollaire. Il s'agit du principe de stricte interprétation de la loi pénale. L'article 111-4 du Code pénal français prévoit ce principe. Étant donné que la loi est générale et impersonnelle, elle ne peut anticiper tous les cas spécifiques. La législation est applicable à tous, y compris aux professionnels de la santé.

En Algérie, il est difficile de trouver un chemin pour cette interprétation stricte de la loi pénale, car nous avons tendance à penser que les médecins, dans l'exercice de leur profession, sont exclus de l'application de la loi pénale.

En d'autres termes, il est important de se rappeler que la consommation d'une infraction est associée à la réalisation, du moins, à la réalisation de certaines conditions.

Ces conditions étant remplies, l'auteur de l'acte est pénalement responsable et le médecin n'est pas exempté de cette règle.

Dès lors, nous pouvons examiner les actions criminelles qu'un professionnel de la santé peut commettre occasionnellement ou dans le cadre de son travail. Cependant, même si ces conditions sont remplies, il est possible que l'acte infractionnel commis ne soit pas soumis à l'application des lois répressives qui le considèrent comme en violation de l'ordre public. Nous nous trouvons donc dans le domaine des preuves.

## 1.2 Les infractions reprochables au médecin dans l'exercice de sa profession

### 1.2.1. Définition de l'infraction

Cette définition nous est donnée par la doctrine. D'après un écrivain, le mot "infraction" a un double sens : il désigne souvent le comportement d'une personne déterminée qui est en violation de la loi pénale. Cependant, il propose une autre interprétation plus légale selon laquelle l'infraction désigne un comportement interdit sous la menace d'une sanction, tel qu'il est défini de manière générale et impersonnelle par la loi pénale. Ainsi, les crimes sont des actions que la société considère comme répréhensibles. Les lois pénales répertorient ces comportements.

Dans le domaine médical, les règles de droit commun sont toujours en vigueur, ce qui signifie qu'il s'agit toujours d'une responsabilité personnelle, peu importe le mode d'exercice médical (que ce soit privé ou en hôpital public). Elle agit alors comme une méthode de punition pour toute faute. La faute pénale est fondée sur la présence d'un texte spécifique concernant la faute et qui permet de commencer les poursuites contre l'auteur. Trois (3) types d'infractions existent : les contraventions, les délits et les crimes. Les infractions qui peuvent être reprochées à un médecin ne sont pas nombreuses et la plupart de ces infractions peuvent également être reprochées à tout citoyen.

Il semble légitime de supprimer les dispositions nominatives étant donné que le Code pénal est d'application générale. Les autorités ont la responsabilité de prendre les

mesures appropriées pour punir les erreurs commises par les médecins en mettant en œuvre les lois pénales. Les fautes pénales qui peuvent être reprochées au médecin dans l'exercice ou à l'occasion de sa profession sont donc classées en deux grands groupes : les infractions contre les personnes et les infractions aux obligations légales.

### 1.2.2. Les infractions contre les personnes en matière médicale

La pratique médicale nécessite constamment des violations volontaires de l'intégrité physique du patient. Le médecin peut porter atteinte à l'intégrité de la personne en raison du but diagnostique et thérapeutique d'une part, et du consentement du patient d'autre part. En l'absence d'une de ces conditions, l'infraction est complète dans tous ses aspects et le praticien devra en faire l'objet devant les tribunaux. Le praticien ou le médecin, homme de l'art, demeure un justiciable.

D'après la législation française, le médecin, qui exerce son métier qui concerne le corps humain, peut effectivement être tenu responsable d'une atteinte injustifiée à l'intégrité corporelle de son patient. [70]

En raison de l'évolution des méthodes de traitement, il est essentiel approfondir les comportements reprochables au médecin et les sanctions qu'il subit, et d'examiner toutes les règles pénales générales concernant les infractions commis dans le domaine médical et d'en détailler les éléments de définition. Cette étude revêt une grande importance à plusieurs égards. Tout d'abord, le médecin accordera davantage d'attention et restera attentif afin d'éviter de se retrouver dans les situations pénales. En cas de faute, il trouvera facilement les arguments pour se défendre. Ensuite, le patient ou ses ayants droit, après avoir subi un préjudice, auront la possibilité de choisir entre les compétences à conserver et les procédures bénéfiques.

La responsabilité du médecin peut donc être recherchée en cas d'atteintes volontaires et involontaires.

### 1.2.2.1. Les atteintes volontaires reprochables au médecin

On a vu que l'intervention du médecin sur le corps du malade porte nécessairement et inévitablement atteinte à l'intégrité du corps de celui-ci. Cependant, étant donné que le médecin agit dans l'intérêt du patient en le guérissant ou, en tout cas, en intervenant à cet effet, le législateur a instauré l'impunité du praticien en tant que sanction légale.

Chaque fois que le médecin dépasse les limites de cette autorisation légale, il sera poursuivi en toute connaissance de cause, de chercher à mettre en danger la vie ou l'intégrité physique de son patient. On peut considérer que ces cas sont peu fréquents, mais ils peuvent être rencontrés dans le domaine médical.

Les juges considèrent la gravité de l'atteinte réalisée pour sanctionner pénalement l'acte médical qui a porté atteinte à la vie ou à l'intégrité physique du malade. Par conséquent, les fautes reprochables au médecin varient en fonction de la mort du patient ou de l'atteinte à son intégrité corporelle.

#### **A- L'homicide volontaire**

Le médecin peut être poursuivi pour homicide volontaire et cette infraction peut intervenir de différentes manières : le meurtre (1°) et l'empoisonnement (2°). A cela peut s'ajouter l'épineuse question de l'euthanasie (3°).

#### **B -Les violences délictuelles**

Le niveau de gravité des violences délictuelles est plus ou moins élevé, soit en raison du taux d'ITT qu'elles ont engendré, soit en raison de l'existence d'une ou plusieurs circonstances aggravantes prévues par les lois. Les actes de violence qui ont entraîné une ITT supérieure ou inférieure à quinze jours à la victime (art. 264-442 du code pénal algérien) sont toujours considérés comme des actes délictuels.

#### **C -Les violences criminelles**

Les lois prévoient les violences criminelles les plus sévères. Les violences qui ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente avec circonstance aggravante sont les premières. Il s'agit également des actes violents qui ont provoqué la mort sans intention de la donner, ces actes peuvent être aggravés lorsqu'ils sont associés à des actes de torture et de barbarie. Étant donné que les lois pénales sont générales et impersonnelles, il est possible que le médecin soit poursuivi en vertu du Code pénal s'il a commis un acte matériel de violence de manière intentionnelle.

Le législateur a opté pour l'expression « violence » sans toutefois en définir les limites. Cela entraîne une interprétation étendue de l'acte matériel incriminé par la jurisprudence. Elle reconnaît dès lors toute atteinte à l'intégrité physique de la victime à la suite d'un contact entre le médecin et le patient agressé. Il peut s'agir de coups, c'est-à-dire d'une impression sur le corps de la victime en le frappant ou en le heurtant de manière violente [71], et ces coups peuvent être directs ou indirects (à l'aide d'instruments utilisés par le praticien).

Ainsi, un chirurgien peut être poursuivi et condamné pour violences volontaires pour avoir utilisé des clips pour bloquer le processus de création (castration) lors d'une ablation d'un kyste de l'ovaire sans l'autorisation de sa patiente. [72]

De la même manière, il a été possible d'accuser un médecin d'avoir giflé une mineure agitée avant une intervention pour la calmer et éviter qu'elle ne chute de la table d'opération. [73]

Certaines agressions peuvent se produire sans être touchées. Elles sont toujours utilisées pour punir le médecin qui, sans causer de blessure corporelle à la victime, lui inflige un trouble psychologique. Le magistrat pénal reconnaît aisément cette forme matérielle de violence.

Les hypothèses selon lesquelles un praticien peut être poursuivi pour ce chef ont été acceptées par la doctrine française. Un médecin qui veut persuader un patient de l'importance d'une intervention chirurgicale exagère la gravité des blessures du patient et lui provoque ainsi une grande peur ou une panique injustifiée. Ces mesures peuvent donc servir de base à la sanction des comportements violents susceptibles d'impressionner les patients.

Le motif de la violence de la part du praticien est peu important pour les juges du fond. Selon la jurisprudence, un dentiste a été condamné pour avoir commis des actes de violence volontaire envers son patient en lui enlevant une prothèse qu'il venait de poser et dont le patient refusait de payer le prix.

D'un autre côté, le patient a la possibilité de refuser les soins qu'on lui offre. Quel est donc la responsabilité du médecin qui persiste à fournir ces soins ? Un des principes fondamentaux du droit de la santé est le droit du patient à refuser de se soigner. C'est pourquoi il est nécessaire que le patient donne son consentement à l'acte médical, conformément aux articles 343 et 344 du Code de la loi de santé algérienne 18-11 et à l'article 49 du Code déontologie médicale algérien 92-276. Ce droit tient son fondement du principe d'intangibilité et d'inviolabilité du corps humain.

Lorsque le consentement du patient aux soins est une condition essentielle pour les soins, cela signifie à plus forte raison que le patient a également le droit de refuser de se soumettre aux actes médicaux, peu importe ses raisons.

#### **D- La non-assistance à personne en péril**

Le fait de ne pas apporter d'aide à une personne en danger sans danger pour lui est le fait de ne pas aider une personne en danger de mort, selon l'article 9 du code de déontologie algérien le médecin doit porter secours à un malade en danger immédiat ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires, en cas de refus peut entraîner sa responsabilité pénale.

A la lumière des dispositions législatives, on peut d'ores et déjà constater clairement que la pratique médicale est le premier domaine concerné par cette infraction.

Ce qui peut être source d'inquiétude pour le corps médical, car diminué par la maladie, le moindre moment d'inattention de la part du praticien, est susceptible d'être interprété par le patient comme un refus de secours.

Cette passivité est perçue comme une infraction formelle, elle est formée même si elle ne produit aucun résultat. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de fournir de l'aide, même si elle est inutile car la personne est gravement blessée ou même décédée, ou même si le mal dont elle souffrait a disparu. Quelle que soit la situation

de danger pour la personne, à l'exception d'une infraction dont le prévenu était conscient et qu'il a refusé d'empêcher, car, dans ce cas, c'est le délit de l'article 182 du code pénal algérien, qui sanctionne le non-empêchement de crime ou de délit contre l'intégrité corporelle de la personne, qui doit être retenu.

Le danger représente un véritable péril, c'est une situation critique pour la santé physique de la personne confrontée. Afin d'apprécier sa réalité, il est nécessaire de se situer au moment où le danger survient, peu importe les conséquences. Il est essentiel de constater cet état de danger et non seulement de le supposer, il doit également être présent (même si le mal peut être imminent et constant, c'est-à-dire incontestable).

Finalement, l'abstention doit être volontaire. Cette infraction touche particulièrement le corps médical, car c'est vers lui que se tourne la personne en danger ou son témoin direct. Il existe de nombreux exemples de condamnation de médecins sur la base de ce délit dans la jurisprudence pénale, alors que, en réalité, les médecins sont formés pour apporter leur aide à toute personne en danger sans aucune distinction.

### **E -L'interruption illégale de grossesse ou avortement**

Le Code pénal algérien prévoit et réprime cette infraction, donc tout professionnel de santé peut être poursuivi et condamné, conformément aux articles 304, 305 et 306 du code pénal algérien Ils définissent les peines encourues pour la pratique illégale de l'avortement. Les peines varient de 1 à 5 ans d'emprisonnement et des amendes de 500 à 10 000 DA. La réclusion peut aller de 10 à 20 ans si la mort de la femme enceinte en résulte. Les peines sont doublées en cas de récidive. Ces articles s'appliquent également au personnel médical et paramédical, ainsi qu'aux étudiants en médecine. L'article 309 du code pénal algérien concerne la femme qui a subi l'avortement, qui est passible d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 250 à 1 000 DA, alors que l'article 310 du code pénal algérien punit la publicité en faveur de l'avortement par divers moyens (affiches, discours, images, etc.) d'un emprisonnement de 2 mois à 3 ans et/ou d'une amende de 500 à 10 000 DA.

Le législateur algérien n'a pas omis la dérogation pour cause thérapeutique dans son article 308 du code pénal Algérie qui stipule que l'avortement n'est pas puni lorsqu'il est considéré comme une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'il est pratiqué ouvertement par un médecin ou un chirurgien après avis donné à l'autorité administrative, ainsi que dans l'article 33 du Code de Déontologie Médicale qui stipule que un médecin ne peut pratiquer l'interruption de grossesse que dans les conditions prévues par la loi.

Article 77 de la Loi de la Santé 18/11 stipule que l'avortement thérapeutique est considéré comme une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger ou préserver son équilibre physiologique et mental gravement menacé. Il doit être effectué par un médecin dans une structure spécialisée selon l'article 78, après un examen médical conjoint avec un médecin spécialiste ainsi dans l'article 409 et 410 de la loi de santé algérienne qui aborde le volet pénal du non-respect de la loi en vigueur.

## **F -Les crimes liés aux expériences médicales, et le prélèvement d'organes humains et à leur trafic**

La légitimité des pratiques médicales qui sortent des objectifs et des fins habituelles, à savoir la santé et la préservation de l'intégrité de la personne, est évidente. L'existence et la légitimité des actes médicaux reposent sur ces principes. D'un côté, les avancées scientifiques récentes, avec leurs dangers grandissants pour l'humanité, ont souligné l'importance de préserver le corps humain. Cela a suscité des discussions parmi les juristes et les experts quant à l'importance de réagir à ces nouvelles pratiques. Ces pratiques modernes ont été critiquées par certains comme criminelles, tandis que d'autres les ont défendues, les considérant comme au service de l'humanité et du bien-être collectif, notamment les expériences médicales, ainsi que les transplantations et le trafic illégal d'organes humains.

## 1. Les expériences médicales et essais cliniques

Lorsqu'elles sont réalisées dans le cadre de la recherche scientifique, les expériences médicales reposent sur l'idée d'approfondir la connaissance médicale et de traiter des maladies autrement incurables. Toutefois, lorsqu'elles vont au-delà de la nécessité ou qu'elles sont accomplies sans le consentement éclairé des participants, elles peuvent être considérées comme des crimes. Les débats juridiques et éthiques ont toujours été centrés sur la question de l'éthique des expériences médicales, notamment celles qui sont réalisées sur des êtres humains. Il est impossible que la recherche médicale soit menée au détriment de la dignité humaine et de l'intégrité des personnes concernées.

Les juristes mettent en évidence l'importance de respecter rigoureusement les lois spécifiques qui régissent toute expérimentation médicale, incluant le consentement éclairé du patient et la supervision par des comités éthiques. Quand une expérimentation médicale s'éloigne de ces principes fondamentaux, elle peut être considérée comme un crime, notamment lorsqu'elle comporte des dangers excessifs pour les participants ou lorsqu'elle est réalisée sans l'autorisation adéquate. Les lois internationales, telles que la Déclaration d'Helsinki 1964 élaboré par l'association mondiale de la santé Les lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains (CIOMS/OMS ,2003)La déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (UNESCO, 2005),La convention sur les droits de l'homme et la biomédecine : protocole additionnel relatif à la recherche biomédicale(2005) ,ainsi que la législation nationale dans l'arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques fournissent des consignes afin d'éviter l'utilisation abusive des expérimentations humaines. Ces principes peuvent être violés et les personnes responsables de telles pratiques peuvent être poursuivies en justice.

## 2. Les prélèvements et transplantations et le trafic illégal d'organes humains

Le trafic d'organes humains est devenu un enjeu majeur dans de nombreuses parties du globe. Si la transplantation d'organes est une intervention médicale légale et cruciale pour la sauvegarde des vies, son utilisation illégale constitue un crime grave.

Le vol ou le trafic d'organes humains, qui se déroule souvent dans un contexte non autorisé, suscite des inquiétudes éthiques et légales. Plusieurs fois, les organes sont obtenus de manière coercitive ou en exploitant des individus vulnérables, ce qui constitue une atteinte aux droits humains fondamentaux.

Les experts en droit médical soulignent que toute transplantation doit être effectuée en respectant les lois et les principes éthiques, tels que l'accord libre et éclairé du donneur d'organe. Le trafic d'organes est un délit qui peut être condamné à des peines pénales sévères, car il compromet la dignité humaine et l'intégrité du corps. Des mesures ont été mises en œuvre par les lois nationales et internationales, comme la Convention de l'ONU contre le trafic d'organes, Le Groupe interinstitutions de coordination contre la traite des personnes ICTA, Résolutions 73/189 (2018) et 75/195 (2020) de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulées « Adoption de mesures efficaces et renforcement et promotion de la coopération internationale concernant le don et la transplantation d'organes pour prévenir et combattre la traite des personnes à des fins de prélèvement d'organes et de trafic d'organes humains », ONUDC, Rapport mondial sur la traite des personnes (2022) HCDH, Trafficking in Persons for the Removal of Organs: Advancing a Human Rights Approach and Engaging Human Rights Mechanisms (2013), le législateur algérien a prévu lui aussi dans les articles de 354 -369 de la de santé algérienne 18/11 ; ainsi que l'Article 430 qui stipule que Quiconque contrevient aux dispositions de la présente loi, relatives au prélèvement et à la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humains est puni conformément aux dispositions des articles 303 bis 16 à 303 bis 20 du code pénal , l'Article 431 qui stipule Quiconque contrevient à l'interdiction prévue aux dispositions de l'article 361 de la présente loi, relative au prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur les personnes mineures ou incapables, est puni conformément aux dispositions des articles 303 bis 16 à 303 bis 20 du code pénal, aussi l'Article 432 qui stipule que Quiconque procède à la publicité sur le don d'organes, de tissus ou de cellules humains au profit d'une personne ou d'un établissement quelconque, est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à un (1) an et d'une amende de 200.000 DA à 400.000 DA. Et l'Article 433 qui stipule Quiconque procède à un prélèvement ou à une transplantation d'organes, de tissus ou de cellules humains ou exerce des activités d'assistance médicale à la procréation dans un établissement non autorisé, est puni d'un emprisonnement de deux (2) ans à cinq (5) ans et d'une amende de 500.000 DA à 1.000.000 DA. Afin de lutter contre ce fléau et de punir les responsables. [74]

De cette manière, les pratiques médicales non éthiques et le trafic d'organes humains constituent des crimes graves, qui mettent en péril non seulement la sécurité et la dignité des individus, mais également l'intégrité de la société dans son ensemble. Les autorités compétentes surveillent étroitement ces pratiques et mettent en œuvre des mesures rigoureuses pour les interdire et en punir les responsables. Malgré leur contribution à l'amélioration des soins de santé, les progrès scientifiques ne doivent jamais être utilisés comme excuse pour des actions qui mettent en péril les principes fondamentaux de respect des droits humains et de l'éthique médicale. [75]

### 1.2.2.2. Les atteintes involontaires en matière médicale

Différentes infractions d'atteinte involontaire aux personnes conformément aux lois pénales peuvent entraîner la responsabilité du médecin dans ses relations avec ses patients. Les violences involontaires à la vie humaine et les violences involontaires à l'intégrité physique de la personne peuvent être considérées. Ces accusations diffèrent en effet en termes de conséquences : c'est la mort dans le cas de l'homicide involontaire et l'incapacité totale de travail variable dans les blessures involontaires.

En ce qui concerne les blessures involontaires, il est possible de distinguer les blessures qui n'ont pas entraîné d'incapacité, celles qui ont entraîné une incapacité inférieure à trois mois et enfin celles qui ont entraîné une incapacité supérieure à trois mois (articles 442/2 et 289 du Code Pénal Algérien). On remarque donc que la répression est déterminée en fonction de la gravité de l'atteinte (dommage subi). Plus les dégâts sont importants, plus la répression est sévère. Dans la vie quotidienne, ces infractions, connus sous le nom d'homicide et de blessures involontaires, constituent une part significative des litiges liés aux accidents qui touchent le corps humain.

La pratique médicale est un domaine très large où ces infractions se produisent. Leur involontaire anéantit l'élément moral, ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'acte fautif.

#### A- L'homicide involontaire

Il s'agit de la mort d'un individu, provoquée par une autre personne sans intention de lui a donné. D'après le législateur, « les comportements qui entraînent la mort sans

intention sont appelés homicides involontaires ». Selon les articles 288 et 290 du code pénal algérien.

## **B- Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne ou blessures involontaires**

Ces atteintes involontaires constituent des infractions pénales punies par diverses lois. Parmi toutes les autres formes d'atteintes, elles sont les plus fréquentes. Certains secteurs de la vie quotidienne sont particulièrement vulnérables à ces comportements : la circulation routière ou dans le domaine professionnel. En plus de cette catégorie, d'autres personnes sont également exposées par leur fonction à commettre ces types d'actes ou à porter atteinte à l'intégrité du corps humain : les médecins, les chirurgiens (professionnels de santé) ... etc.

Le comportement accusé ici est donc une violation de l'intégrité physique du corps humain, c'est-à-dire qu'il inflige un dommage corporel plus ou moins grave à la personne concernée. Par conséquent, la sanction qui en résulte sera déterminée par la gravité de ce préjudice subi. Donc, certaines erreurs entraînent une incapacité totale de travail, tandis que d'autres ne le sont pas. D'après la jurisprudence, l'incapacité complète de travail désigne toute incapacité à accomplir un travail corporel, que ce soit dans le cadre d'une activité professionnelle ou autre. [76]

### **1.2.3. Les infractions médicales aux obligations légales**

Le Code pénal et d'autres textes tels que la loi de la santé algérienne, voire le Code de déontologie médicale, citent ces infractions. Dans cette optique, certaines infractions sont liées à la pratique médicale tandis que d'autres sont liées à l'exercice même de la médecine.

## **A -La violation du secret professionnel**

Le secret professionnel, en général, est l'interdiction faite aux membres de certains secteurs professionnels de divulguer certains renseignements sur leur activité ou leurs clients qu'ils ont en leurs possession. D'après la terminologie juridique, "le secret professionnel désigne l'obligation dont le non-respect est puni par la loi pénale, obligeant certains professionnels à garder secret les informations confidentielles

dont ils sont responsables, que ce soit par état ou par profession, ou en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ». Article 301 de la loi pénale en Algérie.

À la lecture de cette définition, il est évident que la profession médicale est d'une grande importance pour la question du secret professionnel. Et le même lexique ajoute que : « le secret médical qui est une variante du secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin. Le secret englobe tout ce que le médecin a appris pendant son activité professionnelle, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais également ce qu'il a observé, entendu ou compris. Plusieurs textes, tels que le code pénal algérien (article 301), la de santé algérienne 11-18 dans son article 24 stipule que Toute personne a droit au respect de sa vie privée ainsi qu'au secret des informations médicales la concernant, exception faite des cas prévus expressément par la loi, ainsi que Le secret médical couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé. Ce secret médical, peut être levé par la juridiction compétente., l'article 25 qui stipule que en cas de diagnostic ou de pronostic grave, les membres de la famille de la personne malade peuvent recevoir les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien à celle-ci, sauf opposition de sa part. L'article 47 stipule qu'il est institué pour certaines maladies non transmissibles, dans le respect du secret médical, un registre destiné à la collecte, à la conservation et à l'interprétation des données relatives aux malades atteints de ces maladies. Alors que l'article 169 traite du partage de l'information médicale entre collègues et stipule que le professionnel de la santé exerce sa profession à titre personnel. Il est tenu au secret médical et/ou professionnel, Lorsque les professionnels interviennent en équipe pour la prise en charge du patient, les informations parvenues à l'un des membres de l'équipe, doivent être partagées par l'ensemble des membres dans l'intérêt médical du malade, dans un autre registre qui est le dérogations au secret médical l'article 198 stipule que les professionnels de la santé sont tenus d'informer, dans l'exercice de leur profession, les services concernés, des violences subies, notamment par les femmes, les enfants et les adolescents mineurs, les personnes âgées, les incapables et les personnes privées de liberté, dont ils ont eu connaissance. ,d'autres dérogation sont prévus par le législateur algérien comme Les maladies à déclaration obligatoire, Déclaration des accidents de travail et maladies professionnelles, Les demandes des pensions militaires ou le certificat se fait à la demande du militaire ou de ses ayants droit pour valoir un droit de son vivant ou après sa mort, Placement d'office, Signalement des cas de

séances à enfants, La cure de désintoxication, La déclaration de naissance est une obligation faite au médecin délié du secret lorsqu'elle n'est pas faite par le père, La déclaration du décès ,Les crimes contre la sûreté de l'état, La déclaration de la femme enceinte., alors que l'article 417 stipule que L'inobservation de l'obligation du secret médical et professionnel expose son auteur aux sanctions prévues aux dispositions de l'article 301 du code pénal algérien), et le code de déontologie médical algérien 276-92 (article 36 à 41), établissent les règles d'observation le secret professionnel.

### **B- Le refus de déférer à une réquisition**

La réquisition médicale consiste en une demande d'une autorité judiciaire ou administrative à un médecin de réaliser un acte médico-légal afin l'accomplissement de certaines prestations autrement dit une injonction faite par une autorité judiciaire ou administrative, ordonnant à un professionnel de santé, comme un médecin, d'exécuter une mission précise. Cela peut impliquer la production de documents, la fourniture d'informations médicales, ou bien l'exécution de soins dans le cadre d'une enquête ou d'une procédure judiciaire....etc Selon l'article 178 du code de la santé publique en Algérie et les articles 49,62,69 du Code de procédure pénale en Algérie, il est prévu que : « en cas de nécessité de consultations ou d'examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être reportés, l'officier de police judiciaire peut faire appel à toutes les personnes qualifiées ». La demande est qualifiée d'impérative et de nominative. Dès qu'il lui est demandé, le médecin est tenu de déférer à réquisition (selon l'article 187bis du code pénal algérien).

Le fait de ne pas déférer à réquisition est donc considéré comme une infraction. Cependant, il y a des exceptions à cette l'obligation soit en cas de situation exceptionnelle qui peut découler d'une maladie ou d'une incapacité physique du médecin à travailler,

Il existe la situation où l'incompétence est prouvée dans le domaine dans lequel la réquisition a été établie.

## C -La délivrance de faux certificats et corruption pour faux certificat

On peut définir un certificat médical comme la confirmation écrite par un médecin de toute observation positive ou négative résultant de son examen et portant sur la santé d'un individu [77].

Le certificat médical, de manière plus rigoureuse, est l'attestation écrite des observations cliniques et paracliniques, positives ou négatives, sur l'état de santé d'un individu.

Les documents médicaux sont émis en respectant les lois et réglementations en vigueur l'article 226 du code pénal qui stipule que Tout médecin, chirurgien, dentiste, officier de santé ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un certifie faussement ou dissimule l'existence de maladie ou infirmité ou un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès, est puni de l'emprisonnement d'un (1) à trois (3) ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 126 et 134 et les articles 24 du code de déontologie médicale algérien qui stipule qu'il est interdit de tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié... Etc, et l'article 56 qui mis en lumière les conditions de rédaction d'un certificat médical ,ainsi que l'article 57 qui traite le volet de l'abus dans l'obtention de bien sociaux et 58 interdit les certificats de complaisances), sans négliger l'article 420 de la loi de santé.

Les certificats médicaux sont délivrés par les médecins tout, ce qui en fait l'un des obligations quotidiennes de la médecine [78], Le malade a le droit de demander le certificat médical à son médecin et celui-ci est tenu de lui donner une réponse favorable. La valeur de tout certificat, en raison de son origine médicale, est supérieure à celle du témoignage écrit d'un simple particulier, même s'il ne lie pas les tribunaux [79], Il est essentiel que le certificat médical ou tout autre document signé par un médecin soit parfaitement objectif, honnête, voire sérieux.

## D-Délit d'infraction aux lois concernant les substances vénéneuses –trafic de stupéfiants

Il existe une série de responsabilités professionnelles et juridiques liées au travail du médecin et au délit d'infraction aux lois sur les substances vénéneuses, en particulier le trafic de stupéfiants. En raison de leur expertise et de leur disponibilité de substances contrôlées, les médecins sont tenus, de manière légale et éthique, de s'assurer de l'utilisation adéquate de ces substances, tout en respectant scrupuleusement la législation en vigueur.

Pour des raisons médicales justifiées, les médecins ont le droit de prescrire et d'administrer des médicaments, y compris ceux qui contiennent des substances vénéneuses ou considérées comme des stupéfiants.

Cela englobe des traitements contre la douleur, des analgésiques puissants, des sédatifs, ainsi que des traitements de substitution pour les personnes dépendantes. Ils sont chargés de l'utilisation éthique et professionnelle de ces substances dans le cadre de la prise en charge de la santé des patients. Cependant, la prescription de ces produits, notamment les opiacés et autres médicaments contrôlés, est soumise à des lois rigoureuses pour éviter leur usage abusif ou leur détournement.

L'usage des substances vénéneuses et des stupéfiants est strictement encadré par les lois nationales et internationales, ce qui oblige les médecins à suivre des protocoles rigoureux pour leur prescription. La violation de ces protocoles peut entraîner des poursuites contre le médecin pour violation des lois régissant ces substances, et dans des cas extrêmes, pour trafic de stupéfiants si la prescription ou l'administration a été effectuée dans un but lucratif ou à des fins non médicales.

La violation des lois sur les substances vénéneuses englobe diverses formes de délits, tels que la prescription abusive ou le détournement de substances à des fins personnelles ou professionnelles. Dans ce contexte, il est possible que le médecin soit accusé de trafic de stupéfiants s'il est démontré qu'il a prescrit des médicaments à des patients sans raison médicale ou s'il a participé à la vente illégale de ces substances.

Le trafic est strictement interdit par les lois sur les stupéfiants, que ce soit par des médecins ou par des tiers. Certaines prescriptions excessives ou injustifiées de médicaments contenant des substances contrôlées ont entraîné l'implication de médecins dans des réseaux de trafic, ce qui a permis leur revente sur le marché noir. Cela représente une violation grave, non seulement en termes de législation concernant les substances vénéneuses, mais également sur le plan éthique, car cela compromet la sécurité publique et le bien-être des patients.

Les répercussions légales d'une violation des lois sur les substances vénéneuses pour un médecin sont graves. Outre les sanctions pénales associées au trafic de stupéfiants, comme l'emprisonnement et l'amende, le médecin peut être privé de son droit d'exercice de la médecine, perdre sa licence professionnelle et voir altérée gravement son intégrité professionnelle. L'objectif de ces sanctions est de préserver la société des risques associés à l'usage de substances contrôlées et de préserver l'intégrité et la responsabilité des professionnels de santé.

Les autorités sanitaires et judiciaires ont instauré des systèmes de surveillance rigoureux en réponse à ces risques (Loi n° 04-18 du 13 Dhou El Kaada 1425, datée du 25 décembre 2004, concernant la prévention et la répression de l'usage et du trafic illícites de stupéfiants et de substances psychotropes, modifiée et complétée par Loi n° 23-05 du 7 mai 2023, publiée dans le Journal officiel n° 32, année 2023). Chaque prescription de substances contrôlées doit être justifiée par un dossier médical complet et détaillé. Il est possible de procéder à des audits afin de vérifier la conformité des prescriptions, et en cas de doute, il est possible de mener des enquêtes afin de repérer d'éventuelles pratiques frauduleuses.

Par ailleurs, il y a des actions visant à conscientiser les médecins aux dangers d'abus de substances vénéneuses, en favorisant la formation continue et la consultation des autorités sanitaires. Il est donc à la fois important et complexe que le médecin joue le rôle de prescripteur de substances contrôlées, avec une vigilance constante pour éviter toute dérive vers l'infraction ou la participation involontaire à des pratiques illégales.

#### 1.2.4. Les infractions liées aux conditions d'exercice de la médecine

Comme nous l'avons vu précédemment, le titre et la qualité de médecin sont acquis après de longues études. Il s'agit d'un secteur très réglementé. Toute personne qui viole ces règles d'organisation pour exercer le métier de médecin peut être poursuivie soit pour pratique illégale de la médecine soit pour usurpation de titre.

##### A- L'exercice ou concours à l'exercice illégal de la médecine

Les tribunaux utilisent souvent le délit d'exercice illégal de la médecine pour punir les personnes qui exercent des activités médicales sans avoir les diplômes nécessaires.

Les règles strictes régissent l'accès à la profession médicale (articles 166, 167, 168, 185, 186, 187, 188, 349, 352 et 416 de la loi de santé algérienne 11-18) ainsi que (articles 23 et 32 du code de déontologie médicale algérien 276-92). Si quelqu'un viole ces règles, il sera poursuivi pour pratique illégale de la médecine ou pour complicité de ce délit si une personne, même ayant un diplôme de médecine, aide une autre personne non diplômée à exercer l'art médical.

##### B- L'usurpation de titres de médecin ou de professionnel de santé

Le domaine de l'autorité publique est celui des titres et de leur reconnaissance. L'objectif commun des dispositions réprimant les usurpations de fonctions publiques et de titres est, selon la doctrine française, de réprimer des comportements qui remettent en question l'intérêt général. Le pouvoir de nommer aux fonctions publiques, de décerner un titre dont elle définit les conditions d'obtention et qui a une valeur officielle, est réservé à la puissance publique. Dans l'ancien droit, les actes qui traduisent une usurpation de fonctions étaient déjà considérés comme un crime de lèse-majesté au second chef. [80]

La pratique médicale est déterminée par la réalisation de certaines conditions. Parmi ces exigences figure la nécessité d'obtenir un diplôme qui représente le résultat de plusieurs années d'études et de formations universitaires théoriques et pratiques. Le titulaire de ce diplôme reçoit le titre et la qualité de médecin. Toute personne qui se

donne ces titres et qualités en violation des lois et des règlements est considérée comme en infraction pénale (art 243 du code pénal algérien).

## 1.1. Le médecin pénalement responsable

Rappelons que la responsabilité pénale est l'obligation légale de répondre de ses actes interdits par la loi pénale pour en subir les conséquences prévues par cette même loi. Depuis toujours, la principale préoccupation de l'homme a toujours été et est de vivre et de mener une vie paisible et tranquille au sein d'une société. Il a rapidement réalisé qu'il était nécessaire de mettre en place des règles de conduite qui s'appliquent à tous sans aucune exception. L'objectif de ces règles est d'interdire tout comportement jugé incompatible avec la vie en société et qui rendaient la vie impossible. Selon Emile DURKHEIM, il ne faut pas prétendre qu'un acte affaiblit la conscience collective en raison de son caractère criminel, mais qu'il est criminel parce qu'il froisse la conscience commune ». [81]

Certaines des règles établies sont répressives. Ces lois punitives forment le droit pénal. Tous les citoyens, y compris les professionnels de santé, sont soumis aux dispositions du Code pénal.

C'est ainsi qu'il est admis qu'il est possible d'incriminer le médecin dans l'exercice de son métier. La condamnation qui peut être prononcée en cas d'infraction est liée à la reconnaissance préalable de la responsabilité pénale du praticien. Cependant, à l'heure actuelle, la pratique de l'art médical a connu une évolution significative et continue d'évoluer. Après avoir traité chaque maladie individuellement, la pratique de la médecine est de plus en plus commune, voire collective, c'est-à-dire effectuée par plusieurs professionnels.

Afin d'effectuer un traitement médical sur un patient, divers experts peuvent mettre à disposition leur expertise et leurs connaissances scientifiques afin de garantir un traitement efficace et adapté à sa condition de santé. Dans cette série de spécialistes variés, la question qui se pose alors est de déterminer lequel des intervenants est juridiquement responsable en cas de consommation d'une infraction.

D'après M. Patrick MISTRETTA enseignant-chercheur en droit privé et sciences criminelles à l'Université Jean Moulin - Lyon 3, « il est difficile de déterminer les médecins pénalement responsables car la médecine est pratiquée dans un contexte

de plus en plus collectif, ce qui entraîne souvent une confusion et une confusion des responsabilités ». [82]

En ce qui concerne le traitement, il arrive souvent que plusieurs spécialistes collaborent pour satisfaire un seul patient. En plus d'eux, il y a également d'autres membres du personnel qui ne sont pas médecins, mais qui sont un moyen précieux et qui peuvent entraîner ou contribuer à la commission d'une infraction. Ceux-ci sont des assistants de santé. Dans ce cas, il est difficile de déterminer la responsabilité du praticien responsable de la faute. Quand il s'agit d'un praticien, il semble facile de déterminer sa responsabilité ne serait-ce qu'en se basant sur la présomption de culpabilité. Cependant, la résolution du problème est bien plus complexe lorsque plusieurs professionnels interviennent.

Le médecin n'est pas un individu isolé et, comme tout citoyen, il peut être tenu responsable pénalement lorsqu'on lui reproche une faute constitutive d'infraction, c'est-à-dire un acte qui enfreint la loi pénale. On évalue alors la faute en se basant sur des textes généraux qui ne sont pas spécifiques au médecin.

Le Code pénal est le répertoire des infractions punies, qui concerne tous les individus et toutes les professions, sans aucune exception. Il y a plus d'un siècle, la jurisprudence a adopté ce principe d'application général des dispositions du Code pénal. Selon cette jurisprudence, les lois pénales qui punissent l'homicide involontaire s'appliquent à toutes les professions, y compris celle des médecins.

La responsabilité pénale vise principalement à condamner le médecin, à être condamné à une peine de prison et à payer une amende. Cela nécessite que la victime ou ses ayants droit dépose une plainte. Le juge d'instruction est responsable de l'instruction de l'affaire en vertu du Code de procédure pénale. Pour que le médecin soit tenu responsable pénalement, il est essentiel qu'il ait commis une infraction prévue et punie par le Code pénal, conformément au principe du droit pénal.

Cependant, il est possible que la responsabilité pénale du médecin soit retenue dans certains cas sans que la victime ne subisse de dommage physique. Il en est de même pour l'infraction concernant la violation du secret professionnel. Si un dommage survient, il est essentiel de déterminer avec certitude la relation entre l'infraction et le dommage. Cette responsabilité est individuelle.

Cela peut être extrêmement préjudiciable pour le médecin car cela peut engendrer une sanction répressive qui pourrait éventuellement le conduire à être incarcéré. D'un point de vue juridique, le patient a la possibilité de se porter partie civile afin d'obtenir également une indemnisation civile (dommage et intérêt).

Afin de déterminer les personnes responsables pénalement, on s'appuie sur certains principes fondamentaux du droit pénal. La responsabilité d'une personne est retenue en fonction du fait personnel. Il s'agit du principe de la responsabilité du fait personnel, qui est logiquement applicable en matière médicale.

Au cours de l'exercice ou lors de la pratique de sa profession, la responsabilité du praticien peut être engagée à divers niveaux lors du traitement.

#### **A- Le principe de la responsabilité pénale du fait personnel en matière médicale**

En matière pénale médicale, il est donc interdit de retenir la responsabilité du fait d'autrui envers une autre personne, contrairement au droit civil qui l'autorise lorsqu'il s'agit d'indemniser le malade. Dans le domaine médical, cela implique que le médecin ne peut et ne doit être poursuivi et condamné que si l'on peut prouver son comportement fautif qui a entraîné l'infraction.

Il est important de souligner à nouveau que la responsabilité pénale se définit comme le devoir d'une personne d'assumer les conséquences pénales d'un comportement infractionnel qu'elle a commis ou auquel elle a participé. Après avoir établi l'infraction dans tous ses éléments, la loi pénale a pour mission de déterminer la responsabilité afin de pouvoir punir l'auteur.

L'objectif est de reconnaître la responsabilité de l'infraction à un auteur. En principe, la responsabilité pénale est personnelle, ce qui implique qu'elle doit être portée uniquement et exclusivement contre l'agent qui a personnellement contribué à la commission de l'infraction, à la fois dans sa dimension matérielle et morale. L'objectif est d'attribuer l'infraction à un individu, du moins de déterminer le rôle de chacun si plusieurs personnes ont participé à sa commission. Puisque personne n'est tenu de répondre aux comportements infractionnels d'un autre.

## B- Le principe de La responsabilité pénale de l'équipe médicale

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'exercice de la médecine est généralement personnel ; chaque médecin est responsable de ses choix et de ses actions. Il semble donc facile de déterminer la responsabilité personnelle du praticien en cas d'accidents médicaux. Cependant, cette affirmation n'est pas toujours conforme à la réalité juridique car l'exercice peut être effectué par un groupe de médecins. Ce collège est généralement connu sous le nom d'équipe médicale.

Plusieurs médecins peuvent conjuguer leurs efforts intellectuels pour procéder à un acte médical relatif au même malade. Selon les auteurs, la médecine est devenue très spécialisée voire hyperspécialisée, tout en s'exerçant de manière très collective. En établissement de santé publique, le malade est soigné par des équipes médicales composées de praticiens aux spécialités et aux titres très divers. Du médecin « élite » - Professeur des Universités et praticien hospitalier - au résidents – médecin généraliste de santé publique et un médecin spécialiste - nombreux sont les praticiens appelés à intervenir au chevet du malade. Et même en médecine privée, la collégialité se fait de plus en plus sentir à l'image du médecin généraliste qui est devenu le médecin référent autour de qui gravitent le malade et les autres médecins spécialistes sollicités. La médecine est donc devenue une science où les actes médicaux se succèdent et s'exercent de plus en plus collectivement.

En résumé, l'équipe médicale est un groupe de personnes (professionnels de santé) ayant des formations théoriques variées qui collaborent pour améliorer la santé d'une personne (le patient). Pendant une telle intervention menée par cette équipe médicale, il est possible que des erreurs se produisent et causent des dommages au patient. Lorsque les critères essentiels sont remplis pour établir une responsabilité (faute, dommage et lien de causalité), il est nécessaire de répartir cette responsabilité entre les membres de l'équipe concernée.

Malgré son caractère autonome et personnel, la responsabilité pénale de deux ou plusieurs membres de l'équipe médicale est susceptible d'être engagée conjointement lorsqu'il est démontré l'existence d'une faute à leur encontre, en lien de causalité certain avec le dommage survenu. Le juge procédera alors à une sorte de cumul

des responsabilités puisqu'on a dit que la faute d'un membre de l'équipe n'exclut pas forcément celles des autres.

Après avoir exploré les fondements théoriques de notre sujet, nous allons maintenant nous pencher sur son application concrète à travers une étude pratique. Cette partie de notre thèse vise à illustrer les concepts théoriques précédemment exposés par des données empiriques. Nous détaillerons la méthodologie employée, les résultats obtenus et leur interprétation dans le contexte de notre problématique.

---

## **C H A P I T R E I V**

---

---

### **HYPOTHESE ET OBJEC- TIFS DU TRAVAIL**

---

---

# **C H A P I T R E IV**

## **HYPOTHESE ET OBJECTIFS DU TRAVAIL**

---

### **I- Hypothèse de travail :**

Les critères juridiques permettant de différencier une erreur médicale acceptable d'une faute professionnelle reposent principalement sur l'écart par rapport aux standards de pratique médicale établis, plutôt que sur les conséquences pour le patient. L'intentionnalité et la gravité de l'erreur jouent également un rôle déterminant dans l'engagement de la responsabilité pénale du médecin.

Les tribunaux algériens appliquent une interprétation stricte des textes réglementaires, ce qui peut parfois aboutir à des décisions judiciaires disproportionnées par rapport à la complexité des affaires médicales. Par ailleurs, la méconnaissance des réglementations par les praticiens accroît le risque de jugements défavorables.

Ce manque de connaissance est en partie lié à l'insuffisance de programmes de formation continue dédiés aux aspects juridiques de la pratique médicale, ainsi qu'à la faible intégration de modules de sensibilisation à la réglementation médicale tout au long du cursus universitaire, tant en formation initiale qu'en post-graduation . Cela conduit à l'hypothèse de travail suivante :

L'insuffisance d'une formation adéquate des médecins sur les dimensions juridiques de leur profession entraîne une méconnaissance des critères de responsabilité pénale, augmentant ainsi le risque de décisions judiciaires excessives et de condamnations évitables.

## **II- Objectifs de l'étude :**

### **1.- Objectif principal :**

- Evaluer les connaissances et les attitudes des médecins vis-à-vis la responsabilité médicale pénale.

### **2.- Objectifs secondaires :**

- Évaluer la fréquence des fautes médicales les plus courantes dans la pratique médicale.
- Identifier les facteurs contribuant à la survenue de ces fautes.
- Étudier les conséquences de ces fautes médicales sur la qualité de la prise en charge des patients.

**CHAPITRE V**

**METHODOLOGIE**

# CHAPITRE V

## METHODOLOGIE

---

Pour répondre aux objectifs de notre étude, nous avons réalisé une étude descriptive analytique des connaissances et attitudes des médecins exerçant à la wilaya de Mostaganem vis-à-vis de la responsabilité médicale pénale

La wilaya de Mostaganem comprend 10 Dairas, 32 Commune avec une Population 737 118 hab. (2018[1]) et une Superficie 226 900 ha = 2 269 km<sup>2</sup>.

La carte sanitaire de la wilaya de Mostaganem se compose d'un (1) CHU et six (06) établissements publics hospitaliers (EPH), d'une maternité autonome (complexe mère-enfant) ,01 établissement hospitaliers spécialisé en psychiatrie (EHSP) et 06 établissements extra hospitaliers de proximité (EPSP).

La population d'étude a été colligée de façon exhaustive au niveau la wilaya de Mostaganem

Le recueil des informations sur les médecins exerçant à la wilaya de Mostaganem s'est fait prospectivement de janvier 2023 à octobre 2023.

## 2.- Définition des cas

### 2.1.- Critères d'éligibilité

#### 2.1.1.- Critères d'inclusion :

On inclut dans cette étude les médecins exerçants à la wilaya de Mostaganem à titre :

- Privé
- Hospitalier
- Hospitalo-universitaire

#### 2.1.2.- Critères d'exclusion

Nous avons exclu de l'étude les médecins qui refusent de participer à l'étude

### 3.- Recueil, saisie et enregistrement des données :

Les données sont recueillies à l'aide de questionnaires (voir annexes), qui servent de support pour le traitement et l'exploitation ultérieure des résultats.

Les valeurs obtenues à partir des données et/ou des supports d'information sont codées soit en mode binaire (Oui/Non, présence/absence, vrai/faux), soit selon une progression géométrique pour les réponses multiples.

La saisie des données est réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20. Un codage préalable est effectué afin de réduire les incohérences et les incompatibilités dans la définition des variables, tout en garantissant le respect des critères d'éligibilité.

### 4.- Analyse des données et application des tests statistiques :

L'analyse descriptive et analytique des données ont été effectuées à l'aide des logiciels SPSS20.

L'analyse descriptive des données est basée sur la transformation des variables : par Regroupement en utilisant soit le codage, soit des transformations conditionnelles pour la mise en tableau et l'analyse.

### 5.- Contraintes de l'étude:

Réticence de la plupart des médecins à participer et répondre à un questionnaire sur les fautes médicales en raison de la sensibilité du sujet, de la crainte de répercussions professionnelles ou juridiques, ou de la stigmatisation associée aux erreurs médicales (*questionnaires distribués par voie électronique et imprimé, on a eu un retour de 73 questionnaires*).

Le biais de désirabilité sociale peut amener les participants à fournir des réponses qu'ils jugent socialement acceptables, minimisant ainsi leur implication dans des fautes médicales ou leurs causes.

La complexité du sujet des fautes médicales, souvent multifactorielles et complexes, fait qu'un questionnaire peut ne pas suffire à capturer toute la nuance nécessaire pour comprendre les causes profondes et les contextes spécifiques.

Le manque de données comparatives, en l'absence de données de référence ou d'études antérieures sur le sujet, rend difficile l'interprétation significative des résultats.

---

# **C H A P I T R E I V**

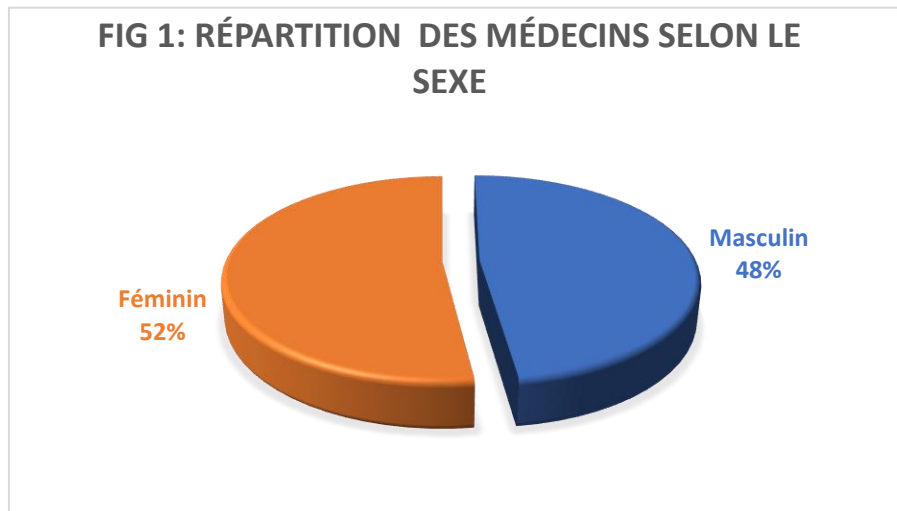
---

---

## **R E S U L T A T S D E L ' E T U D E**

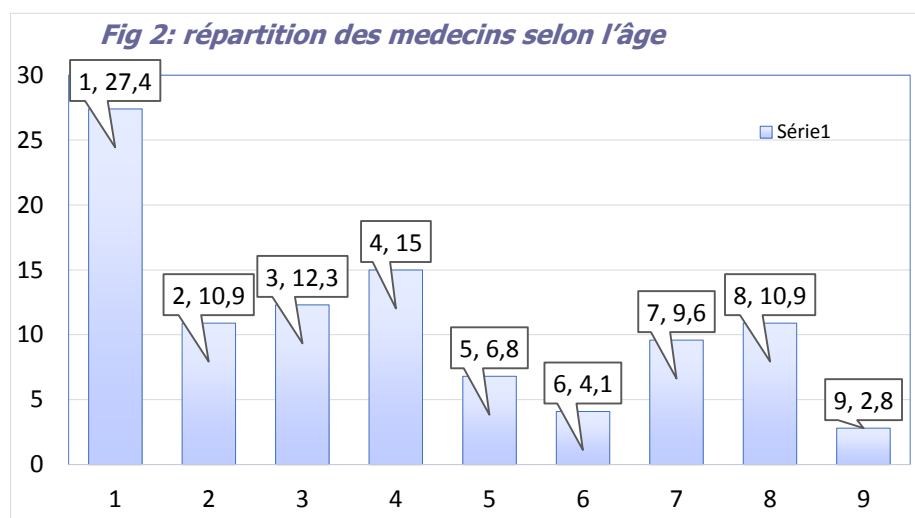
---

## 1- Répartition des médecins questionnés selon le sexe



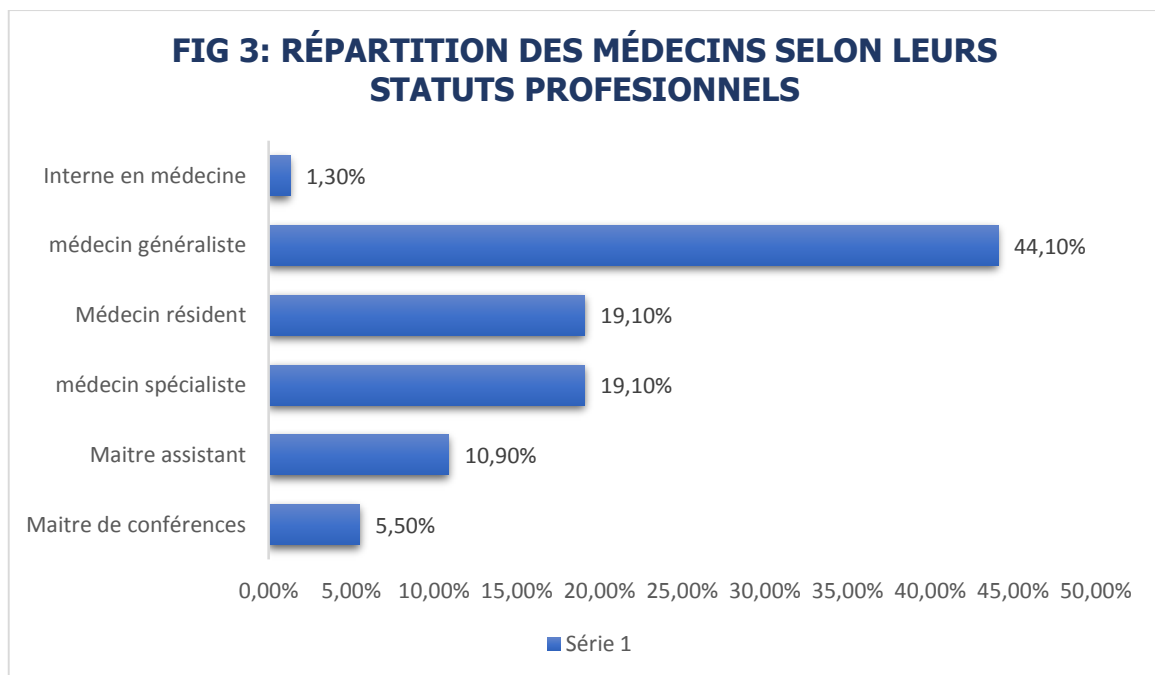
Notre population de médecine était composée de 52% de femmes et 48% d'hommes.

## 2- répartition des médecins questionnés selon l'âge



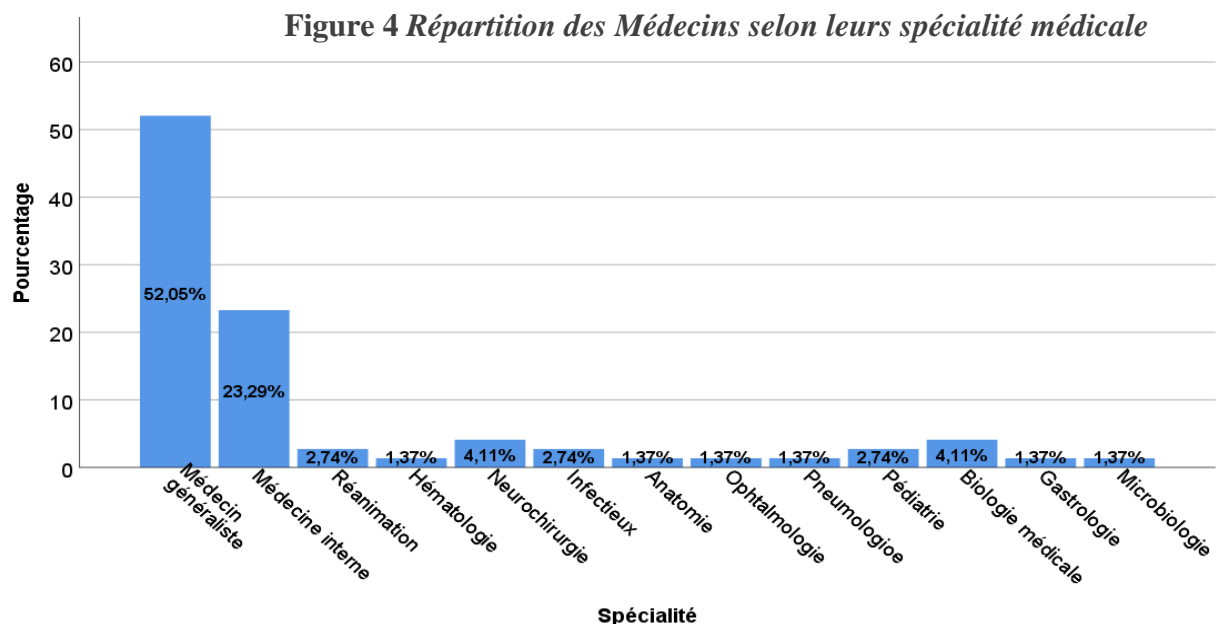
Presque 30 % notre population de médecine à un âge entre 25 et 30 ans

### 3. Répartition selon le statut professionnel



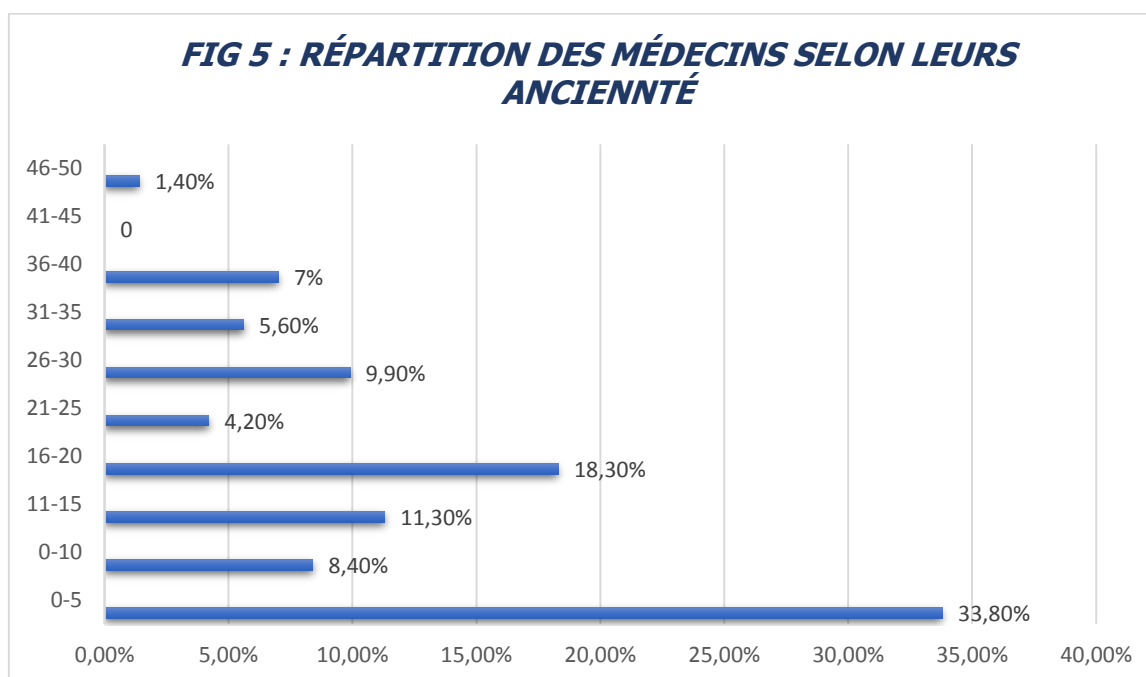
Les médecins généralistes représentent presque la moitié (43,8%) de la population interrogée.

### 4. Quelle est votre spécialité médicale ?



On constate que la majorité (52.05%) de notre population d'étude sont des médecins généralistes

## 5. Répartition selon les années d'ancienneté



Plus de (1/3) de notre population d'étude ont moins de 5 ans d'ancienneté à (33.8%)

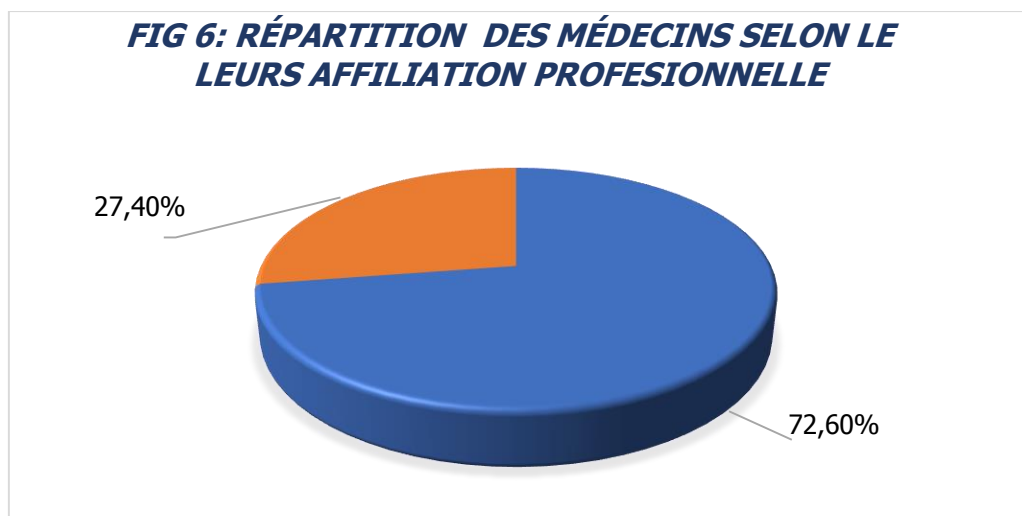
## 6. Combien de patients traitez-vous en moyenne par mois ?

Nombre de patients consulté par mois	Minimum	Maximum
Moyenne $\pm$ 2ES		
<b>346 <math>\pm</math>142,6</b>	0	400

*Tableau 1. Répartition des consultations par mois faites par les médecins*

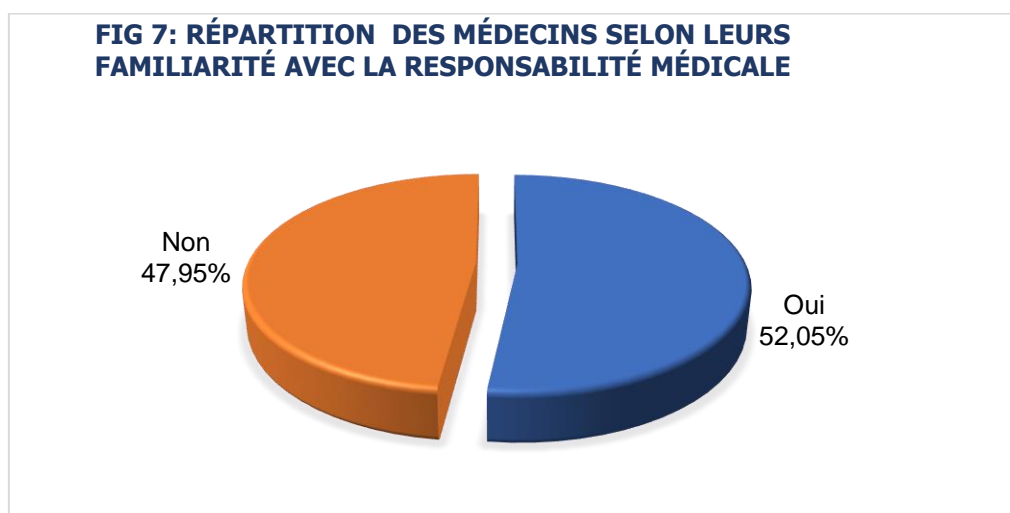
Notre population d'étude consulte en moyenne (346  $\pm$ 142,6) de patient par mois avec un minima à 0 et un maxima à 4000.

## 7. Répartition selon l'affiliation professionnelle



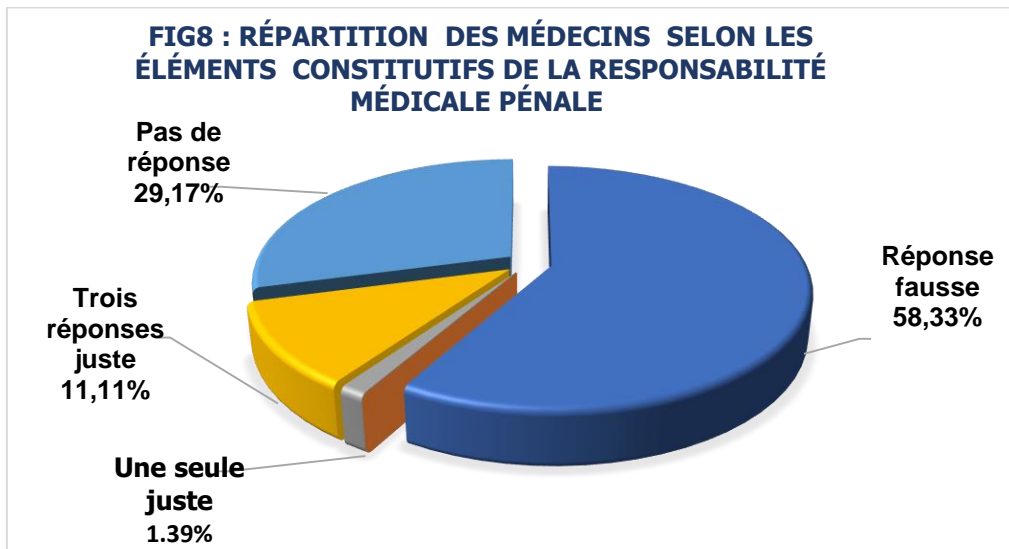
Plus des deux tiers (72,60%) de notre population d'étude appartient au secteur privé

## 8. Connaissez-vous les principes de responsabilité médicale pénale ?



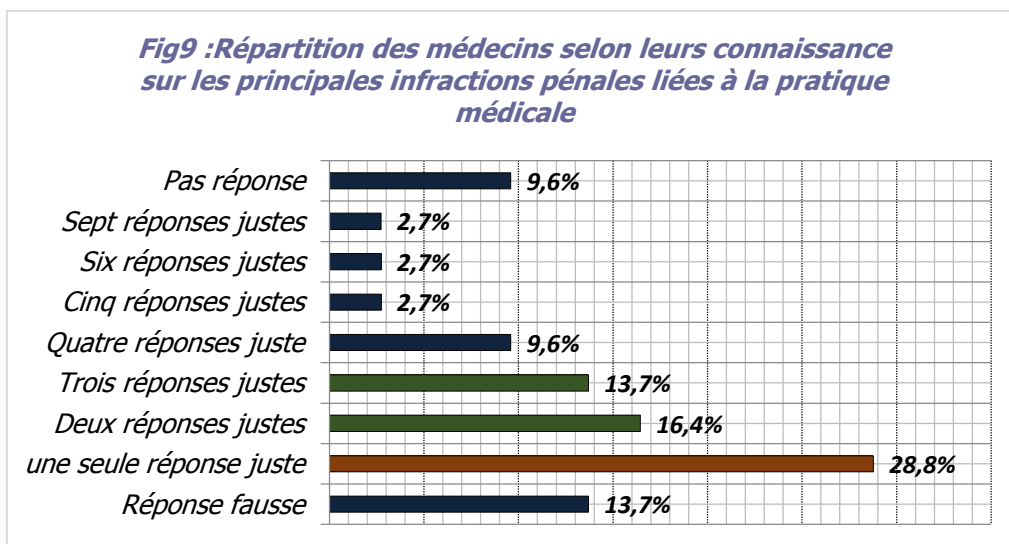
(52,05%) de notre population d'étude disent connaître les principes de la responsabilité médicale

**9. Pouvez-vous citer les éléments constitutifs de la responsabilité médicale pénale ?**



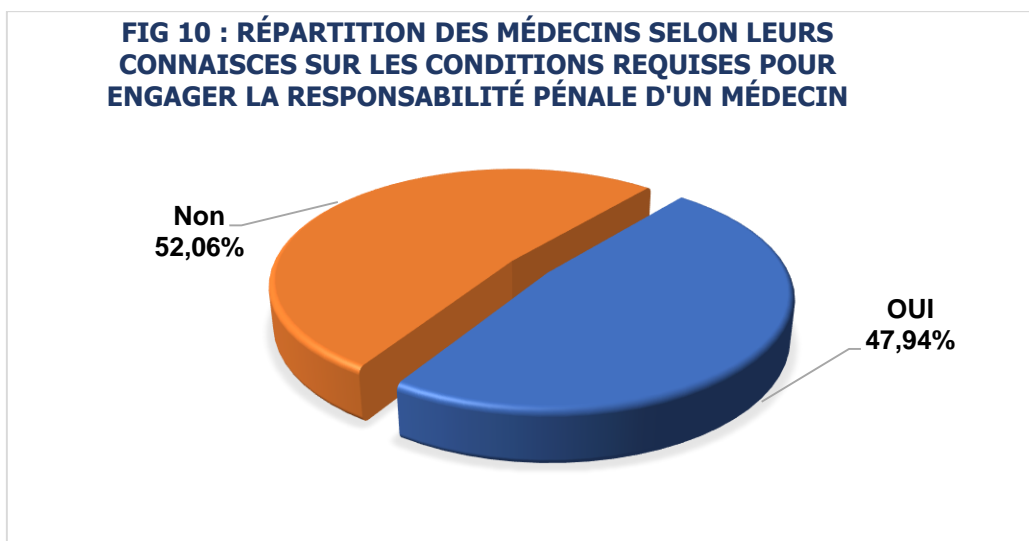
Seulement (11,11%) de notre population d'étude ont eu une bonne réponse

**10. Quelles sont les principales infractions pénales liées à la pratique médicale ?**



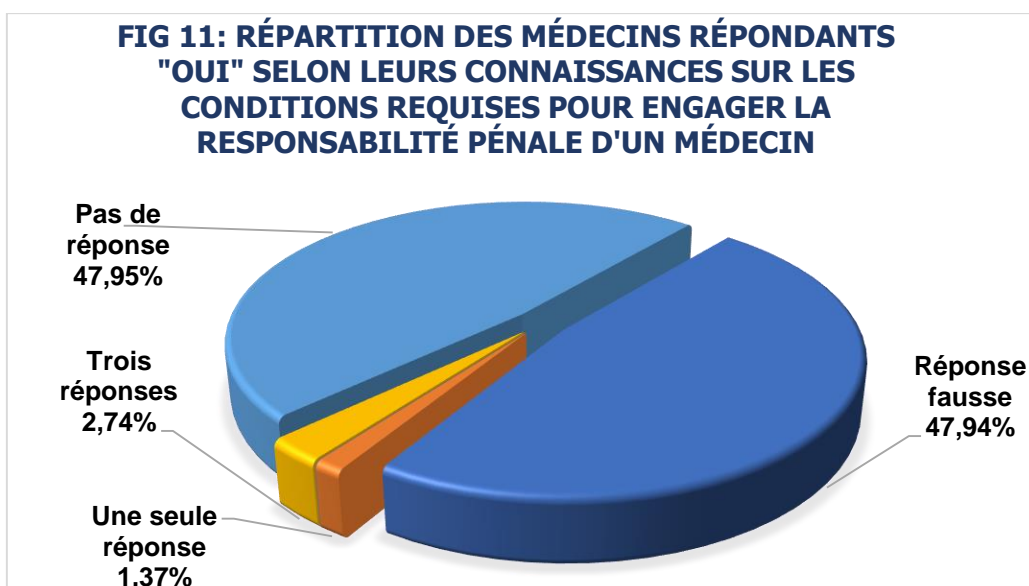
Presque la moitié (28,77% + 16,44%) de notre population d'étude connaissent moins de trois infractions pénales

**11. Connaissez-vous les conditions requises pour engager la responsabilité pénale d'un médecin ?**



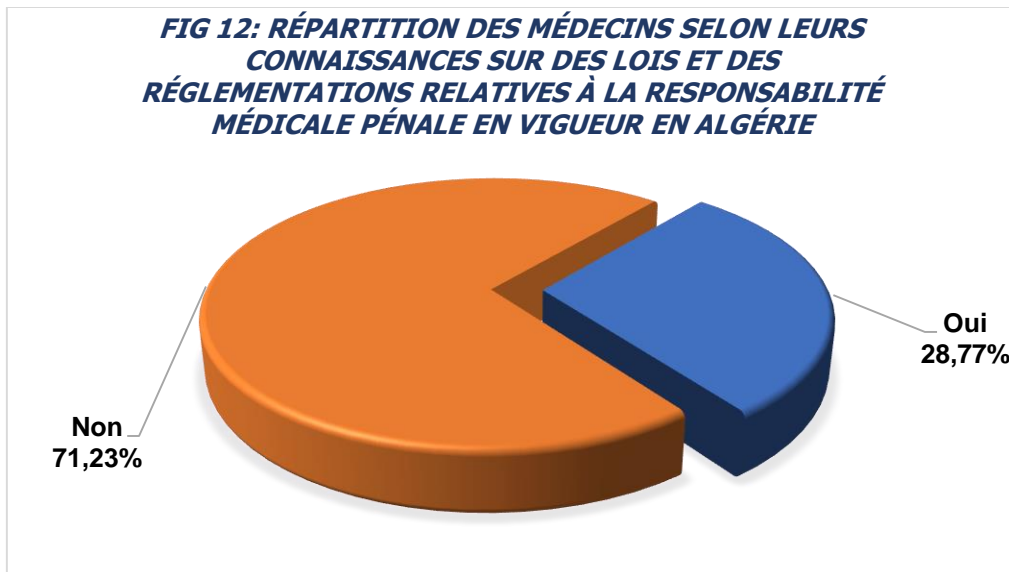
Plus de la moitié (52,06%) de notre population d'étude disent qu'ils ne connaissent pas les conditions requises pour engager la responsabilité pénale du médecin.

**12. Si oui, citer**



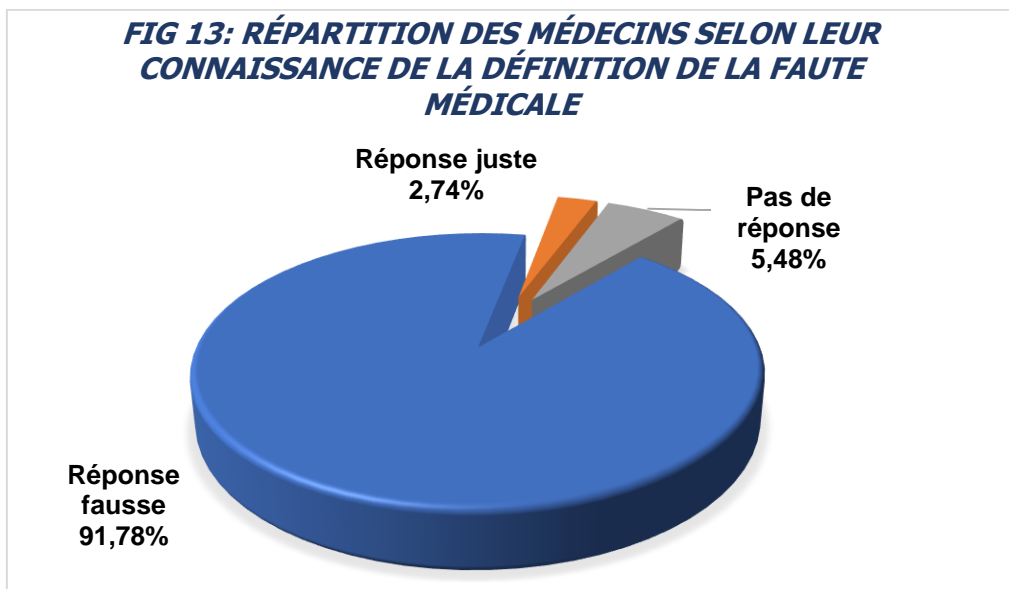
Presque la moitié (47,95%) des répondants qui ont affirmés connaître les conditions requises pour engager la responsabilité pénale du médecin ne connaissent pas la bonne réponse

**13. Avez-vous une connaissance adéquate des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie ?**



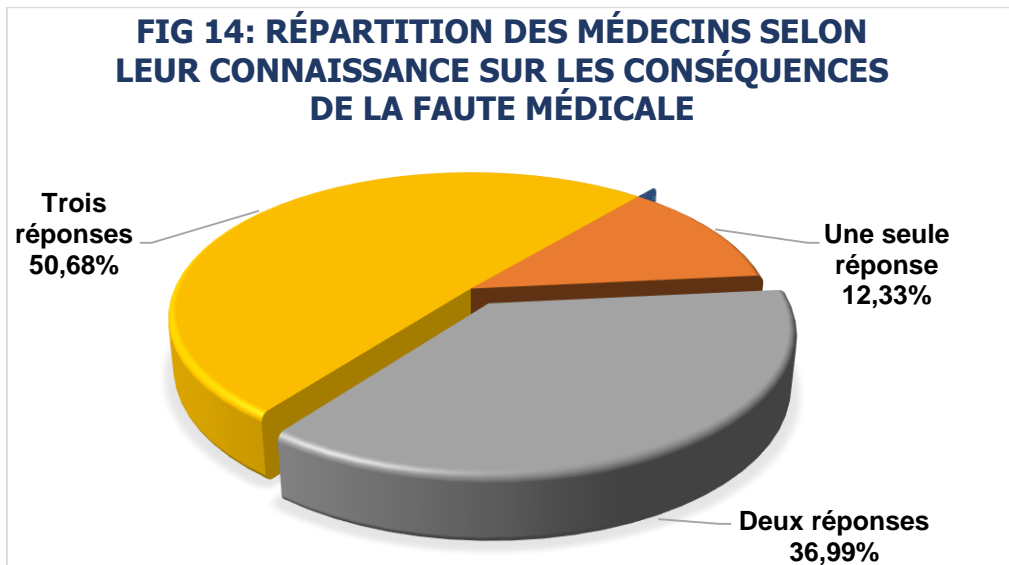
(71,23%) des répondants affirment ne pas avoir des connaissances adéquates des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie.

**14. Qu'est-ce qu'une faute médicale ?**



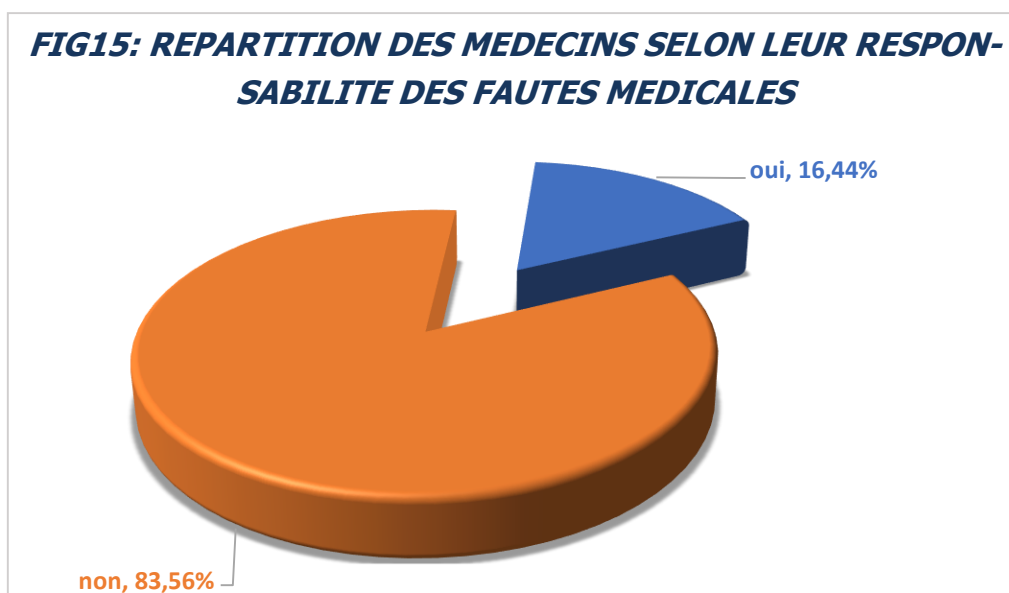
(91,78%) des répondants ont donné une fausse réponse sur la définition de la faute médicale et seulement (2,74 %) ont donnés la réponse juste .

**15. Quelles sont les conséquences de la faute médicale ?**



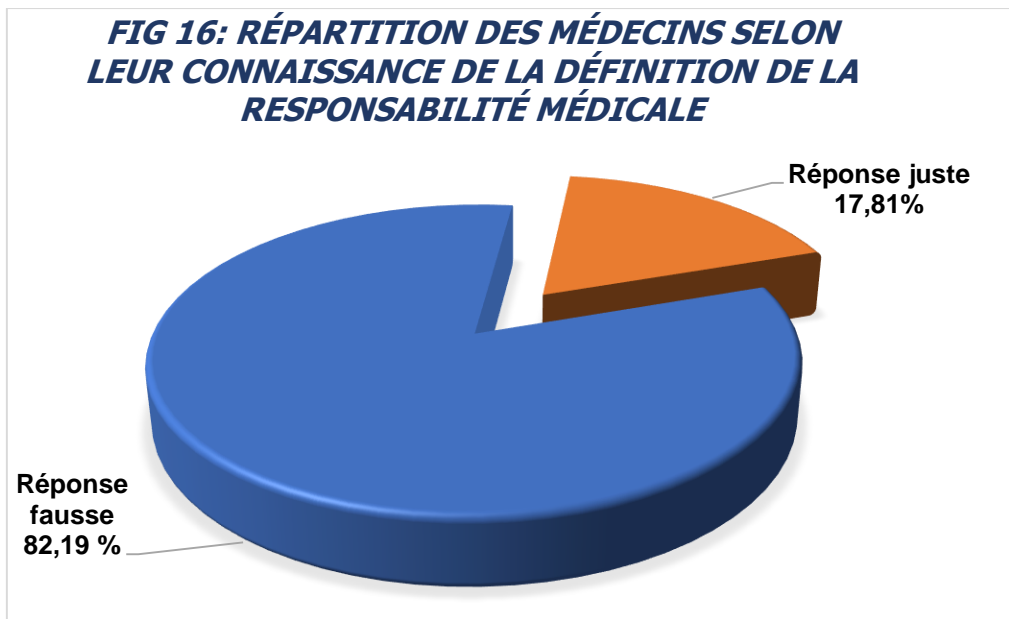
Seulement (12,33%) de notre population d'étude ont donné une juste et Complète sur les conséquences de la faute médicale.

**16. Pensez-vous que les médecins doivent être sanctionné en cas de faute médicale ?**



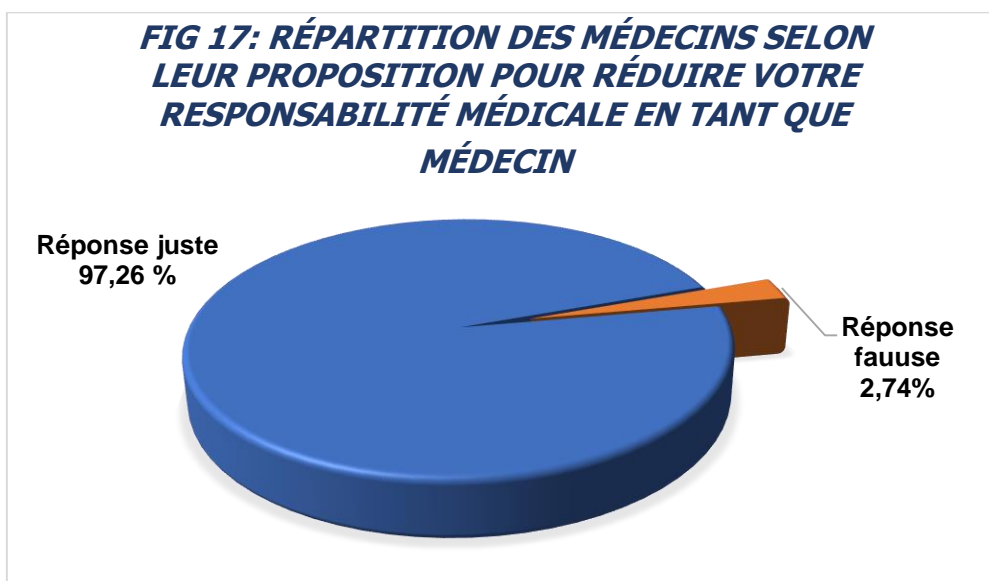
Seulement (16.44%) de notre échantillon d'étude estime que les médecins ne doivent pas être responsables des fautes médicales

**17. Qu'est-ce que la responsabilité médicale ?**



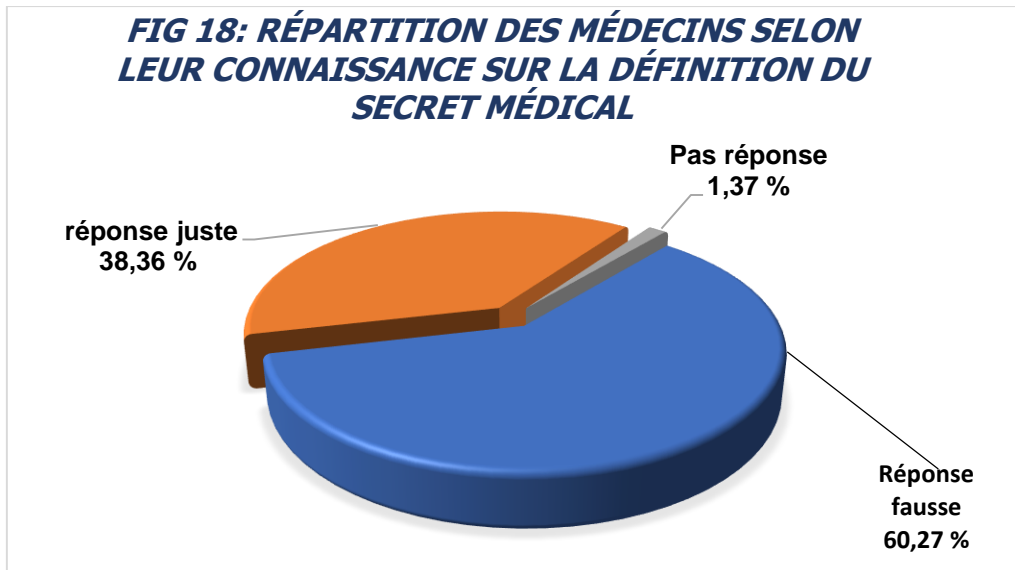
Seulement (17,81%) de notre population d'étude ont donné une réponse juste et Complète sur la définition de la responsabilité médicale

**18. Comment pouvez-vous réduire votre responsabilité médicale en tant que médecin ?**



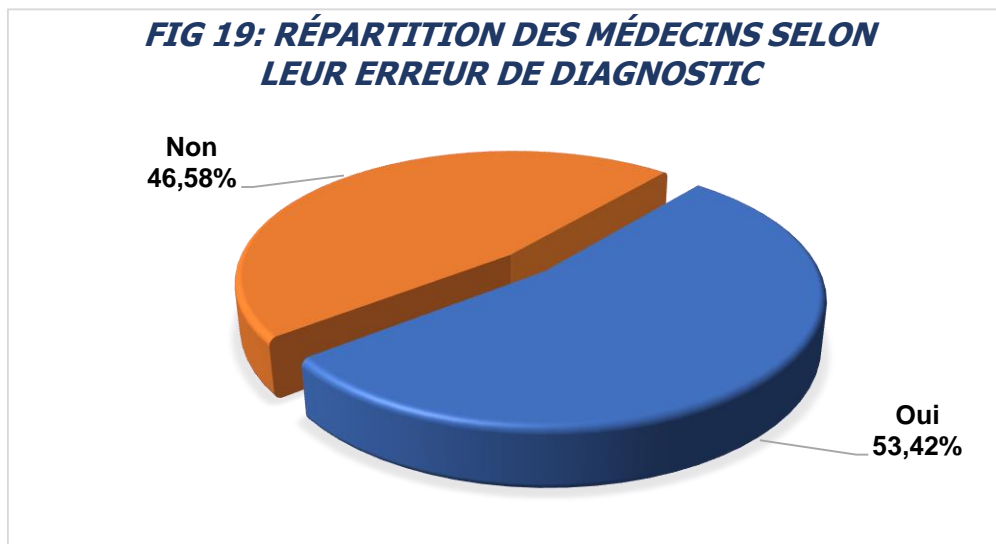
(97.26%) de notre population d'étude ont donné une réponse juste et complète sur comment réduire votre responsabilité médicale en tant que médecin.

**19. Qu'est-ce que le secret médical ?**



Seulement (38,36%) de notre population d'étude ont donné une réponse juste sur la Définition du secret médical.

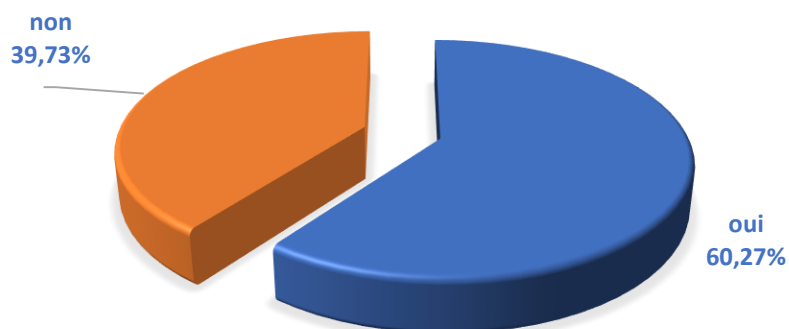
**20. Avez-vous déjà effectué une erreur de diagnostic ?**



Plus de la moitié de notre population d'étude (53.42%) ont admis avoir fait une erreur de diagnostic.

**21. Connaissez-vous les risques liés à une erreur de diagnostic ?**

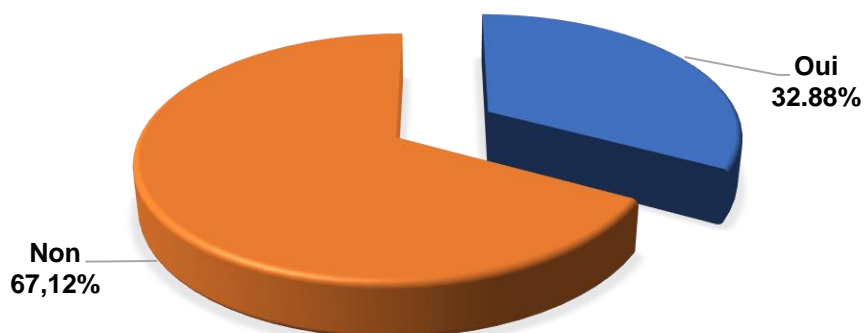
**FIG 20 : REPARTITION DES MEDECINS SELON LEURS CON-  
NAISSANCES DES RISQUES LIES A L'ERREUR DE  
DIAGNOTIC**



Parmi notre population d'étude (39.73%) ne connaissent pas les risques liés à l'erreur de diagnostic.

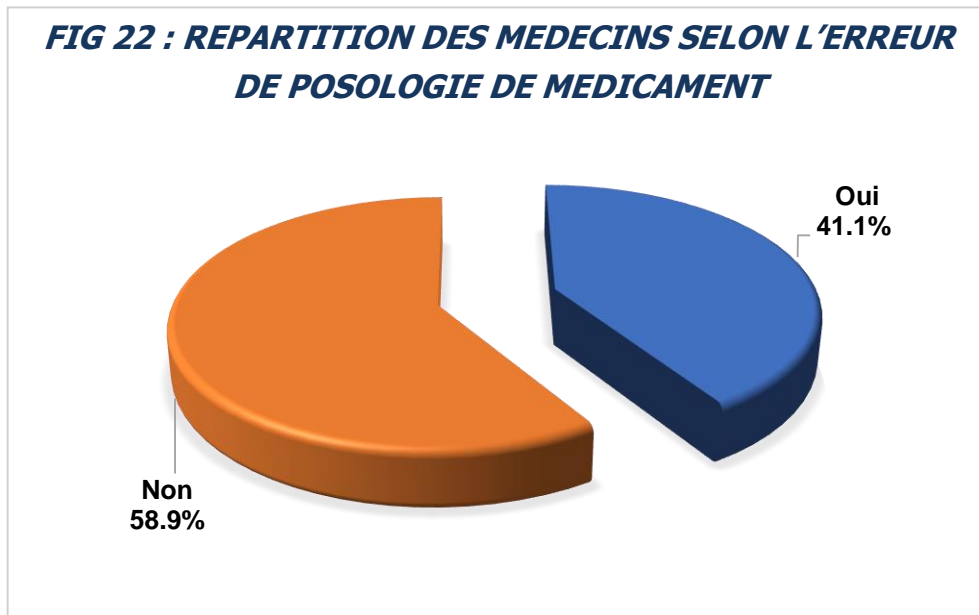
**22. Avez-vous déjà administré un traitement inadapté à un patient ?**

**FIG 21 : REPARTITION DES MEDECINS SELON L'ADMINIS-  
TRATION DE TRAITEMENT INADAPTE**



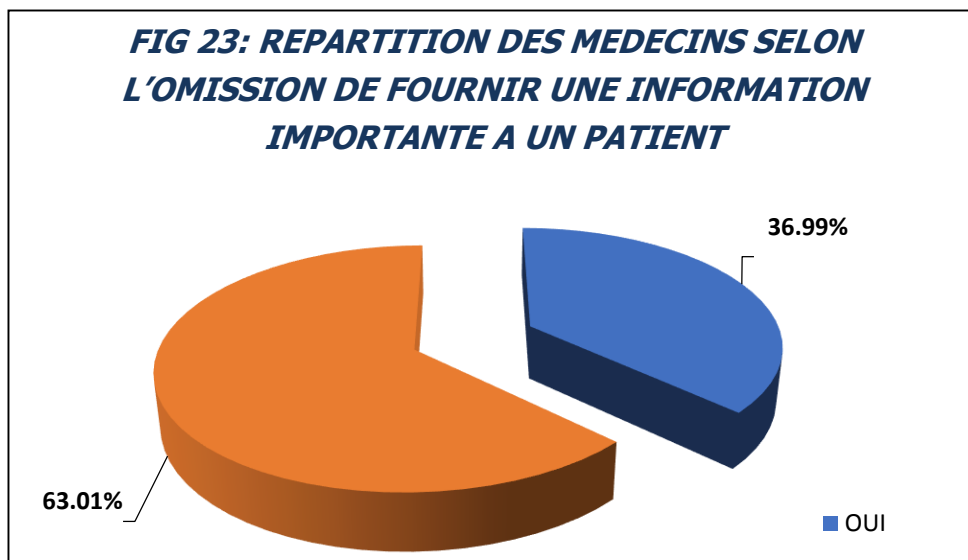
Presque un tiers (32.88%) de notre échantillon d'étude ont admis avoir administré un traitement inadapté à un patient

**23. Avez-vous déjà commis une erreur de posologie de médicament ?**



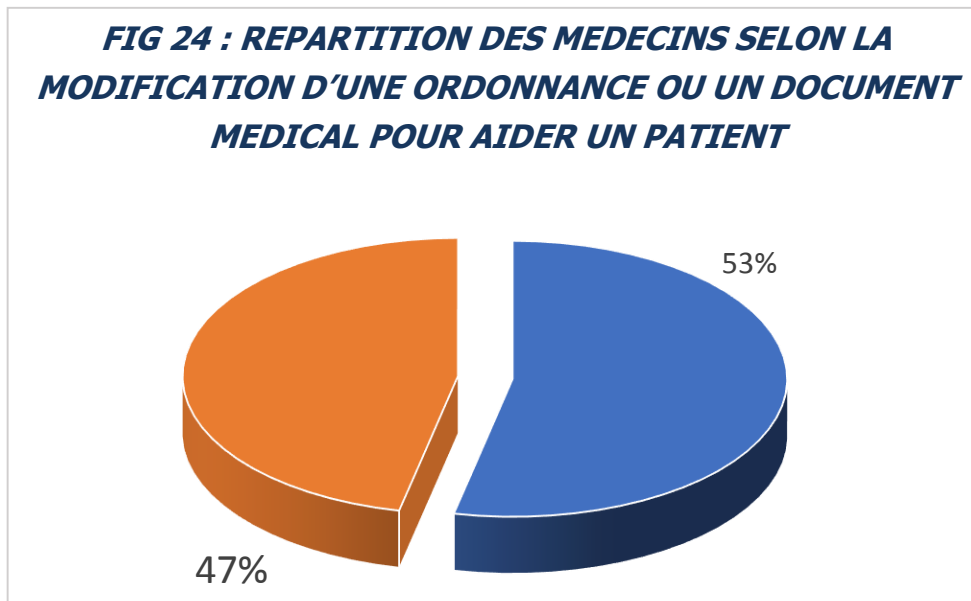
(41,10 %) des questionnés ont affirmés qu'ils ont fait une erreur de posologie de médicament

**24. Avez-vous déjà omis de fournir une information importante à un Patient ?**



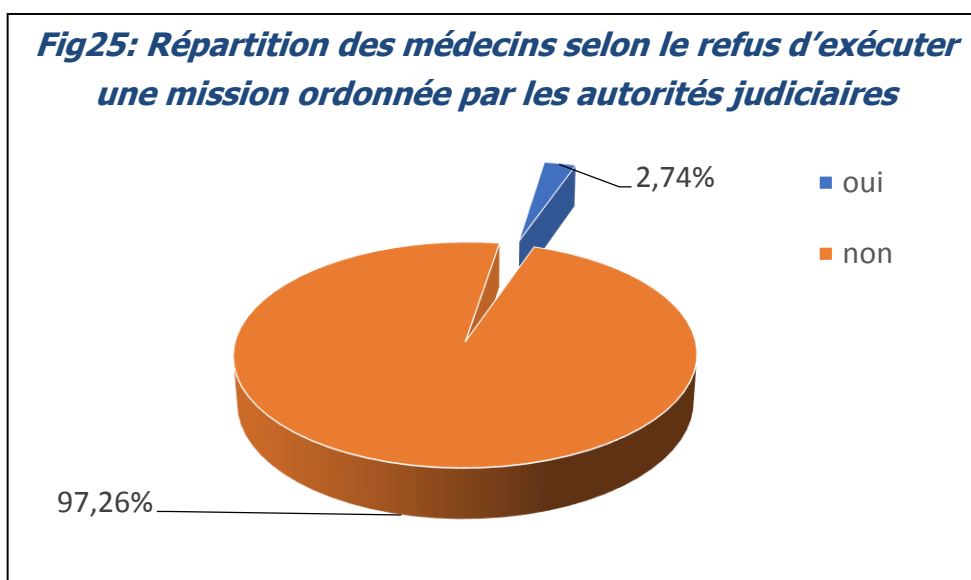
Plus du tiers (36.99%) des interrogés disent qu'ils ont déjà omis de fournir une information importante a un patient.

**25. Avez-vous déjà modifié une ordonnance ou un document médical pour aider un patient ?**



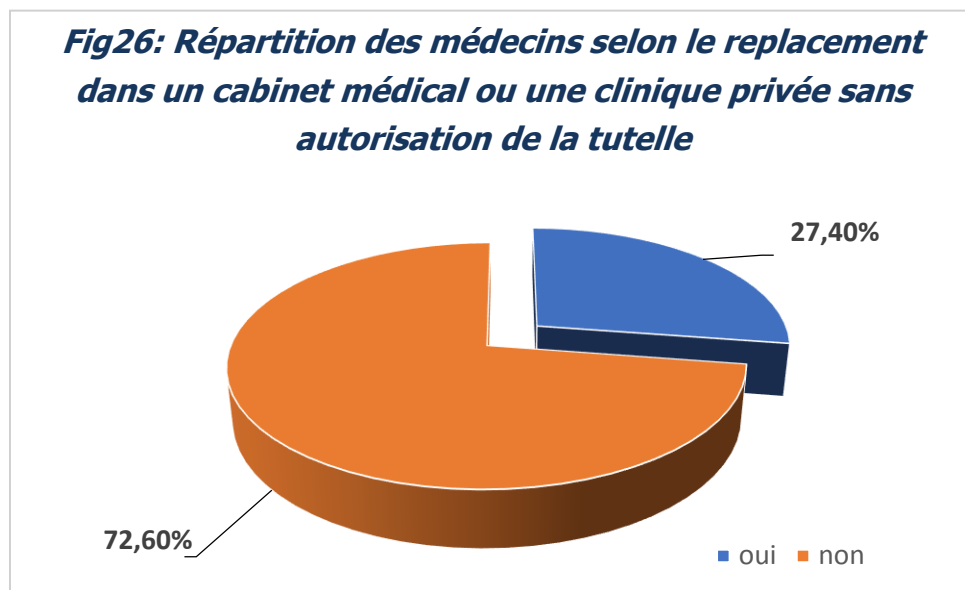
Plus de la moitié (53.42%) affirme avoir modifié une ordonnance Médicale pour aider un patient.

**26. Avez-vous déjà refusé d'exécuter une mission ordonnée par les autorités judiciaires ?**



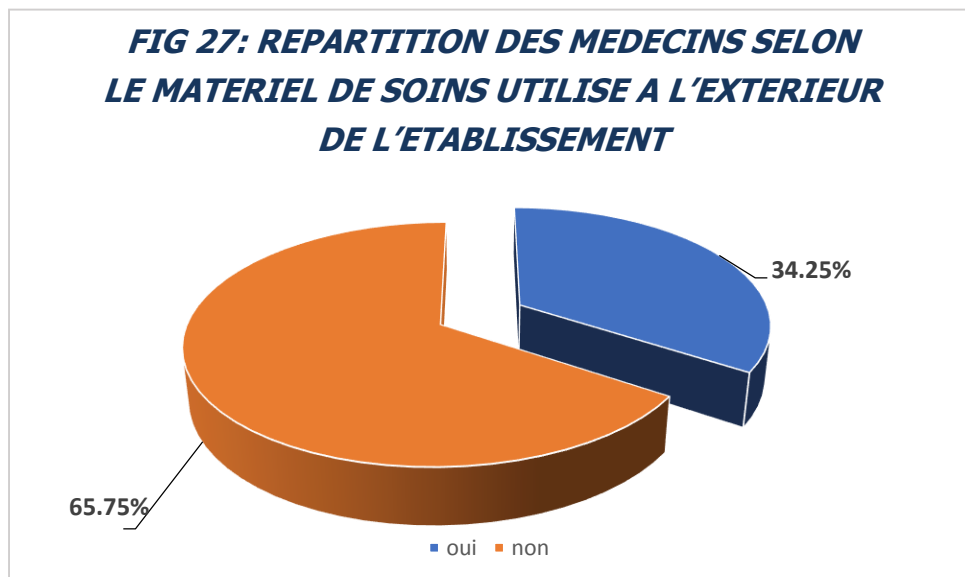
(97.26%) des médecins questionnés disent n'avoir jamais refusé d'exécuter une mission ordonnée par les autorités judiciaires.

**27. Avez-vous déjà fait des remplacements dans un cabinet médical ou une clinique privée sans autorisation de la tutelle ?**



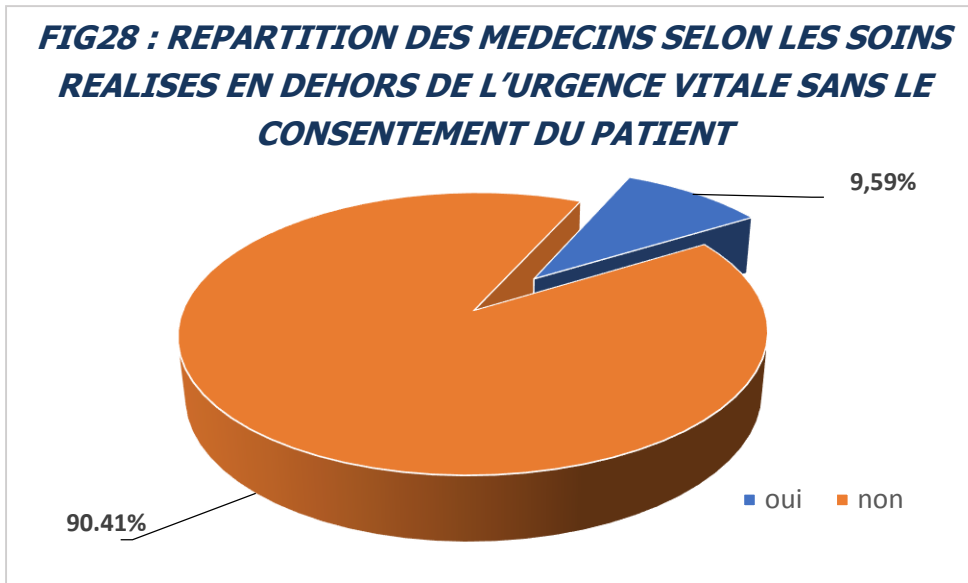
(27.40 %) de notre population d'étude ont admis avoir fait de remplacements dans des cabinets médicaux ou clinique privée sans autorisation de la tutelle

**28. Avez-vous déjà fait sortir des médicaments ou matériels de soins pour aider un patient à l'extérieur de la structure de santé ?**



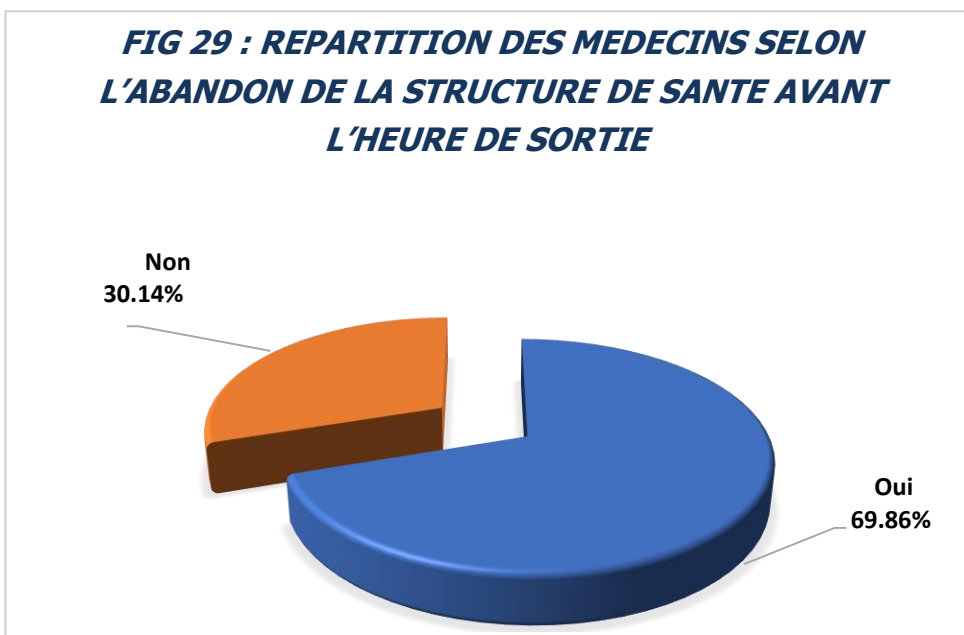
Plus d'un tiers (34.25%) des médecins interrogés admettent qu'ils déjà fait sortir des médicaments ou matériels de soins à l'extérieur de la structure de santé

**29. Avez-vous déjà réalisé des soins en dehors de l'urgence vitale sans le consentement du patient ?**



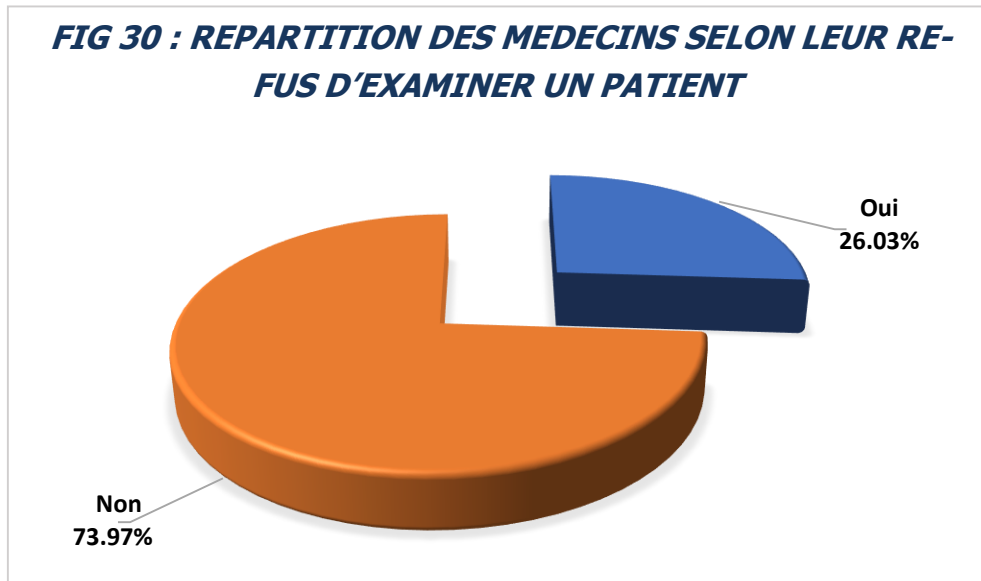
Parmi les médecins interrogés seulement (9.59%) affirment avoir réalisé des soins en dehors des cas d'urgence vitale sans le consentement du patient.

**30. Avez-vous déjà quitté la structure de sante avant l'heure de sortie ?**



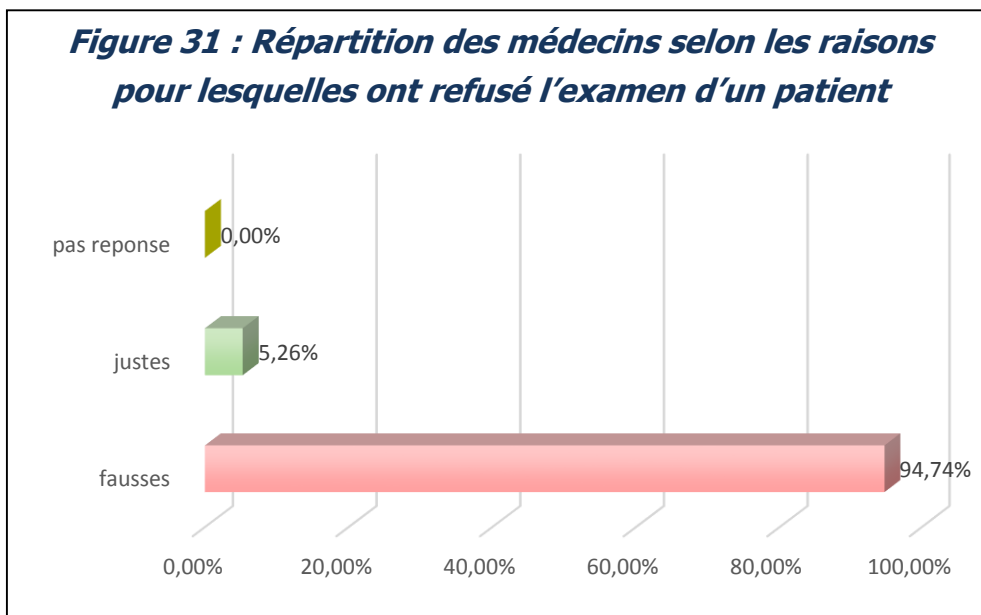
Plus des deux tiers (69.86%) des étudiés affirment avoir déjà quitté la structure de santé avant l'heure .

**31. Avez-vous déjà refusé d'examiner un patient ?**



(26.03%) des médecins questionnés disent avoir déjà refusé d'examiner un patient .

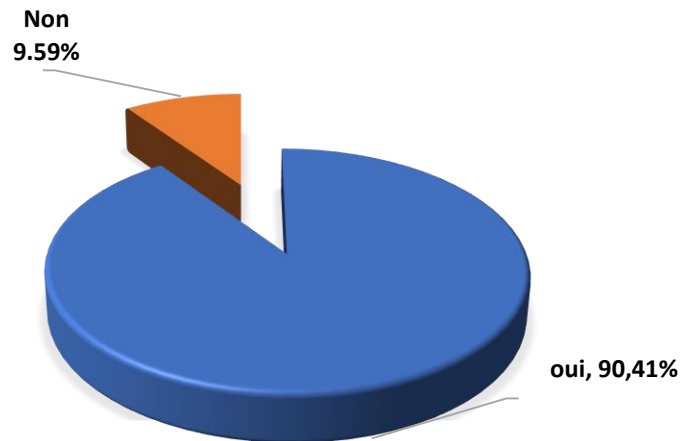
**32. Si oui pourquoi ?**



La majorité des médecins interrogés (94.74%) ont donnés des fausses raisons pour leurs refus d'examiner un patient

**33.** *Avez-vous déjà partagé une information avec l'entourage ou la famille du patient pour mieux l'aider à gérer sa maladie ?*

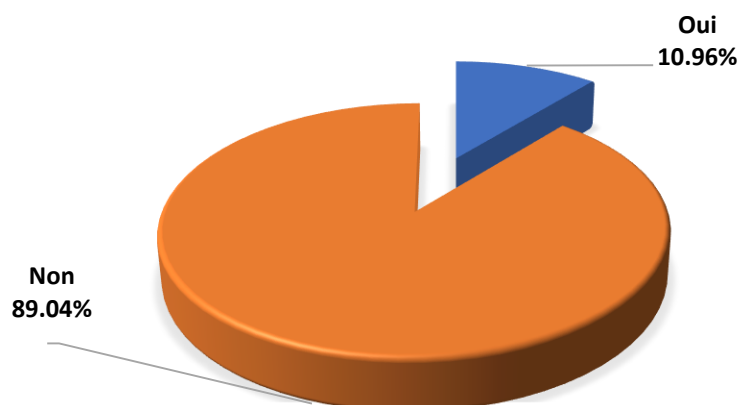
**FIG 32 : REPARTITION DES MEDECINS SELON LE PARTAGE DE L'INFORMATION AVEC L'ENTOURAGE**



La majorité des médecins (90.4%) interrogés admettent avoir partagé des informations avec l'entourage de leur patient.

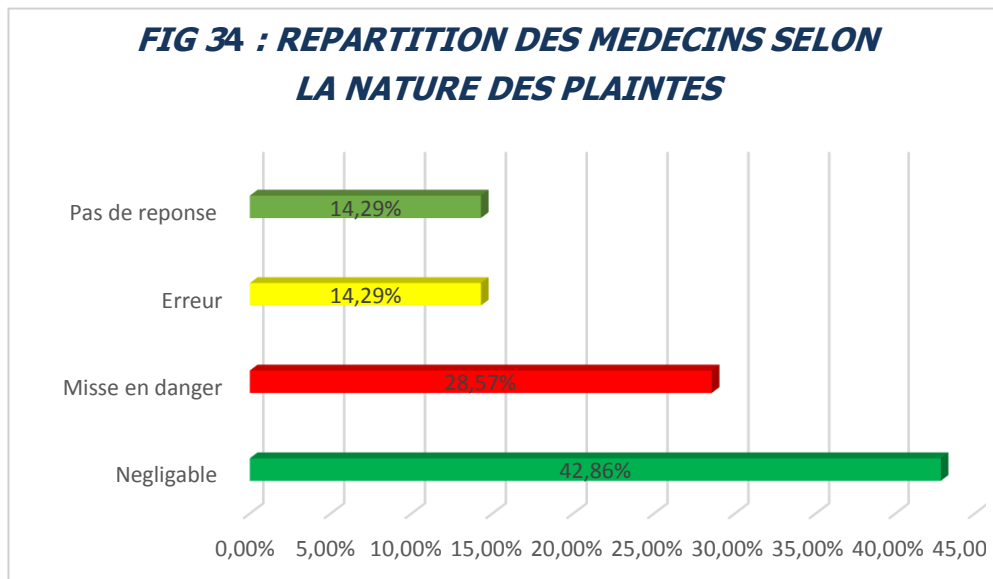
**34.** *Avez-vous déjà été confronté à une plainte pour faute médicale ?*

**FIG 33 : REPARTITION DES MEDECINS SELON LEUR IMPLICATION DANS UNE PLAINTE POUR FAUTE MEDICALE**



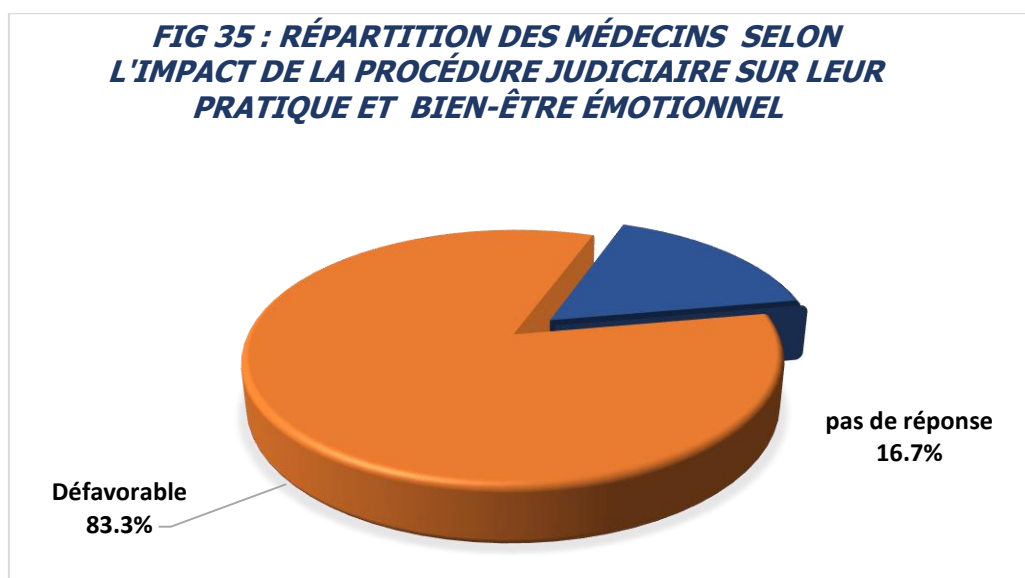
Seulement (10.96%) des médecins interrogés affirment avoir été confronté à une plainte pour faute médicale.

**35. Si oui, quelle était la nature de la plainte ?**



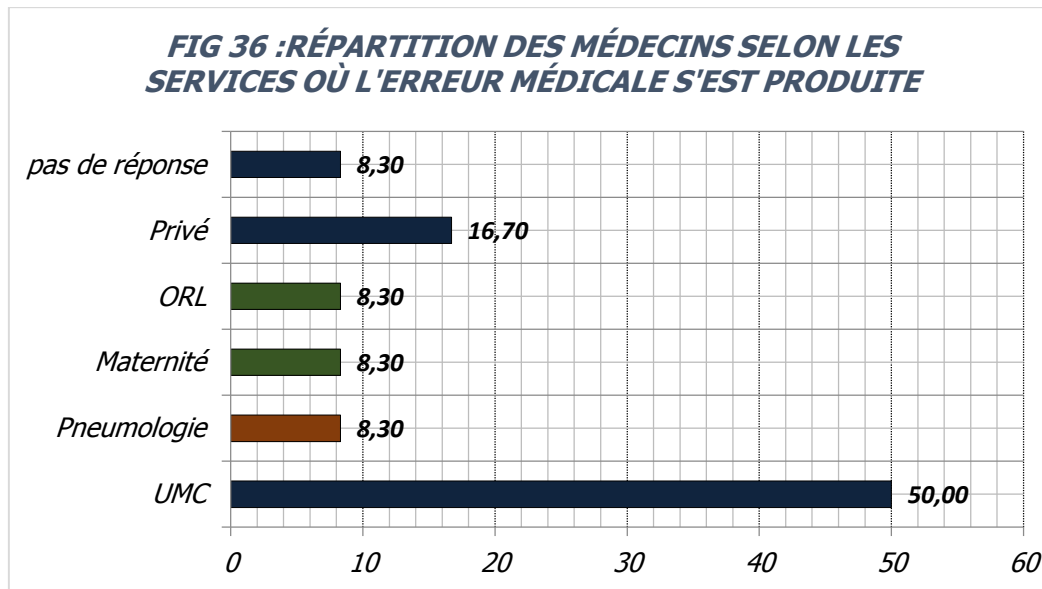
Plusieurs motifs ont été mentionnés par les médecins interrogés qui ont été sujet a une plainte pour faute médicale à savoir la négligence à (42.86%) et la mise en danger d'autre à (28.57%)

**36. Si oui, comment cela va-t-il affectée votre pratique et votre bien-être émotionnel ?**



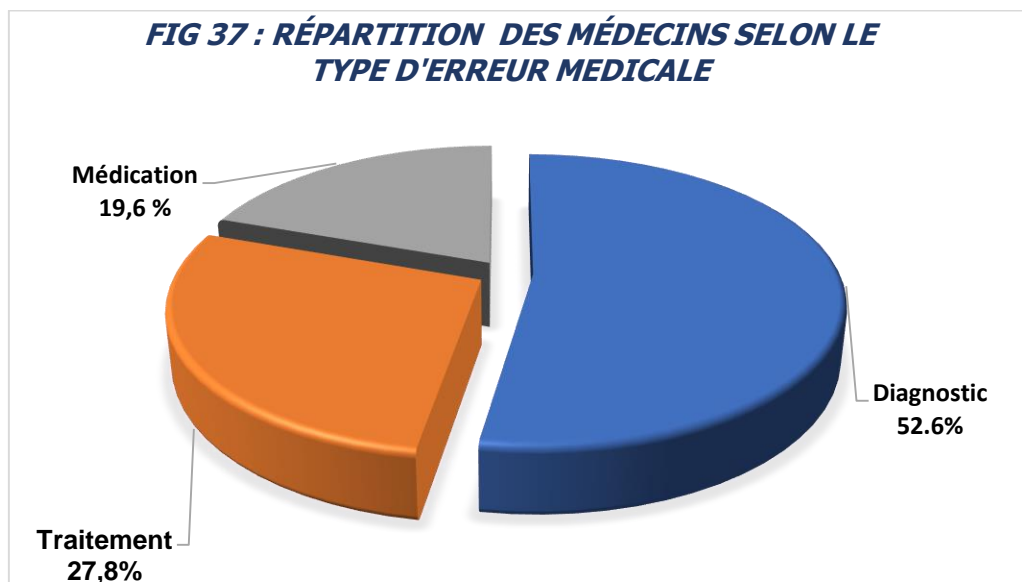
La majorité des médecins questionnés (83.3%) ont eu un impact défavorable sur leur pratique et bien-être émotionnel suite à leur implication dans une procédure judiciaire

**37. Dans quel service étiez-vous lorsque l'erreur médicale s'est produite ?**



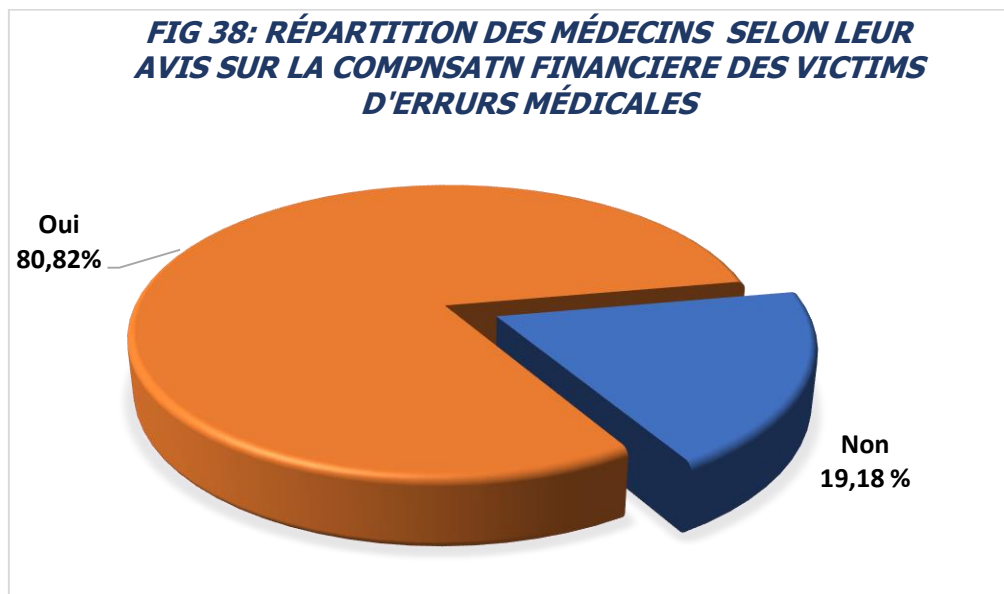
D'après les résultats, on constate que plusieurs services sont fréquemment le lieu des erreurs médicales avec en premier lieu les UMC (50.00%), suivi de la maternité et la pneumologies (8,3%).

**38. Quel type d'erreur médicale avez-vous subi ?**



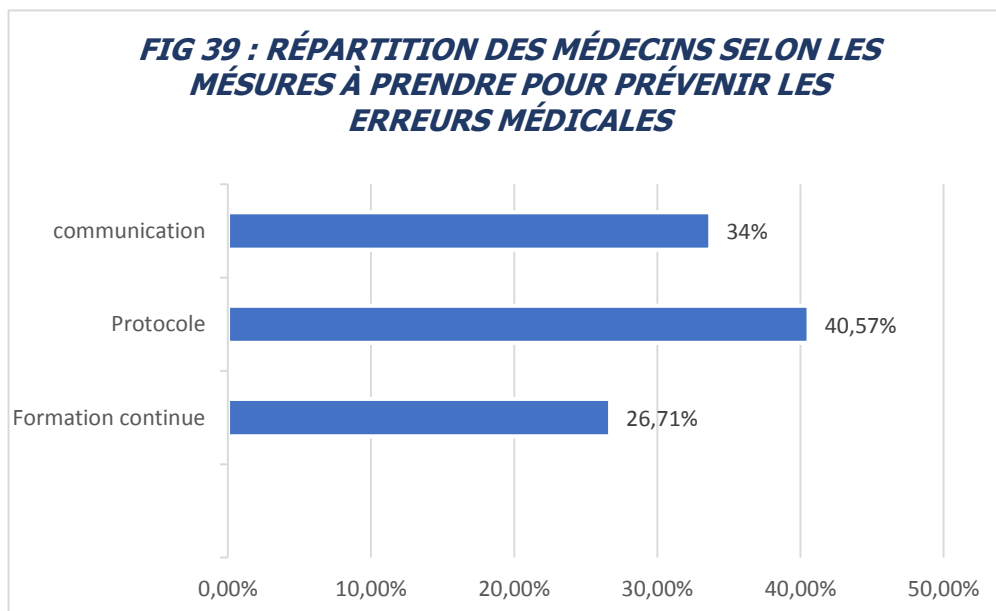
D'après les résultats obtenus, plus de la moitié (52.6%) des erreurs médicales sont liées au diagnostic

**39. Pensez-vous que les victimes d'erreurs médicales devraient recevoir une compensation financière ?**



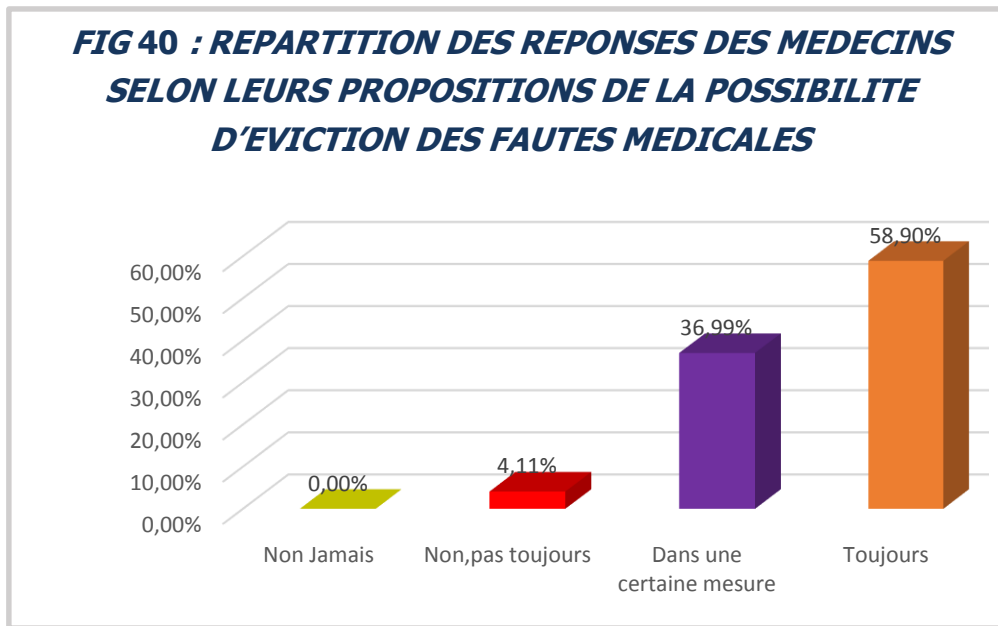
Parmi les médecins interrogés (19.18 %) pensent que les victimes d'erreurs médicales ne devraient pas recevoir une compensation financière.

**40. Quelles mesures l'hôpital devrait-il prendre pour prévenir les erreurs médicales à l'avenir?**



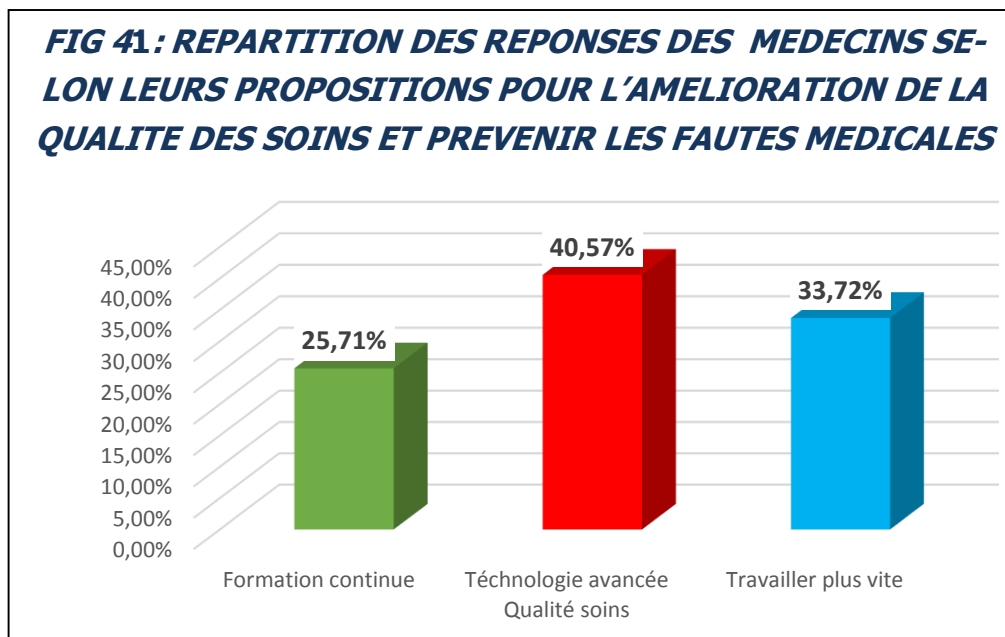
(40.57%) des médecins interrogés optent pour le suivi de protocole comme moyen afin d'éviter prévenir les erreurs médicales à l'avenir

**41. Pensez-vous que les fautes médicales peuvent être évitée ?**



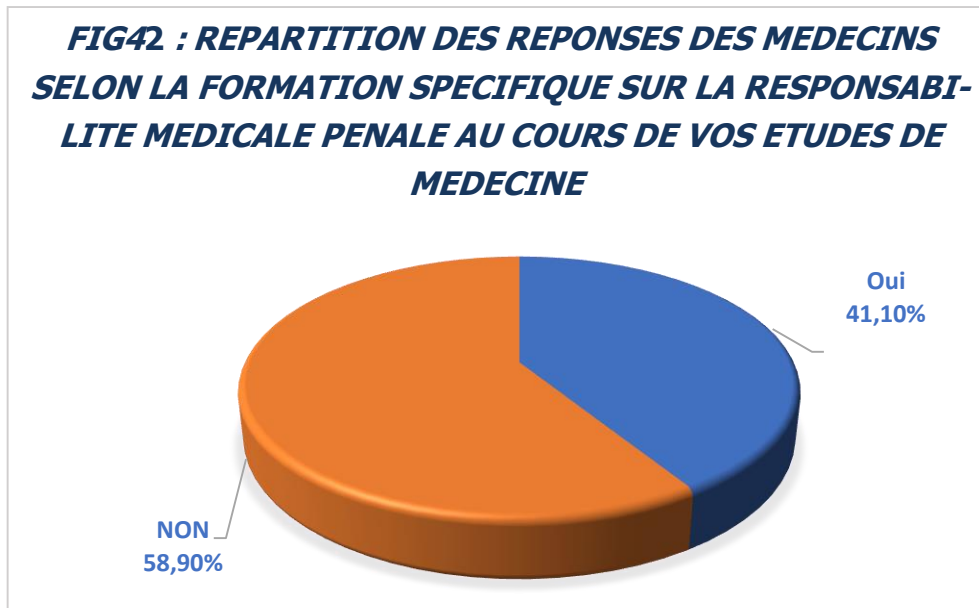
Parmi les interrogés (58.90%) pensent que les fautes médicales peuvent toujours être évitée.

**42. Comment pouvez-vous améliorer la qualité des soins et prévenir les fautes médicales ?**



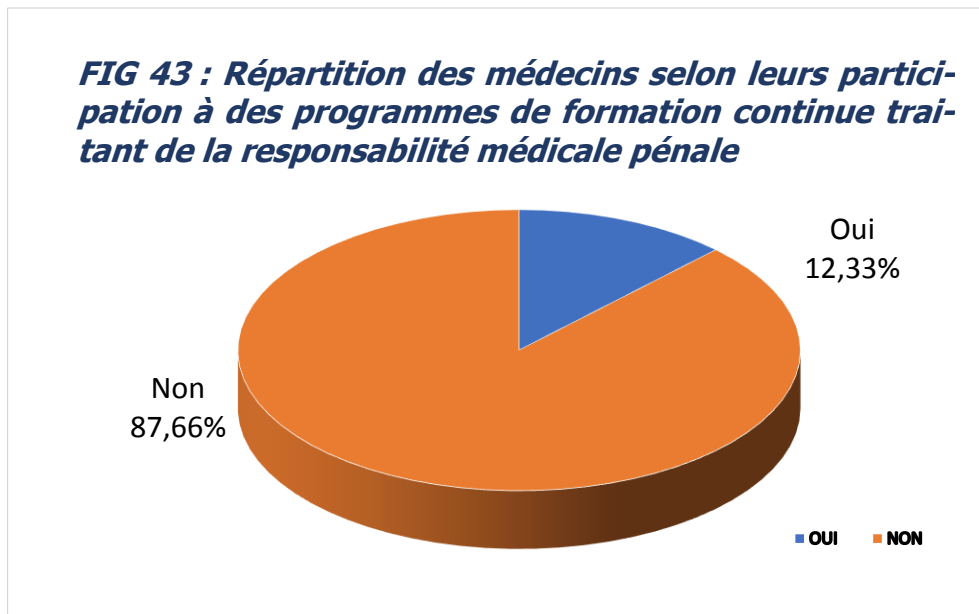
Seulement (25.71%) des questionnés pensent que la formation continue peut améliorer la qualité des soins et prévenir les fautes médicales.

**43. Avez-vous reçu une formation spécifique sur la responsabilité médicale pénale au cours de vos études de médecine ?**



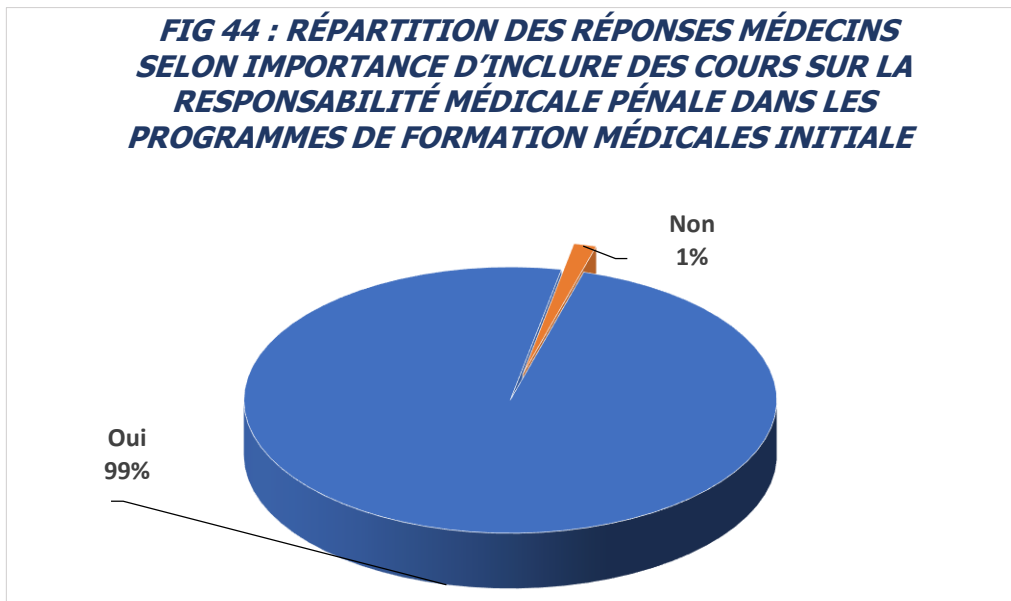
Plus de la moitié (58.90%) des médecins interrogés disent qu'ils n'ont pas reçu une formation spécifique sur la responsabilité médicale pénale au cours de vos études de médecine

**44. Avez-vous participé à des programmes de formation continue traitant de la responsabilité médicale pénale ?**



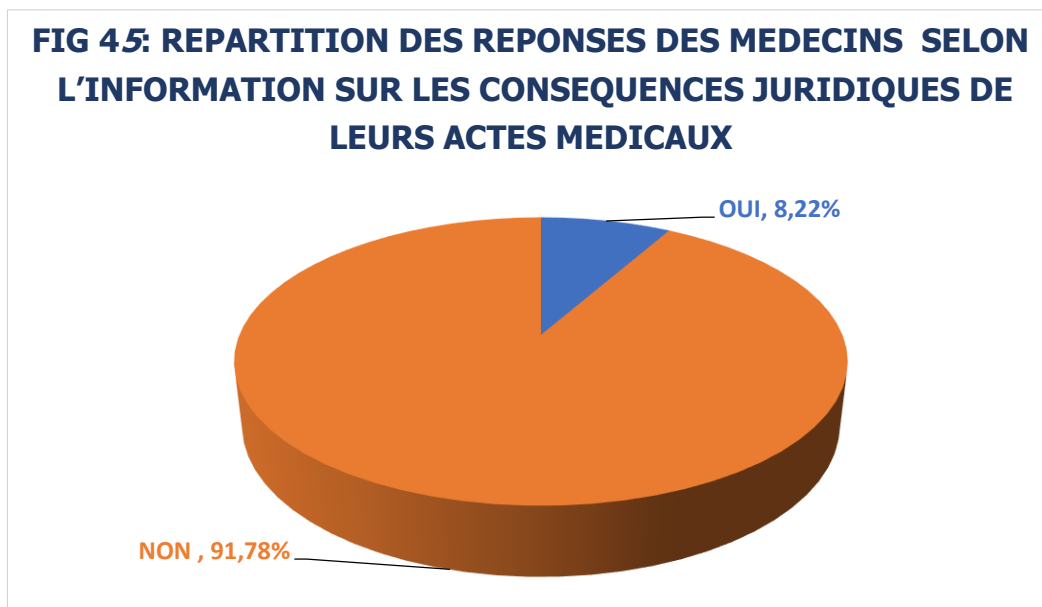
La majorité (87.67%) des médecins de notre étude affirment qu'ils n'ont jamais participé à des programmes de formation continue traitant de la responsabilité médicale pénale

**45. Pensez-vous qu'il est important d'inclure des cours sur la responsabilité médicale pénale dans les programmes de formation médicales initiale ?**



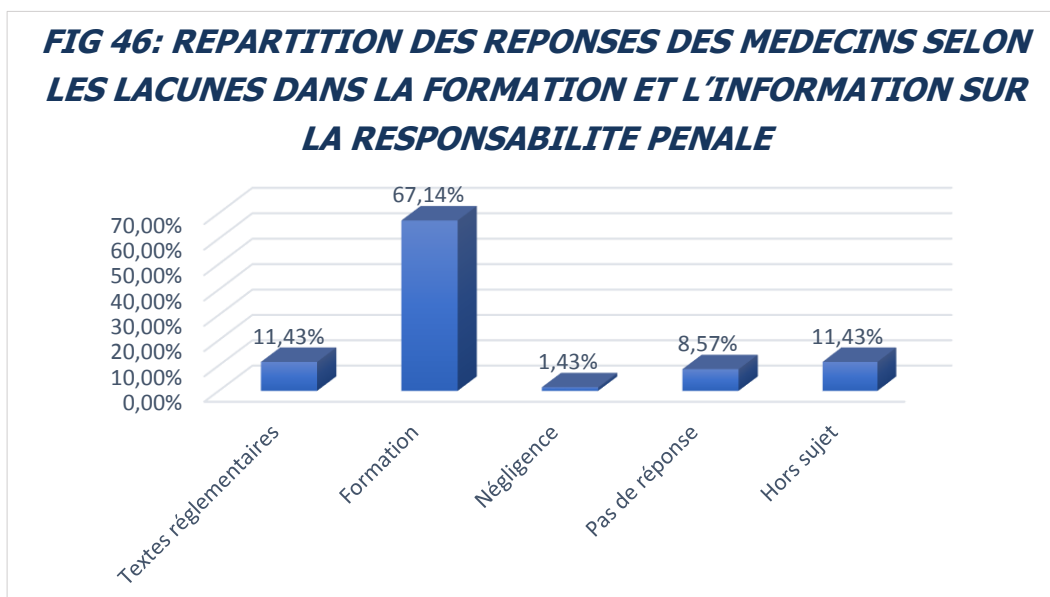
La majorité (98.63%) des médecins interrogés pensent qu'il est important d'inclure des cours sur la responsabilité médicale pénale dans les programmes de formation médicales initiale

**46. pensez-vous que les médecins sont correctement informés des Conséquences juridiques de leurs actes médicaux ?**



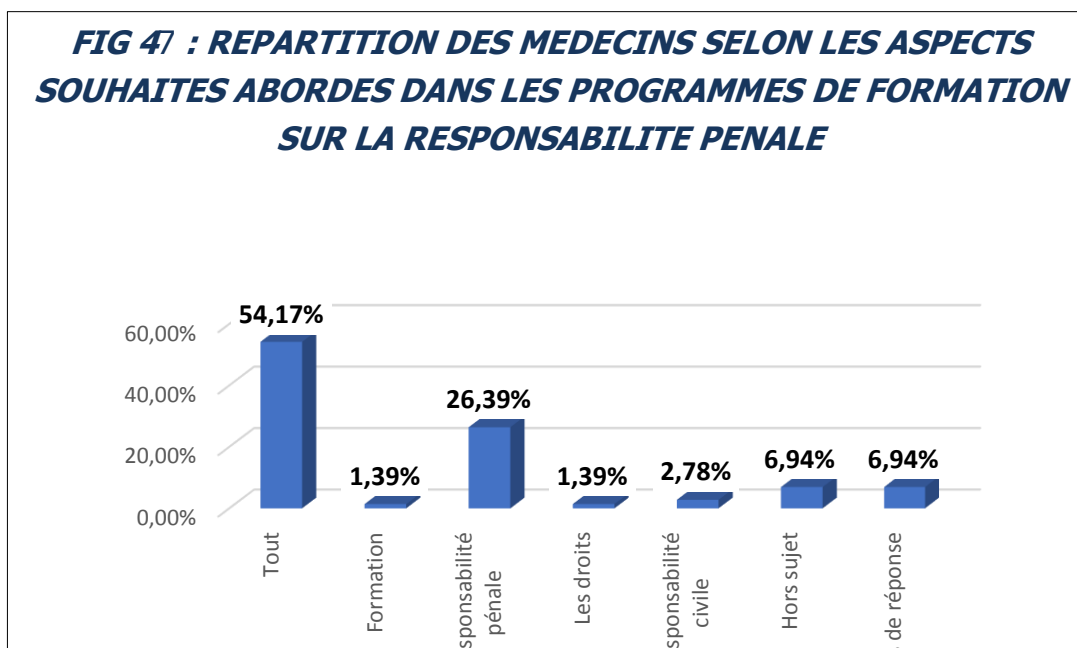
La majorité (91.78%) des médecins questionnés déclarent que les médecins ne sont pas correctement informés des conséquences juridiques de leurs actes médicaux

47. *Quelle sont, selon vous, les principales lacunes dans la formation et l'information des médecins sur la responsabilité médicale pénale ?*



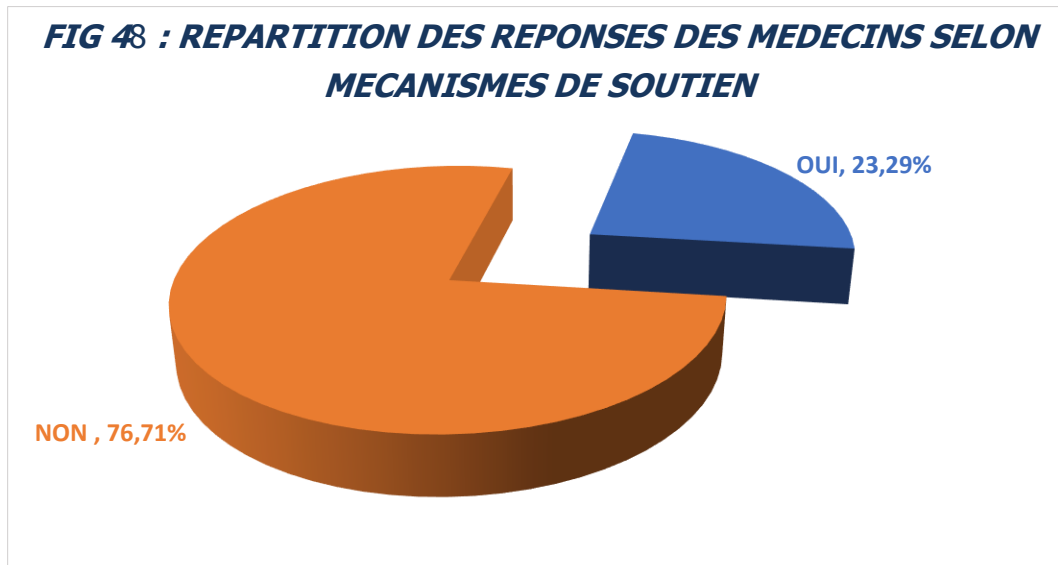
D'après les résultats plusieurs réponses ont été rapporté comme principales lacunes dans la formation et l'information des médecins sur la responsabilité Médicale pénale dont la formation à (67.14%) .

48. *Quels sujets ou aspects de la responsabilité médicales pénale aimeriez-vous voir abordés dans de tels programme de formation ?*



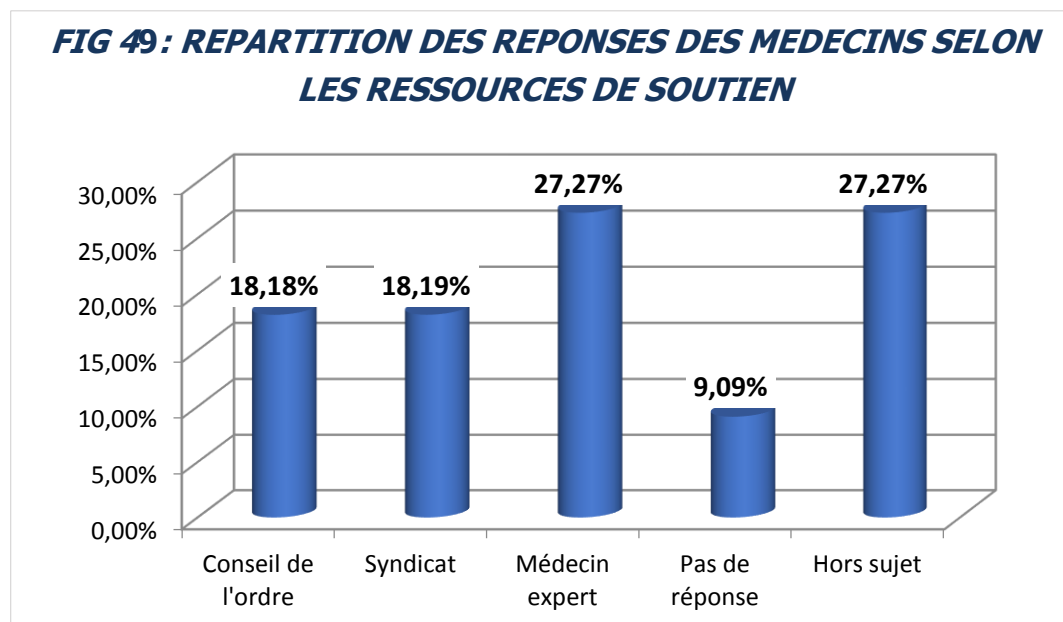
En analysant les résultats on s'aperçoit que plus de la moitié des interrogés (54.17%) préfèrent aborder tout aspects de la responsabilité médicales pénale dans les programmes de formation

**49. Existe-t-il des mécanismes de soutien et des ressources disponibles pour les médecins qui sont confrontés à des problèmes judiciaires liées à leur pratique médicale ?**



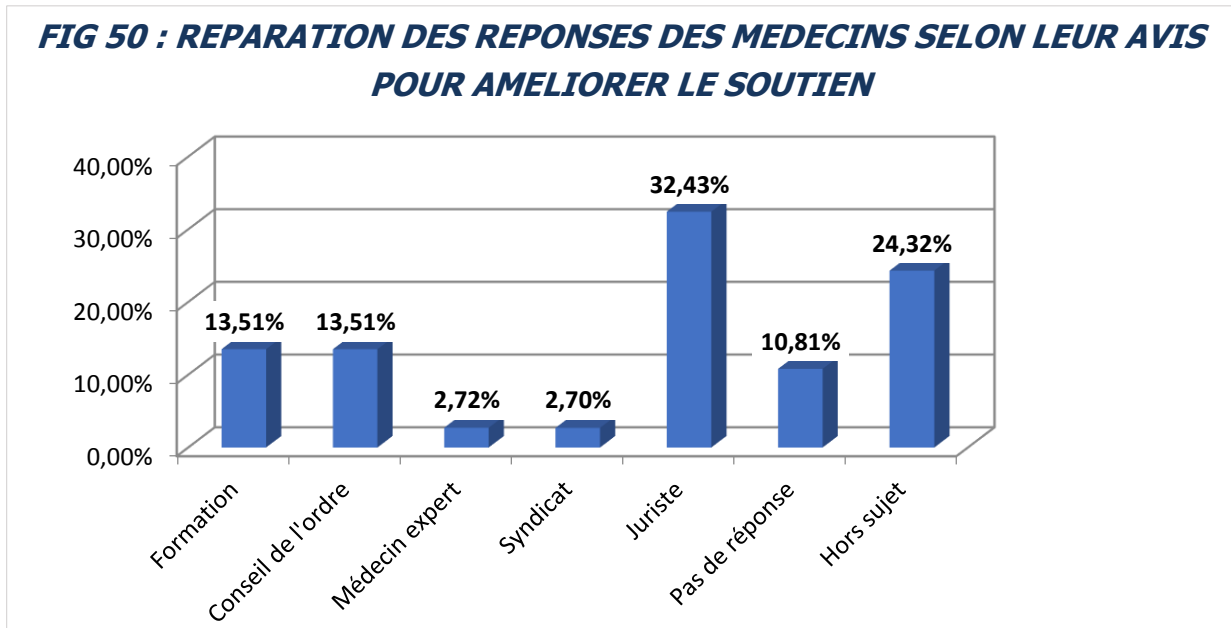
(76.71%) des médecins interrogés déclarent qu'il n'existe pas de mécanismes de soutien et des ressources disponibles pour les médecins qui sont Confrontés à des problèmes judiciaires liées à leur pratique médicale .

**50. Si oui, quelle sont ces ressources et comment les évaluer-vous ?**



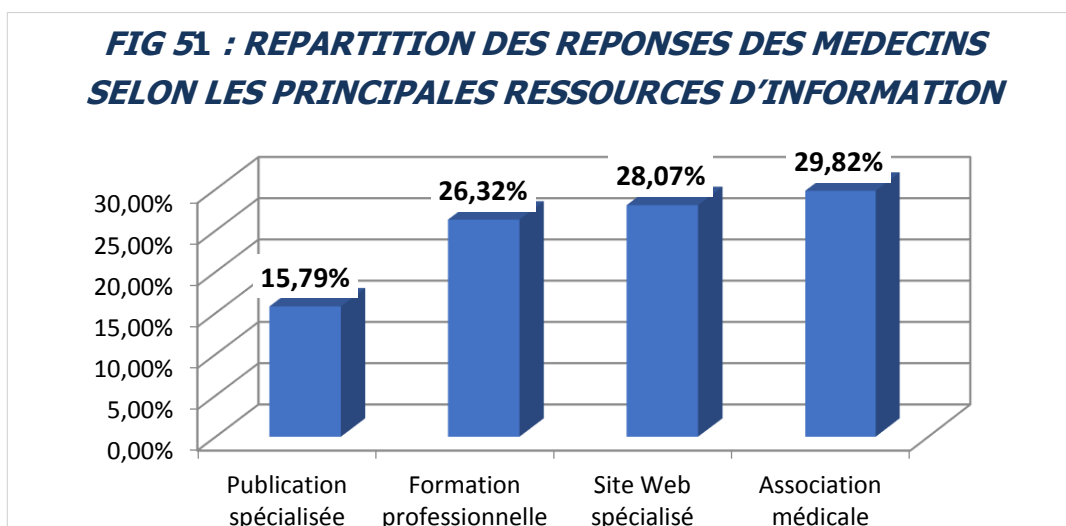
Plusieurs sources sont disponibles pour aider les médecins qui sont confrontés à des problèmes judiciaires liées à leur pratique médicale à savoir les médecins experts à (27.27%), les syndicats à (18.18%) et le conseil de l'ordre à (18.18%).

**51. Si non, quelles mesures pourraient être prise pour améliorer le soutien aux médecins dans de telles situation ?**



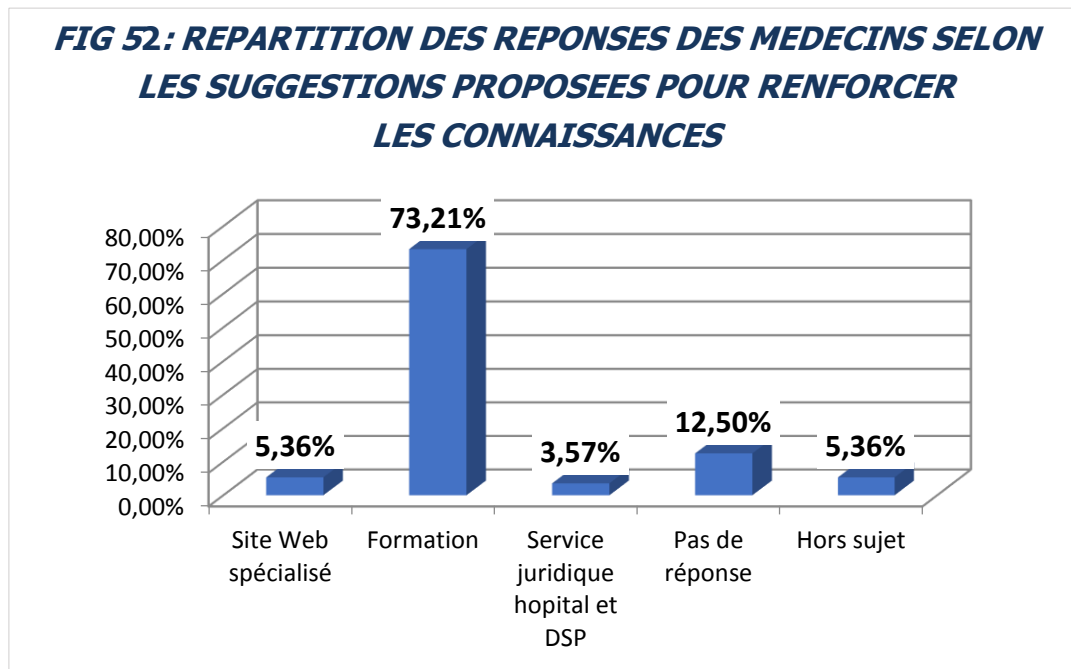
Plusieurs mesures ont été proposés par les médecins interrogés qui pourraient être prise pour améliorer le soutien aux médecins afin d'aider les médecins à faire face aux problèmes judiciaires liées à leur pratique médicale à savoir le juriste de l'hôpital (32.43%), le conseil de l'ordre à (13.51%) et les formation continues à (13.51%).

**52. Quelles sont vos principales sources d'information pour rester informé des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale ?**



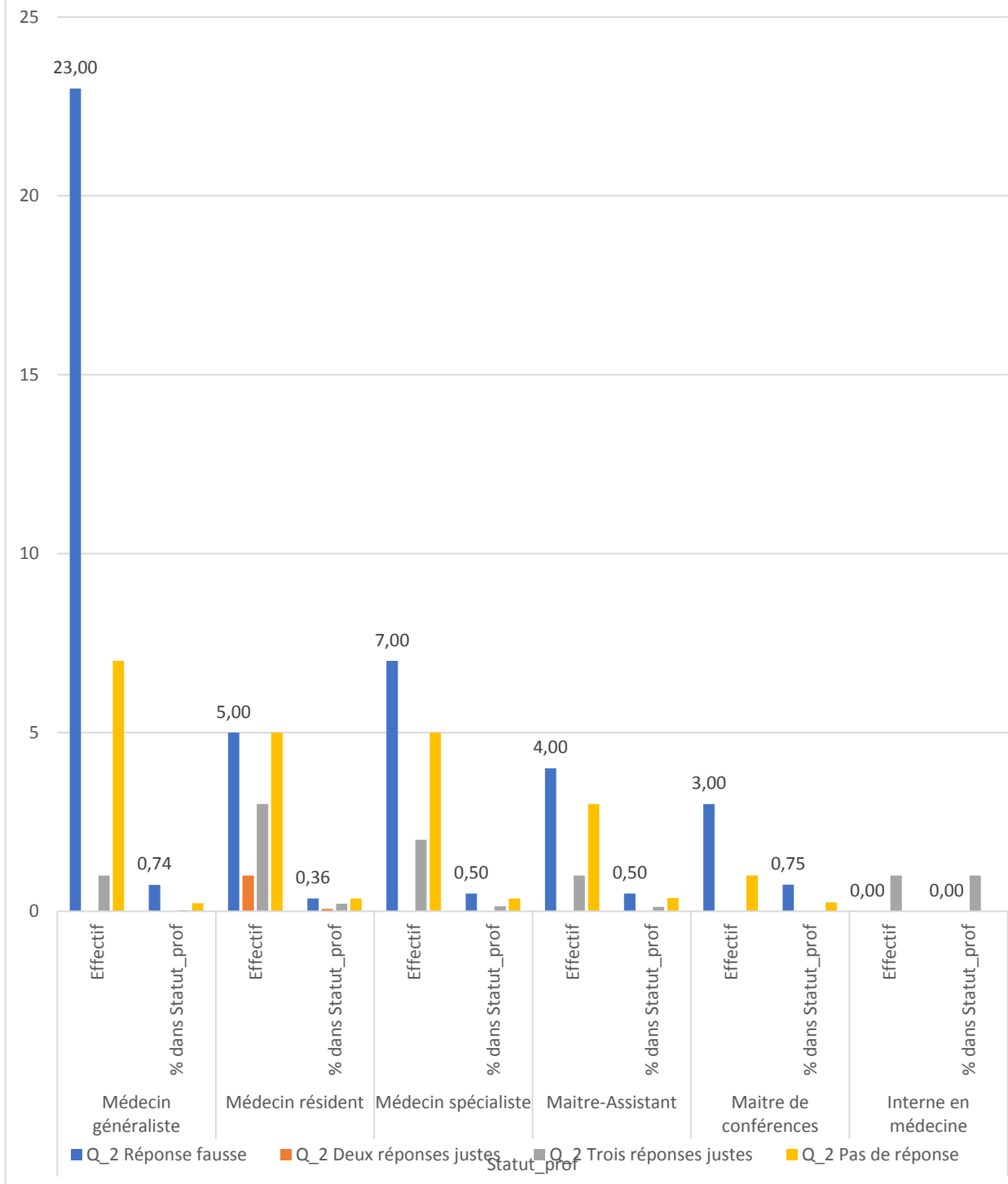
Plusieurs propositions ont été rapporté par les interrogés comme principales sources d'information pour rester informé des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale à tire d'exemples les associations médicales ou scientifiques à (29.8%), les sites web spécialisés à (28.07%).

**53. Citer des suggestions pour renforcer les connaissances et les pratique des médecins en matière de responsabilité médicale pénale dans la wilaya de Mostaganem ?**



D'après les résultats plusieurs propositions ont été rapporté par les interrogés comme suggestions pour renforcer les connaissances et les pratique des médecins en matière de responsabilité médicale pénale dans la wilaya de Mostaganem comme la formation continue à (71.21%), et les sites web spécialisé à (5.36%)

**FIG 53 : DONNÉES CROISÉES ENTRE LE STATUT PROFESSIONNEL (Q3) ET LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE PÉNALE (Q9)**



D'après les résultats (11.10%) des interrogés ont donné une réponse complète dont la majorité entre eux été des résidents à (21.4%) suivi de médecins spécialiste à (14.3%), tandis que pour les réponses fausses les médecins généralistes été en tête avec (74.2%)

**Tableau 2: répartition de la classe d'ancienneté des médecins**

			responsabilité médicale pénale				
			Réponse fautive	Deux réponses justes	Trois réponses justes	Pas de réponse	
Classe	_Ancienneté	Effectif	9	1	5	9	24
		% dans Classe Ancienneté	37,5%	4,2%	<b>20,8%</b>	37,5%	100,0%
	0 - 5	Effectif	5	0	0	1	6
		% dans Classe Ancienneté	83,3%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%
	6 - 10	Effectif	4	0	0	3	7
		% dans Classe Ancienneté	57,1%	0,0%	0,0%	42,9%	100,0%
	11 - 15	Effectif	10	0	1	2	13
		% dans Classe Ancienneté	76,9%	0,0%	7,7%	15,4%	100,0%
	16 - 20	Effectif	2	0	0	1	3
		% dans Classe Ancienneté	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
	21 - 25	Effectif	3	0	0	4	7
		% dans Classe Ancienneté	42,9%	0,0%	0,0%	57,1%	100,0%
	26 - 30	Effectif	3	0	0	1	4
		% dans Classe Ancienneté	75,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	31 - 35	Effectif	4	0	1	0	5
		% dans Classe Ancienneté	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100,0%
		Effectif	1	0	0	0	1

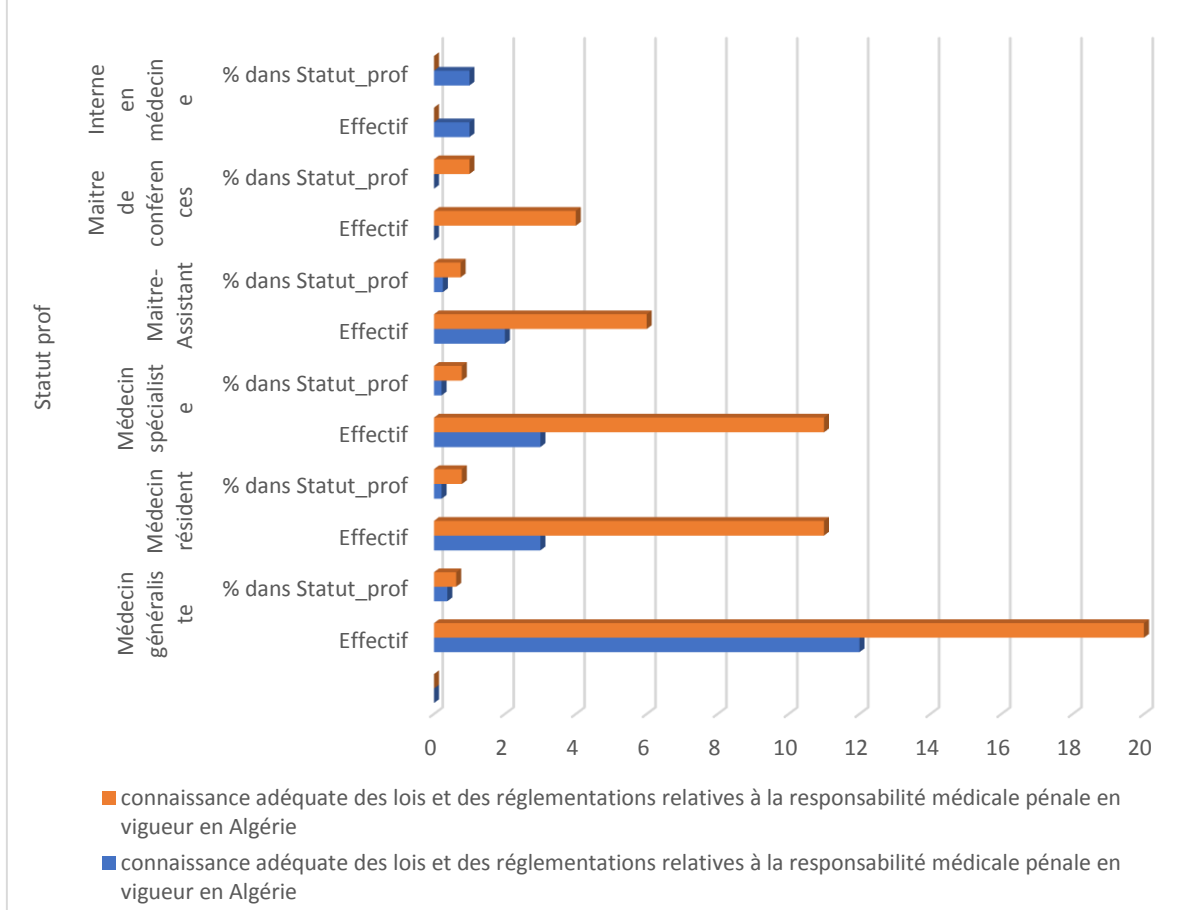
D'après les résultats (20.08%) des interrogés ont donné une réponse complète dont la majorité entre eux ont moins de 05 années d'ancienneté

**Tableau 3:** répartition des médecins qui travaillent dans le secteur public

			<b>les éléments constitutifs de la responsabilité médicale pénale</b>		
			Réponse fausse	Deux réponses justes	Trois réponses justes
Affiliation	Publique	Effectif	29	1	7
		% dans Affiliation	55,8%	1,9%	13,5%
	Privé	Effectif	13	0	1
		% dans Affiliation	65,0%	0,0%	5,0%
Total		Effectif	42	1	8
		% dans Affiliation	58,3%	1,4%	11,1%

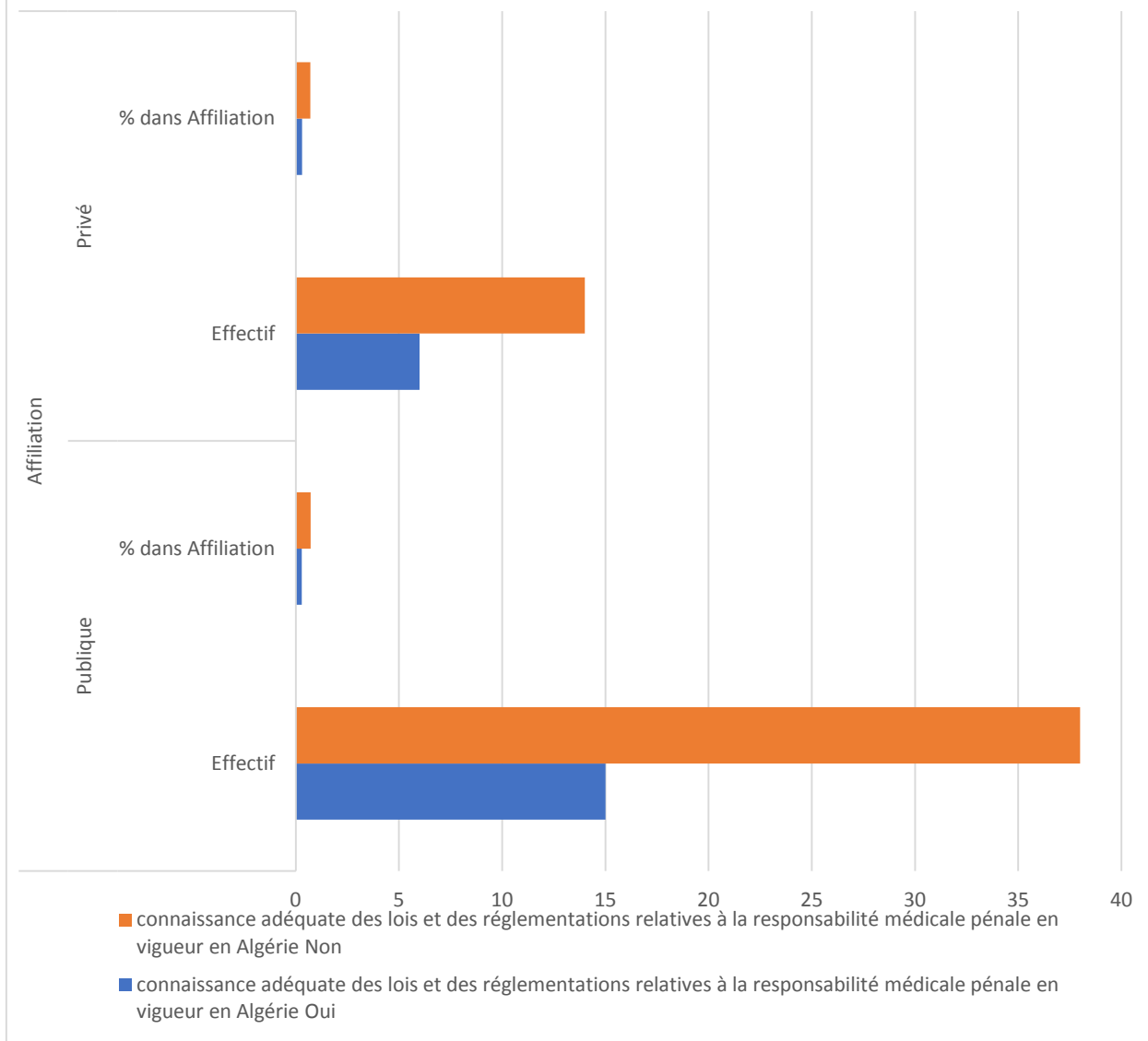
D'après les résultats du tableau (13.5%) des interrogés ont donné une réponse complète sont des médecins qui travaillent dans le secteur public

**FIG 54: DONNÉES CROISÉES ENTRE LA CONNAISSANCE ADÉQUATE DES LOIS ET DES RÉGLEMENTATIONS RELATIVES À LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE PÉNALE EN VIGUEUR EN ALGÉRIE (Q8) ET LE STATUT PROFESSIONNEL DES RÉPONDANTS (Q3)**



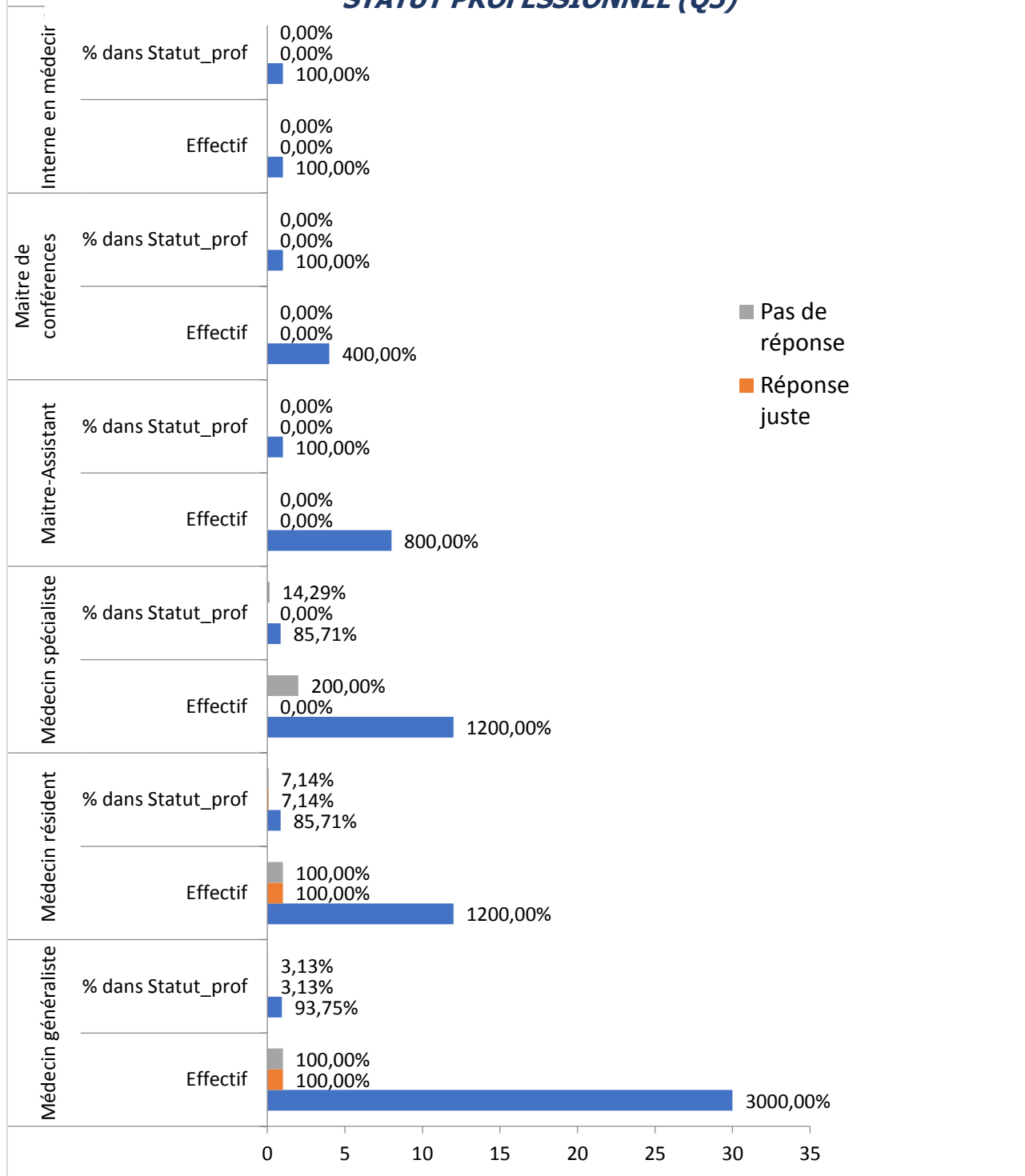
D'après les résultats obtenus des médecins généralistes interrogés ont le plus de connaissance des lois et des réglementations relatives à la responsabilité Médicale pénale en vigueur en Algérie

**FIG 55: DONNÉES CROISÉES ENTRE LA CONNAISSANCE ADÉQUATE DES LOIS ET DES RÉGLEMENTATIONS RELATIVES À LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE PÉNALE EN VIGUEUR EN ALGÉRIE (Q8) ET L’AFFILIATION PROFESINNELLE (Q7)**



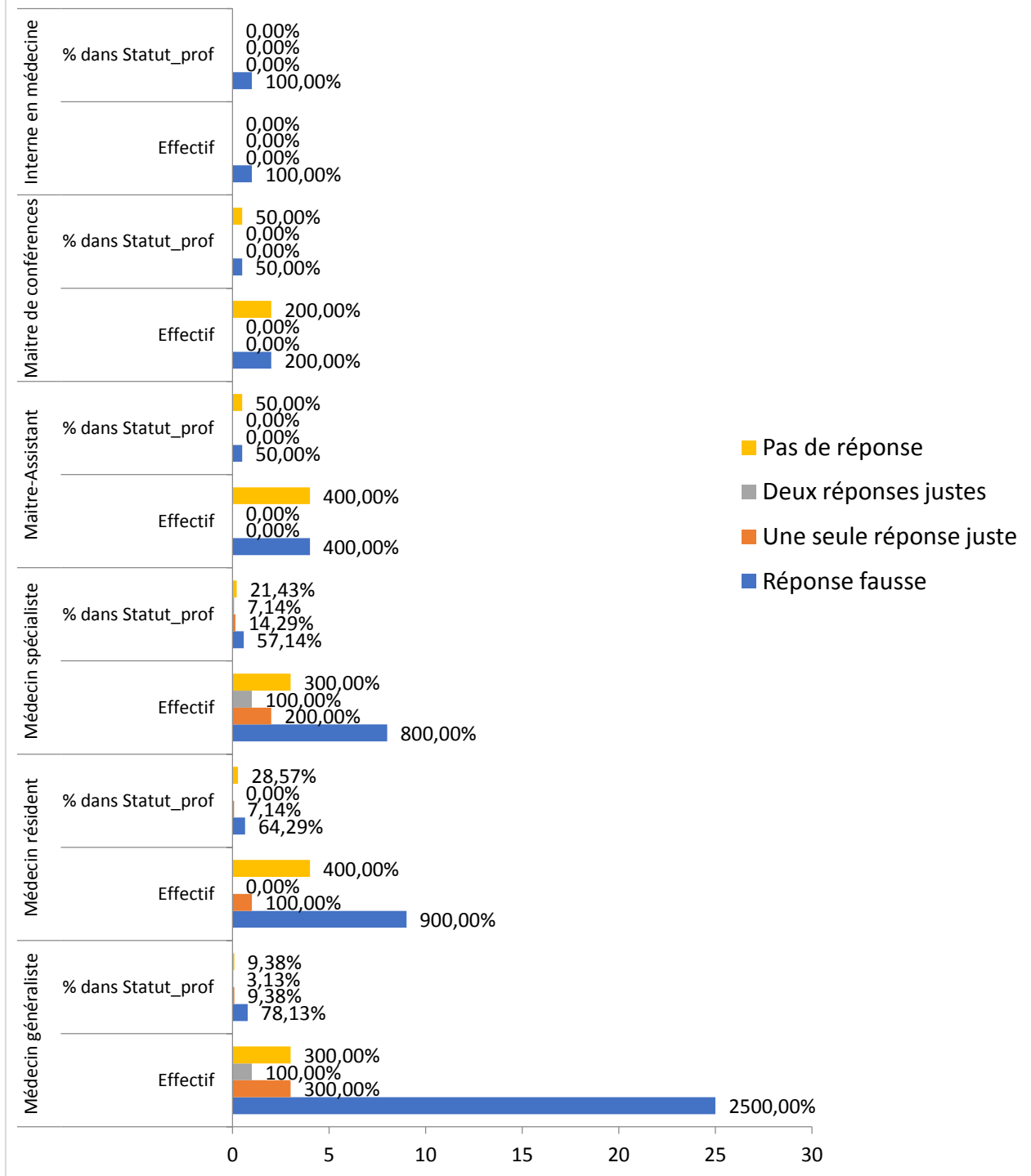
D’après les résultats obtenus, la différence n’est pas significative entre les questionnés du secteur publique (28.3 %) ou privé (30.0%) pour ce qui est des connaissances des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie

**FIG 56: DONNÉES CROISÉES ENTRE LES RÉSULTATS DES CONNAISSANCES DE LA DÉFINITION FAUTE MÉDICALE (Q14) ET LE STATUT PROFESSIONNEL (Q3)**



D'après les résultats obtenus au tableau seulement un seul médecin généraliste et un seul médecin résident ont donné la bonne réponse

**FIG 57: CROISEMENT DES RÉSULTATS ENTRE LA CONNAISSANCE DES TYPES DE LA FAUTE MÉDICALE ET LE STATUT PROFESSIONNEL**



D'après les résultats obtenus, un seul médecin généraliste, et un médecin spécialiste ont donnés une reponse complète.

---

# **CHAPITRE VII**

## **DISCUSSION**

---

---

# CHAPITRE VII

---

## Discussion :

La responsabilité est généralement perçue comme l'obligation de rendre compte de ses actions et d'en assumer les conséquences, qu'elles soient d'ordre moral ou juridique. En ce qui concerne la médecine, cette responsabilité a une spécificité : seul le médecin peut intervenir sur le corps humain sans encourir de poursuites, à condition que l'objectif soit thérapeutique. Dès que cet objectif n'est plus thérapeutique, l'impunité cesse.

Ces dernières années, l'Algérie a observé une hausse notable des plaintes contre les médecins. Le chiffre de 650 plaintes a été avancé, le mois dernier, par le Dr. Mohamed Berkani Bekkat, président du conseil de l'Ordre des médecins, lors d'une rencontre-débat tenue à l'hôtel Hilton en présence des membres du conseil et du Dr. Bourkaïb, directeur de la sécurité sociale [83], en partie due à l'expansion de l'activité médicale et à l'évolution des techniques, qui augmentent les risques. La chirurgie est actuellement la spécialité la plus concernée par ces litiges. Par ailleurs, la sensibilisation du public aux questions médicales et la médiatisation des affaires liées à la responsabilité médicale ont pris une ampleur considérable. Les médias ont tendance à privilégier les réussites médicales, négligeant souvent les échecs, ce qui engendre des attentes excessives de la part des patients vis-à-vis des professionnels de santé. Cette situation a transformé la relation entre le médecin et le patient, passant de la confiance à une attitude marquée par le doute et la méfiance. Les patients acceptent de moins en moins les accidents médicaux, qu'ils soient ou non responsables, et exigent souvent des réparations pour les préjudices subis. Ajouté à cela une insuffisance des connaissances des médecins sur le sujet.

Notre étude portée sur les connaissances, les aptitudes et les pratiques des médecins en matière de fautes médicales pénales, est une initiative essentielle pour évaluer leur compréhension du cadre juridique et éthique encadrant leur pratique. Cependant, dans la wilaya de Mostaganem, cette recherche a rencontré de nombreuses entraves, notamment un faible taux de participation. Ce manque d'engagement est principalement motivé par des contraintes de temps (Charge de travail excessive-Priorisation des activités cliniques) et une insuffisance d'intérêt (Connaissance limitée de l'objectif de l'étude-Absence d'incentives).

L'échantillon étudié est composé de 73 médecins répondants de la wilaya e Mostaganem dont de 52,05 % de femmes et 47,95 % d'hommes, indiquant une légère prédominance féminine dans cette population médicale. Près de 30 % des médecins ont entre 25 et 30 ans, avec une ancienneté moyenne de 15,32 ans, tandis qu'environ 33,80 % ont moins de 5 ans d'expérience, ce qui pourrait influencer leur perception des fautes médicales, cependant une étude menée au BURKINA FASO a montré un âge moyen des praticiens était de 32,26 ans avec des extrêmes de 21 et 60 ans. Les praticiens de sexe masculin prédominaient, 69,0% soit un sexe-ratio de 2,22. [84], une autre étude menée au CHU de Bouake en Côte d'Ivoire en septembre 2022 L'âge médian des médecins interrogés était de 34ans, Ils avaient généralement une ancienneté entre 1 et 5 ans (150 ; 66 %)et une ancienneté moyenne dans la fonction était de 5,31 ans avec des extrêmes de 1 et 35 ans.

Bien que 52,05 % des médecins se disent connaître le concept de la responsabilité médicale pénale et ses enjeux, seulement 11,11 % ont fourni des réponses correctes concernant ses éléments constitutifs qui sont l'élément légal (la loi qui interdit l'acte), un élément matériel (l'action ou l'omission), et un élément moral (l'intention ou la négligence). Ces éléments, lorsqu'ils sont réunis, permettent à l'autorité judiciaire de qualifier un acte de crime, délit ou contravention et d'appliquer une sanction, ce taux faible révèle une lacune significative dans la formation médicale. Alors que l'étude menée au CHU de Bouake en Côte d'Ivoire affirme que les médecins questionnés avaient reçu un enseignement sur la responsabilité médicale (171 ; 75,3 %), Le score moyen de la connaissance sur le type de responsabilité en rapport avec le mode d'exercice était de 0,61 et de 0,5 pour la connaissance des fautes médicales (le score inférieur à 1 est considéré comme insuffisant).

Dans notre étude Près de la moitié des répondants connaissent moins de trois infractions pénales liées à la pratique médicale, et 52,06 % ne savent pas comment s'engage la responsabilité pénale d'un médecin. De plus, 47,95 % des médecins qui affirment connaître ces conditions ne le savent pas réellement, Cette surestimation peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'auto-formation, souvent inefficace, conduit de nombreux médecins à s'informer par eux-mêmes sans cadre structuré, ce qui peut entraîner une compréhension partielle ou erronée des règles en vigueur. Ensuite, l'expérience professionnelle peut donner l'illusion d'une maîtrise des aspects légaux : certains médecins pensent qu'après plusieurs années de pratique sans incident juridique, ils connaissent bien la réglementation, alors que leur compréhension des textes reste approximative. Enfin, la circulation d'idées reçues au sein de la communauté médicale alimente une perception erronée de leurs connaissances en droit médical. Ajouté à cela les formations continues qui sont souvent centrées sur les avancées scientifiques et médicales, laissant peu de place aux aspects

juridiques, ainsi que l'absence d'obligation ou d'incitation forte à suivre des modules de droit médical entraîne un déficit d'apprentissage dans ce domaine, ce qui soulève des questions sur la fiabilité des auto-formations et la nécessité d'une formation juridique plus rigoureuse. Dans de nombreux cursus de médecine, la formation juridique est souvent survolée ou reléguée à un rôle secondaire par rapport aux enseignements purement médicaux et scientifiques, et les étudiants en médecine passent plusieurs années à acquérir des compétences techniques et cliniques, mais peu de temps est consacré aux aspects juridiques et éthiques de la profession, surtout que le droit médical est souvent enseigné sous forme de cours théoriques limités, ce qui ne favorise pas une compréhension approfondie ni une application pratique des concepts juridiques, et Bien que 71,23 % des médecins se disent informés des lois et réglementations relatives à la responsabilité médicale, 91,78 % ont donné une réponse incorrecte concernant la définition de la faute médicale, illustrant un décalage préoccupant entre la perception de leurs connaissances et leur compréhension réelle. Le droit médical est un domaine technique qui exige une maîtrise de notions spécifiques à savoir la distinction entre faute simple, faute grave, erreur médicale et faute pénale est parfois floue pour les praticiens, en plus la législation évolue avec le temps, et il est difficile pour les médecins de suivre ces évolutions sans une mise à jour régulière, surtout que certaines infractions pénales liées à la pratique médicale ne sont pas bien connues, car elles sont rarement abordées dans la pratique quotidienne.

Cependant l'étude Ivoirienne montre que la connaissance générale des médecins sur la responsabilité médicale est également insuffisante, avec un score moyen de 0,74 (Inférieur à 1 est considéré comme insuffisant) pour la connaissance des différents aspects de la responsabilité médicale. Il est important de noter que la connaissance des sanctions pénales est légèrement plus élevée (score de 1), ce qui contraste avec la faible compréhension des fautes médicales (score de 0,5). Les résultats révèlent également que les connaissances varient en fonction du sexe et de la formation reçue, avec un risque accru de mauvaises connaissances chez les femmes et ceux ayant suivi une formation en responsabilité médicale.

La majorité de notre population d'étude (91,78 %) a donné une fausse définition de la faute médicale, tandis que seulement 12,33 % ont fourni une réponse correcte sur ses conséquences (sanctions), c'est dû à La complexité des définitions juridiques constitue un facteur majeur de confusion pour les praticiens, car la faute médicale peut relever du droit civil, pénal ou disciplinaire, des distinctions qu'ils ne maîtrisent pas toujours. De plus, certaines croyances erronées et idées reçues persistent, c'est pour cela que beaucoup de médecins considèrent à tort que la faute médicale se limite aux erreurs graves ou intentionnelles, alors qu'elle peut également résulter d'une simple négligence ou imprudence, ainsi que la plupart des praticiens n'ont jamais été confrontés à un procès ou une sanction, ce qui leur donne une perception

biaisée de la réalité juridique. Par ailleurs, la transmission des connaissances en droit médical se fait souvent de manière informelle entre praticiens, ce qui favorise la diffusion de définitions incomplètes ou incorrectes. Ainsi les conséquences directes de ces lacunes augmentent le risque d'interprétations erronées, exposant les médecins à des sanctions qu'ils ne mesurent pas pleinement.

Ce manque de compréhension peut avoir des implications graves pour leur pratique quotidienne, pire encore seuls 38,36 % des médecins ont donné une réponse correcte sur la définition du secret médical, ce qui est préoccupant étant donné l'importance de cette notion dans le cadre de la relation médecin-patient. L'absence de clarté sur les circonstances dans lesquelles le secret médical peut être levé constitue un problème majeur, puisque de nombreux médecins ignorent précisément dans quels cas ils sont tenus ou autorisés à divulguer des informations médicales, notamment en cas de violences conjugales ou de maladies contagieuses. Par ailleurs, une confusion persiste entre le secret médical et la simple confidentialité des échanges, certains praticiens ne mesurant pas pleinement l'étendue de leur obligation légale. Enfin, dans certains services hospitaliers, une culture de transmission informelle des informations entre soignants peut fausser la perception de la rigueur et des exigences légales liées au respect du secret médical.

Plus de la moitié des médecins interrogés (53,42 %) ont admis avoir commis une erreur de diagnostic, tandis que 39,73 % ne connaissent pas les risques associés à ces erreurs, alors que dans l'étude du Burkina Faso les praticiens qui assument avoir été à l'origine d'une faute médicale sont au nombre de 03 soit 1,1%, et ils ont cités comme conséquence de l'erreur médicale la responsabilité disciplinaire qui était citée par les praticiens dans 44% des cas, les praticiens qui ont cité à la fois la responsabilité pénale et disciplinaire, étaient au nombre 65 soit 24%, et la responsabilité pénale était mentionné dans 33% des cas, ce qui souligne un besoin urgent d'amélioration des pratiques cliniques et de la formation continue. Le fait que plus de la moitié des médecins aient admis une erreur de diagnostic souligne une problématique courante dans la pratique médicale, soit en revoyant Facteurs liés aux conditions de travail comme Charge de travail excessive et pression temporelle, Fatigue et surcharge de travail et la formation initiale (refonte faite en 2018 en attendant les résultats dans les futures promo) et la formation continue.

De plus, près d'un tiers (32,88 %) ont reconnu avoir administré un traitement inadapté à un patient, soulevant des questions sur les protocoles de soins et l'adhésion aux meilleures pratiques médicales, ce type d'erreur peut être suite à des erreurs de prescription peuvent survenir en raison d'une mauvaise communication entre médecins, pharmaciens et infirmiers ou aussi être liées à une transmission d'informations incomplète ou erronée entre soignants et être due aussi à une Pression et conditions

de travail difficiles par Manque de temps pour une réflexion approfondie sur le choix du traitement ou une Surcharge de patients.

Par ailleurs, plus d'un tiers (36,99 %) ont omis de fournir des informations importantes à un patient, compromettant ainsi son autonomie et sa capacité à prendre des décisions éclairées concernant sa santé, ce constat est préoccupant, et cette situation compromet un principe fondamental en éthique médicale, et peut avoir des conséquences juridiques et cliniques graves, ces résultats sont dues aux études médicales mettent souvent l'accent sur l'expertise clinique et scientifique, mais négligent parfois la formation en communication avec les patients, et aussi certains médecins ne savent pas comment transmettre des informations complexes de manière claire et compréhensible, alors que d'autres adoptent encore une approche paternaliste, où ils pensent qu'ils doivent décider à la place du patient, ou Ils peuvent juger inutile ou inadapté de fournir certains détails, estimant que le patient ne comprendrait pas ou ne saurait pas quoi en faire. Cependant Certains médecins ne connaissent pas précisément les obligations légales d'information du patient, et Ils peuvent sous-estimer l'importance de donner une information complète et transparente, notamment sur les risques d'un traitement ou d'une intervention. Alors que d'autres praticiens trouvent que le manque de temps lors des consultations et la Charge de travail excessive les exonèrent de cette obligation.

Une partie significative des médecins (53,42 %) estime qu'ils ne devraient pas être sanctionnés pour des fautes médicales, reflétant une culture où l'erreur est minimisée plutôt que pleinement confrontée. Cette perception pourrait entraver l'amélioration continue dans le domaine médical et limiter la responsabilisation individuelle. Pourtant, seulement 16,44 % considèrent qu'ils ne doivent pas être responsables de leurs erreurs, ce qui indique un paradoxe : la reconnaissance de la responsabilité personnelle coexiste avec une réticence à accepter les sanctions correspondantes, compromettant ainsi la mise en place de mesures correctives efficaces.

Par ailleurs, bien que 98,63 % des médecins jugent important d'avoir une formation continue sur ces sujets, seulement 26,71 % pensent que cela peut réellement améliorer la qualité des soins et prévenir les fautes médicales, c'est un paradoxe qui mérite une analyse approfondie. Ces résultats soulèvent des questions sur la perception de l'efficacité des formations continues, leur contenu, leur accessibilité et leur adéquation aux besoins des praticiens. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette situation, notamment des lacunes dans l'organisation et les méthodes pédagogiques, un fossé entre théorie et pratique clinique, ainsi qu'une compréhension erronée des causes des erreurs médicales.

Dans certaines structures, l'absence de suivi permettant d'évaluer l'impact des formations continue d'alimenter le scepticisme des médecins, qui ne constatent pas nécessairement d'amélioration tangible dans leur exercice professionnel après y avoir participé. De plus, dans notre système de santé, la formation continue ne procure aucun avantage professionnel direct, que ce soit en termes de reconnaissance officielle, d'évolution de carrière ou de rémunération.

Sans incitations externes, telles que des crédits de formation obligatoires ou des compensations financières, ces formations risquent d'être perçues comme de simples formalités plutôt que comme de véritables leviers d'amélioration des pratiques médicales. Il est donc essentiel d'intégrer ces thématiques de manière plus pertinente et engageante dans les programmes de formation afin de maximiser leur impact.

Par ailleurs, certains médecins accordent davantage de valeur à l'expérience clinique qu'à la formation théorique, estimant que les erreurs médicales relèvent principalement d'une part inévitable de l'activité humaine plutôt que d'un déficit de connaissances ou de compétences. Cette perception limite leur adhésion à l'idée que la formation continue pourrait réellement contribuer à la prévention des fautes médicales.

Enfin, plus de la moitié (53,42 %) des médecins ont admis avoir modifié une ordonnance pour aider un patient. Bien que cette démarche puisse être animée par de bonnes intentions, elle soulève d'importantes questions éthiques et légales, mettant en lumière la complexité des décisions médicales face aux contraintes réglementaires et aux attentes des patients. De nombreux patients rencontrent des difficultés financières qui les empêchent d'acheter certains médicaments, notamment en raison du coût élevé des traitements ou d'un manque de couverture sociale adéquate, un médecin peut alors être tenté de modifier une prescription pour permettre au patient d'accéder à un médicament remboursé ou moins onéreux. Certains patients peuvent insister pour obtenir des médicaments spécifiques, parfois sur la base d'une auto-diagnose ou d'informations trouvées sur Internet, pour éviter un conflit ou ne pas perdre la confiance du patient, le médecin peut céder et modifier l'ordonnance en fonction de ses attentes. Les règles entourant la prescription de certains médicaments sont parfois strictes et mal comprises. Le médecin peut considérer que son rôle est de prioriser le bien du patient, même si cela implique une entorse aux règles, cependant, cette approche peut conduire à des dérives et poser des problèmes d'uniformité dans la prise en charge des patients.

Une très grande majorité de médecins (97,26 %) affirme n'avoir jamais refusé d'exécuter une mission ordonnée par les autorités judiciaires, traduisant ainsi un profond

respect pour l'institution judiciaire. Toutefois, cette tendance pourrait également refléter un manque d'assertivité face à certaines demandes pouvant être jugées inappropriées ou contraires aux principes déontologiques de la profession.

Dans certains contextes, les médecins agissent en tant qu'auxiliaires de justice et sont tenus de collaborer avec les autorités lorsqu'ils sont sollicités pour des expertises médicales, des examens ou l'émission de certificats. Le refus d'exécuter une mission judiciaire peut entraîner des sanctions administratives, disciplinaires ou pénales, ce qui explique leur tendance à se conformer systématiquement aux demandes judiciaires.

Cependant, certains praticiens ne maîtrisent pas toujours l'étendue de leurs droits et ignorent les circonstances dans lesquelles ils peuvent refuser une mission sans encourir de sanction. Ce manque de discernement s'explique notamment par une formation juridique insuffisante, qui alimente la perception erronée selon laquelle ils seraient dans l'obligation d'obéir à toute injonction judiciaire, sans exception.

Environ 27,40 % des médecins ont déclaré avoir effectué des remplacements sans autorisation, soulevant des préoccupations quant au respect des réglementations encadrant la pratique médicale, notamment celles définies par les articles 74 et 75 du Code de déontologie médicale algérien, ainsi que par plusieurs circulaires ministérielles à savoir la Circulaire n°651/MSP/SG du 30 juillet 1988, complétée par l'instruction n°1/MSP/MIN du 20 janvier 1999 (modifiée et complétée), la Circulaire n°14/MSP/SG du 6 mars 1985, relative à l'usage professionnel des médecins et chirurgiens-dentistes décédés (modifiée), la Circulaire n°02/MSP/DSS/SDCC du 6 juillet 1999, portant réglementation des autorisations de remplacement dans les structures et cabinets privés des médecins et chirurgiens-dentistes, généralistes et spécialistes.

Ce phénomène, bien que parfois motivé par le souci de répondre à des besoins urgents, soulève des risques potentiels pour les patients et met en question l'équilibre entre initiative individuelle et respect des lois en vigueur.

L'une des raisons principales expliquant cette pratique réside dans la perception des démarches administratives comme étant lourdes, contraignantes et bureaucratiques. Certains médecins considèrent que ces formalités limitent leur capacité à intervenir rapidement et efficacement pour assurer la continuité des soins.

De plus, un manque de formation en droit médical peut conduire certains praticiens à sous-estimer les risques légaux liés aux remplacements non autorisés. Ils peuvent

ne pas être pleinement conscients des sanctions disciplinaires, des risques de poursuites pour exercice illégal, ainsi que des implications en termes de responsabilité en cas de faute médicale.

Enfin, dans certaines structures de santé, il existe une culture de pratiques informelles où des médecins remplacent temporairement leurs collègues sans officialisation. Ce phénomène est parfois toléré lorsque la priorité est donnée à la prise en charge des patients plutôt qu'à la stricte application des règles administratives.

Plus d'un tiers des médecins (34,25 %) ont admis avoir retiré des médicaments ou du matériel de soins hors de leur structure de santé, une pratique préoccupante aux répercussions éthiques, légales et sanitaires. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord, le manque de ressources dans certaines structures médicales, notamment les hôpitaux publics et les centres de soins périphériques, peut inciter les médecins à prendre des médicaments ou du matériel pour les utiliser ailleurs, que ce soit dans un autre établissement, en consultation privée ou à titre personnel. Ensuite, l'absence de contrôle strict sur la gestion des stocks favorise ces pratiques. Dans certaines structures, il n'existe pas de mécanismes rigoureux de suivi des entrées et sorties de matériel médical, rendant ces prélèvements plus faciles et moins susceptibles d'être détectés.

Par ailleurs, la volonté d'aider des patients en difficulté constitue un autre facteur déterminant. Certains médecins, animés par un engagement humanitaire, tentent de pallier les difficultés économiques ou les pénuries de médicaments en fournissant directement ces ressources aux patients. Ils perçoivent alors cette pratique comme une mesure exceptionnelle, justifiée par le serment médical et le devoir d'assistance.

De plus, une confusion entre responsabilités professionnelles et engagements personnels peut conduire certains praticiens à aller au-delà du cadre légal, estimant que leur mission de soins prime sur les règles administratives en vigueur.

La situation est également aggravée par une méconnaissance ou une banalisation des réglementations encadrant la gestion des ressources médicales. Le non-respect des protocoles de sécurité peut résulter d'un manque de formation juridique et administrative, certains médecins considérant ces règles comme secondaires face à leur engagement clinique.

Dans certaines structures, une tolérance implicite peut aussi exister, où ces pratiques sont socialement acceptées ou du moins non sanctionnées, contribuant ainsi à leur banalisation.

Enfin, les conséquences légales et disciplinaires de ces actes ne doivent pas être sous-estimées. Cette pratique peut être assimilée à un détournement de ressources publiques ou à une infraction déontologique, exposant les médecins concernés à des sanctions administratives, disciplinaires, voire pénales. Ainsi, cette problématique souligne la nécessité de renforcer les contrôles, de sensibiliser les praticiens aux implications légales et de garantir un approvisionnement adéquat pour limiter ces pratiques.

Le fait que seuls 9,59 % des médecins aient administré des soins en dehors d'une situation d'urgence vitale sans le consentement du patient constitue un résultat à la fois rassurant et préoccupant. D'une part, ce chiffre relativement bas reflète une prise de conscience croissante de l'importance du respect de l'autonomie des patients, un principe fondamental en éthique médicale et en droit de la santé. D'autre part, il met en lumière la persistance de certaines pratiques contraires à ce principe dans des situations spécifiques.

La majorité des médecins semblent adhérer aux exigences éthiques et légales en matière de consentement avant d'administrer un soin. Cette tendance s'explique en grande partie par l'évolution des pratiques médicales et une sensibilisation accrue aux droits des patients.

Bien que les urgences vitales ne soient pas prises en compte dans ce chiffre, certains médecins peuvent estimer nécessaire de pratiquer un soin sans consentement dans des cas bien précis, tels qu'altération de la conscience ou troubles cognitifs : lorsque le patient n'est pas en mesure de comprendre ou de donner un consentement valide, et le refus implicite ou mal interprété notamment chez les patients âgés, psychologiquement vulnérables ou sous influence de leur entourage, ou lorsqu'une prise en charge rapide est essentielle et que la formalisation du consentement est perçue comme secondaire face à l'urgence du geste médical.

Certains praticiens, en particulier ceux issus de générations formées dans un modèle médical plus paternaliste, peuvent voir le consentement non pas comme un droit fondamental du patient, mais comme une simple formalité administrative. Dans cette approche, le médecin prend les décisions qu'il juge bénéfiques pour le patient sans nécessairement chercher à l'impliquer activement dans le processus.

Le respect strict du consentement éclairé repose sur une compréhension approfondie des aspects éthiques et juridiques de la relation médecin-patient selon l'article 44 du Code déontologie algérien dispose : « Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui des personnes habilitées par lui ou par la loi et l'article 343 de la loi de santé

algérienne qui stipule que Aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient. Le médecin doit respecter la volonté du patient, après l'avoir informé des conséquences de ses choix. Or, dans certains cursus médicaux, ces thématiques restent insuffisamment abordées, ce qui peut expliquer pourquoi certains professionnels sous-estiment l'importance de leur impact sur l'autonomie du patient.

Dans un contexte de surcharge de travail, de manque de personnel et de contraintes administratives, certains médecins peuvent être amenés à prendre des décisions dans l'urgence, sans passer par un processus formalisé de consentement. Lorsqu'un soin est perçu comme bénéfique et sans risque immédiat, la priorité peut être donnée à l'efficacité plutôt qu'à la procédure réglementaire.

Dans certaines structures, une tolérance implicite peut exister vis-à-vis de soins administrés sans consentement explicite, en particulier lorsque ces pratiques sont ancrées dans les habitudes médicales. Dans les services où des soins standardisés sont régulièrement prodigués, certains médecins peuvent considérer que le consentement formalisé est superflu pour des actes routiniers.

Environ 26,03 % des médecins ont déjà refusé d'examiner un patient, et parmi eux, 94,74 % ont avancé de fausses raisons pour justifier leur décision, ce qui soulève des préoccupations quant aux motifs sous-jacents de ces refus et met en évidence un manque de transparence pouvant compromettre la relation de confiance entre le médecin et le patient, un principe fondamental de l'éthique médicale et de la qualité des soins.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette attitude, notamment la pression et le manque de temps, car face à une charge de travail excessive, certains médecins sont contraints de prioriser certains patients, ce qui les pousse à refuser d'en examiner d'autres pour éviter l'épuisement professionnel. De plus, le manque de ressources dans certains établissements, souffrant d'un déficit en matériel, en personnel ou en infrastructures adaptées, peut rendre impossible la prise en charge de certains patients, obligeant les médecins à refuser certains examens.

Certains patients peuvent également adopter une attitude agressive ou irrespectueuse, ce qui incite les médecins à refuser l'examen pour préserver un environnement de travail sécurisé. Par ailleurs, un médecin peut se retrouver face à une demande inappropriée ou hors de son champ de compétence, ce qui peut le conduire à refuser l'examen en avançant une justification détournée pour éviter un conflit. L'absence de couverture financière des patients constitue aussi un facteur non négligeable, car dans certains systèmes de santé, l'accès aux soins dépend d'une prise en

charge financière, ce qui peut amener certains médecins à éviter d'examiner des patients sans couverture médicale, bien que cette pratique soit contraire à l'éthique médicale.

Les contraintes administratives et légales jouent également un rôle, notamment à travers des procédures bureaucratiques complexes qui restreignent l'examen de certains patients dans certaines conditions, poussant les médecins à fournir une excuse plus compréhensible pour éviter des explications longues et compliquées. La crainte des poursuites juridiques peut aussi influencer ces refus, certains médecins estimant qu'un examen ou un diagnostic pourrait engager leur responsabilité légale. Face à ces difficultés, le recours à de fausses justifications devient un moyen d'éviter le conflit, car annoncer un refus peut être délicat, surtout si les raisons réelles sont difficiles à expliquer ou socialement mal perçues.

Certains médecins préfèrent ainsi donner une excuse plus acceptable pour éviter une confrontation directe avec le patient ou préserver leur image professionnelle, car admettre un refus sans justification légitime peut affecter leur réputation vis-à-vis des patients, des collègues ou de l'administration. Dans certaines structures, il existe une tolérance institutionnelle tacite vis-à-vis de ces pratiques, ce qui pousse certains médecins à gérer ces situations sans confrontation directe avec les patients. Bien que certains refus soient justifiés par des contraintes objectives, le fait d'avancer de fausses raisons soulève des enjeux éthiques et relationnels. Pour améliorer la transparence et préserver la confiance patient-médecin, il est essentiel d'optimiser la gestion des flux de patients afin de réduire la surcharge de travail, de renforcer la formation éthique et communicationnelle pour apprendre aux médecins à formuler un refus de manière respectueuse et transparente, d'adapter les protocoles administratifs afin d'éviter des contraintes inutiles qui pourraient pousser à des refus injustifiés et d'améliorer les conditions de travail ainsi que les ressources disponibles pour limiter la nécessité de refuser des patients pour des raisons logistiques. Une meilleure prise en compte de ces éléments permettrait de garantir une médecine plus éthique, transparente et centrée sur le patient.

Le fait que 90,41 % des médecins reconnaissent avoir partagé des informations avec l'entourage du patient met en évidence une pratique répandue qui soulève des enjeux éthiques et légaux. Bien que la communication avec les proches puisse parfois être justifiée, notamment lorsque le patient est en situation de vulnérabilité, incapable de s'exprimer ou lorsque les informations sont nécessaires pour assurer une prise en charge adaptée, elle doit être encadrée pour éviter toute atteinte au secret médical. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance. D'abord, la pression des familles joue un rôle important, car dans de notre culture, les proches du patient sont

perçus comme des acteurs incontournables de la décision médicale. Certains médecins peuvent ainsi se sentir contraints de partager des informations pour répondre aux attentes des familles, éviter les conflits ou rassurer un entourage inquiet.

Ensuite, le manque de sensibilisation à la réglementation sur le secret médical peut conduire certains praticiens à minimiser les implications juridiques et éthiques d'un partage d'informations non autorisé. Certains médecins peuvent également considérer que la divulgation d'informations, tant qu'elle se fait dans l'intérêt du patient, ne constitue pas une violation grave, notamment lorsqu'ils estiment que le patient n'a pas expressément refusé ce partage.

Par ailleurs, les contraintes organisationnelles et la surcharge de travail peuvent amener certains médecins à privilégier la transmission d'informations aux proches plutôt que d'attendre un échange direct avec le patient, surtout lorsque ce dernier est difficilement joignable ou incapable de comprendre pleinement sa situation médicale.

L'absence de procédures claires dans certaines structures de santé peut aussi favoriser ces pratiques, car sans cadre strict, chaque médecin agit selon son propre jugement, ce qui peut mener à des interprétations variables du secret médical. Dans certains cas, la dimension émotionnelle peut également influencer la décision, car face à des proches en détresse, un médecin peut éprouver de l'empathie et ressentir le besoin de les informer, même si cela va à l'encontre des règles en vigueur. Cependant, ces pratiques ne sont pas sans risques, car une divulgation non encadrée peut entraîner des conséquences légales pour le médecin, compromettre la confiance du patient et, dans certains cas, nuire à la relation entre le patient et son entourage, notamment si des informations sensibles sont révélées sans son accord.

Le fait que seulement 10,96 % des médecins déclarent avoir été confrontés à une plainte pour faute médicale peut être interprété de plusieurs manières. D'une part, ce chiffre relativement bas peut témoigner d'une qualité globale des soins et d'un respect des protocoles médicaux visant à minimiser les erreurs. Il reflète également une certaine réticence des patients à engager des poursuites, que ce soit par manque d'information sur leurs droits, par crainte des démarches judiciaires ou en raison de la confiance qu'ils accordent aux praticiens.

Cependant, la proportion des motifs de plainte, avec la négligence (42,86 %) et la mise en danger d'autrui (28,57 %) en tête, souligne des problématiques importantes liées à la responsabilité médicale. La négligence, qui peut concerner des erreurs de diagnostic, des retards de prise en charge ou des fautes techniques, met en évidence la nécessité d'une vigilance accrue dans la pratique quotidienne, notamment en matière de formation continue, de respect des procédures et d'amélioration des conditions de travail. De son côté, la mise en danger d'autrui renvoie à des situations où

un patient peut avoir subi un préjudice en raison d'un manquement grave aux règles de sécurité ou d'un non-respect des normes médicales.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces plaintes, notamment la surcharge de travail des médecins, la pression exercée par les conditions hospitalières, le manque de ressources humaines et matérielles ou encore des erreurs de communication entre soignants et patients.

L'absence d'un système efficace de gestion des risques médicaux et de médiation entre patients et professionnels de santé peut également jouer un rôle dans l'escalade vers une plainte formelle. Dans certains cas, une méconnaissance des aspects juridiques et déontologiques de la profession peut amener certains praticiens à sous-estimer les risques liés à leur pratique et à adopter des comportements qui les exposent à des poursuites.

Cependant, seulement 54,79 % des médecins savent comment gérer ces risques, mettant en lumière un besoin crucial de formation sur les aspects juridiques et éthiques liés à la responsabilité médicale. Plus préoccupant encore, plus de la moitié (50,68 %) n'ont aucune idée de la conduite à tenir en cas de faute médicale, ce qui reflète un manque de préparation pouvant aggraver les conséquences d'une erreur, tant pour les patients que pour les professionnels impliqués.

La majorité des médecins (91,79 %) n'aient jamais été impliqués dans une procédure judiciaire témoigne d'une relative stabilité du cadre médical et d'une faible judiciarisation des actes médicaux dans leur environnement professionnel. Toutefois, parmi ceux ayant fait l'objet d'une procédure, une large majorité (83,33 %) a été affectée par cette expérience, ce qui met en lumière l'impact considérable de ces situations sur le plan émotionnel et professionnel.

Être confronté à une action en justice peut générer un stress intense, alimenté par la peur des sanctions, la remise en question de ses compétences et l'atteinte potentielle à sa réputation. Ce type d'événement peut également altérer la confiance du médecin en sa pratique, le rendant plus hésitant dans ses prises de décision par crainte de nouvelles accusations, ce qui peut indirectement affecter la qualité des soins.

L'anxiété liée à une procédure judiciaire peut aussi entraîner des troubles psychosociaux, notamment un épuisement professionnel (burn-out), une démotivation ou encore une tendance à pratiquer une médecine défensive, où le médecin privilégie la prudence excessive et la multiplication d'examen complémentaires pour se prémunir d'éventuelles poursuites, au détriment de l'efficacité des soins. Plusieurs facteurs expliquent l'impact émotionnel d'une procédure judiciaire sur un médecin à savoir le manque de préparation et de formation aux aspects médico-légaux, l'absence de

soutien institutionnel, la longueur et la complexité des démarches judiciaires, ainsi que la pression sociale et professionnelle qu'engendre une mise en cause.

De plus, les procédures judiciaires impliquant des médecins sont souvent médiatisées ou commentées dans les milieux professionnels, ce qui peut renforcer le sentiment d'isolement du praticien concerné. Pour atténuer ces effets, il est essentiel de mettre en place des dispositifs d'accompagnement juridique et psychologique pour les médecins confrontés à de telles situations.

Les résultats montrent que certaines unités hospitalières sont plus exposées aux erreurs médicales, avec en tête les Unités des Urgences Médico-Chirurgicales (UMC) à 50 % des cas, suivies par la maternité et le service de pneumologie, chacun représentant 8,3 % des erreurs. Cette prévalence élevée dans les UMC s'explique par plusieurs facteurs, notamment la charge de travail intense, le rythme soutenu, la diversité des pathologies rencontrées et la nécessité de prendre des décisions rapides sous pression.

L'urgence de certaines situations peut entraîner des erreurs diagnostiques, des confusions médicamenteuses ou des manquements aux protocoles de soins. De plus, le manque de personnel, la fatigue et le stress augmentent le risque d'omission ou de mauvaise interprétation des signes cliniques.

La maternité est également un service particulièrement sensible aux erreurs médicales en raison de la complexité des accouchements, des risques obstétricaux et de la nécessité d'une surveillance constante des patientes et des nouveau-nés. Une mauvaise gestion du travail, une erreur d'administration de médicaments ou un retard dans la prise en charge d'une complication peuvent avoir des conséquences graves. Quant au service de pneumologie, il est souvent confronté à des patients souffrant de pathologies chroniques ou aiguës nécessitant des traitements spécifiques, tels que l'oxygénothérapie ou la ventilation assistée. Une erreur dans l'administration des traitements, un retard dans le diagnostic d'une détresse respiratoire ou une mauvaise interprétation des résultats d'examens peuvent engendrer des complications sévères. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la formation continue du personnel médical sur la gestion des risques, d'améliorer l'organisation des services pour limiter la surcharge de travail et de mettre en place des protocoles stricts pour réduire la fréquence des erreurs médicales.

Les erreurs médicales liées au diagnostic représentent une part significative, atteignant 52,58 %. Cette prévalence s'explique par plusieurs facteurs, notamment la complexité des pathologies, le manque de temps pour approfondir certains cas, la

pression exercée sur les médecins et les limitations des moyens diagnostiques disponibles. Un retard ou une erreur de diagnostic peut avoir des conséquences graves sur l'état de santé des patients, entraînant des traitements inadaptés ou une détérioration de la condition clinique.

Toutefois, malgré l'ampleur du problème, seulement 15,79 % des médecins déclarent que ces erreurs ont été officiellement reconnues par l'hôpital. Ce faible taux de reconnaissance traduit un manque de transparence et de responsabilité de la part des établissements de santé, ce qui limite les possibilités d'apprentissage et d'amélioration continue.

L'absence de mécanismes efficaces pour identifier et analyser ces erreurs peut également favoriser une culture du silence, où les professionnels hésitent à signaler les incidents par crainte de sanctions disciplinaires ou de répercussions sur leur carrière. Cette situation a un impact direct sur le moral des médecins, comme en témoigne l'insatisfaction de 49,32 % d'entre eux concernant la manière dont les hôpitaux gèrent ces erreurs. Ce mécontentement peut entraîner une démotivation, une perte de confiance envers le système de santé et un stress accru chez les praticiens, qui se sentent isolés face aux responsabilités qui leur incombent.

Un faible pourcentage des médecins (16,44 %) considère que les professionnels de santé ne devraient pas être tenus responsables des erreurs médicales, tandis que 19,18 % estiment que les victimes ne devraient pas recevoir de compensation financière. Ces perceptions traduisent une certaine réticence à reconnaître pleinement l'impact des erreurs médicales, ce qui peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, certains médecins peuvent craindre que la responsabilisation systématique n'entraîne une judiciarisation excessive de la pratique médicale, augmentant ainsi la pression et le stress liés à l'exercice de leur profession. D'autre part, il existe une perception selon laquelle certaines erreurs sont inévitables en raison de la complexité des soins, des conditions de travail difficiles et des limites des connaissances médicales.

Par ailleurs, la question des compensations financières soulève des enjeux éthiques et économiques : certains praticiens peuvent estimer que l'indemnisation des patients ne doit pas reposer uniquement sur la faute individuelle, mais sur une réflexion plus globale incluant les responsabilités institutionnelles et systémiques. Toutefois, cette tendance à minimiser la gravité des erreurs médicales peut freiner la mise en place de solutions visant à améliorer la sécurité des soins et renforcer une culture de responsabilisation. Un environnement où les erreurs ne sont pas reconnues ou prises en compte de manière constructive peut décourager les démarches d'amélioration continue et limiter la mise en œuvre de dispositifs préventifs efficaces.

Par ailleurs, seulement 20,55 % des médecins estiment que les réclamations des patients ou de leurs familles en cas de faute médicale sont justifiées. Cette perception reflète une tendance à minimiser les conséquences des erreurs médicales et une culture où la responsabilité est souvent évitée. Cette attitude, combinée au manque de connaissances sur les mécanismes de signalement, entrave les efforts visant à renforcer la responsabilisation et à instaurer une culture d'amélioration et de sécurité dans les établissements de santé.

Pour prévenir les erreurs médicales, 40,45 % des médecins questionnés estiment que le respect rigoureux des protocoles et des lois constitue la meilleure approche, soulignant ainsi l'importance de procédures claires et standardisées pour garantir la sécurité des patients. Cette préférence traduit une volonté de limiter les risques par l'application stricte de règles établies, réduisant ainsi la variabilité dans la prise en charge.

Cependant, seuls 26,71 % des médecins considèrent que la formation continue joue un rôle majeur dans l'amélioration de la qualité des soins et la prévention des fautes médicales. Ce chiffre relativement bas révèle une perception insuffisante de l'impact des apprentissages réguliers sur la réduction des erreurs et la mise à jour des connaissances médicales. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance, notamment une surcharge de travail qui limite le temps disponible pour la formation, une culture professionnelle qui valorise davantage l'expérience clinique que l'acquisition de nouvelles compétences théoriques, ou encore un manque d'incitations institutionnelles à suivre ces formations. Pourtant, l'évolution constante des connaissances médicales et des technologies exige une mise à niveau régulière des praticiens afin d'adopter les meilleures pratiques et éviter des erreurs potentiellement graves.

Ce constat souligne la nécessité d'intégrer plus largement la formation continue dans le développement professionnel des médecins, voire de la rendre obligatoire, afin de renforcer leurs compétences, améliorer leur confiance dans la prise de décision et optimiser la qualité des soins. Une approche combinant un encadrement strict par des protocoles et une formation continue accessible et incitative permettrait d'établir un environnement médical plus sûr et plus performant, bénéficiant à la fois aux praticiens et aux patients.

Plus de la moitié des médecins (50,68 %) ne savent pas quelle conduite adopter en cas de faute médicale, révélant un manque préoccupant de préparation qui peut aggraver les conséquences des erreurs et compliquer leur gestion. Cette lacune s'explique en grande partie par l'absence de formation adéquate puisque (58,90 %) des médecins disent qu'ils n'ont jamais reçu d'enseignement spécifique sur la responsa-

bilité médicale pénale durant leurs études, alors que le cursus médical initial consacre un volet complet sur la responsabilité médicale en première année médecine et un autre en sixième année médecine.

La majorité des médecins (87,67 %) n'ont jamais suivi de formation continue sur ce sujet. Ce déficit dans la formation met en évidence une faille critique dans le développement professionnel des praticiens, les laissant démunis face aux implications légales et éthiques de leurs actes. Pourtant, la quasi-totalité des médecins (98,63 %) reconnaissent l'importance d'inclure plus de cours sur la responsabilité médicale pénale dans la formation initiale, signe d'une prise de conscience collective du besoin d'améliorer la sensibilisation à ces enjeux.

Malgré cela, seulement 2,74 % estiment que le niveau de sensibilisation à ces questions est élevé dans leur région, soulignant un besoin urgent de réformes dans la formation initiale (refonte récente en 2018) et de formations spécifiques pour mieux outiller les professionnels de santé.

Le manque de connaissances en matière de responsabilité médicale expose les médecins à des risques accrus de poursuites et d'erreurs de gestion des situations litigieuses, pouvant affecter leur carrière et la relation de confiance avec les patients. Intégrer plus de modules obligatoires sur la responsabilité médicale dès la formation universitaire et proposer régulièrement des formations continues adaptées permettrait non seulement d'améliorer la gestion des fautes médicales, mais aussi de renforcer la sécurité des soins et la protection des praticiens.

Plus de la moitié des médecins (58,90 %) estiment que les fautes médicales peuvent toujours être évitées, ce qui traduit une confiance élevée dans leurs compétences, mais peut également révéler une sous-estimation des complexités inhérentes à la pratique médicale. Cette perception suggère une vision idéalisée de l'exercice médical, où les erreurs seraient uniquement le résultat d'un manque de vigilance ou de compétence individuelle, occultant ainsi l'influence de nombreux facteurs externes tels que la pression du travail, les contraintes organisationnelles, les limites des connaissances scientifiques et légales ou encore les défaillances systémiques.

Une telle posture peut être problématique, car elle risque de minimiser la nécessité de dispositifs institutionnels visant à réduire les erreurs, comme l'amélioration des protocoles, la formation continue ou la mise en place de mécanismes de retour d'expérience. En ne reconnaissant pas pleinement la nature multifactorielle des fautes médicales, certains praticiens pourraient être moins enclins à adopter des stratégies de prévention efficaces, mettant ainsi en péril la sécurité des soins. Pour une approche plus réaliste et constructive, il est essentiel de promouvoir une culture de la

sécurité qui ne repose pas uniquement sur la responsabilité individuelle, mais qui intègre aussi des solutions collectives et systémiques afin de mieux anticiper et gérer les erreurs médicales.

Les médecins identifient principalement deux lacunes majeures dans la gestion de la responsabilité médicale à savoir le manque de formation (67,14 %) et l'absence de textes réglementaires clairs. Ce déficit de préparation fragilise les praticiens, les exposant à des risques accrus en cas d'erreur et limitant leur capacité à adopter une réponse appropriée face à des situations litigieuses.

L'absence de formation approfondie sur la responsabilité médicale entraîne une méconnaissance des obligations légales, des procédures à suivre et des droits des patients, ce qui peut conduire à des décisions inadaptées, voire à des erreurs de gestion aggravant les conséquences d'une faute.

Par ailleurs, le flou juridique entourant certains aspects de la responsabilité médicale crée une incertitude chez les professionnels de santé, qui peuvent se retrouver hésitants ou mal informés lorsqu'ils doivent se défendre ou prévenir d'éventuelles plaintes. Cette situation met en évidence la nécessité de renforcer l'accompagnement des médecins en intégrant des modules spécifiques sur la responsabilité médicale dans les cursus universitaires et en développant des formations continues accessibles. De plus, l'élaboration plus de textes réglementaires plus explicites et adaptés aux réalités du terrain permettrait de mieux encadrer la pratique médicale et d'apporter une plus grande sécurité juridique aux praticiens, tout en garantissant une meilleure protection des patients.

De plus, une majorité (78,71 %) des médecins estime qu'il n'existe pas de mécanismes de soutien pour ceux confrontés à des problèmes judiciaires liés à leur pratique, ce qui pourrait aggraver le stress et l'anxiété associés aux fautes médicales. Cependant, les médecins reconnaissent plusieurs sources d'aide en cas de problèmes judiciaires, notamment les médecins experts ou médecin conseillé (27,27 %), les syndicats (18,18 %) et le conseil de l'ordre (18,18 %). Bien que ces ressources existent, elles soulignent également le besoin d'une meilleure structuration et accessibilité des soutiens disponibles.

Les médecins estiment que l'intégration d'un soutien juridique au sein des hôpitaux et des instances de santé (la direction de la santé) est essentielle pour les aider à mieux appréhender les complexités légales liées à leur pratique. Ainsi, 32,43 % d'entre eux suggèrent la présence d'un juriste conseillé à l'hôpital à la disposition des professionnels de santé, tandis que 13,51 % plaident pour une implication accrue du conseil de l'ordre et un même pourcentage recommande la mise en place de formations continues sur ces questions.

Ces propositions témoignent d'un besoin urgent d'accompagnement juridique et de structuration du cadre réglementaire afin de sécuriser les pratiques médicales et de limiter les risques liés aux litiges. La présence d'un juriste à l'écoute permettrait aux praticiens de bénéficier d'un appui immédiat en cas de doute sur des aspects légaux, renforçant ainsi leur capacité à prendre des décisions éclairées et conformes aux réglementations en vigueur.

Par ailleurs, une plus grande implication du conseil de l'ordre pourrait favoriser une médiation plus efficace en cas de contentieux, protégeant à la fois les intérêts des médecins et ceux des patients. Enfin, la mise en place de formations continues sur la responsabilité médicale permettrait de sensibiliser les praticiens aux enjeux juridiques et de leur fournir les outils nécessaires pour anticiper et gérer les situations à risque. Ces mesures, en renforçant la sécurité juridique des médecins, contribueraient également à améliorer la qualité des soins et à restaurer la confiance dans le système de santé.

Les associations médicales ou scientifiques (29,8 %) et les sites web spécialisés (28,07 %) sont perçus comme des sources importantes pour rester informé des lois relatives à la responsabilité médicale pénale. Cela souligne l'importance d'une formation continue pour les médecins, afin de les maintenir à jour sur les évolutions législatives et les pratiques sécuritaires liées à la responsabilité.

Une grande majorité des médecins (71,21 %) reconnaît l'importance de la formation continue pour renforcer leurs connaissances en matière de responsabilité médicale pénale. Cependant, seuls 26,71 % estiment que cette formation a un impact significatif sur l'amélioration de la qualité des soins et la prévention des fautes médicales, révélant ainsi un décalage entre la perception de son utilité et son efficacité réelle dans la pratique.

Cette disparité peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment le manque de formations adaptées aux réalités cliniques, l'insuffisance des mises en situation concrètes ou encore l'absence de suivi pour mesurer les effets des apprentissages sur la réduction des erreurs. De plus, certains praticiens peuvent considérer que les fautes médicales sont davantage influencées par des contraintes systémiques (manque de temps, surcharge de travail, pression administrative) plutôt que par un déficit de connaissances juridiques. Ainsi, pour que la formation continue soit véritablement efficace, elle devrait être mieux intégrée aux parcours professionnels, associée à des protocoles clairs et actualisés, et accompagnée de dispositifs concrets permettant d'évaluer son impact sur la sécurité des soins.

En ce qui concerne la communication avec les patients et leurs familles, près de 98,21 % des médecins reconnaissent son importance. Cependant, 85,71 % ont rencontré des difficultés dans ce domaine. Une communication efficace est cruciale non seulement pour améliorer la relation médecin-patient, mais aussi pour réduire les risques de responsabilité médicale pénale, comme le soulignent (91,07 %) des médecins.

Les résultats montrent que seuls (11,10 %) des répondants ont donné une réponse complète sur la responsabilité médicale, avec une meilleure maîtrise du sujet parmi les résidents (21,4 %) et les médecins spécialistes (14,3 %). À l'inverse, 74,2 % des réponses erronées proviennent de médecins généralistes, révélant d'importantes disparités dans la compréhension des enjeux juridiques en fonction du statut professionnel.

Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment un accès plus limité des généralistes à des formations spécialisées sur la responsabilité médicale, un moindre encadrement juridique au cours de leur exercice ou encore une priorité donnée à l'aspect clinique de leur pratique plutôt qu'aux implications légales.

De plus, les médecins généralistes exerçant souvent en cabinet libéral peuvent être moins exposés aux protocoles juridiques appliqués dans les structures hospitalières, où la gestion du risque médico-légal est plus encadrée. Ces résultats soulignent ainsi la nécessité d'un renforcement des formations en responsabilité médicale pour tous les praticiens, afin d'assurer une meilleure sensibilisation aux enjeux juridiques et de réduire les risques liés aux erreurs de jugement ou aux mauvaises pratiques administratives.

Parmi les médecins ayant moins de 5 ans d'ancienneté, 20,08 % ont fourni une réponse complète sur la responsabilité médicale, ce qui indique que la formation continue peut influencer positivement la compréhension des enjeux juridiques. Cette observation souligne l'importance d'un apprentissage continu et d'une exposition prolongée à la pratique médicale pour mieux appréhender les aspects légaux de la profession.

Plus de la moitié des médecins (53,42 %) ont été témoins d'une faute médicale. Cette situation met en lumière un paradoxe : bien que certains praticiens aient une meilleure maîtrise des enjeux légaux, cela ne semble pas suffisant pour prévenir les erreurs dans les établissements de santé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette réalité, notamment la surcharge de travail, le manque de supervision, la complexité des prises de décisions en milieu hospitalier et les contraintes organisationnelles qui

peuvent favoriser des fautes involontaires. De plus, dans le secteur public, la responsabilisation des médecins est parfois diluée au sein d'un collectif médical, rendant plus difficile l'identification des responsabilités individuelles.

Ces résultats soulignent ainsi l'importance d'une approche systémique pour améliorer la gestion des risques médicaux, incluant à la fois des formations continues et une culture hospitalière favorisant la transparence et la prévention des erreurs.

En outre, seulement 15,79 % des médecins affirment que leur hôpital a reconnu une erreur médicale. De plus, 49,32 % des répondants ne sont pas satisfaits de la gestion des erreurs par leur établissement, mettant en évidence des lacunes dans les procédures internes et une gestion insuffisante des fautes médicales. Cette situation affecte la transparence et la culture de responsabilisation au sein des institutions médicales, limitant la possibilité d'apprentissage et d'amélioration continue.

Parallèlement, seulement 20,55 % des médecins pensent que la réclamation par un patient ou sa famille en cas de faute médicale est justifiée. Cette perception peut refléter une culture où les erreurs sont minimisées et où la responsabilité individuelle est souvent évitée. De plus, un faible pourcentage (19,18 %) estime que les victimes d'erreurs médicales ne devraient pas recevoir de compensation financière, soulevant des questions éthiques concernant la reconnaissance du droit à réparation et la responsabilité des établissements de santé face aux préjudices subis par les patients.

L'analyse des données croisées entre le statut professionnel et la connaissance des éléments constitutifs de la responsabilité médicale pénale révèle des disparités notables. Seuls 11,10 % des médecins interrogés ont fourni une réponse complète, avec une majorité de résidents (21,4 %), suivis des médecins spécialistes (14,3 %).

En revanche, les réponses incorrectes proviennent en grande partie des médecins généralistes, qui se trouvent en tête avec un taux de 74,2 %. Cette différence peut s'expliquer par la formation plus approfondie et plus récente en droit médical dont bénéficient les résidents et les spécialistes au cours de leur cursus. À l'inverse, les médecins généralistes, souvent confrontés à une charge de travail importante et à des conditions d'exercice plus autonomes, peuvent avoir moins d'opportunités de formation continue sur les aspects juridiques spécifiques de leur profession au contraire ils ont une vision plus globale sur le sujet. Ce constat met en évidence un besoin urgent de renforcer la formation continue sur la responsabilité médicale, en particulier pour les généralistes, afin de garantir une meilleure compréhension des obligations légales et d'améliorer la prise en charge sécurisée des patients.

L'analyse des données croisées entre les éléments constitutifs de la responsabilité médicale pénale et l'affiliation professionnelle montre que seulement 13,5 % des

médecins interrogés ont fourni une réponse complète, et ils exercent majoritairement dans le secteur public.

Toutefois, ce pourcentage demeure relativement faible, ce qui reflète une lacune globale dans la compréhension des principes juridiques encadrant la responsabilité médicale. Ce constat met en évidence la nécessité de renforcer la formation continue et la sensibilisation aux obligations légales, non seulement dans le secteur public mais également dans le privé, afin de garantir une meilleure maîtrise des enjeux juridiques et éthiques liés à la pratique médicale.

L'analyse des données croisées entre la connaissance des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie et le statut professionnel des répondants révèle que les médecins généralistes sont ceux qui possèdent le plus de connaissances dans ce domaine.

Ce résultat s'explique par leur rôle de premier recours dans le système de soins, les confrontant plus fréquemment aux enjeux médico-légaux et aux responsabilités juridiques de leur pratique. De plus, leur formation récente leur confère une meilleure rétention des connaissances en matière de droit médical.

L'analyse des données croisées entre la connaissance des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie et l'affiliation professionnelle des répondants montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les médecins exerçant dans le secteur public (28,3 %) et ceux du secteur privé (30,0 %).

Cette quasi-égalité suggère que l'accès à l'information juridique et réglementaire n'est pas influencé de manière marquée par le type d'exercice professionnel. Cependant, ces résultats mettent en évidence un niveau globalement insuffisant de connaissance des lois en matière de responsabilité médicale, quelle que soit l'affiliation des praticiens. Ce constat souligne la nécessité de renforcer la formation en droit médical dans les cursus universitaires et de proposer des sessions de formation continue adaptées aux professionnels de santé, quel que soit leur cadre d'exercice, afin d'améliorer leur compréhension des obligations légales et des risques encourus.

Les données croisées entre les résultats des connaissances sur la définition de la faute médicale et le statut professionnel révèlent que, selon les résultats du tableau, un seul médecin généraliste et un seul médecin résident ont fourni une réponse correcte. Ce résultat peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les médecins résidents et généralistes qui ont donné une réponse correcte sont probablement des pro-

fessionnels ayant récemment terminé leur formation, ce qui signifie que leurs connaissances en matière de responsabilité médicale sont encore fraîches. L'effet de récence joue un rôle important dans la mémorisation des concepts juridiques et éthiques, surtout lorsque ces notions ont été abordées récemment dans leur cursus académique.

Cependant, le faible nombre de réponses correctes soulève des préoccupations quant à l'efficacité de l'enseignement de la responsabilité médicale dans les formations médicales. Si seuls un résident et un généraliste ont su répondre correctement, cela suggère un manque de sensibilisation ou une transmission insuffisante des connaissances sur ce sujet pourtant crucial.

Cette lacune peut s'expliquer par une formation théorique privilégiant l'apprentissage clinique au détriment des aspects médico-légaux, laissant ainsi un vide dans la compréhension des enjeux juridiques liés à la faute médicale.

De plus, l'expérience clinique joue un rôle majeur dans la consolidation des connaissances. Les médecins plus expérimentés, bien que confrontés à des situations où la responsabilité médicale est en jeu, peuvent avoir une compréhension empirique des fautes médicales sans forcément maîtriser leur définition juridique précise. Cela pourrait expliquer pourquoi les praticiens plus anciens, bien qu'ayant plus d'expérience, n'ont pas nécessairement donné la bonne réponse.

Les résultats du croisement des résultats entre la connaissance des types de la faute médicale et le statut professionnel montrent qu'un seul médecin généraliste et un seul médecin spécialiste ont fourni une réponse complète concernant les types de faute médicale, ce qui met en évidence une faible maîtrise de ces notions parmi les praticiens interrogés. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la formation initiale et le manque de mise à jour continue des connaissances en responsabilité médicale.

D'une part, les médecins qui ont répondu correctement sont probablement ceux qui ont récemment achevé leur formation, bénéficiant ainsi d'une mémoire encore fraîche des concepts juridiques et déontologiques abordés durant leur cursus. L'effet de récence joue un rôle déterminant dans la rétention de ces informations, surtout lorsqu'elles ne sont pas régulièrement mises en pratique. En revanche, les praticiens plus expérimentés, bien que confrontés à des situations impliquant des fautes médicales, peuvent avoir une approche plus empirique, se basant davantage sur leur expérience clinique que sur la définition précise des types de faute médicale.

D'autre part, ces résultats révèlent une possible insuffisance dans l'enseignement et la sensibilisation aux aspects médico-légaux durant la formation médicale. La priorité est souvent donnée aux compétences cliniques et techniques, reléguant les notions juridiques au second plan. Cette carence éducative peut avoir des conséquences importantes, notamment une méconnaissance des implications légales des actes médicaux et une difficulté à identifier les situations à risque.

De plus, l'absence de formation continue en matière de responsabilité médicale pourrait expliquer cette méconnaissance persistante. Les médecins en exercice, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, ne bénéficient pas toujours de sessions de formation sur ces aspects, ce qui les expose à un risque accru d'erreurs juridiques. Cette situation souligne donc la nécessité d'intégrer davantage d'enseignements spécifiques sur la faute médicale dans les programmes de formation initiale et continue afin d'améliorer la préparation des praticiens et de renforcer la sécurité des patients.

---

## **CHAPITRE VIII**

---

---

## **CONCLUSION**

---

---

# CH A P I T R E V I I I

## CONCLUSION

---

Ce travail doctoral, centrée sur la responsabilité médicale dans le contexte algérien, plus précisément dans la wilaya de Mostaganem, met en lumière des enjeux critiques liés aux connaissances, attitudes et pratiques des médecins en matière de fautes médicales pénales. L'étude révèle une dissonance préoccupante entre la perception que les médecins ont de leur compréhension de la responsabilité médicale et leur maîtrise réelle des concepts juridiques et éthiques qui la sous-tendent. Bien que la moitié des médecins interrogés affirment connaître la notion de responsabilité médicale, seulement peu d'entre eux sont capables d'en identifier correctement les éléments constitutifs. Cette lacune est encore plus frappante lorsqu'il s'agit de définir la faute médicale, avec la majorité des répondants fournissant une définition erronée. Ces résultats soulignent un déficit majeur dans la formation initiale et continue des médecins, qui semble insuffisamment préparer aux complexités juridiques et déontologiques de leur profession.

L'analyse des attitudes des médecins révèle une culture professionnelle où l'erreur médicale est souvent minimisée, voire excusée, plutôt que confrontée de manière constructive. Une proportion significative des médecins estime qu'ils ne devraient pas être sanctionnés pour des fautes médicales, ce qui reflète une réticence à assumer pleinement les conséquences de leurs actes. Cette attitude, bien que compréhensible dans un contexte où la pression médicale est élevée, pose un problème éthique et pratique, car elle entrave les efforts d'amélioration continue et de responsabilisation individuelle. Par ailleurs, bien que la majorité des médecins reconnaissent l'importance d'une formation continue sur la responsabilité médicale, seulement un quart d'entre eux pensent que cette formation peut réellement améliorer la qualité des soins. Ce décalage entre la reconnaissance de l'importance de la formation et son impact perçu suggère un besoin urgent de réformer les programmes de formations pour les rendre plus pertinents et applicables dans la pratique quotidienne.

La relation médecin-patient, autrefois fondée sur la confiance, semble aujourd'hui marquée par une méfiance croissante, alimentée par des attentes excessives des patients et une médiatisation sélective des réussites médicales. Les patients, de plus en plus informés et exigeants, acceptent moins les accidents médicaux, qu'ils soient

imputables ou non à une faute professionnelle. Cette évolution a transformé la dynamique de la relation thérapeutique, passant d'un modèle paternaliste à un modèle de partenariat. Cette situation est exacerbée par le manque de communication efficace entre les médecins et les patients, avec 85,71 % des médecins reconnaissant des difficultés dans ce domaine. Une communication claire et transparente est pourtant essentielle non seulement pour prévenir les litiges, mais aussi pour renforcer la confiance et l'adhésion des patients aux soins proposés.

Enfin, l'étude met en évidence des disparités significatives dans les connaissances et les attitudes des médecins en fonction de leur spécialité, de leur ancienneté et de leur secteur d'exercice. Les médecins généralistes du secteur privé, par exemple, semblent mieux informés sur les lois relatives à la responsabilité médicale que leurs collègues du secteur public. Cependant, cette connaissance ne se traduit pas nécessairement par une meilleure gestion des erreurs, comme en témoigne le fait que 53,42 % des médecins ont été témoins d'une faute médicale sans savoir comment la signaler. Ces disparités soulignent la nécessité d'une approche différenciée dans la formation et le soutien des médecins, en tenant compte des spécificités de leur pratique.

En conclusion, ce travail met en lumière des défis majeurs dans la gestion de la responsabilité médicale en Algérie, notamment en ce qui concerne la formation des médecins, la gestion des erreurs médicales et la relation médecin-patient. Pour répondre à ces enjeux, intégration davantage de modules sur les aspects juridiques et éthiques de la pratique médicale. Enfin, une attention particulière doit être portée à la relation médecin-patient, en renforçant les compétences communicationnelles des médecins et en promouvant une approche plus collaborative des soins. Ces mesures, bien qu'ambitieuses, sont essentielles pour garantir des soins de qualité, prévenir les litiges médicaux et restaurer la confiance dans le système de santé.

L'analyse des données met en évidence des lacunes significatives en matière de formation, de sensibilisation et de gestion des responsabilités médico-légales. Ces insuffisances ont un impact direct sur la prise en charge des patients, la prévention des erreurs médicales et la sécurité juridique des praticiens. Par conséquent, il apparaît primordial d'adopter des mesures concrètes visant à combler ces déficits et à instaurer une culture de transparence et de responsabilisation au sein du corps médical.

C'est dans cette optique que des recommandations adaptées doivent être formulées, en tenant compte des réalités du terrain et des besoins exprimés par les professionnels de santé. Ces propositions auront pour objectif de renforcer les connaissances

en responsabilité médicale, d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la prise en charge des erreurs médicales dans un cadre éthique et juridique clair.

Les recommandations qui suivent visent ainsi à apporter des solutions concrètes et applicables pour répondre aux problématiques identifiées et contribuer à une évolution positive du système de santé.

---

# C H A P I T R E V I I

## PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

---

- Renforcement de la Formation Initiale et Continue en intégrant plus de modules approfondis sur la responsabilité médicale, l'éthique et le droit médical dans le cursus universitaire des médecins avec plus de volume horaire. Ces modules devraient inclure des études de cas pratiques, des simulations et des mises en situation pour mieux préparer les futurs praticiens aux enjeux juridiques et déontologiques de leur profession. Par ailleurs, des formations continues obligatoires devraient être mises en place pour maintenir les connaissances à jour et renforcer les compétences des médecins en exercice.
- Renforcement de la Communication Médecin-Patient par la Formation des médecins à des techniques de communication efficaces pour améliorer la relation avec les patients et leurs familles. Une communication claire et empathique peut réduire les malentendus, renforcer la confiance et prévenir les litiges liés à des attentes non satisfaites.
- Encourager les médecins à mieux comprendre les limites et les attentes de la pratique médicale. Ces programmes pourraient inclure des ateliers, des séminaires et des supports de formations pour clarifier les notions de faute médicale, de responsabilité et de droits des patients.
- Recruter des juristes spécialisés en droit médical au sein des hôpitaux pour conseiller les médecins sur les aspects légaux de leur pratique. Ces professionnels pourraient également jouer un rôle clé dans la gestion des plaintes et la préparation des dossiers en cas de litige.
- Intégrer davantage les médecins légistes dans les structures hospitalières et les instances de régulation autant que conseillé permettrait d'améliorer la gestion des risques, d'assurer une meilleure protection des praticiens et des patients, et de favoriser une culture de transparence et de responsabilisation dans le domaine médical.

- Actualiser et clarifier les textes de loi relatifs à la responsabilité médicale pour les rendre plus accessibles et explicites aux réalités actuelles de la pratique médicale. Une législation claire aiderait les médecins à mieux comprendre leurs obligations et à réduire les risques de litiges.
- Soutenir des projets de recherche visant à évaluer l'efficacité des formations, des protocoles et des politiques mises en place pour encadrer et éviter les fautes médicales à l'avenir. Ces recherches pourraient fournir des données précieuses pour ajuster les stratégies et maximiser leur impact.
- Renforcer les partenariats avec les associations médicales, les syndicats et les conseils de l'ordre pour promouvoir une approche collective de la gestion de la responsabilité médicale. Ces organisations peuvent jouer un rôle clé dans la défense des droits des médecins, la promotion de bonnes pratiques et la médiation en cas de conflits.
- Le contrôle des réseaux sociaux et des pages web diffusant du contenu médical est un enjeu crucial pour garantir la fiabilité des informations de santé et prévenir la diffusion de données erronées

En somme, ces perspectives et recommandations visent à créer un environnement médical plus sûr, transparent et équilibré, où les médecins sont mieux préparés à assumer leurs responsabilités, les erreurs sont gérées de manière constructive, et la confiance entre les médecins et les patients est restaurée. Une telle approche nécessite un engagement collectif de la part des institutions de formations, des établissements de santé, des décideurs politiques et des professionnels de santé eux-mêmes.

---

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- [1] محي الدين، أ. ب. (2015، 8 فبراير). تصاعد مخيف للأخطاء الطبية في الجزائر. المنظمة الجزائرية لضحايا الأخطاء الطبية.
- [2] Hannouz, M. M., & Hakem, A. R. (2000). Précis de droit médical (p. 85). Office de publications universitaires.
- [3] Khadir, A. (2014). La responsabilité médicale à l’usage des praticiens de la médecine et du droit. Houma Éditions.
- [4] Sournia, J.-C. (1992). Histoire de la médecine, de l’art de guérir à la science du diagnostic (I. Al-Bajlati, Trad.) (p. 204). Éditions du Conseil National pour la Culture, les Arts et les Lettres.
- [5] Karkouri, H. (2021). L’erreur médicale dans le domaine des interventions chirurgicales. Revue de jurisprudence et de droit, (24), p 22. Université de Bouira.
- [6] Abdel-Halim, F. M., & Mohamed, S. A. (2022). La relation entre la justice organisationnelle et la qualité de la performance professionnelle de l’équipe médicale. Revue des Études en Travail Social et Sciences Humaines, (40), p 105. Université Helwan.
- [7] Hassounah, B. A.-M. (2022). La responsabilité médicale. Revue de la Justice, 42(44), p 222. Ministère de la Justice du Maroc.
- [8] Abdel-Halim, F. M., & Mohamed, S. A. (2022). La relation entre la justice organisationnelle et la qualité de la performance professionnelle de l’équipe médicale. Revue des Études en Travail Social et Sciences Humaines, 40, p 105. Université Helwan, Égypte.
- [9] Al-Mufreji, Z. K. Y. (2016). La responsabilité administrative des actes médicaux. Publications Zen, première édition, Liban, p. 16.
- [10] Hanna, M. R. (2011). Théorie générale de la responsabilité médicale dans les législations civiles et les actions en compensation. Publications Dar Al-Fikr Al-Jami’i, première édition, Alexandrie, p. 26.
- [11] Loi n° 85-05. (1985). Relative à la protection et à la promotion de la santé. Journal officiel, n° 08.
- [12] Décret exécutif n° 276-92. (1992). Code de déontologie médicale. Journal officiel, n° 52.

- [13] Yusuf, Jumaa. Yusuf. (2003). Responsabilité pénale pour les erreurs des médecins dans le droit pénal des Émirats arabes unis. Publications Al-Halabi, Beyrouth, p. 50.
- [14] Al-Adwani, Fadh Dukhayen. (s.d.). L'acte médical dans le droit comparé et la jurisprudence. Journal of Law and Justice, (32), partie 2, Naif Arab University for Security Sciences, p. 530 et suivantes.
- [15] Al-Mufreji, [17] Al-Mufreji, Ziad Khaled Youssef. (2016). La responsabilité administrative des actes médicaux. Publications Zen, première édition, Liban, p. 18.
- [16] Al-Adwani, Fadh. Op. cit., p. 532.
- [17] République Algérienne Démocratique et Populaire. (2020). Préambule et articles 180, 211 de la Constitution, publié par décret du 44 septembre 2024. Journal Officiel, n° 20, 30 décembre 2020.
- [18] Houba, A. (24 juin). L'adhésion du gouvernement algérien provisoire aux conventions de Genève de 4000 et ses effets en droit international. Revue des sciences juridiques, (4), Centre universitaire de Ouargla, Algérie, juin, p. 44.
- [19] Convention de Genève. (1949). Convention de Genève du 12 août 1949.
- [20] Hrouzi, A. Op. cit., p. 24.
- [21] Ordonnance n° 452-22. (2022). Code pénal, modifiée et complétée, 1er juin 2022.
- [22] Loi n° 11/18. (2018). Article 166 sur la santé concernant les conditions d'exercice des professions de santé.
- [23] Aissani, R. (2013). La solidarité nationale dans l'indemnisation des accidents médicaux. Revue de Droit International et de Développement, 4(1), Université Abdelhamid Ben Badis, Mostaganem, Algérie, p. 18.
- [24] Al-Dannon, A. H. (année). Al-Mabsout fi Sharh al-Qanun al-Madani (la faute) (Vol. 2, 1ère éd.). Dar Wa'il for Publishing, Égypte, p. 99. Voir aussi : Hawaish, H. Référence précédente, p. 139.
- [25] Raïs, M. (2008). Vers un nouveau concept de la faute médicale dans la législation algérienne. Revue de la Cour Suprême, (2), Algérie, p. 65.

- [26] Boucherbi, M. (2005). La responsabilité civile du médecin. *Revue des études juridiques et économiques*, (4), Université de Khenchela, juin, p. 155.
- [27] Penneau, J. (2004). *La responsabilité du médecin* (3e éd.). Dalloz, p. 16.
- [28] Khadir, A. (2014). *La responsabilité médicale à l’usage des praticiens de la médecine et du droit*. Houma Editions, Alger, p. 841.
- [29] Al-Atroshi, M. J. H. (2014). *La responsabilité civile résultant des transfusions sanguines* (1ère éd.). Dar Al-Hamed pour la publication et la distribution, Jordanie, p. 208.
- [30] Al-Shalash, M. M. S. (2007). Les erreurs médicales entre la jurisprudence et la loi. *Maghreb Journal of Open University Research and Studies*, (9), Université de Qods, Palestine, février, p. 329.
- [31] République Algérienne Démocratique et Populaire. (1992). Décret exécutif n° 276-92 du 5 Muharram 1413 (correspondant au 6 juillet 1992) relatif au Code de déontologie médicale.
- [32] Aïssani, R. (2016). *Responsabilité des médecins dans les établissements hospitaliers publics* (Thèse de doctorat en droit public). Université Abou Bakr Belkaïd, Tlemcen, p. 79.
- [33] Royaume de Jordanie. (2010). Article n° 2 de la loi sur la responsabilité médicale en Jordanie.
- [34] Ad’ais, M. S. Les erreurs médicales : vers une protection juridique équilibrée pour les parties des erreurs médicales. *Série de rapports juridiques*, (77), Commission indépendante des droits de l’homme, Bureau des plaintes, p. 15.
- [35] Abdellah, H. A. L’erreur médicale entre la charia et la loi. *Journal Al-Manara des études juridiques et administratives*.
- [36] Ben Sghir, M. Op. cit., p. 63.
- [37] Taha, A. C. M. Op. cit., p. 201.
- [38] Khadir, A. (2013). *Décisions judiciaires sur la responsabilité médicale*. Éditions Houma, Algérie, p. 64 et suivantes.
- [39] Raïs, M. (2007). *La responsabilité civile des médecins au regard du droit algérien*. Dar Homa pour l’imprimerie, l’édition et la diffusion, Algérie, p. 151.

- [40] Zouhair, D. A. (2015). L'erreur médicale : sa définition, ses critères et la responsabilité de son auteur. *Revue de la charia et des études islamiques*, 30(101), 298. Université de Koweït.
- [41] Raïs, M. (2007). La responsabilité civile des médecins au regard du droit algérien. Dar Homa pour l'imprimerie, l'édition et la diffusion, p. 35.
- [42] Naneh, L. F. H. (2013). La responsabilité légale dans le domaine médical. Bibliothèque Zine pour le droit et les lettres, 1<sup>re</sup> éd., Liban, p. 56.
- [43] Qadi, T. A. (2004). La responsabilité civile du médecin. Éditions Al-Mouhajir, Tripoli, Liban, p. 32.
- [44] Youssef, S. I. M. (année). Référence précédente, p. 300.
- [45] Zouhair, D. A. (2015). L'erreur médicale : sa définition, ses critères et la responsabilité de son auteur. *Revue de la charia et des études islamiques*, 30(101), 295. Université de Koweït.
- [46] Ibrahim, B. (2012). Les éléments du crime et les méthodes de preuve. Dar al-Khaldouniya pour la publication et la distribution, Algérie, p. 17 et suivantes.
- [47] Taha, A. S. M. (2015). La responsabilité civile pour la faute professionnelle des médecins, pharmaciens, avocats et architectes. Alexandrie : Dar Al-Jamiah Al-Jadida pour l'édition, p. 163.
- [48] Fahmy, K. M. Le système juridique de protection de l'enfance et de responsabilité pénale et civile. *Dar Al Fikr Al Jami'*, p. 312 et suivantes.
- [49] Faisal, B. A. (2018). La responsabilité pénale du trafic d'organes humains. *Voix du Droit*, 5(01), 225. Université Djellali Bounaâma, Khemis Miliana, Algérie.
- [50] Senoussi, S. (2016). L'erreur médicale dans la législation et la jurisprudence (Mémoire de master). Faculté de droit et des sciences économiques, Université de Kasdi Merbah, Ouargla, p. 13.
- [51] République Algérienne Démocratique et Populaire. (1992). Article 45 du décret exécutif n° 276-92 du 5 Moharram 1413 (correspondant au 6 juillet 1992) portant sur le Code de déontologie médicale.
- [52] Daghamane, M. R. (2017). Droit médical. Éditions de la Modernité, 1<sup>re</sup> éd., Liban, p. 115.

- [53] Al-Atour, R. I. (2011). Le crime d'exposition d'autrui à un danger dans le Code pénal français. *Revue de l'Université de Sharjah des sciences juridiques et légales*, 8(2), p 151. Université Jordanienne.
- [54] Ibrahim, M. A. A.-H. *Op. cit.*, p. 332.
- [55] Tabbakh, C. (2011). Crimes d'erreurs médicales et indemnisation. *Dar Al-Fikr wal-Qanoun pour la publication et la distribution*, Égypte, p. 21.
- [56] Arefa, S. A. W. (2006). Le médiateur dans la responsabilité pénale et civile du médecin et du pharmacien. *Dar Al-Matbou'at Al-Jamia'iya*, Égypte, p. 25 et suivantes.
- [57] Daghamane, M. R. Référence précédente, p. 116.
- [58] Al-Qadi, H. M. M. (2007). L'abstention de traiter le patient entre la jurisprudence islamique et le droit positif, étude comparative. *Dar Al-Fikr Al-Jami'i*, Égypte, p. 248.
- [59] Hosni, M. N. (1989). *Commentaire du Code pénal*. Dar Al-Nahda Al-Arabia, Égypte, p. 281.
- [60] Mistretta, P. (2013). *Le droit pénal médical*. Éditeur Cujas, p. 39.
- [61] Dreyer, E. (2014). *Droit pénal général (3<sup>e</sup> éd.)*. LexisNexis, p. 159.
- [62] Desportes, F., & Le Gunehec, F. *Ouvrage cité*, p. 393.
- [63] Montesquieu. (1748). *L'esprit des lois* (livre XI, chap. VI). BECCARIA, C. (1764). *Des délits et des peines* (chap. II).
- [64] Kolb, P. (2014). *Droit pénal général*. Lextenso éditions, p. 33.
- [65] Conseil Constitutionnel. (1981, 19-20 janvier). *Décision JCP 81, II, 19701*, note Franck. Voir également *RSC*, 2012, 371, obs. Yves Mayaud.
- [66] Cour de Cassation, Chambre criminelle. (1993, 24 novembre). *Bulletin criminel*, n° 353, 358. Voir aussi *Revue des sciences criminelles*, 1994, p. 549, obs. Bouloc ; Cour de Cassation, Chambre criminelle, 5 février 2013, FS-P+B, n° 12-81.155.
- [67] Cour de Cassation, Chambre criminelle. (2001, 10 janvier). *Bulletin criminel*, n° 3. Voir aussi Cour de Cassation, Chambre criminelle, 3 septembre 2014, n° 12-83.179.

- [68] Cour de Cassation, Chambre criminelle. (1891, 28 mai). Bulletin, n° 121, Dalloz, 1892, I, 195.
- [69] Pradel, J., & Danti-Juan, M. (2014). Droit pénal spécial (6<sup>e</sup> éd.). Cujas, n° 41.
- [70] Cour d'Appel de Chambéry. (2000, 2 mars). Inédit.
- [71] Cour de Cassation, Chambre criminelle. (2001, 6 février). Bulletin criminel, n° 33.
- [72] Mistretta, P. (2013). Le droit pénal médical. Cujas, p. 15.
- [73] Cour de Cassation, Chambre criminelle. (2008, 18 mars). Dr. pén., 2008, comm., n° 84, obs. M. Véron ; RSC, 2008, p. 587, obs. Yves Mayaud
- [74] Cour de Cassation, Chambre criminelle, 5 octobre 2010, Dr. pén., 2010, comm., n° 6, obs. Michel Véron ; Revue pénitentiaire, 2011, p. 155, obs. Philippe Conte.
- [75] Daury Fauveau, M. (année). Droit pénal spécial, ouvrage cité, n° 232.
- [76] Cour de Cassation, Chambre criminelle. (1961, 19 novembre). Jurisclasseur périodique (JCP), 1962, II, 12777, note René Savatier.
- [77] Cour de Cassation, Chambre criminelle. (2007, 30 octobre). Dr. pén., 2008, n° 65, obs. J.-H. R. ; RSC, 2008, p. 75, obs. Yves Mayaud.
- [78] Diakité, M. (2012). L'expertise en matière pénale (Rapport de stage de Master). Université de Reims Champagne Ardenne.
- [79] Dreyer, E. (2016). Droit pénal spécial (3<sup>e</sup> éd.). Éditions Ellipses, p. 280.
- [80] Jousse, D. (1771). Traité de la justice criminelle (Vol. III, p. 680).
- [81] Durkheim, E. (1893). De la division du travail social (Éd. 1991, PUF, coll. Quadrige). Livre premier, chap. VI (« Solidarité mécanique ou par similitudes »), section 1, pp. 48-59.
- [82] Mistretta, P. (2013). Le droit pénal médical. Cujas, p. 63.

- [83] Algérie360. (s.d.). La face cachée de la santé en Algérie : 650 plaintes déposées en 2009 pour des erreurs médicales. Récupéré le [date de consultation] de <https://www.algerie360.com/la-face-cachee-de-la-sante-en-algerie-650-plaintes-deposees-en-2009-pour-des-erreurs-medicales/>
- [84] Traoré, D., Ramdé, W. N., Doudoulgou, B., Kagambega, R., & Ouédraogo, A. S. (2020). Responsabilité médicale répressive : avis des praticiens et des usagers de l'hôpital, cas du CHU Yalgado Ouédraogo au Burkina Faso. *Mali Médical*, 35(2).
- [85] Kouadio, M. E. V. E., & Coulibaly, Z. M. (2024, 1er juin). État des connaissances des médecins sur la responsabilité médicale au CHU de Bouaké en Côte d'Ivoire. Récupéré de <https://www.em-consulte.com/article/1667791/etat-des-connaissances-des-medecins-sur-la-respons>

---

# ANNEXES

---

## QUESTIONNAIRE : EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES MEDECINS EN MATIERE DE RESPONSABILITE MEDICALE PENALE DANS LA WILAYA DE MOSTAGANEM

Section 1 : Informations générales	
1	Genre : 1 Homme 2 Femme
2	Âge : .....
3	Statut professionnel : 1 - Interne en médecine 2- Médecin généraliste 3- Résidents 4 - Spécialiste 5- Autre (veuillez préciser)
4	Quelle est votre spécialité médicale ?
5	Années d'ancienneté en tant que médecin : .....
6	Combien de patients traitez-vous en moyenne par mois ?.....
7	Quelle est votre affiliation professionnelle ? 1- Hôpital public 2- Hôpital privé 3- Cabinet privé 4 – Autre :.....
Section 2 : Connaissances en responsabilité médicale pénale	
8	Connaissez-vous les principes de responsabilité médicale pénale ? 1-Oui 2- Non
9	Pouvez-vous citer les éléments constitutifs de la responsabilité médicale pénale?
10	Quelles sont les principales infractions pénales liées à la pratique médicale ?
11	Connaissez-vous les conditions requises pour engager la responsabilité pénale d'un médecin ? 1-Oui 2- Non
12	Si Oui, Citer :
13	Avez-vous une connaissance adéquate des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale en vigueur en Algérie ? 1-Oui 2- Non

14	Qu'est-ce qu'une faute médicale ?
15	Quelles sont les conséquences de la faute médicale ? a. Des sanctions disciplinaires b. Des poursuites civiles et/ou pénales c. La perte de licence médicale
16	Pensez-vous que les médecins doivent être sanctionné en cas de faute médicale ? 1-Oui 2-Non
17	Qu'est-ce que la responsabilité médicale ? a. L'obligation morale de faire de son mieux pour soigner les patients b. La responsabilité juridique qui incombe aux professionnels de la santé pour les fautes médicales c. Une obligation légale pour les médecins d'effectuer des actes médicaux
18	Comment pouvez-vous réduire votre responsabilité médicale en tant que médecin ? a. En respectant les normes et protocoles de soins b. En ignorant les plaintes des patients c. En ne prenant pas en compte les réactions des patients aux médicaments ou aux traitements
19	Qu'est-ce que le secret médical ? ?
20	Avez-vous déjà effectué une erreur de diagnostic ? 1-Oui 2- Non
21	Connaissez-vous les risques liés à une erreur de diagnostic ? 1-Oui 2- Non
22	Avez-vous déjà administré un traitement inadapté à un patient ? 1-Oui 2- Non
23	Avez-vous déjà commis une erreur de posologie de médicament? 1-Oui 2- Non
24	Avez-vous déjà omis de fournir une information importante à un patient ? 1-Oui 2- Non
25	Avez-vous déjà modifié une ordonnance ou un document médical pour aider un patient ? 1-Oui 2- Non
26	Avez-vous déjà refusé d'exécuter une mission ordonnée par les autorités judiciaires ? 1-Oui 2- Non
27	Avez-vous déjà fait des remplacements dans un cabinet médical ou une clinique privée sans autorisation de la tutelle ? 1-Oui 2- Non
28	Avez-vous déjà fait sortir des médicaments ou matériels de soins pour aider à un patient à l'extérieure de la structure de sante ? 1-Oui 2- Non

29	Avez-vous déjà réalisé des soins en dehors de l'urgence vitale sans le contentement du patient ? 1-Oui 2- Non
30	Avez-vous déjà quitté la structure de santé avant l'heure de sortie ? 1-Oui 2- Non
31	Avez-vous déjà refusé d'examiner un patient ? 1-Oui 2- Non
32	Si oui pourquoi ?
33	Avez-vous déjà partagé une information avec l'entourage ou la famille du patient pour mieux l'aider à gérer sa maladie ? 1-Oui 2- Non
<b>Section 3 : Pratiques liées à la responsabilité médicale pénale</b>	
34	Avez-vous déjà été confronté à une plainte pour faute médicale ? 1-Oui 2- Non
35	Si oui, quelle était la nature de la plainte ?
36	Si oui, comment cela va-t-il affecté votre pratique et votre bien-être émotionnel ?
37	Dans quel service étiez-vous lorsque l'erreur médicale s'est produite ?
38	Quel type d'erreur médicale avez-vous subi ? 1- Erreur de diagnostic 2-Erreur de traitement 3- Erreur de médication 4. Autre (précisez).....
39	Pensez-vous que les victimes d'erreurs médicales devraient recevoir une compensation financière ? 1-Oui 2- Non
40	Quelles mesures l'hôpital devrait-il prendre pour prévenir les erreurs médicales à l'avenir ? 1- Formation continue pour les professionnels de santé 2- Mise en place de protocoles de sécurité 3- Amélioration de la communication entre les professionnels de santé et les patients 4-Autre(précisez).....
41	Pensez-vous que les fautes médicales peuvent être évitées ? A. Oui, toujours B. Oui, dans une certaine mesure C. Non, pas toujours D. Non, jamais
42	Comment pouvez-vous améliorer la qualité des soins et prévenir les fautes médicales ? a. En participant à des formations continues b. En utilisant des technologies avancées c. En travaillant plus vite pour satisfaire les besoins des patients
<b>Section 4 : Formation et sensibilisation</b>	
43	Avez-vous reçu une formation spécifique sur la responsabilité médicale pénale au cours de vos études de médecine ? 1-Oui 2- Non

44	Avez-vous participé à des programmes de formation continue traitant de la responsabilité médicale pénale ? 1-Oui 2- Non
45	Pensez-vous qu'il est important d'inclure des cours sur la responsabilité médicale pénale dans les programmes de formation médicale initiale et continue ? 1-Oui 2- Non
<b>Section 5 : Perception et besoins</b>	
46	Pensez-vous que les médecins sont correctement informés des conséquences juridiques de leurs actes médicaux ? 1-Oui 2- Non
47	Quelles sont, selon vous, les principales lacunes dans la formation et l'information des médecins sur la responsabilité médicale pénale ?
48	Quels sujets ou aspects de la responsabilité médicale pénale aimeriez-vous voir abordés dans de tels programmes de formation ?
<b>Section 6 : Système de soutien et ressources</b>	
49	Existe-t-il des mécanismes de soutien et des ressources disponibles pour les médecins qui sont confrontés à des procédures judiciaires liées à leur pratique médicale ? 1-Oui 2- Non
50	Si oui, quelles sont ces ressources et comment les évaluez-vous ? ?
51	Si non, quelles mesures pourraient être prises pour améliorer le soutien aux médecins dans de telles situations ?
52	Quelles sont vos principales sources d'information pour rester informé des lois et des réglementations relatives à la responsabilité médicale pénale ? 1- Publications spécialisées                      2- Formations professionnelles 3- Sites web spécialisés                              4- Associations médicales 5- Autres (veuillez préciser)
<b>Section 7 : Suggestions et commentaires</b>	
53	Citer des suggestions pour renforcer les connaissances et les pratiques des médecins en matière de responsabilité médicale pénale dans la wilaya de Mostaganem

**Loi n° 24-06 du 19 Chaoual 1445 correspondant au 28 avril 2024 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 18 Safar 1386 correspondant au 8 juin 1966 portant code pénal**  
**Article 39**

**Chapitre IV**

**Les faits justificatifs**

**Art. 39.** - Il n'y a pas d'infraction:

1°) Lorsque le fait était ordonné ou autorisé par la loi;

2°) Lorsque le fait était commandé par la nécessité actuelle de la légitime défense de soi-même ou d'autrui ou d'un bien appartenant à soi-même ou à autrui, pourvu que la défense soit proportionnée à la gravité de l'agression.

**Art. 40.** - Sont compris dans les cas de nécessité actuelle de légitime défense:

1°) L'homicide commis, les blessures faites ou les coups portés en repoussant une agression contre la vie ou l'intégrité corporelle d'une personne ou en repoussant, pendant la nuit, l'escalade ou l'effraction des clôtures, murs ou entrée d'une maison ou d'un appartement habité ou de leurs dépendances;

2°) L'acte commis en se défendant ou en défendant autrui contre les auteurs de vols ou de pillages exécutés avec violence.

**TITRE II**

**L'AUTEUR DE L'INFRACTION**

**Chapitre I**

**Les participants à l'infraction**

**Art. 41.** - (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Sont considérés comme auteurs tous ceux qui, personnellement, ont pris une part directe à l'exécution de l'infraction, et tous ceux qui ont provoqué à l'action par dons, promesses, menaces, abus d'autorité et de pouvoir, machinations ou artifices coupables.

**Art. 42.** - (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Sont considérés comme complices d'une infraction ceux qui, sans participation directe à cette infraction, ont, avec connaissance, aidé par tous moyens ou assisté

# Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé. (Article 166)

Art. 162. — Dans chaque établissement disposant d'une unité ou d'un service fermé d'hospitalisation d'office, il est tenu un registre coté et paraphé par le président du tribunal du siège de l'établissement. Ce registre doit être vérifié et visé, chaque six (6) mois, par le wali et le procureur général près la Cour.

Art. 163. — Le wali ou le procureur général près la Cour, peut, à tout instant, demander par voie de réquisition, un certificat de situation du malade hospitalisé d'office, au médecin psychiatre de l'établissement.

Art. 164. — Toute sortie non réglementaire ou tout évènement exceptionnel concernant un patient mis en observation d'office ou hospitalisé d'office doivent être portés par le directeur de l'établissement à la connaissance des autorités concernées.

Les dispositions de l'alinéa ci-dessus, sont applicables aux patients atteints de troubles mentaux soumis aux autres formes de mise en observation ou hospitalisés dans les conditions prévues par les lois en vigueur.

## TITRE IV

### PROFESSIONNELS DE SANTE

#### Chapitre 1er

##### Définitions

Art. 165. — On entend par professionnel de santé, au sens de la présente loi, toute personne exerçant et relevant d'une structure ou d'un établissement de santé qui, dans son activité professionnelle, fournit ou concourt à la prestation de santé ou contribue à sa réalisation.

Sont également considérés professionnels de santé, les personnels relevant des services extérieurs assurant des missions techniques, d'enquêtes épidémiologiques, de contrôle et d'inspection.

La nomenclature des professions de santé est fixée par voie réglementaire.

#### Chapitre 2

##### Conditions d'exercice des professions de santé

##### Section 1

###### *Règles communes d'exercice des professions de santé*

Art. 166. — L'exercice des professions de santé est subordonné aux conditions suivantes :

- 1 — être de nationalité algérienne ;
- 2 — être titulaire d'un diplôme algérien requis ou d'un titre reconnu équivalent ;
- 3 — jouir de ses droits civiques ;
- 4 — ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale incompatible avec l'exercice de la profession ;
- 5 — avoir les capacités physiques et mentales qui ne sont pas incompatibles avec l'exercice de la profession de

Les professionnels de santé sont tenus de s'inscrire au tableau de l'ordre de la profession correspondant.

Outre les conditions d'exercice citées à l'alinéa 1er, tirets 2 à 5 et à l'alinéa 2 cités ci-dessus, les professionnels de santé de nationalité étrangère sont soumis aux conditions d'exercice et d'emploi fixées par voie réglementaire.

Art. 167. — Les professions de santé sont exercées sous l'un des régimes suivants :

— à titre de fonctionnaire ou de contractuel, dans les structures, administrations et établissements publics de santé ou autres, régis par le statut général de la fonction publique ;

— à titre de contractuel, dans les structures et établissements de santé ou à vocation sanitaire ou sociale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ;

— à titre libéral.

Art. 168. — Le professionnel de santé est tenu d'exercer sa profession sous son identité légale.

Art. 169. — Le professionnel de la santé exerce sa profession à titre personnel. Il est tenu au secret médical et/ou professionnel.

Lorsque les professionnels interviennent en équipe pour la prise en charge du patient, les informations parvenues à l'un des membres de l'équipe, doivent être partagées par l'ensemble des membres dans l'intérêt médical du malade.

Art. 170. — La formation continue est un droit. Elle est obligatoire pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans les structures et établissements de santé.

Elle est à la charge de l'Etat pour les professionnels de santé exerçant dans les structures et établissements publics de santé.

Art. 171. — Le professionnel de santé, installé à titre libéral, peut se faire remplacer dans les conditions prévues par les dispositions de l'article 166 ci-dessus, pour cause, notamment de formation ou de congés.

Il peut, en outre, pour raison de santé, se faire remplacer pour une période maximale d'une année renouvelable une fois.

Il peut, également, dans le but d'assurer la continuité du service public, se faire suppléer, durant la période de son mandat, lorsqu'il remplit un mandat permanent dans une institution nationale ou une collectivité territoriale. Dans ce cas, le professionnel de la santé suppléant exerce sa profession sous son identité légale et demeure responsable de ses activités.

La suppléance prend fin au terme du (des) mandat (s) prévu (s) à l'alinéa ci-dessus.

Les modalités d'application du présent article sont fixées

# Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé. (article 353)

16 Dhou El Kaâda 1439  
29 juillet 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 46

31

Les droits des personnes mineures ou incapables, sont exercés, selon les cas, par les parents ou par le représentant légal.

Art. 344. — En cas de refus des soins médicaux, il peut être exigé, une déclaration écrite, à cet effet, du patient ou de son représentant légal.

Toutefois, en cas d'urgence, de maladie grave ou contagieuse ou si la vie du patient serait gravement menacée, le professionnel de santé doit prodiguer les soins et, le cas échéant, passer outre le consentement.

## Chapitre 3

### Déontologie dans le domaine de la santé

Art. 345. — La déontologie dans le domaine de la santé est l'ensemble des principes et règles qui régissent les professions de santé et les rapports des professionnels de santé entre eux et avec les malades.

Art. 346. — Il est créé des conseils nationaux et régionaux de déontologie médicale compétents respectivement à l'égard des médecins, des médecins-dentistes et des pharmaciens.

Les conseils nationaux et les conseils régionaux de déontologie médicale sont composés exclusivement de membres élus par leurs pairs.

Art. 347. — Les conseils nationaux et les conseils régionaux de déontologie médicale sont investis, chacun en ce qui le concerne, du pouvoir disciplinaire et de sanction. Ils se prononcent sur toute violation des règles de déontologie médicale, ainsi que sur les violations des dispositions de la présente loi, dans la limite de leur compétence.

Sans préjudice des poursuites civiles et pénales, les manquements aux obligations fixées par la présente loi ainsi qu'aux règles de déontologie médicale, exposent leurs auteurs à des sanctions disciplinaires.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des différents conseils nationaux et régionaux de déontologie médicale, ainsi que les règles de déontologie médicale, sont déterminées par un code de déontologie médicale fixé par voie réglementaire.

Art. 348. — Les conseils de déontologie médicale prévus à l'article 346 (alinéa 2) ci-dessus, peuvent être saisis par le ministre chargé de la santé, les chefs d'établissements de santé, les associations à caractère scientifique des professionnels de santé, notamment des médecins, des médecins-dentistes et des pharmaciens régulièrement constitués, les professionnels de santé, les usagers, les malades et/ou leurs représentants légaux.

Art. 349. — Les conseils nationaux de déontologie dans le domaine de la santé veillent à l'organisation de l'accès à leurs professions par la tenue de leurs tableaux respectifs. L'inscription au conseil de déontologie est obligatoire.

Ne sont pas soumis à l'obligation d'inscription aux tableaux, cités, ci-dessus, les professionnels de santé de nationalité étrangère, exerçant au titre d'accords et de conventions de coopération.

Art. 350. — Les décisions des conseils régionaux de déontologie médicale sont susceptibles de recours dans un délai de deux (2) mois, à compter de la date de leur notification devant les conseils nationaux de déontologie médicale respectifs.

Les décisions des conseils nationaux de déontologie médicale sont susceptibles de recours dans un délai de quatre (4) mois, à compter de la date de leur notification, devant le conseil d'Etat.

Art. 351. — Les conseils nationaux et les conseils régionaux de déontologie médicale peuvent être saisis par la juridiction compétente, chaque fois qu'une action en responsabilité d'un membre du corps médical est engagée.

Ils peuvent se constituer partie civile lors d'un procès y afférent.

Dans le respect des dispositions de la présente loi appliquées aux conseils nationaux et régionaux de déontologie médicale cités, ci-dessus, des conseils de déontologie concernant d'autres professions de santé peuvent être créés par voie réglementaire.

Art. 352. — Toute personne qui exerce une profession de santé ne peut fournir que les soins pour lesquels elle a la formation et l'expérience nécessaires.

Elle doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié même sur demande du patient ou d'un professionnel de la santé.

Art. 353. — Toute erreur ou faute médicale avérée, après expertise, susceptible de mettre en cause la responsabilité de l'établissement et/ou du praticien médical ou professionnel de santé, commise dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions et qui affecte l'intégrité physique ou la santé du malade, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, entraînent l'application des sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

## Chapitre 4

### Bioéthique

Art. 354. — La bioéthique est l'ensemble des mesures liées aux activités relatives à la transplantation et à la greffe d'organes, de tissus et de cellules, au don et à l'utilisation du sang humain et de ses dérivés, à l'assistance médicale à la procréation et à la recherche biomédicale.

## Section 1

### *Dispositions relatives aux prélèvements et à la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humains*

Art. 355. — Le prélèvement, la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humains, ne peuvent être effectués qu'à des fins thérapeutiques ou de diagnostics et dans les conditions prévues par la présente loi.

# LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ALGERIEN

## Il correspond au décret exécutif n°92 -276 du 16 juillet 1992

### Article 5

Vu le décret exécutif n° 91-471 du 7 décembre 1991<sup>m</sup> portant statut particulier des spécialistes hospitalo-universitaires ;

**Décète:**

#### TITRE I REGLES DE DEONTOLOGIE MEDICALE

##### Chapitre I

##### Dispositions préliminaires

Article 1<sup>er</sup>. — La déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin, chirurgien, dentiste et pharmacien doit observer ou dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession.

Art. 2. — Les dispositions du présent code de déontologie médicale s'imposent à tout médecin, chirurgien, dentiste, pharmacien ou étudiant en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie autorisé à exercer la profession dans les conditions prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 3. — Les infractions aux règles et dispositions édictées dans le présent code relèvent des instances disciplinaires des conseils de déontologie médicale sans préjudice des dispositions prévues à l'article 221 du présent décret.

Art. 4. — Le médecin, chirurgien dentiste, pharmacien qui s'installe pour la première fois, peut, après avoir averti la section ordinale régionale compétente et lui avoir soumis le texte de l'annonce par voie de presse, porter à la connaissance du public l'ouverture d'un cabinet médical, de chirurgie dentaire, d'un établissement de soins ou de diagnostic, d'une officine, d'un laboratoire d'analyses ou d'un établissement pharmaceutique. Cette annonce doit se faire selon la réglementation en vigueur.

Art. 5. — Le médecin, chirurgien dentiste et pharmacien lors de son inscription au tableau doit affirmer devant la section ordinale régionale compétente qu'il a eu connaissance des présentes règles de déontologie et s'engager par écrit à les respecter.

##### Chapitre II

##### Règles de déontologie des médecins et des chirurgiens - dentistes

##### Paragraphe 1

##### *Devoirs généraux*

Art. 6. — Le médecin et le chirurgien dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique.

Ils exercent leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

#### Décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé et des affaires sociales,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée ;

Vu le décret n° 85-59 du 23 mars 1985 portant statut type des travailleurs des institutions et administrations publiques ;

Vu le décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique;

# LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ALGERIEN II cor- respond au décret exécutif n°92 –276 du 16 juillet 1992

## L'article 95-99

1166

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 52

8 juillet 1992

### C) Exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire de contrôle ;

Art. 90. — Le médecin, le chirurgien dentiste chargé d'une mission de contrôle doit faire connaître à la personne soumise à son contrôle qu'il l'examine en tant que médecin contrôleur ou chirurgien dentiste contrôleur.

Il doit être circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou toute interprétation.

Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions.

Art. 91. — le médecin, le chirurgien dentiste, chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui l'emploie. Les renseignements médicaux contenus dans les dossiers établis par ce médecin ou ce chirurgien dentiste ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à une autre administration.

Art. 92. — Le médecin contrôleur, le chirurgien dentiste contrôleur ne doit en aucun cas donner une appréciation sur le traitement effectué et doit s'abstenir rigoureusement de toute thérapeutique.

Si à l'occasion d'un examen il se trouve en désaccord avec le médecin traitant, le chirurgien dentiste traitant sur le diagnostic, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficulté à ce sujet il en fait part au président de la section ordinaire régionale compétente.

Art. 93. — Nul ne peut être, pour un même malade, médecin contrôleur et médecin traitant, chirurgien dentiste contrôleur et chirurgien dentiste traitant.

Art. 94. — Le médecin contrôleur, le chirurgien dentiste contrôleur ne peut recevoir d'honoraires de la part du malade contrôlé.

### D — Exercice de la médecine, de la chirurgie dentaire d'expertise

Art. 95. — L'expertise médicale est un acte par lequel un médecin, un chirurgien dentiste désigné par un magistrat, une autorité ou autre instance prête son concours technique afin d'apprécier l'état physique ou mental d'une personne, puis généralement d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales ou civiles.

Art. 96. — Le médecin expert, le chirurgien dentiste expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la personne examinée.

Art. 97. — Nul ne peut être à la fois, pour un même malade, médecin expert et médecin traitant, chirurgien dentiste expert et chirurgien dentiste traitant. Un médecin, un chirurgien dentiste ne doit pas accepter une mission dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un

de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou d'un groupement qui fait appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

Art. 98. — Le médecin expert ou contrôleur, le chirurgien dentiste expert ou contrôleur doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale.

Art. 99. — Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert, le chirurgien dentiste expert, ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a nommé. Hors de ces limites, le médecin expert, le chirurgien dentiste expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

### Paragraphe 7

#### Dispositions diverses

Art. 100. — Dans le cas où ils sont interrogés en matière disciplinaire, les médecins, les chirurgiens dentistes sont, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenus de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance.

Art. 101. — Toute déclaration volontairement inexacte faite à la section ordinaire compétente par un médecin, un chirurgien dentiste, peut donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Art. 102. — Les médecins, les chirurgiens dentistes qui cessent d'exercer sont tenus d'en avvertir la section ordinaire régionale compétente.

Celle-ci donne acte de sa décision et en informe la section ordinaire nationale compétente.

Art. 103. — Le cabinet du médecin et du chirurgien dentiste sont inviolables. Toute perquisition ne peut intervenir que dans le cadre de la législation et de la réglementation.

### Chapitre III Régies de

#### déontologie des pharmaciens

### Paragraphe 1

#### Devoirs généraux

#### A — Dispositions générales

Art. 104. — Il est du devoir de tout pharmacien de respecter et de défendre sa profession. Il doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

Art. 105. — Il est interdit à tout pharmacien d'exercer en même temps que sa profession une autre activité incompatible avec la dignité et l'éthique professionnelle, ou contraire à la réglementation en vigueur.

**Loi n° 22-13 du 13 Dhou El Hidja 1443 correspondant au 12 juillet 2022  
modifiant et complétant la loi n° 08-09 du 18 Safar 1429 correspondant  
au 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative  
Article 125-131**

**De l'expertise**

**Art. 125.** - L'expertise est destinée à éclairer le juge sur une question de fait purement technique ou scientifique.

**Sous-section 1**

**De la désignation des experts**

**Art. 126.** - Le juge peut, soit d'office, soit à la demande des parties, désigner un ou plusieurs experts dans la même spécialité ou dans des spécialités différentes.

**Art. 127.** - Si plusieurs experts sont désignés, ils procèdent ensemble aux opérations et dressent un même et seul rapport.

Dans le cas où ils sont d'avis contraires, chacun d'eux doit motiver son opinion.

**Art. 128.** - La décision ordonnant l'expertise doit :

1 - exposer les motifs qui rendent l'expertise nécessaire et, le cas échéant, la nomination de plusieurs experts ;

2 - indiquer les noms, prénoms du ou des experts désignés, leurs adresses et leur spécialité ;

3 - déterminer d'une manière précise la mission de l'expert ;

4 - fixer le délai au terme duquel l'expert devra déposer le rapport au greffe.

**Art. 129.** - Le juge qui ordonne l'expertise fixe le montant d'une provision à faire valoir sur les frais de l'expert aussi proche que possible de sa rémunération définitive prévisible.

Il désigne la partie ou les parties qui devront consigner le montant de la provision au greffe dans le délai qu'il détermine.

Le défaut de consignation au délai prescrit de la provision entraîne la caducité de la désignation de l'expert.

**Art. 130.** - La partie qui n'a pas consigné peut demander par ordonnance sur requête la prorogation du délai ou le relevé de la caducité en justifiant sa bonne foi.

**Art. 131.** - L'expert qui ne figure pas au tableau des experts prête serment devant le juge désigné à cet effet, par la décision qui ordonne l'expertise.

Une copie du procès-verbal de prestation de serment est déposée au dossier de l'affaire.

**Sous-section 2**

**Du remplacement et de la récusation des experts**

**Art. 132.** - En cas de refus ou d'empêchement de l'expert d'accomplir la mission confiée, il sera

**Décret exécutif n° 24-409 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique.**

**Article 7**

10

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 86

27 Joumada Ethania 1446

29 décembre 2024

Art. 4. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique exercent leurs missions dans le respect des règles du code de déontologie médicale prévu par la réglementation en vigueur.

Art. 5. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique sont tenus de s'inscrire au tableau de l'ordre de la profession correspondant, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 6. — Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient :

a)- du transport, lorsqu'ils sont astreints à un travail de nuit ou à une garde ;

b)- de prestations en matière de restauration dans les structures de santé. La restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

c)- de l'habillement : une tenue médicale complète deux (2) fois par an, au moins, qu'ils sont tenus de porter lors de l'exercice de leurs fonctions ;

d)- de la couverture médicale préventive dans le cadre de la médecine du travail.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances, détermine les conditions et les modalités dans lesquelles sont assurés le transport, la restauration et l'habillement.

Art. 7. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leurs fonctions.

A ce titre, ils sont protégés contre toutes pressions, menaces, outrages, injures, diffamations ou violences de quelque nature que ce soit, dont ils peuvent faire l'objet contre leur personne dans ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, conformément à la législation en vigueur.

Ils bénéficient, également, du concours des autorités concernées lorsqu'ils procèdent aux expertises médicales et aux constatations médico-légales.

Art. 8. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique décédés dans ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, lors des situations exceptionnelles ou crises sanitaires, bénéficient, à titre posthume, d'une promotion au grade immédiatement supérieur ou d'une bonification indiciaire.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Art. 9. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique disposent de toutes les conditions nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches, ainsi que des conditions d'hygiène et de sécurité inhérentes à la nature de leurs

Art. 10. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique bénéficient d'autorisations d'absence, sans perte de rémunération, pour participer à des congrès et séminaires à caractère national ou international en rapport avec leurs activités professionnelles, selon les conditions et les modalités prévues par la réglementation en vigueur.

Art. 11. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique ont droit à l'absence, sans perte de rémunération, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur :

— lorsqu'ils effectuent un cycle de perfectionnement organisé par leur organisme employeur ;

— lorsqu'ils assurent des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire, autorisées par leur organisme employeur.

Art. 12. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique sont astreints, dans le cadre des missions qui leur sont dévolues :

— à une disponibilité permanente ;

— aux gardes réglementaires au sein des structures et établissements de santé, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 13. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique doivent déférer aux réquisitions de l'autorité publique qui leur sont adressées conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Chapitre 3

**Recrutement, stage, titularisation, promotion et avancement**

*Section 1*

*Recrutement et promotion*

Art. 14. — Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier, sont recrutés et promus selon les conditions et les proportions fixées par le présent décret.

Les proportions applicables aux modes de promotion prévues par les dispositions du présent décret, peuvent être modifiées, après avis de la commission administrative paritaire compétente, par décision du ministre chargé de la santé.

*Section 2*

*Stage, titularisation et avancement*

Art. 15. — En application des dispositions des articles 83 et 84 de l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 susvisée, les candidats recrutés dans les corps et grades régis par le présent statut particulier, sont nommés en qualité de stagiaires par arrêté ou décision, selon le cas, de l'autorité ayant pouvoir de nomination. Ils sont astreints à l'accomplissement d'un stage

**Décret exécutif n° 24-409 du 26 Jomada Ethania 1446  
correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux généralistes de santé publique.**

**Article 31**

Art. 27. — Les praticiens médicaux généralistes de santé publique accomplissent une mission de service public de santé.

A ce titre, ils sont tenus :

- de prodiguer des soins et des prestations de qualité ;
- de recourir au progrès de la médecine pour une meilleure prise en charge des malades ;
- de participer à la formation et à l'encadrement des personnels de la santé ;
- de participer aux projets de recherche en santé, à la formation et à l'éducation sanitaire ;
- de collecter les données et de renseigner minutieusement les supports d'information sanitaire mis en place ;
- de mettre en œuvre les programmes de santé et de contribuer, le cas échéant, à leur conception.

*Chapitre Ier*

**Dispositions applicables au corps des médecins généralistes de santé publique**

Art. 28. — Le corps des médecins généralistes de santé publique comprend quatre (4) grades :

- le grade de médecin généraliste de santé publique ;
- le grade de médecin généraliste principal de santé publique ;
- le grade de médecin généraliste en chef de santé publique ;
- le grade de médecin généraliste hors classe de santé publique.

*Section I*

*Définition des tâches*

Art. 29. — Les médecins généralistes de santé publique assurent, notamment les tâches suivantes :

- de diagnostics et de soins ;
- de protection maternelle et infantile ;
- de protection sanitaire en milieux scolaire, universitaire, formation et d'enseignement professionnels ;

- d'explorations fonctionnelles et d'analyses biologiques ;
- de mise en œuvre des programmes de santé ;
- de réalisation et d'interprétation des examens de diagnostic et radiologique de base dans leur domaine de compétence ;
- d'orientation des patients vers les soins spécialisés ;
- de coordination de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins ;
- de couverture sanitaire des événements institutionnels, notamment les examens scolaires, les opérations électorales nationales et les manifestations culturelles et sportives ;
- de couverture sanitaire dans le cadre des missions de rapatriement et d'évacuation des malades.

Ils participent à la formation et à l'encadrement des personnels de la santé.

Art. 30. — Outre les tâches dévolues aux médecins généralistes de santé publique, les médecins généralistes principaux de santé publique sont chargés :

- de contribuer à l'élaboration des projets de service et d'établissement ;
- de participer à la conception, au suivi et à l'évaluation des programmes de santé ;
- de contribuer à la conception et au développement des activités sanitaires.

Art. 31. — Outre les tâches dévolues aux médecins généralistes principaux de santé publique, les médecins généralistes en chef de santé publique sont chargés :

- d'assurer des missions d'expertise médicale relevant de leur domaine de compétence ;
- de suivre l'exécution des programmes de santé ;
- d'organiser et de mener les campagnes de dépistage ;
- de participer aux projets de recherche en matière de santé ;
- de superviser la mise en place des supports d'information sanitaire.

**Décret exécutif n° 24-410 du 26 Joumada Ethania 1446 correspondant au 28 décembre 2024 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des praticiens médicaux spécialiste de santé publique.**

**Article 7**

22

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 86

27 Joumada Ethania 1446

29 décembre 2024

Art. 6. — Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, les praticiens médicaux spécialistes de santé publique bénéficient :

a)- du transport, lorsqu'ils sont astreints à un travail de nuit ou à une garde ;

b)- de prestations en matière de restauration dans les structures de santé. La restauration est gratuite pour le personnel de garde ;

c)- de l'habillement : une tenue médicale complète deux (2) fois par an, au moins, qu'ils sont tenus de porter lors de l'exercice de leurs fonctions ;

d)- de la couverture médicale préventive dans le cadre de la médecine du travail.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances, détermine les conditions et les modalités dans lesquelles sont assurées le transport, la restauration et l'habillement.

Art. 7. — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique bénéficient d'une protection spéciale à l'occasion et durant l'exercice de leurs fonctions.

A ce titre, ils sont protégés contre toutes pressions, menaces, outrages, injures, diffamations ou violences de quelque nature que ce soit, dont ils peuvent faire l'objet contre leur personne dans ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Ils bénéficient, également, du concours des autorités concernées lorsqu'ils procèdent aux expertises médicales et aux constatations médico-légales.

Art. 8. — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique disposent de toutes les conditions nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches ainsi que des conditions d'hygiène et de sécurité inhérentes à la nature de leurs activités.

Art. 9. — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leurs établissements et les autres secteurs d'activités, des prestations d'études et d'expertises relevant de leur domaine de compétence.

Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique bénéficient d'une rétribution au titre de ces prestations de service, selon les conditions et les modalités prévues par la réglementation en vigueur.

Art. 11. — Les praticiens médicaux spécialistes en chef de santé publique ayant exercé durant cinq (5) années consécutives en cette qualité et les praticiens médicaux spécialistes hors classe de santé publique, peuvent bénéficier, une fois durant leur carrière, d'un congé scientifique d'une durée d'une (1) année en vue d'actualiser leurs connaissances et de contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité des soins et du système national de santé. Durant cette année, ils sont considérés en position d'activité.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Art. 12. — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique ont le droit à l'absence, sans perte de rémunération, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur :

— lorsqu'ils effectuent un cycle de perfectionnement organisé par leur organisme employeur ;

— lorsqu'ils assurent des tâches d'enseignement et de formation à titre d'occupation accessoire, autorisées par leur organisme employeur.

Art. 13. — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique décédés dans ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, lors des situations exceptionnelles ou crises sanitaires, bénéficient, à titre posthume, d'une promotion au grade immédiatement supérieur ou d'une bonification indiciaire.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique.

Art. 14. — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique doivent déférer aux réquisitions de l'autorité publique qui leur sont adressées, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 15. — Il est institué une commission consultative nationale chargée de donner des avis sur les questions se rapportant aux praticiens médicaux spécialistes de santé publique.

La composition, les attributions et le fonctionnement de la commission sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 16. — Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique accomplissent une mission de service public de santé.

# Convention européenne des droits de l'homme

**Le texte de la Convention est présenté tel qu'amendé par les dispositions du Protocole no 14 (STCE no 194) à compter de son entrée en vigueur le 1er juin 2010.**

## Article 7

- c) se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent ;
- d) interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge ;
- e) se faire assister gratuitement d'un interprète, s'il ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience.

### ARTICLE 7

#### **Pas de peine sans loi**

1. Nul ne peut être condamné pour une action ou une omission qui, au moment où elle a été commise, ne constituait pas une infraction d'après le droit national ou international. De même il n'est infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'infraction a été commise.
2. Le présent article ne portera pas atteinte au jugement et à la punition d'une personne coupable d'une action ou d'une omission qui, au moment où elle a été commise, était criminelle d'après les principes généraux de droit reconnus par les nations civilisées.

### ARTICLE 8

#### **Droit au respect de la vie privée et familiale**

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.
2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale,

à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.

### ARTICLE 9

#### **Liberté de pensée, de conscience et de religion**

1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites.
2. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.

### ARTICLE 10

#### **Liberté d'expression**

1. Toute personne a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté d'opinion et la liberté de recevoir ou de communiquer des informations ou des idées sans qu'il puisse y avoir ingérence d'autorités publiques et sans considération de frontière. Le présent article n'empêche pas les Etats de soumettre les entreprises de radiodiffusion, de cinéma ou de télévision à un régime d'autorisations.
2. L'exercice de ces libertés comportant des devoirs et des responsabilités peut être soumis à certaines formalités, conditions, restrictions ou sanctions prévues par la loi, qui constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité

**Loi n° 24-06 du 19 Chaoual 1445 correspondant au 28 avril 2024  
modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 18 Safar 1386  
correspondant au 8 juin 1966 portant code pénal  
Article 254-442**

**Art. 258.** – Est qualifié parricide le meurtre des pères ou mères légitimes, ou de tout autre ascendant légitime.

**Art. 259.** – L'infanticide est le meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né.

**Art. 260.** – Est qualifié empoisonnement, tout attentat à la vie d'une personne, par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites.

**Art. 261.** – Tout coupable d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement, est puni de mort.

Toutefois, la mère, auteur principal ou complice de l'assassinat ou du meurtre de son enfant nouveau-né, est punie de la réclusion à temps, de dix à vingt ans, mais sans que cette disposition puisse s'appliquer à ses co-auteurs ou complices.

**Art. 262.** – Sont punis comme coupables d'assassinat, tous malfaiteurs, quelle que soit leur dénomination, qui, pour l'exécution de leurs crimes, emploient des tortures ou commettent des actes de cruauté.

**Art. 263.** – Le meurtre emporte la peine de mort lorsqu'il a précédé, accompagné ou suivi un autre crime.

Le meurtre emporte également la peine de mort lorsqu'il a eu pour objet, soit de préparer, faciliter ou exécuter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité des auteurs ou complices de ce délit.

En tout autre cas, le coupable de meurtre est puni de la réclusion perpétuelle.

Dans tous les cas prévus au présent paragraphe, la confiscation des armes, des objets et instruments ayant servi à commettre le crime est toujours prononcée, sous réserve des droits des tiers de bonne foi.

**Art. 263 bis.** - (Loi n° 04-15 du 10 novembre 2004) Est entendu par torture tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou

**المادة 258:** قتل الأصول هو إزهاق روح الأب أو الأم أو أي من الأصول الشرعيين.

**المادة 259:** قتل الأطفال هو إزهاق روح طفل حديث عهد بالولادة.

**المادة 260:** التسميم هو الإعتداء على حياة إنسان بتأثير مواد يمكن أن تؤدي إلى الوفاة عاجلا أو آجلا أيا كان استعمال أو إعطاء هذه المواد ومهما كانت النتائج التي تؤدي إليها.

**المادة 261:** يعاقب بالإعدام كل من ارتكب جريمة القتل أو قتل الأصول أو التسميم.

ومع ذلك تعاقب الأم سواء كانت فاعلة أصلية أو شريكة في قتل ابنها حديث العهد بالولادة بالسجن المؤقت من عشر سنوات إلى عشرين سنة على أن لا يطبق هذا النص على من ساهموا أو اشتركوا معها في ارتكاب الجريمة.

**المادة 262:** يعاقب باعتباره قاتلا كل مجرم مهما كان وصفه استعمل التعذيب أو ارتكب أعمالا وحشية لإرتكاب جنايته.

**المادة 263:** يعاقب على القتل بالإعدام إذا سبق أو صاحب أو تلى جناية أخرى.

كما يعاقب على القتل بالإعدام إذا كان الغرض منه إما إعداد أو تسهيل أو تنفيذ جناحة أو تسهيل فرار مرتكبي هذه الجناحة أو الشركاء فيها أو ضمان تخلصهم من عقوبتها.

ويعاقب القاتل في غير ذلك من الحالات بالسجن المؤبد.

وفي جميع الحالات المنصوص عليها في هذه الفقرة يجب القضاء بمصادرة الأسلحة والأشياء والآلات التي استعملت في ارتكاب الجناية مع حفظ حقوق الغير حسن النية.

**المادة 263 مكرر:** (القانون رقم 15-04 المؤرخ في 10 نوفمبر 2004) يقصد بالتعذيب كل عمل ينتج عنه عذاب أو ألم شديد جسديا كان أو

**LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ALGERIEN**  
**correspond au décret exécutif n°92 –276 du 16 juillet 1992**  
**Article 49**

8 juillet 1992

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 52

1163

Art. 47. — Le médecin, le chirurgien dentiste doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Il doit veiller à la bonne compréhension des prescriptions par le malade ou par son entourage. Il doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement.

Art. 48. — Le médecin, le chirurgien dentiste, appelé à donner des soins dans une famille ou dans une collectivité, doit s'efforcer d'obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie. Il signale au malade et à son entourage leur responsabilité à cet égard, vis à vis d'eux-mêmes et de leur voisinage.

Art. 49. — En cas de refus de soins médicaux, il est exigé du malade une déclaration écrite à cet effet.

Art. 50. — Le médecin, le chirurgien dentiste peut se dégager de sa mission à condition que la continuité des soins aux malades soit assurée.

Art. 51. — Pour des raisons légitimes que le médecin, le chirurgien dentiste, apprécie en toute conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic grave ; mais la famille doit en être prévenue, à moins que le malade n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. Ce diagnostic grave ou pronostic fatal ne doivent être révélés qu'avec la plus grande circonspection.

Art. 52. — Le médecin, le chirurgien dentiste appelé à donner des soins à un mineur ou à un incapable majeur doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence ou s'ils ne peuvent être joints, le médecin, le chirurgien dentiste doit donner les soins nécessaires. Si l'incapable majeur peut émettre un avis, le médecin, le chirurgien dentiste doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Art. 53. — Le médecin, le chirurgien dentiste doit être le défenseur de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal perçu par l'entourage.

Art. 54. — Quand le médecin, le chirurgien dentiste

Art. 57. — Sans céder à aucune demande abusive de ses malades, le médecin, le chirurgien dentiste doit s'efforcer de leur faciliter l'obtention d'avantages sociaux auxquels leur état de santé leur donne droit. Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires ou des actes effectués sont interdites.

Art. 58. — La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

**Paragraphe 4 De la**  
**confraternité**

Art. 59. — La confraternité est un devoir primordial entre médecins, entre chirurgiens dentistes. Elle doit s'exercer dans l'intérêt des malades et de la profession.

Les médecins, les chirurgiens dentistes doivent entretenir entre-eux des rapports de bonne confraternité et créer des sentiments de loyauté, d'estime et de confiance.

Art. 60. — Les médecins, les chirurgiens dentistes doivent faire preuve de solidarité humaine. Il se doivent une assistance morale. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué.

Art. 61. — Il est de bonne confraternité à un médecin, à un chirurgien dentiste nouvellement installé, de rendre une visite de courtoisie à ses confrères exerçant dans la même structure ou installés à proximité.

Art. 62. — Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

Art. 63. — Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Art. 64. — Le médecin, le chirurgien dentiste qui a un différend d'ordre professionnel avec un confrère doit rechercher la conciliation au besoin par l'intermédiaire

# Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé

## Article 343 et 344

dans le respect des dispositions de la présente loi.

La non contribution au financement des dépenses de santé ne peut constituer un obstacle à la délivrance des soins, notamment les soins d'urgence.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 335. — Les actes de soins et les activités de santé, au sein des structures et établissements de santé, sont fixées par la nomenclature des actes professionnels de santé.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 336. — Les tarifs des prestations de service, autres que ceux inhérents aux actes et activités médicales, fournies par les établissements de santé publics et privés, sont fixés par le ministre chargé de la santé, en relation avec les ministres concernés.

### Chapitre 2

#### Aspects éthiques liés aux patients

Art. 343. — Aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient.

Le médecin doit respecter la volonté du patient, après l'avoir informé des conséquences de ses choix.

Cette information porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

L'information est assurée par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui lui sont applicables.

16 Dhou El Kaâda 1439  
29 juillet 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 46

31

Les droits des personnes mineures ou incapables, sont exercés, selon les cas, par les parents ou par le représentant légal.

Art. 344. — En cas de refus des soins médicaux, il peut être exigé, une déclaration écrite, à cet effet, du patient ou de son représentant légal.

Toutefois, en cas d'urgence, de maladie grave ou contagieuse ou si la vie du patient serait gravement menacée, le professionnel de santé doit prodiguer les soins et, le cas échéant, passer outre le consentement.

### Chapitre 3

#### Déontologie dans le domaine de la santé

Art. 345. — La déontologie dans le domaine de la santé est l'ensemble des principes et règles qui régissent les professions de santé et les rapports des professionnels de santé entre eux et avec les malades.

Art. 346. — Il est créé des conseils nationaux et régionaux de déontologie médicale compétents respectivement à l'égard des médecins, des médecins-dentistes et des pharmaciens.

Les conseils nationaux et les conseils régionaux de déontologie médicale sont composés exclusivement de membres élus par leurs pairs.

Art. 347. — Les conseils nationaux et les conseils régionaux de déontologie médicale sont investis, chacun en ce qui le concerne, du pouvoir disciplinaire et de sanction. Ils se prononcent sur toute violation des règles de déontologie médicale, ainsi que sur les violations des

Ne sont pas soumis à l'obligation d'inscription aux tableaux, cités, ci-dessus, les professionnels de santé de nationalité étrangère, exerçant au titre d'accords et de conventions de coopération.

Art. 350. — Les décisions des conseils régionaux de déontologie médicale sont susceptibles de recours dans un délai de deux (2) mois, à compter de la date de leur notification devant les conseils nationaux de déontologie médicale respectifs.

Les décisions des conseils nationaux de déontologie médicale sont susceptibles de recours dans un délai de quatre (4) mois, à compter de la date de leur notification, devant le conseil d'Etat.

Art. 351. — Les conseils nationaux et les conseils régionaux de déontologie médicale peuvent être saisis par la juridiction compétente, chaque fois qu'une action en responsabilité d'un membre du corps médical est engagée.

Ils peuvent se constituer partie civile lors d'un procès y afférent.

Dans le respect des dispositions de la présente loi appliquées aux conseils nationaux et régionaux de déontologie médicale cités, ci-dessus, des conseils de déontologie concernant d'autres professions de santé peuvent être créés par voie réglementaire.

Art. 352. — Toute personne qui exerce une profession de santé ne peut fournir que les soins pour lesquels elle a la formation et l'expérience nécessaires.

Elle doit s'abstenir de tout acte superflu ou inapproprié même sur demande du patient ou d'un professionnel de la santé.

# LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ALGERIEN

## correspond au décret exécutif n°92 –276 du 16 juillet 1992

### Article 9

8 juillet 1992

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 52

1161

Art 7. — La vocation du médecin et du chirurgien dentiste consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination de sexe, d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale, d'idéologie politique ou toute autre raison, en temps de paix comme en temps de guerre.

Art. 8. — Le, médecin et le chirurgien dentiste doivent prêter leur concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé publique. Ils sont tenus, en particulier, de collaborer du point de vue médical à l'organisation des secours et notamment en cas de calamité.

Art. 9. — Le médecin, chirurgien dentiste doit porter secours à un malade en danger immédiat ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

Art. 10. — Le médecin et le chirurgien dentiste ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Art. 11. — Le médecin et le chirurgien dentiste sont libres de leurs prescriptions qu'ils estiment les plus appropriées en la circonstance. Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins et sans négliger leur devoir d'assistance morale, ils doivent limiter leurs prescriptions et leurs actes à ce qui est nécessaire.

Art. 12. — Le médecin, le chirurgien dentiste, sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ne peut, directement ou indirectement, ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, en informer l'autorité judiciaire. Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit jamais assister, participer ou admettre des actes de torture ou toute autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments invoqués et ce, dans toutes les situations ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé. Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit jamais utiliser ses connaissances, sa compétence ou son habilité en vue de faciliter l'emploi de la torture ou de tout autre procédé cruel inhumain ou dégradant utilisé à quelque fin que ce soit.

Art. 13. — Le médecin, chirurgien dentiste est

ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Art. 15. — Le médecin, le chirurgien dentiste a le droit et le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances.

Art. 16. — Le médecin, le chirurgien dentiste est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Le médecin, le chirurgien dentiste, ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses compétences et ses possibilités.

Art. 17. — Le médecin, le chirurgien dentiste doit s'interdire dans les explorations ou traitements qu'il pratique de faire courir au malade un risque injustifié.

Art. 18. — L'emploi sur un malade d'une thérapeutique nouvelle ne peut être envisagé qu'après des études biologiques adéquates, sous une surveillance stricte et seulement si cette thérapeutique peut présenter pour ce patient un intérêt direct.

Art. 19. — Le médecin, chirurgien dentiste, doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte susceptible de déconsidérer celle-ci.

Art. 20. — La médecine et la chirurgie dentaire ne doivent pas être pratiquées comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de publicité sont interdits à tout médecin ou chirurgien dentiste.

Art. 21. — L'exercice de la médecine foraine est interdit.

Art. 22. — Il est interdit à un médecin, un chirurgien dentiste qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Art. 23. — Le médecin, le chirurgien dentiste ne peut exercer une autre activité incompatible avec la dignité professionnelle et la réglementation en vigueur

Art. 24. — Est interdit :

— tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ;

— toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade ;

# Loi n° 24-06 du 19 Chaoual 1445 correspondant au 28 avril 2024 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 18 Safar 1386 correspondant au 8 juin 1966 portant code pénal Article 304-313

## Chapitre II

### Crimes et délits contre la famille et les bonnes mœurs

#### Section 1

##### L'avortement

**Art. 304.** – Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 500 à 10.000 DA.

Si la mort en est résultée, la peine est la réclusion à temps, de dix à vingt ans.

Dans tous les cas, le coupable peut, en outre, être interdit de séjour.

**Art. 305.** – S'il est établi que le coupable se livrait habituellement aux actes visés par l'article 304, la peine d'emprisonnement est portée au double dans le cas prévu à l'alinéa premier, et la peine de réclusion à temps est élevée au maximum de sa durée.

97 bis

## الجنايات والجنح ضد الأسرة والأداب العامة

### القسم الأول

#### الإجهاض

**المادة 304:** كل من أجهض امرأة حاملا أو مقترض حملها بإعطائها مأكولات أو مشروبات أو أدوية أو باستعمال طرق أو أعمال عنف أو بأية وسيلة أخرى سواء وافقت على ذلك أو لم توافق أو شرع في ذلك يعاقب بالسجن من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة من 500 إلى 10.000 دينار.

وإذا أفضى الإجهاض إلى الموت فتكون العقوبة السجن المؤقت من عشر سنوات إلى عشرين سنة.

وفي جميع الحالات يجوز الحكم علاوة على ذلك بالمنع من الإقامة.

**المادة 305:** إذا ثبت أن الجاني يمارس عادة الأفعال المشار إليها في المادة 304 فتضاعف عقوبة الحبس في الحالة المنصوص عليها في الفقرة الأولى وترفع عقوبة السجن المؤقت إلى الحد الأقصى.

97

**Art. 306.** – Les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine ou art dentaire, les étudiants ou employés en pharmacie, les herboristes, bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, infirmières, masseurs, masseuses, qui ont indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement sont, suivant les cas, punis des peines prévues aux articles 304 et 305.

L'interdiction d'exercer la profession prévue à l'article 23, peut être prononcée contre les coupables qui peuvent, en outre, être interdits de séjour.

**Art. 307.** – (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu du dernier alinéa de l'article 306, est puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus et d'une amende de 1.000 à 10.000 DA.

Le coupable peut, en outre, être interdit de séjour.

**Art. 308.** – L'avortement n'est pas puni lorsqu'il constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin ou chirurgien, après avis donné par

**المادة 306:** الأطباء أو القبالات أو جراحو الأسنان أو الصيدالو وكذلك طلبة الطب أو طب الأسنان وطلبة الصيدلة ومستخدمو الصيدليات ومحضرو العقاقير وصانعو الأربطة الطبية وتجار الأدوات الجراحية والممرضون والمرضات والمذللون والمذلكات الذين يرشدون عن طرق إحداث الإجهاض أو يسهلونه أو يقومون به تطبق عليهم العقوبات المنصوص عليها في المادتين 304 و 305 على حسب الأحوال.

ويجوز الحكم على الجناة بالحرمان من ممارسة المهنة المنصوص عليه في المادة 23 فضلا عن جواز الحكم عليهم بالمنع من الإقامة.

**المادة 307:** (القانون رقم 04-82 المؤرخ في 13 فبراير 1982) كل من يخالف الحكم القاضي بحرمانه من ممارسة مهنته بمقتضى الفقرة الأخيرة من المادة 306 يعاقب بالحبس من ستة أشهر على الأقل إلى سنتين على الأكثر وبغرامة من 1.000 إلى 10.000 دج.

ويجوز علاوة على ذلك الحكم عليه بالمنع من الإقامة.

**المادة 308:** لا عقوبة على الإجهاض إذا استوجبته ضرورة إنقاذ حياة الأم من الخطر متى أجراه طبيب أو جراح في غير خفاء وبعد إبلاغه السلطة الإدارية.

**المادة 309:** تعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين وبغرامة من 250 إلى

**Art. 309.** – Est punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 250 à 1.000 DA, la femme qui s'est intentionnellement fait avorter ou a tenté de le faire ou qui a consenti à faire usage de moyens à elle, indiqués ou administrés à cet effet.

**Art. 310.** – (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Est puni d'un emprisonnement de deux mois à trois ans et d'une amende de 10.000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque:

- soit par des discours proferés dans les lieux ou réunions publics,

- soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste, ou à tout agent de distribution ou de transport,

98 bis

**المادة 310:** (القانون رقم 04-82 المؤرخ في 13 فبراير 1982) يعاقب بالحبس من شهرين إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 500 إلى 10.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من حرض على الإجهاض ولو لم يؤد تحريضه إلى نتيجة ما وذلك بأن:

- ألقى خطابا في أماكن أو اجتماعات عمومية،

- أو باع أو طرح للبيع أو قدم ولو في غير علانية أو عرض أو الصق أو وزع في الطريق العمومي أو في الأماكن العمومية أو وزع في المنازل

de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affichages, dessins, images et d'emblèmes,

- soit par la publicité de cabinets médicaux ou d'établissements prétendus médicaux,

a provoqué l'avortement, alors même que la provocation n'a pas été suivie d'effet.

**Art. 311.** – Toute condamnation pour une des infractions prévues par la présente section comporte, de plein droit, l'interdiction d'exercer aucune fonction, et de remplir aucun emploi, à quelque titre que ce soit, dans des cliniques ou maisons d'accouchement et tous établissements publics ou privés recevant habituellement à titre onéreux ou gratuit, et en nombre quelconque, des femmes en état réel, apparent ou présumé de grossesse.

Toute condamnation pour tentative ou complicité des mêmes infractions entraîne la même interdiction.

**Art. 312.** – En cas de condamnation prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée pour des faits constituant, d'après la loi algérienne, une des infractions spécifiées à la présente section, le tribunal du domicile du condamné, déclare, en chambre du conseil, à la requête du ministère public, l'intéressé dûment appelé, qu'il y a lieu à l'application de l'interdiction prévue à l'article 311.

كتبها أو كتابات أو مطبوعات أو إعلانات أو ملصقات أو رسوما أو صورة رمزية وسلم شيئا من ذلك مغلفا بشرائط موضوعا في ظروف مغلقة أو مفتوحة إلى ليريد أو إلى أي عامل توزيع أو نقل،

- أو قام بالدعاية في العيادات الطبية الحقيقية أو المزعومة.

**المادة 311:** كل حكم عن إحدى الجرائم المنصوص عليها في هذا القسم يستوجب بقوة القانون الحكم بالمنع من ممارسة أية مهنة أو أداء أي عمل بأية صفة كانت في العيادات أو دور الولادة أو في أية مؤسسة عمومية أو خاصة تستقبل عادة نساء في حالة حمل حقيقي أو ظاهر أو مقترض وذلك بأجر أو بغير أجر.

وكل حكم عن الشروع أو الإشتراك في الجرائم ذاتها يستتبع ذات المنع.

**المادة 312:** في حالة صدور حكم من جهة قضائية أجنبية حاز قوة الشيء لمقضى فيه عن أفعال تكون إحدى الجرائم المحددة في هذا القسم طبقا للقانون لجزائري، تقرر محكمة محل إقامة المحكوم عليه منعقدة في غرفة مشورة وبناء على طلب النيابة العامة وبعد دعوة صاحب الشأن قانونا للحضور أنه ثمة محل تطبيق المنع المنصوص عليه في المادة 311.

**المادة 313:** كل من يخالف المنع المحكوم به طبقا للمواد 306 فقرة 2 و 311 و 312 يعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين وبغرامة من 500 إلى 5.000 دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين.

### القسم الثاني

في ترك الأطفال والعاجزين وتعرضهم للخطر

# Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé

## Article 77 et 78

16 Dhou El Kaâda 1439  
29 juillet 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 46

9

Art. 72. — La visite médicale prénuptiale est obligatoire.

La liste des examens et analyses, est fixée par voie réglementaire.

Art. 73. — Les professionnels de santé doivent déclarer la femme enceinte. Elle est inscrite dès le troisième trimestre de grossesse, selon son choix, auprès d'une maternité publique ou privée.

L'Etat met en place les moyens appropriés pour assurer le suivi périodique et obligatoire de la grossesse.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 74. — Les femmes en difficulté, enceintes de sept (7) mois, au moins, sont admises à leur demande dans les structures et les établissements de santé pourvus de lits de maternité, lorsque leur hospitalisation est indiquée.

Art. 75. — Les programmes de dépistage et de diagnostic néonataux sont élaborés par le ministère chargé de la santé et mis en œuvre par les établissements de santé.

La liste des maladies à dépister est fixée par voie réglementaire.

Art. 76. — Le diagnostic prénatal peut être pratiqué sur indication médicale en vue de détecter, in-utéro, chez l'embryon ou le fœtus, une affection d'une particulière gravité.

Le diagnostic prénatal est assuré dans des structures habilitées ou agréées à cet effet.

Les conditions d'agrément de ces structures sont fixées par voie réglementaire.

Art. 77. — L'interruption thérapeutique de grossesse vise à préserver la santé de la mère lorsque sa vie ou son équilibre psychologique et mental est gravement menacé par la grossesse.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 78. — L'interruption thérapeutique de grossesse ne peut s'effectuer que dans les établissements publics hospitaliers.

Art. 79. — L'Etat promeut et encourage, à travers des actions et mesures adéquates, l'allaitement maternel.

La promotion et la publicité des substituts du lait maternel, sont interdites.

Art. 80. — Les nouveaux nés, dès leur naissance, ainsi que les enfants bénéficient gratuitement des vaccinations obligatoires, définies à l'article 40 ci-dessus.

Ils bénéficient, en outre, gratuitement, de toutes les prestations prévues pour les enfants dans les programmes nationaux de prévention.

Art. 81. — Les structures et établissements d'accueil de la petite enfance, sont tenus au respect des normes de santé, d'hygiène et de sécurité, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 82. — L'assistance médico-sociale visant la prévention des abandons d'enfants, est assurée par les structures et les établissements compétents, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 83. — Les structures et les établissements de santé assurent la prise en charge des enfants à l'aide de moyens humains et matériels à la charge de l'Etat.

### Section 2

#### *Protection de la santé des adolescents*

Art. 84. — La protection et la promotion de la santé des adolescents et des jeunes, constituent une priorité de l'Etat.

Le ministre chargé de la santé élabore et met en œuvre, en collaboration avec les services concernés, des programmes spécifiques et adaptés aux besoins de santé des adolescents et des jeunes.

Art. 85. — Afin de prévenir des comportements nocifs pour la santé des adolescents et des jeunes et de permettre leur plein épanouissement, les structures et les établissements de santé, en collaboration avec les collectivités locales, les institutions, les organismes et les associations concernés, participent aux actions socio-éducatives et sanitaires, en veillant particulièrement à la protection et à la promotion de leur santé.

### Section 3

#### *Protection de la santé des personnes âgées*

Art. 86. — L'Etat élabore et met en œuvre des programmes de protection de la santé des personnes âgées.

Les personnes âgées, notamment celles atteintes de maladies chroniques ou handicapées, bénéficient de toutes prestations de soins, de réadaptation et de prise en charge psychologique, exigées par leur état de santé.

Art. 87. — Les structures et les établissements de santé assurent, à l'aide de personnels qualifiés et de tout autre moyen, y compris les soins et l'hospitalisation à domicile, la prise en charge des besoins de santé des personnes âgées, notamment celles handicapées et /ou dépendantes.

### Section 4

#### *Protection des personnes en difficulté*

Art. 88. — Sont considérées personnes en difficulté, notamment :

— les personnes à faible revenu, notamment les personnes handicapées ou vivant dans des conditions de précarité matérielle sociale et/ou psychologique mettant en danger leur santé mentale et physique ;

# Arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques

## Arrêté n°387 du 31 juillet 2006 relatif aux essais cliniques

Le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;

- Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé, notamment ses articles 178, 168/2, 168/3 et 168/4 ;
- Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Châabane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances ;
- Vu le décret exécutif n°93-53 du 28 juin 1993 portant création du bulletin officiel du Ministère de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°96-66 du 7 Ramadhan 1416 correspondant au 27 janvier 1996, fixant les attributions du Ministre de la santé et de la population ;
- Vu le décret exécutif n°05-428 du 5 Choual 1426 correspondant au 7 novembre 2005 portant organisation de l'administration du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ;
- Vu le décret présidentiel n°06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu l'arrêté n°112/MSP/MIN du 22 octobre 1995 fixant les bonnes pratiques cliniques ;
- Vu l'arrêté n°44 du 21 septembre 1998 portant formulaire de déclaration d'intention pour l'essai d'un médicament ou d'un produit assimilé.
- Vu l'arrêté n°48 du 07 octobre 1998 relatif au formulaire de déclaration d'un effet grave susceptible d'être du à une recherche biomédicale sur un médicament ou un produit pharmaceutique ;
- Vu l'arrêté n°67 du 06 décembre 1998 portant création de l'unité des essais cliniques.

### Arrête

#### Chapitre 1 : Objet – définitions

**Article 1<sup>er</sup>** : Le présent arrêté a pour objet de définir les conditions dans lesquelles s'effectuent les essais cliniques sur l'être humain.

**Article 2** : On entend par essai clinique toute investigation menée sur des sujets humains en vue de découvrir ou de vérifier des effets cliniques et pharmacologiques d'un produit pharmaceutique, d'identifier toutes réactions indésirables afin d'en évaluer l'efficacité et la sécurité.

L'essai clinique porte notamment sur :

- les essais thérapeutiques, diagnostics et préventifs ;
- les études observationnelles ;
- les études de bioéquivalence.

**Article 3** : Un essai clinique est dit :

- avec bénéfice individuel direct (BID) lorsque les patients inclus dans l'essai profitent directement d'un éventuel bénéfice thérapeutique pour la prise en charge de leur pathologie.
- Sans bénéfice individuel direct (SBID) lorsque les sujets sains inclus dans l'essai ne tirent aucun bénéfice thérapeutique direct.

**Article 4** : Les essais cliniques nécessitent des promoteurs, et/ou des organismes de recherche dénommés contract research organization (CRO) et des investigateurs.

**Article 5** : On entend par promoteur toute personne physique ou morale qui prend l'initiative d'un essai clinique.

On entend par « contract research organization » (CRO) toute société de prestation de service dans le domaine des essais cliniques. Cette société est assimilée à un promoteur.

On entend par investigateur tout praticien généraliste ou spécialiste qui dirige et surveille la réalisation de l'essai clinique

# loi de santé algérienne 2018 (18/11)

## article 354-360

médicale, ainsi que les règles de déontologie médicale, sont déterminées par un code de déontologie médicale fixé par voie réglementaire.

Art. 348. — Les conseils de déontologie médicale prévus à l'article 346 (alinéa 2) ci-dessus, peuvent être saisis par le ministre chargé de la santé, les chefs d'établissements de santé, les associations à caractère scientifique des professionnels de santé, notamment des médecins, des médecins-dentistes et des pharmaciens régulièrement constitués, les professionnels de santé, les usagers, les malades et/ou leurs représentants légaux.

Art. 349. — Les conseils nationaux de déontologie dans le domaine de la santé veillent à l'organisation de l'accès à leurs professions par la tenue de leurs tableaux respectifs. L'inscription au conseil de déontologie est obligatoire.

### Chapitre 4

#### Bioéthique

Art. 354. — La bioéthique est l'ensemble des mesures liées aux activités relatives à la transplantation et à la greffe d'organes, de tissus et de cellules, au don et à l'utilisation du sang humain et de ses dérivés, à l'assistance médicale à la procréation et à la recherche biomédicale.

#### Section 1

*Dispositions relatives aux prélèvements et à la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humains*

Art. 355. — Le prélèvement, la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humains, ne peuvent être effectués qu'à des fins thérapeutiques ou de diagnostics et dans les conditions prévues par la présente loi.

32

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 46

16 Dhou El Kaada 1439  
29 juillet 2018

Art. 356. — Il est créé une agence nationale des greffes chargée de coordonner et de développer les activités de prélèvement, de transplantation ou de greffes d'organes, de tissus ou de cellules humains et d'en assurer la régularité et la sécurité.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement de cette agence sont fixés par voie réglementaire.

Art. 357. — Il est créé, chaque fois que nécessaire, dans les établissements agréés au prélèvement de tissus et de cellules, après avis de l'agence nationale des greffes, une structure chargée de la conservation de tissus et de cellules dont les conditions et les modalités de création et de fonctionnement, sont fixés par voie réglementaire.

La collecte d'organes du corps humain à partir de donneur vivant à des fins de conservation, ne peut être pratiquée sans le consentement du donneur ou celui de son représentant légal.

Art. 358. — Le prélèvement et la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humains ne peuvent faire l'objet d'aucune transaction financière.

Art. 359. — Le prélèvement et la transplantation d'organes et de cellules humains peuvent s'effectuer à partir de donneurs vivants apparentés compatibles avec le receveur, dans le strict respect des règles médicales.

La prise en charge des examens médicaux ainsi que le suivi médical du donneur et du receveur, doivent être assurés par la structure de santé dont relève le receveur.

Art. 360. — Le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules en vue d'une transplantation, ne peut être pratiqué sur des personnes vivantes, si ce prélèvement met en danger la vie du donneur.

Le donneur doit avoir la qualité de père, de mère, de frère, de sœur, de fils, de fille, de grand-mère, de grand-père, d'oncle, de tante, de cousine ou de cousin germain, de neveu, de nièce, de conjoint, de conjoint du père et de conjoint de la mère du receveur.

Le donneur est préalablement informé par un comité d'experts des risques qu'il encourt, des conséquences possibles du prélèvement, ainsi que des résultats attendus de la greffe pour le receveur.

Le comité d'experts délivre l'autorisation de prélèvement après s'être assuré que le consentement du donneur est libre, éclairé et conforme aux conditions prévues par la présente loi.

La composition, l'organisation et le fonctionnement des comités d'experts, sont fixés par voie réglementaire.

Art. 361. — Il est interdit de procéder au prélèvement d'organes, de tissus et de cellules humains sur des personnes vivantes mineures ou incapables. Il est également interdit de procéder au prélèvement d'organes ou de tissus sur des personnes vivantes atteintes de maladies de nature à affecter la santé du donneur ou du receveur.

Le prélèvement de cellules souches hématopoïétiques, est autorisé à partir d'un donneur mineur, seulement, au bénéfice d'un frère ou d'une sœur.

En l'absence d'autres solutions thérapeutiques, ce prélèvement peut se faire, exceptionnellement, au bénéfice de sa cousine ou de son cousin germain. Dans tous les cas, ce prélèvement nécessite le consentement éclairé, de chacun des parents ou de leur représentant légal.

Art. 362. — Le prélèvement d'organes ou de tissus humains à partir de personnes décédées aux fins de transplantation, ne peut se faire qu'après constatation médicale et légale du décès selon des critères scientifiques définis par le ministre chargé de la santé. Dans ce cas, le prélèvement peut être effectué si la personne n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus au prélèvement.

Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur le registre des refus, tenu par l'agence nationale des greffes. Les modalités d'inscription sur le registre des refus, sont fixées par voie réglementaire.

L'équipe médicale chargée du prélèvement doit consulter le registre des refus afin de rechercher la position du défunt.

**Loi n° 24-06 du 19 Chaoual 1445 correspondant au 28 avril  
2024 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 18  
Safar 1386 correspondant au 8 juin 1966 portant code pénal  
Article 442, 288, 289 et 290**

Section 3

**Contraventions relatives aux personnes**

**Art. 442.** – (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Sont punis d'un emprisonnement de dix jours au moins à deux mois au plus et d'une amende de 100 à 1.000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement:

1°) les individus et leurs complices qui, volontairement, font des blessures ou portent des coups, commettent toute autre violence ou voie de fait dont il ne résulte pas une maladie ou une incapacité totale de travail excédant 15 jours, à la condition qu'il n'y ait pas eu préméditation, guet-apens ou port d'armes;

2°) ceux, qui par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, sont involontairement la cause de blessures, coups ou maladies, n'entraînant pas une incapacité totale de travail supérieure à trois mois;

3°) ceux qui, ayant assisté à la naissance d'un enfant n'en font pas la déclaration, à eux, prescrite par la loi dans les délais fixés, ceux qui, ayant trouvé un enfant nouveau-né ne le remettent pas à l'officier de l'état civil ainsi que la loi le prescrit, sauf s'ils ont consenti à se charger de l'enfant et ont fait une déclaration à cet égard devant la municipalité du lieu où l'enfant a été trouvé; ceux qui portent à un hospice ou un établissement charitable un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis, qui leur a été confié afin qu'ils en prennent soin ou pour toute autre cause, sauf s'ils ne sont pas tenus ou ne sont pas obligés de pourvoir gratuitement à la nourriture et à l'entretien de l'enfant et si personne n'y a pourvu.

**Art. 442 bis.** – (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Sont punis d'une amende de 100 à 1.000 DA et peuvent l'être, en outre, de l'emprisonnement pendant dix jours au plus, les auteurs et complices de rixes, de voies de fait ou violences légères et ceux qui jettent, volontairement, des corps durs ou des immondices sur quelqu'un.

**Art. 286.** – Si la menace faite avec ordre ou sous condition a été verbale, le coupable est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 500 à 1.500 DA.

Il peut, en outre, être interdit de séjour pendant un an au moins et cinq ans au plus.

**Art. 287.** – (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Quiconque a, par l'un des moyens prévus aux articles 284 à 286, menacé de voies de fait ou violences non prévues à l'article 284 et si la menace a été faite avec ordre ou sous condition, est puni d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de 500 à 1.000 DA.

Section 3

**Homicide et blessures involontaires**

**Art. 288.** – Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, commet involontairement un homicide, ou en est involontairement la cause, est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans, et d'une amende de 1.000 à 20.000 DA.

**Art. 289.** – S'il est résulté du défaut d'adresse ou de précaution des coups et blessures, ou maladie entraînant une incapacité totale de travail d'une durée supérieure à trois mois, le coupable est puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 500 à 15.000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement.

**Art. 290.** – Les peines prévues aux articles 288 et 289 sont portées au double lorsque l'auteur du délit a agi en état d'ivresse, ou a tenté, soit en prenant la fuite, soit en modifiant l'état des lieux, soit par tout autre moyen, d'échapper à la responsabilité pénale ou civile qu'il pouvait encourir.

القسم الثالث

**المخالفات المتعلقة بالأشخاص**

**المادة 442:** (القانون رقم 82-04 المؤرخ في 13 فبراير 1982) يعاقب بالحبس من عشرة أيام على الأقل إلى شهرين على الأكثر وبغرامة من 100 إلى 1.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط:

1 – الأشخاص وشركاؤهم الذين يحدثون جروحا أو يعتدون بالضرب أو يرتكبون أعمال عنف أخرى، أو التعدي دون أن ينشأ عن ذلك أي مرض أو عجز كلي عن العمل لمدة تتجاوز خمسة عشر يوما ويشترط أن لا يكون هناك سبق إصرار، أو ترصد وحمل سلاح،

2 – كل من تسبب بغير قصد في إحداث جروح أو إصابة أو مرض لا يترتب عليه عجز كلي عن العمل يجاوز ثلاثة أشهر وكان ذلك ناشئا عن رعونة أو عدم احتياطة أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاة النظم،

3 – كل من حضر ولادة طفل ولم يقدم عنها الإقرار المنصوص عليه في القانون في المواعيد المحددة وكل من وجد طفلا حديث العهد بالولادة ولم يسلمه إلى ضابط الحالة المدنية كما يوجب ذلك القانون ما لم يوافق على أن يتكفل به ويقر بذلك أمام جهة البلدية التي عثر على الطفل في دانتها وكل من قدم طفلا تقل سنه عن سبع سنوات كاملة إلى ملجأ أو إلى مؤسسة خيرية متى كان قد سلم إليه لرعايته أو لأي سبب آخر ما لم يكن غير مكلف أو غير ملزم بتوفير الطعام له مجانا وبرعايته ولم يوفر له أحد ذلك.

**المادة 442 مكرر:** (القانون رقم 82-04 المؤرخ في 13 فبراير 1982) يعاقب بغرامة من 100 إلى 1.000 دج كما يجوز أيضا أن يعاقب بالحبس لمدة عشرة أيام على الأكثر الأشخاص وشركاؤهم في مشاجرات أو الإعتداء أو أعمال عنف أو من يلقون عمدا مواد صلبة أو قاذورات على شخص.

**المادة 286:** إذا كان التهديد مصحوبا بأمر أو شرط شفهي فيعاقب الجاني بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين وبغرامة من 500 إلى 1.500 دينار.

ويجوز علاوة على ذلك أن يمنع من الإقامة من سنة على الأقل إلى خمس سنوات على الأكثر.

**المادة 287:** (القانون رقم 82-04 المؤرخ في 13 فبراير 1982) كل من هدد بالإعتداء أو العنف غير المنصوص عليه في المادة 284 وذلك بإحدى الطرق المنصوص عليها في المواد من 284 إلى 286 يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنة وبغرامة من 500 إلى 1.000 دج إذا كان التهديد مصحوبا بأمر أو شرط.

القسم الثالث

**القتل الخطأ والجرح الخطأ**

**المادة 288:** كل من قتل خطأ أو تسبب في ذلك برعونته أو عدم احتياطة أو عدم انتباهه أو إهماله أو عدم مراعاته الأنظمة يعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 1.000 إلى 20.000 دينار.

**المادة 289:** إذا نتج عن الرعونة أو عن عدم الاحتياطة إصابة أو جرح أو مرض أدى إلى العجز الكلي عن العمل لمدة تتجاوز ثلاثة أشهر فيعاقب الجاني بالحبس من شهرين إلى سنتين وبغرامة من 500 إلى 15.000 دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين.

**المادة 290:** تضاعف العقوبات المنصوص عليها في المادتين 288 و289 إذا كان مرتكب الجنحة في حالة سكر أو حاول التهرب من المسؤولية الجنائية أو المدنية التي يمكن أن تقع عليه وذلك بالفرار أو بتغيير حالة الأماكن أو بأية طريقة أخرى.

**Loi n° 24-06 du 19 Chaoual 1445 correspondant au 28 avril 2024 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 18 Safar 1386 correspondant au 8 juin 1966 portant code pénal**  
**Article 301**

500 à 15.000 DA; la juridiction de jugement peut, en outre, ordonner l'insertion de sa décision, intégralement ou par extrait, dans un ou plusieurs journaux et aux frais du condamné.

Si le fait dénoncé est susceptible de sanction pénale ou disciplinaire, les poursuites du chef de dénonciation calomnieuse peuvent être engagées en vertu du présent article, soit après jugement ou arrêt d'acquiescement ou de relaxe, soit après ordonnance ou arrêt de non-lieu, soit après classement de la dénonciation par le magistrat, fonctionnaire, autorité supérieure ou employeur, compétent pour lui donner la suite qu'elle était susceptible de comporter.

La juridiction saisie en vertu du présent article est tenue de surseoir à statuer si des poursuites concernant le fait dénoncé sont pendantes.

**Art. 301.** – (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Les médecins, chirurgiens, pharmaciens, sages-femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions permanentes ou temporaires, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, ont révélé ces secrets, sont punis d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 500 à 5.000 DA.

Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues à l'alinéa précédent, citées en justice pour une affaire d'avortement, elles sont déliées du secret professionnel et doivent fournir leur témoignage.

**Art. 302.** – Quiconque, travaillant à quelque titre que ce soit, dans une entreprise, a sans y avoir été habilité, communiqué ou tenté de communiquer à des étrangers ou à des Algériens résidant en pays étrangers des secrets de l'entreprise où il travaille, est puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 500 à 10.000 DA.

500 إلى 15.000 دينار ويجوز للقضاء علاوة على ذلك أن يأمر بنشر الحكم أو ملخص منه في جريدة أو أكثر على نفقة المحكوم عليه.

إذا كانت الواقعة المبلغ عنها معاقبا عليها بعقوبة جزائية أو تأديبية فيجوز إتخاذ إجراءات المتابعة الجزائية بمقتضى هذه المادة عن جريمة الوشاية الكاذبة سواء بعد صدور الحكم بالبراءة أو بالإفراج أو بعد الأمر أو القرار بأن لا وجه للمتابعة أو بعد حفظ البلاغ من القاضي أو الموظف أو السلطة الأعلى أو المخدم المختص بالنظر في الإجراءات التي كان يحتمل أن تتخذ بشأن هذا البلاغ.

ويجب على جهة القضاء المختصة بموجب هذه المادة أن توقف الفصل في الدعوى إذا كانت المتابعة الجزائية المتعلقة بالواقعة موضوع البلاغ مازالت منظورة.

**المادة 301:** (القانون رقم 82-04 المؤرخ في 13 فبراير 1982) يعاقب بالحبس من شهر إلى ستة أشهر وبغرامة من 500 إلى 5.000 دج الأطباء والجراحون والصيدالو والقابلات وجميع الأشخاص المؤتمنين بحكم الواقع أو المهنة أو الوظيفة الدائمة أو المؤقتة على أسرار أدلى بها إليهم وأفشوا في غير الحالات التي يوجب عليهم فيها القانون إفشاءها ويصرح لهم بذلك.

ومع ذلك فلا يعاقب الأشخاص المبينون أعلاه، رغم عدم التزامهم بالإبلاغ عن حالات الإجهاض التي تصل إلى علمهم بمناسبة ممارسة مهنتهم، بالعقوبات المنصوص عليها في الفقرة السابقة إذا هم أبلغوا بها، فإذا دعوا للمثول أمام القضاء في قضية إجهاض يجب عليهم الإدلاء بشهادتهم دون التقيد بالسر المهني.

**المادة 302:** كل من يعمل بأية صفة كانت في مؤسسة وأدلى أو شرع في الإدلاء إلى أجنب أو إلى جزائريين يقيمون في بلاد أجنبية بأسرار المؤسسة التي يعمل فيها دون أن يكون مخولا له ذلك يعاقب بالحبس من سنتين إلى خمس سنوات وبغرامة من 500 إلى 10.000 دينار.

# loi de santé algérienne 2018 (18/11)

## article 24 et 25

transmissibles dans le but d'améliorer l'état de santé de la population et la qualité de vie des personnes.

Art. 16. — L'Etat œuvre à l'élimination des inégalités en matière d'accès aux services de santé, et organise la complémentarité entre les secteurs public et privé de santé.

L'Etat accorde une attention particulière au secteur public de santé.

Art. 24. — Toute personne a droit au respect de sa vie privée ainsi qu'au secret des informations médicales la concernant, exception faite des cas prévus expressément par la loi.

Le secret médical couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé.

Le secret médical, peut être levé par la juridiction compétente.

6

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 46

16 Dhou El Kaâda 1439  
29 juillet 2018

Il peut être également levé pour les mineurs et les incapables à la demande du conjoint, du père, de la mère ou du représentant légal.

Art. 25. — En cas de diagnostic ou de pronostic grave, les membres de la famille de la personne malade peuvent recevoir les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Sauf volonté contraire exprimée par la personne de son vivant, le secret médical ne représente pas un empêchement à l'information de la famille d'une personne décédée, si toutefois celle-ci leur est nécessaire pour connaître les causes du décès afin de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir ses droits.

Art. 26. — Tout patient doit disposer d'un dossier médical

Les programmes de protection de la santé sont nationaux, régionaux et locaux. Ils sont à la charge de l'Etat et bénéficient des moyens financiers nécessaires à leur réalisation.

Les programmes de protection de la santé nationaux sont élaborés, supervisés et évalués périodiquement par le ministre chargé de la santé, en collaboration avec l'ensemble des secteurs concernés.

Ils sont mis en œuvre par les services extérieurs prévus à l'article 267 ci-dessous, par les structures et les établissements de santé et les secteurs concernés.

Les programmes nationaux, notamment ceux relatifs à des pathologies particulières bénéficient d'aménagements spécifiques, en ce qui concerne l'organisation en réseaux de structures de prise en charge.

# LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ALGERIEN

correspond au décret exécutif n°92 –276 du 16 juillet 1992

## Article 36 -41

1162

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 52

8 juillet 1992

Art. 26. — Est interdit à tout médecin, chirurgien dentiste tout compérage entre médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

Art. 27. — Il est interdit à un médecin, chirurgien dentiste de donner des consultations dans des locaux commerciaux et dans tout local où sont mis en vente des produits, appareils ou médicaments.

Art. 28. — Il est interdit aux médecins, sauf dérogation accordée dans les conditions prévues par la loi, de distribuer à des fins lucratives, des remèdes, des appareils pour la santé. En toutes Circonstances, il leur est interdit de délivrer des médicaments notoirement nuisibles.

Art. 29. — Il est interdit à tout médecin, chirurgien dentiste d'exercer une autre profession qui lui permet de retirer un profit de ses prescriptions ou conseils médicaux.

Art. 30. — Le médecin, le chirurgien dentiste ne doit pas divulguer, dans les milieux médicaux, un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner ses communications des réserves qui s'imposent. Il ne doit pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

Art. 31. — Le médecin, le chirurgien dentiste ne peut proposer à ses malades ou à leurs entourages comme salulaire où sans dangers un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme leur est interdite.

Art. 32. — Toute facilité doit être interdite à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie dentaire.

Art. 33. — Un médecin ne peut pratiquer l'interruption de grossesse que dans les conditions prévues par la loi.

Art. 34. — Aucune mutilation ou ablation d'organe ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité, qu'après information et consentement de l'intéressé ou de son tuteur légal.

Art. 35. — Les prélèvements d'organe ne peuvent être pratiqués que dans les cas et conditions prévus par la loi.

### Paragraphe 2 *Le secret professionnel*

Art. 36. — Le secret professionnel, institué dans l'intérêt du malade et de la collectivité, s'impose à tout médecin et chirurgien dentiste sauf lorsque la loi en dispose autrement.

Art. 37. — Le secret professionnel couvre tout ce que le médecin, le chirurgien dentiste a vu, **entendu**, compris ou lui a été confié dans l'exercice de sa profession.

Art. 38. — Le médecin, le chirurgien dentiste veillera à faire respecter par les auxiliaires les impératifs du secret professionnel.

Art. 39. — Le médecin, le chirurgien dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques et documents qu'il détient concernant ses malades.

Art. 40. — Quand le médecin, le chirurgien dentiste se sert de ses dossiers médicaux pour des publications scientifiques, il doit veiller à ce que l'identification du malade ne soit pas possible.

Art. 41. — Le secret médical n'est pas aboli par le décès du malade, sauf pour faire valoir des droits.

### Paragraphe 3

#### *Devoirs envers le malade*

Art. 42. — Le malade est libre de choisir ou de quitter son médecin ou son chirurgien dentiste. Le médecin, le chirurgien dentiste, doit respecter et faire respecter ce droit du malade. Ce libre choix constitue un principe fondamental de la relation médecin-malade, chirurgien dentiste-malade. Sous réserve des dispositions de l'article 9 ci-dessus, le médecin, le chirurgien dentiste, peut refuser pour des raisons personnelles de donner des soins.

Art. 43. — Le médecin, le chirurgien dentiste doit s'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical.

Art. 44. — Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui des personnes habilitées par lui ou par la loi. Si le **malade** est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin, le chirurgien dentiste, doit donner les soins nécessaires.

Art. 45. — Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin, le chirurgien dentiste s'engage à assurer à ses malades des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science et de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés.

Art. 46. — Le médecin, le chirurgien dentiste **ne** doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive. Il doit respecter la dignité du malade.

**loi de santé algérienne 2018 (18/11)**  
**article 178**

16 Dhou El Kaâda 1439  
29 juillet 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 46

17

Art. 172. — Les professionnels de santé sont tenus de participer aux gardes organisées au niveau des structures et établissements de santé publics et privés et des officines pharmaceutiques.

Les professionnels de santé installés à titre libéral, sont astreints, en cas de nécessité, à assurer des gardes au niveau des structures publiques de santé.

Ils sont rémunérés pour l'accomplissement de la garde selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Art. 173. — Les professionnels de santé sont tenus de respecter la nomenclature et la tarification des actes professionnels, sous peine de sanctions disciplinaires prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

Section 2

*Règles particulières à l'exercice  
des professionnels de santé*

Art. 174. — Seuls les professionnels de santé praticiens médicaux, habilités dans l'exercice de leurs fonctions et dans les limites de leurs compétences, peuvent prescrire des actes de diagnostic, de soins, d'exploration et des produits pharmaceutiques.

Ils doivent veiller au respect des bonnes pratiques de prescriptions.

Art. 175. — Les autres catégories de professionnels de santé autorisées à prescrire des produits pharmaceutiques et/ou pratiquer des examens, procédés et méthodes, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 176. — Les professionnels de santé sont chargés de mettre en œuvre la politique nationale de santé, les programmes et actions fixés par le ministre chargé de la santé.

Art. 178. — Les professionnels de santé sont tenus de déférer aux réquisitions de l'autorité publique conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 179. — Le pharmacien ne peut dispenser des produits pharmaceutiques que sur prescription médicale.

Toutefois, il peut dispenser, sans prescription médicale, certains produits dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé.

Il assure des services liés à la santé et participe à l'information, au conseil, au suivi et à l'éducation thérapeutique pour la santé des usagers, notamment, en décourageant l'automédication et en suscitant l'utilisation des médicaments génériques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 180. — Il est interdit aux professionnels de santé ayant la charge d'exécuter les prescriptions médicales :

- de prescrire des produits pharmaceutiques ;
- de modifier lesdites prescriptions sans avis médical préalable.

Art. 181. — Les professionnels de santé sont tenus :

— de faire appel, sans délais, à l'intervention d'un praticien médical, lorsque, pendant l'exercice de leurs activités, se produisent ou risquent de se produire des complications ;

— de ne pas faire courir de risque disproportionné au patient par rapport au bénéfice thérapeutique escompté .

# loi n° 04-14 du 10 novembre 2004. du code de procédure pénale, article 49,62

**Art. 49.** - S'il y a lieu de procéder à des constatations qui ne puissent être différées, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées.

Les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit, serment de donner leur avis en leur honneur et conscience.

**Art. 50.** - L'officier de police judiciaire peut défendre à toute personne de s'éloigner du lieu de l'infraction jusqu'à la clôture de ses opérations.

Toute personne dont il apparaît nécessaire, au cours des recherches judiciaires, d'établir ou de vérifier l'identité doit, à la demande de l'officier de police judiciaire, se prêter aux opérations qu'exige cette mesure.

Tout contrevenant aux dispositions de l'alinéa précédent est passible d'une peine qui ne peut excéder dix jours d'emprisonnement et 500 DA d'amende.

**Art. 51.** - (Loi n° 01-08 du 26 juin 2001) Si pour nécessité de l'enquête, l'officier de police judiciaire est amené à garder à sa disposition une ou plusieurs des personnes visées à l'article 50, il doit en informer immédiatement le procureur de la République et lui soumettre un rapport sur les motifs de la garde à vue.

La garde à vue ne peut excéder quarante huit (48) heures.

Toutefois, les personnes à l'encontre desquelles n'existe aucun indice faisant présumer qu'elles ont commis ou tenté de commettre une infraction, ne peuvent être retenues que le temps nécessaire à leur déposition.

**Art. 62.** - En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.

Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut, toutefois, déléguer aux mêmes fins un officier de police judiciaire de son choix.

Les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit, serment de donner leur avis en leur honneur et conscience.

Le procureur de la République peut aussi requérir information pour rechercher les causes de la mort.

**المادة 49:** إذا اقتضى الأمر إجراء معاينات لا يمكن تأخيرها فلضابط الشرطة القضائية أن يستعين بأشخاص مؤهلين لذلك.

وعلى هؤلاء الأشخاص الذين يستدعيهم لهذا الإجراء أن يحلفوا اليمين كتابة على إبداء رأيهم بما يمليه عليهم الشرف والضمير.

**المادة 50:** يجوز لضابط الشرطة القضائية منع أي شخص من مياحة مكان الجريمة ريثما ينتهي من إجراء تحرياته.

وعلى كل شخص يبدو له ضروريا في مجرى استلالاته القضائية التعرف على هويته أو التحقق من شخصيته أن يمثل له في كل ما يطلبه من إجراءات في هذا الخصوص.

وكل من خالف أحكام الفقرة السابقة يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز عشرة أيام وبغرامة 500 دينار.

**المادة 51:** (القانون رقم 08-01 المؤرخ في 26 يونيو 2001) إذا رأى ضابط الشرطة القضائية لمقتضيات التحقيق، أن يوقف للنظر شخصا أو أكثر ممن أشير إليهم في المادة 50، فعليه أن يطلع فورا وكيل الجمهورية ويقدم له تقريرا عن دواعي التوقيف للنظر.

لا يجوز أن تتجاوز مدة التوقيف للنظر ثمان وأربعين (48) ساعة.

غير أن الأشخاص الذين لا توجد أية دلالة تجعل ارتكابهم أو محاولة ارتكابهم للجريمة مرجحا، لا يجوز توقيفهم سوى المدة اللازمة لأخذ أقوالهم.

**المادة 62:** إذا عثر على جثة شخص وكان سبب الوفاة مجهولا أو مشتبهيا فيه سواء أكانت الوفاة نتيجة عنف أو بغير عنف. فعلى ضابط الشرطة القضائية الذي أبلغ الحادث أن يخطر وكيل الجمهورية على الفور وينتقل بغير تمهل إلى مكان الحادث للقيام بعمل المعاينات الأولية.

كما ينتقل وكيل الجمهورية إلى المكان إذا رأى لذلك ضرورة. ويصطحب معه أشخاصا قادرين على تقدير ظروف الوفاة. كما يمكنه أن يندب لإجراء ذلك من يرى نذبه من ضباط الشرطة القضائية.

ويحلف الأشخاص الذين يرافقون وكيل الجمهورية اليمين كتابة على أن يبدوا رأيهم بما يمليه عليهم الشرف والضمير.

وجوز أيضا لوكيل الجمهورية أن يطلب إجراء التحقيق للبحث عن سبب الوفاة.

**Loi n° 24-06 du 19 Chaoual 1445 correspondant au 28 avril  
2024 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 18  
Safar 1386 correspondant au 8 juin 1966 portant code pénal**

**Art. 184.** - (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) La rébellion commise par une ou par deux personnes est punie d'un emprisonnement de 3 mois à 2 ans et d'une amende de 500 à 1.000 DA, ou de l'une des deux peines seulement.

Si le coupable ou l'un d'eux était armé, l'emprisonnement est de 6 mois à 3 ans et l'amende de 1.000 à 5.000 DA.

**Art. 185.** - (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) La rébellion commise en réunion de plus de deux personnes est punie d'un emprisonnement d'un à trois ans et d'une amende de 500 à 5.000 DA.

La peine est l'emprisonnement de deux à cinq ans et l'amende de 1.000 à 10.000 DA si, dans la réunion, plus de deux individus étaient porteurs d'armes apparentes.

La peine édictée à l'alinéa précédent est individuellement applicable à toute personne trouvée munie d'une arme cachée.

**Art. 186.** - (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Il n'est prononcé aucune peine pour fait de rébellion contre les personnes qui, ayant fait partie de la réunion, sans y remplir aucun emploi, ni fonction, se sont retirées au premier avertissement de l'autorité publique.

**Art. 187.** - (Loi n° 82-04 du 13 février 1982) Quiconque, par des voies de fait, s'oppose à l'exécution de travaux ordonnés ou autorisés par l'autorité publique, est puni d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende qui ne peut excéder le quart des réparations civiles, ni être inférieure à 1.000 DA.

Ceux qui, par attroupement, menaces ou violences, s'opposent à l'exécution de ces travaux, sont punis d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et de l'amende prévue à l'alinéa précédent.

**Art 187 bis:** (Loi n° 01-09 du 26 Juin 2001) Est puni d'un emprisonnement de deux (2) mois à six (6) mois et d'une amende de 1000 DA à 10.000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, n'obtempère pas à un ordre de réquisition établi et notifié dans les formes réglementaires.

**المادة 184:** (القانون رقم 04-82 المؤرخ في 13 فبراير 1982) يعاقب على العصيان الذي يرتكبه شخص أو شخصان بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين وبغرامة من 500 إلى 1.000 دج بإحدى هاتين العقوبتين، وإذا كان الجاني أو أحد الجانبيين مسلحاً فيكون الحبس من ستة أشهر إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 1.000 إلى 5.000 دج.

**المادة 185:** (القانون رقم 04-82 المؤرخ في 13 فبراير 1982) يعاقب على العصيان الذي يقع باجتماع أكثر من شخصين بالحبس من سنة إلى ثلاث سنوات وبغرامة من 500 إلى 5.000 دج وتكون العقوبة الحبس من سنتين إلى خمس سنوات والغرامة من 1.000 إلى 10.000 دج إذا كان أكثر من شخصين من المجتمعين يحملون أسلحة ظاهرة.

وتطبق العقوبة المقررة في الفقرة السابقة على كل شخص ضبط يحمل سلاحاً مخبئاً.

**المادة 186:** (القانون رقم 04-82 المؤرخ في 13 فبراير 1982) لا يقضى بعقوبة ما عن جريمة العصيان على الأشخاص الذين كانوا أعضاء في الاجتماع دون أن يؤديوا فيه خدمة أو وظيفة وانسحبوا منه عند أول تنبيهه من السلطة العمومية.

**المادة 187:** (القانون رقم 04-82 المؤرخ في 13 فبراير 1982) كل من يعترض بطريق الإعتداء على تنفيذ أعمال أمرت أو رخصت بها السلطة العمومية يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنة وبغرامة لا تتجاوز ربع التعويضات المدنية ولا تقل عن 1.000 دج.

وكل من يعترض بطريق التجمهر أو التهديد أو العنف على تنفيذ هذه الأعمال يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى سنتين وبالغرامة المنصوص عليها في الفقرة السابقة أعلاه.

**المادة 187 مكرر:** (القانون رقم 09-01 المؤرخ في 26 يونيو 2001) يعاقب بالحبس من شهرين (2) إلى ستة (6) أشهر وبغرامة من 1.000 دج إلى 10.000 دج أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط كل من لا يمثل لأمر تسخير صادر ومبلغ له وفقاً للأشكال التنظيمية.

**Loi n° 24-06 du 19 Chaoual 1445 correspondant au 28 avril 2024 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 18 Safar 1386 correspondant au 8 juin 1966 portant code pénal**

**Article 226**

**Art. 226.** - Tout médecin, chirurgien, dentiste, officier de santé ou sage-femme qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, certifie faussement ou dissimule l'existence de maladie ou infirmité ou un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès, est puni de l'emprisonnement d'un à trois ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 126 à 134.

Le coupable peut, en outre, être frappé de l'interdiction de l'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 14 pendant un an au moins et cinq ans au plus.

**Art. 227.** - Quiconque, sans qualité, établit sous le nom d'un fonctionnaire ou officier public un certificat de bonne conduite, d'indigence, ou relatant d'autres circonstances propres à appeler la bienveillance des autorités ou des particuliers sur la personne désignée dans ce certificat, à lui procurer places, crédit ou secours, est puni de l'emprisonnement de six mois à deux ans.

La même peine est appliquée:

1°) A celui qui falsifie un certificat originairement véritable, pour le rendre applicable à une personne autre que celle à laquelle il avait été primitivement délivré.

2°) A tout individu qui s'est servi d'un certificat ainsi fabriqué ou falsifié.

Si le certificat est établi sous le nom d'un simple particulier, sa fabrication ou son usage est puni de l'emprisonnement d'un à six mois.

**Art. 228.** - Est puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 600 à 6.000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement, à moins que le fait ne constitue une infraction plus grave, quiconque:

1°) établit sciemment une attestation ou un certificat relatant des faits matériellement inexacts,

**المادة 226:** كل طبيب أو جراح أو طبيب أسنان أو ملاحظ صحي أو قابلة قرر كذبا بوجود أو بإخفاء وجود مرض أو عاهة أو حمل أو أعطى بيانات كاذبة عن مصدر مرض أو عاهة أو عن سبب الوفاة وذلك أثناء تادية أعمال وظيفته وبغرض محاباة أحد الأشخاص يعاقب بالحبس لمدة من سنة إلى ثلاث سنوات ما لم يكون الفعل إحدى الجرائم الأشد المنصوص عليها في المواد من 126 إلى 134.

ويجوز علاوة على ذلك أن يحكم على الجاني بالحرمان من حق أو أكثر من الحقوق الواردة في المادة 14 من سنة على الأقل إلى خمس سنوات على الأكثر.

**المادة 227:** كل من حرر باسم أحد الموظفين أو أحد القائمين بوظيفة عمومية دون أن يكون له صفة في ذلك شهادة بحسن السلوك أو بالفقر أو بإثبات غير ذلك من الظروف التي من شأنها أن تدعو إلى وضع الشخص المعين في هذه الشهادة تحت رعاية السلطات أو الأفراد أو إلى حصوله على عمل أو قرض أو معونة يعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين.

وتطبق العقوبات ذاتها على:

1 - من زور شهادة كانت أصلا صحيحة وذلك ليجعلها تنطبق على غير الشخص الذي صدرت أصلا له.

2 - من استعمل الشهادة وهي مصطنعة أو مزورة على هذه الصورة.

وإذا كانت الشهادة منسوبة إلى أحد الأفراد العاديين فإن اصطناعها أو استعمالها يعاقب عليه بالحبس من شهر إلى ستة أشهر.

**المادة 228:** يعاقب بالحبس من ستة أشهر إلى سنتين وبغرامة من 600 إلى 6.000 دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين، ما لم يكون الفعل جريمة أشد، كل من:

1 - حرر عمدا إقرارا أو شهادة تثبت وقائع غير صحيحة ماديا.

## Abstract

Ce modeste travail met en lumière des défis majeurs dans la gestion de la responsabilité médicale en Algérie, notamment en ce qui concerne la formation des médecins, la gestion des erreurs médicales et la relation médecin-patient. Pour répondre à ces enjeux, une réforme profonde du système de formation médicale est nécessaire, intégrant davantage de modules sur les aspects juridiques et éthiques de la pratique médicale. Parallèlement, les établissements de santé doivent mettre en place des mécanismes transparents et accessibles pour le signalement et la gestion des erreurs, tout en favorisant une culture de responsabilisation et d'amélioration continue. Enfin, une attention particulière doit être portée à la relation médecin-patient, en renforçant les compétences communicationnelles des médecins et en promouvant une approche plus collaborative des soins. Ces mesures, bien qu'ambitieuses, sont essentielles pour garantir des soins de qualité, prévenir les litiges médicaux et restaurer la confiance dans le système de santé.

This modest work highlights major challenges in the management of medical liability in Algeria, particularly concerning the training of physicians, the handling of medical errors, and the doctor-patient relationship. To address these issues, a profound reform of the medical training system is necessary, incorporating more modules on the legal and ethical aspects of medical practice. At the same time, healthcare institutions must establish transparent and accessible mechanisms for reporting and managing errors, while fostering a culture of accountability and continuous improvement. Finally, special attention must be given to the doctor-patient relationship by enhancing physicians' communication skills and promoting a more collaborative approach to care. These measures, although ambitious, are essential to ensure quality care, prevent medical disputes, and restore trust in the healthcare system.

يسلط هذا العمل المتواضع الضوء على تحديات كبيرة في إدارة المسؤولية الطبية في الجزائر، خاصة فيما يتعلق بتكوين الأطباء، وإدارة الأخطاء الطبية، والعلاقة بين الطبيب والمريض. للتصدي لهذه القضايا، يعد إصلاح عميق لنظام التكوين الطبي ضرورياً، يتضمن المزيد من الوحدات حول الجوانب القانونية والأخلاقية للممارسة الطبية. في الوقت نفسه، يجب على المؤسسات الصحية إنشاء آليات شفافة وسهلة الوصول للإبلاغ عن الأخطاء وإدارتها، مع تعزيز ثقافة المساءلة والتحسين المستمر. أخيراً، يجب إيلاء اهتمام خاص لعلاقة الطبيب بالمريض من خلال تعزيز مهارات التواصل لدى الأطباء وتعزيز نهج وإن كانت طموحة، إلا أنها ضرورية لضمان رعاية ذات أكثر تعاوناً في تقديم الرعاية. هذه الإجراءات، جودة، ومنع النزاعات الطبية، واستعادة الثقة في النظام الصحي.

**Auteur:** Dr Serhane rafik

**Adresse:** service de médecine légale CHU Mostaganem

**E-Mail :** [serhaneramik@yahoo.fr](mailto:serhaneramik@yahoo.fr)

**Discipline :** Médecine légale, droit médicale et éthique

Directeur de thèse : Pr Hakem Djentte

Professeur en médecine interne